

# 肝膽腸胃科患者酒精使用問題之轉介實務指引

Practical Referral Guidelines for Alcohol Use Problems in Patients  
with Hepatology and Gastroenterology Disorders



## 台灣戒酒暨酒癮防治中心

Taiwan Alcohol Abstinence and Addiction Prevention Center

(委託台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人馬偕紀念醫院承作)

民國 115 年 1 月發行



衛生福利部

Ministry of Health and Welfare  
促進全民健康與福祉

# 肝膽腸胃科患者酒精使用問題之轉介實務指引

台灣戒酒暨酒癮防治中心

## 摘要

酒精使用問題與肝膽腸胃疾病密切相關，卻常在臨床照護中被忽略。本指引旨在協助肝膽腸胃科醫療人員於門診與住院階段，及早辨識患者之酒精使用風險，並提供實用之轉介建議與治療資源。本指引整合國際實證與在地經驗，說明篩檢工具（如 AUDIT-C）、常見臨床情境、簡短介入策略（包含動機式晤談與 5A 模型）、常用戒酒藥物之使用建議，並依肝病分期提供安全性指引。

本指引亦建構明確之轉介流程，說明病患拒絕轉介時的應對策略，並彙整全國主要院內外戒酒醫療與社會資源。特別著重跨科合作模式之建立，包括與精神科、心理師、社工等專業團隊協同照護，強化後續追蹤與療效評估機制。期能藉此指引提升第一線臨床人員對酒癮共病敏感度，促進早期介入與整合照護，進一步改善病人預後與生活品質。

## 一、前言：指引目的與背景

在肝膽腸胃科臨床實務中，酒精使用問題時常被忽略，然而其對病患病程的影響不容小覷。根據研究，酒精使用障礙 (Alcohol Use Disorder, AUD) 與肝硬化、酒精性肝炎、胰臟炎及胃腸道潰瘍等疾病高度相關，且會加速慢性肝病惡化的進程 (Ramkissoon & Shah, 2022)。因此，針對肝膽腸胃科病患進行早期辨識與介入，對於疾病控制與降低再住院率具關鍵意義。

台灣 2023 年死因統計中，慢性肝病及肝硬化位居第十位，肝癌則位居第三。根據國民健康署與統計處發布的資料，酒精為造成肝病與肝癌的主要危險因子之一 (衛生福利部統計處, 2024)。然而目前多數酒精使用問題未被第一線非精神科醫師主動辨識與處理，尤其在非成癮專科的科別，如肝膽腸胃科中更為明顯。

本指引旨在協助肝膽腸胃科醫療人員 (含門診與住院) 有效辨識病人之酒精使用問題，並提供實務上可操作之轉介流程，協助病人接受進一步的戒酒治療與支持。研究指出，簡短篩檢與介入 (Brief Intervention) 在住院與門診病患中皆能有效減少飲酒量，並改善肝功能指標 (Liu et al., 2011)。

透過系統化的轉介流程與跨科合作，肝膽腸胃科醫師可不需額外負擔地介入病人之飲酒問題，提升整體照護品質，並為公共衛生層面之酒害防治貢獻力量。

## 二、酒精使用問題與肝膽腸胃疾病的交互影響

酒精對肝臟與腸胃系統的毒性影響具有高度臨床重要性。酒精代謝過程中的乙醛與氧化壓力可誘發肝細胞發炎、脂肪堆積與纖維化，最終導致肝硬化與肝癌發生風險上升 (Crabb et al., 2020)。此外，長期飲酒會破壞腸道黏膜屏障，促使內毒素進入門脈系統，加劇肝臟炎症反應，這在酒精性肝炎與慢性肝病患者中尤為顯著 (Llopis et al., 2016)。

Ajmera 等人 (2018) 針對非酒精性脂肪肝病 (NAFLD) 患者進行縱向研究，發現即使是「適量飲酒」(每日不超過兩杯)，其肝臟病理改善幅度亦明顯低於完全禁酒者。研究顯示，適量飲酒者在脂肪變性、AST 值與 NASH 解決率等指標上皆劣於禁酒組，顯示即使是低風險飲酒，也可能對肝臟修復產生不利影響 (Ajmera

et al., 2018)。此研究挑戰了過去橫斷性分析中所謂「少量飲酒有益」的假設。

此外，酒精亦會加重病毒性肝炎患者的病程進展，並提高胃潰瘍與消化道出血的風險。這些交互作用使得酒精使用問題不再僅是精神科範疇，而應納入每一位肝膽腸胃科醫師的日常評估中。

基於上述機轉與臨床證據，肝膽腸胃科臨床人員應主動詢問、篩檢並評估病人之酒精使用狀況，並視情況提供介入與轉介，已成為標準醫療流程中不可或缺的一環。

### 三、臨床辨識對象與常見情境

本指引適用於肝膽腸胃科所有病患，無論為門診或住院，皆建議納入酒精使用狀況之評估流程。以下整理常見提示酒精使用問題的臨床情境，提供第一線醫療人員實務參考：

#### (一) 常見情境整理：

- 肝功能異常（如 ALT、AST 升高）卻否認飲酒者。
- 病人自述僅使用「藥酒」、「泡藥酒」者。
- 肝硬化病人無明確病因者。
- 重複性胰臟炎、胃潰瘍或消化道出血病史者。
- 醫療紀錄中曾出現酒癮診斷碼但未接受後續處理者。
- 拒絕戒酒或對戒酒介入表現出排斥者。

#### (二) 高風險警訊與轉介時機點：根據 AASLD 與其他國際實證建議，以下狀況應積極進行轉介或介入：

- AUDIT 分數超過 8 分(男性)或 7 分(女性)者(Bradley et al., 2007)。
- 出現戒斷症狀、酗酒引發社會或職業功能障礙者。
- 曾因飲酒導致住院，或合併其他成癮行為者。

- 肝臟超音波或肝彈性影像出現異常，懷疑有進展性肝病者。
- AST/ALT 比例 > 2：酒精性肝病常見特徵之一，尤其當 ALT 不超過 300 U/L 時 (Crabb et al., 2020)。此比例可作為臨床辨識酒精相關肝損傷的提示，尤其在無明確病史時具有參考價值。

篩檢與早期辨識之目的，不在於標籤病患，而是為及早啟動支持性介入與轉介機制，讓病人獲得整合式照護，並避免肝病惡化與併發症。

#### 四、篩檢流程與工具

在肝膽腸胃科日常照護流程中，導入簡明有效的酒精使用問題篩檢工具，可顯著提高問題辨識率，並促進轉介與後續介入之實施。篩檢流程應兼顧可行性與敏感性，特別針對門診與住院不同情境進行設計。

##### (一) 建議篩檢工具：AUDIT 與 AUDIT-C

- AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) 為 WHO 所設計的十題量表，能全面評估飲酒頻率、飲酒行為與相關後果。
- AUDIT-C 為其前三題縮短版，適用於門診快速篩檢，具良好信效度與臨床實用性 (Bradley et al., 2007)。

建議門診可使用 AUDIT-C 作為初步篩檢，若得分偏高則進一步進行完整 AUDIT 評估。住院患者則可由護理人員或個管師於入院評估中納入 AUDIT 或 AUDIT-C。

##### (二) 篩檢建議流程：

1. 第一步：初步詢問飲酒行為 (如：「您最近三個月是否有飲酒？」)
2. 第二步：使用 AUDIT-C 量表進行初篩
  - 若男性  $\geq 4$  分，女性  $\geq 3$  分，建議進一步完整評估
3. 第三步：執行完整 AUDIT (共 10 題)
  - 總分  $\geq 8$  分者，即建議進一步介入與轉介

#### 4. 第四步：簡短介入 (Brief Intervention)

- 由主治醫師或護理人員進行 5-15 分鐘之動機式晤談

#### 5. 第五步：轉介至成癮專科或院內酒癮處遇方案

此流程不僅可提高辨識率，亦利於與既有醫療流程整合，避免額外人力負擔，提升持續性執行的可能性。

### (三) 實證支持

一項臺灣的隨機對照試驗顯示，於住院病人中實施簡短介入與轉介，可顯著降低其飲酒量與再住院率 (Liu et al., 2011)。另有研究指出，即使在非成癮科別進行初步篩檢與轉介，也能有效促進病患接受治療，且病患對醫師詢問飲酒行為多持正面態度 (Ramkissoon & Shah, 2022)。

## 五、簡短介入與醫病溝通技巧

對於初步篩檢出酒精使用問題之病患，肝膽腸胃科醫師可進行「簡短介入 (Brief Intervention, BI)」，其核心在於增強動機、提供回饋，並引導病人思考改變。此法在住院與門診皆已證實有效 (Liu et al., 2011)。

### (一) 動機式晤談 (Motivational Interviewing, MI) 基本原則

1. 表現同理心 (Express empathy)：避免批判，承認病人的感受與掙扎。
2. 發展差異感 (Develop discrepancy)：協助病人辨識其行為與健康目標之間的落差。
3. 處理抗拒 (Roll with resistance)：不與病人對立，而是引導其自行探索動機。
4. 增強自我效能 (Support self-efficacy)：強調病人有能力做出改變。

### (二) 常見衛教話術建議與應對方式

在實務中，許多病患對於酒精使用問題會表現出否認、防衛、模糊回答或轉移話題等行為反應，這可能源於社會污名、自責情緒、或過去與醫療體系互動的

負面經驗。此外，部分病人誤認為「偶爾小酌」不構成健康風險，或對「戒酒」一詞產生排斥與焦慮。

因此，醫師在介入時應避免使用批判或說教語氣，改採開放式提問、反映性傾聽(reflective listening)、與病人共同找出其健康目標的方式來進行對話。有效的溝通方式能夠降低病人抗拒，提升其對改變的接受度與參與意願。例如，與其問「你為什麼不戒酒？」，不如改為「你覺得目前的飲酒習慣，對你的肝臟健康有什麼影響？」

這類具技巧性、非對立性的溝通方式，不僅能建立醫病信任，也可作為動機式晤談的開端，協助病人思考改變的可能性(表 1)。

表 1 臨床情境建議範例句

臨床情境	建議範例句
病人否認有飲酒問題	「我理解這個問題可能不容易談，您願意分享一下最近的飲酒情形嗎？」
病人說「只是偶爾喝」	「很多人也這麼說，但我們發現即使是偶爾，也可能影響肝功能。您介意我再問幾個問題嗎？」
家屬干擾或否認	「我們了解家人的擔憂，這些問題並不是指責，而是希望能早一點協助處理。」
病人擔心記錄會影響保險	「您分享的資訊是為了讓我們提供最適當的治療，並不會隨意外流或直接用於保險評估。」
病人抗拒改變	「我尊重您目前的選擇，但我們隨時都可以再次討論這個議題，當您準備好了，我們會在這裡支持您。」

這些範例句的目的並非改變病人想法，而是種下未來行動的種子，使其感受到醫療體系的關注與支持。

### (三) 介入步驟範例：5A 模型操作要點

5A 模型 (Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange) 源自初級照護健康行為改變指引 (Jamal, et al, 2012)，最初用於戒菸推廣，其後廣泛應用於減重、飲食調整與酒精使用障礙的介入策略中(表 2)。其特點為結構清晰、操作彈性高，即使在非精神科或心理師主導的場域中，也能由非成癮科別醫師在短時間內執行，並具備實證支持的成效。

對肝膽腸胃科而言，此模型可整合於日常診療流程中，作為評估與介入病患飲酒問題的基本框架。例如在安排腹部超音波或肝功能追蹤時，即可納入酒精使

用狀況的詢問與建議，再依照病人反應安排後續資源。特別是在時間有限或未有資源配置專責個案管理人員的醫療機構中，5A 模型提供了一種兼顧效率與效果的實務方案。

表 2 轉介的 5A 模型

步驟	說明與操作方式
Ask (詢問)	在問診時加入飲酒行為的基本提問，如「您平常有喝酒的習慣嗎？」
Advise (建議)	清楚說明酒精對病情的影響，並給予中立而明確的建議：「根據您目前的肝功能，我會建議您考慮減少甚至戒除飲酒。」
Assess (評估)	詢問病人對改變的看法與意願：「您覺得這是一件您願意嘗試改變的事嗎？」
Assist (協助)	提供可行建議與轉介資訊：「如果您有興趣，我可以安排專人與您進一步討論戒酒的方法。」
Arrange (安排)	若病人願意，可安排戒酒門診或社工協助追蹤；若尚未準備好，則於下次門診持續追蹤其意願。

簡短介入並不需一次完成所有步驟，關鍵在於持續的對話與支持，建立病人信任，進而引導其踏出第一步。

## 六、轉介原則與流程

肝膽腸胃科醫師在日常照護中，可針對有飲酒風險且肝功能異常者，依據生理指標與篩檢結果評估是否需轉介至戒酒資源單位。有效的轉介流程能提升病人接受度與後續治療成效。

### (一) 建議轉介時機與臨床指標

在非感染性肝病（如 NAFLD）、AST、ALT 異常或脂肪肝影像診斷中，若合併表 3 任一生化指標異常，應考慮轉介。

表 3 非感染性肝病建議轉介酒癮戒治的生化指標

生化指標	臨床意涵	參考文獻
AST/ALT > 2	常見於酒精性肝病，ALT 通常不超過 300 U/L	Crabb et al., 2020
$\gamma$ -GT 升高	輔助指標，合併脂肪肝影像時轉介意義增強	Llopis et al., 2016
$\gamma$ -GT/Alk-P 比值升高	提示酒精代謝壓力負荷	台灣專家意見
影像學發現脂肪肝	若無 B/C 型肝炎、藥物肝炎，應納入酒精性肝病鑑別診斷考量	台灣專家意見

上述指標搭配 AUDIT 或 AUDIT-C 篩檢結果，可作為轉介判斷依據。尤其對於「否認飲酒但指標異常」者，更應主動詢問與記錄。

### (二) 轉介流程設計

1. 初步心理篩檢陽性 (AUDIT  $\geq$  8 分 或 AUDIT-C 男 $\geq$ 4 分、女 $\geq$ 3 分)
2. 生理指標異常者(如表 3)
3. 主治醫師進行簡短介入與意願評估
4. 病人同意者填寫轉介單，安排轉診
5. 轉介單可由主治醫師、個管師或社工協助填寫
6. 記錄於病歷並於後續門診追蹤轉介成效

參考圖 1，可依各院實際資源調整轉介方式，並建議建立「戒酒個案管理流程」，提升轉介後的連續性。

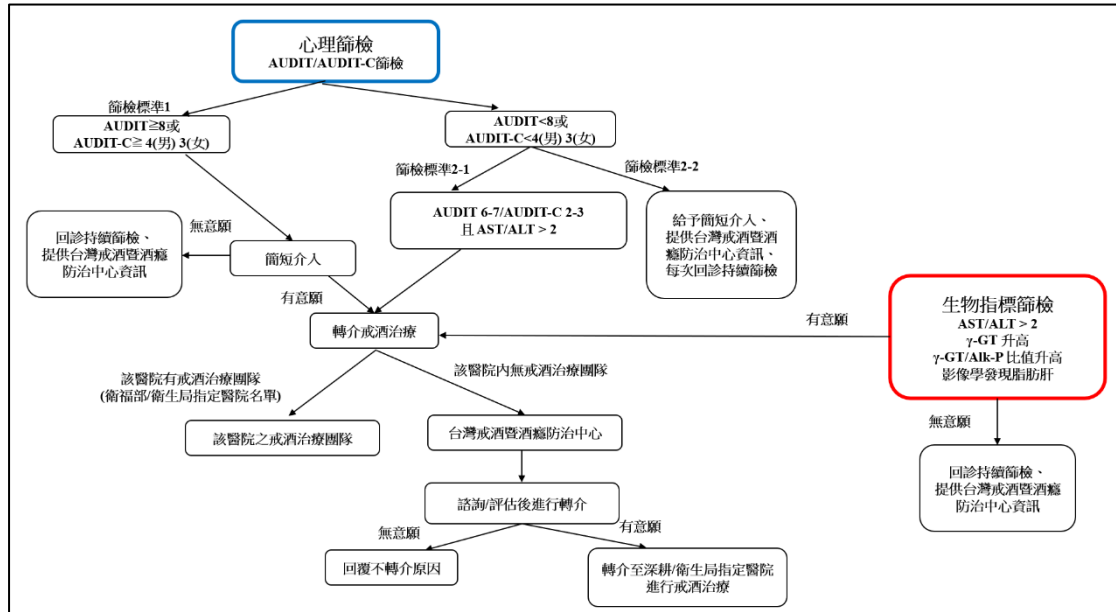
### (三) 可運用之資源與後續追蹤

1. 院內資源： 包含精神科醫師、臨床心理師、諮商心理師、社會工作師或個案管理師等，能提供簡短介入後續支持、門診追蹤或成癮治療安排。
2. 院外資源： 包括「台灣戒酒暨酒癮防治中心」、地方衛生所、社區心理衛生中心或精神科/身心科診所，尤其對於病人需持續戒酒支持者為重要補充網絡。
3. 轉介單格式與流程說明： 建議各院建立標準化表單，記載篩檢結果、介

入摘要與轉介目標單位。可由主治醫師、個案管理師或社會工作師協助填寫與追蹤。

- 病人拒絕轉介時之處理：若病人當下未準備接受轉介，應以動機式溝通技巧持續評估其意願，並於後續門診再行評估；建議記錄於病歷，避免資訊中斷。

圖 1 透過心理篩檢或生物指標篩檢轉介戒酒治療流程圖



## 七、藥物治療與肝病共病者注意事項

### (一) 酒精使用障礙藥物簡介與作用機轉

酒精使用障礙 (Alcohol Use Disorder, AUD) 的藥物治療，主要作為非藥物介入 (如動機式晤談、認知行為治療) 之外的輔助工具。根據目前國際實證，三種美國 FDA 核准的藥物可用於 AUD 治療，包括 Disulfiram、Naltrexone 與 Acamprosate (Wang et al., 2020; McPheeters et al., 2023)。

1. Disulfiram：透過不可逆抑制乙醛去氫酶 (aldehyde dehydrogenase)，導致飲酒後乙醛蓄積，引起臉紅、心跳加速、噁心等「厭惡反應」。其效果依賴病人高度動機與每日服藥依從性。
2. Naltrexone：為  $\mu$ -opioid 受體拮抗劑，降低酒精刺激下的多巴胺釋放，減弱飲酒的愉悅感與渴求感，特別適合仍持續飲酒者使用，日劑量為 50 mg。
3. Acamprosate：結構類似 GABA，作用於 NMDA 與 GABA 系統，調整因慢性酒精使用導致的神經傳導異常，有助於維持戒酒後的穩定狀態，通常於戒酒初期即開始使用。

### (二) 肝病患者的用藥考量

在 AUD 與肝病共病患者中，藥物選擇需考量肝臟代謝負擔與潛在肝毒性。根據 McPheeters 等人 (2023) 針對 63 項 RCT 的系統性回顧與統合分析，發現：

- Naltrexone 曾報導與 ALT/AST 升高、肝炎風險增加相關。若 AST/ALT 超過正常上限 3 倍以上，建議停用或避免使用。
- Disulfiram 雖主要於胃腸道吸收，但代謝主要經肝臟，且可導致肝炎、黃疸甚至肝衰竭，需定期監測肝功能。
- Acamprosate 幾乎完全經腎臟排除，半衰期長、無明顯肝毒性，即使於肝硬化病患中亦具良好安全性，為首選藥物。但須注意不可使用於重度腎功能不全者 (eGFR < 30 ml/min)。

因此，對於中重度肝病患者 (Child-Pugh B-C) 或有 ALT/AST 異常者，應避免使用 Naltrexone 與 Disulfiram，並優先考慮 Acamprosate。若合併慢性腎病，則建議與腎臟科討論後調整劑量或更換治療策略。

### (三) 肝病分期與藥物建議彙整

建議於評估患者肝病嚴重度後(如 Child-Pugh 分級、MELD 分數或 Fibrosis-4 index)，依表 4 的原則選擇藥物，以平衡療效與安全性。

表 4 參考肝病嚴重度選擇戒酒藥物

肝病分期	Acamprosate	Naltrexone	Disulfiram
無肝病	0 安全	0 可使用	0 可使用
輕度肝功能異常(如 AST/ALT 稍升)	0 可使用	! 小心使用	! 小心使用
中度肝功能異常(Child-Pugh B)	0 首選	X 避免使用	X 避免使用
重度肝功能異常/肝硬化(Child-Pugh C)	0 首選	X 禁忌	X 禁忌

- Acamprosate 由於主要經腎臟排除，對肝臟代謝影響最小，為肝功能異常患者中最安全的選項。其使用時機最佳為患者已完成解酒 (detox) 階段並準備維持戒酒行為。
- Naltrexone 雖對降低飲酒渴求具良好實證，但經肝臟代謝，可能造成 ALT/AST 上升，甚至導致藥物性肝炎。在中重度肝病患者中使用，恐進一步加劇肝損害，因此應避免。
- Disulfiram 同樣具有肝毒性潛力，並因其作用機轉會引起嚴重生理反應 (Disulfiram-alcohol reaction)，在肝功能受損時容錯空間更低，屬於高風險選項。

在實務應用中，肝膽腸胃科醫師若發現病患合併飲酒行為與肝病跡象，應於轉介精神科或成癮專科前，提供完整的肝功能檢查數據(如 AST、ALT、bilirubin、INR 等)，協助精神科醫師或成癮團隊判斷藥物選擇與劑量調整。

此外，建議院內建立跨科合作機制，由個案管理師(如社會工作師或專責護理人員)協助後續藥物教育、服藥依從性評估與療效追蹤，並定期回報肝功能變化，以確保整體治療計畫安全與持續性。

## 八、追蹤與跨科合作模式

酒精使用障礙 (Alcohol Use Disorder, AUD) 與肝膽腸胃疾病共病者之治療，不應止步於初次轉介與藥物介入，更需仰賴縝密的長期追蹤機制與跨專業合作，方能提高整體療效與病人預後。根據 Liu 等(2011)與 McPheeters 等(2023)之研究，整合式照護模式已證實可有效提升戒酒依從性、降低肝功能惡化與再住院風險。

### (一) 戒酒治療之追蹤架構

戒酒為一持續性歷程，非一次性行為改變，需定期介入以強化動機、處理復飲風險與調整治療策略。建議依治療階段，規劃如下之追蹤頻率與重點：

1. 急性期 (第 1 月): 每週至每兩週追蹤一次，重點為副作用管理、復飲因子評估與動機重建。
2. 穩定期 (第 2 - 3 月): 每月一次追蹤，持續強化生活規劃、支持網絡建構與肝功能監測。
3. 維持期 (第 4 月起): 每季回診一次，重點為評估復飲風險、功能恢復與長期生活品質。

評估工具可納入 AUDIT-C、Timeline Follow-Back (飲酒日誌)、肝功能指標 (AST、ALT、 $\gamma$ -GT) 與心理健康量表 (如 PHQ-9、GAD-7) 等，提升追蹤之標準化與可比性 (Wang et al., 2020)。

### (二) 跨科合作模式與策略

在臨床實務上，肝膽腸胃科醫師常為患者初次接受醫療之接觸點，因此跨科轉介與合作策略尤為關鍵。建議建立下列合作模式：

1. 定期精神科或成癮專科會診制度：尤其住院期間，應主動篩檢與評估 AUD 風險，及早介入。
2. 共同照護門診 (Shared Care Model): 安排固定時段由肝膽腸胃科與精神科共同看診，提高資訊一致性與治療連貫性。
3. 個案管理制度 (Case Management): 由臨床心理師、社工師或專責個案管理師擔任溝通橋樑，協助追蹤、動機強化與家屬支持。
4. 整合式團隊照護平台：醫療機構可成立戒酒照護小組，定期檢討照護成

效、更新轉介流程與教育內容。

跨科合作應落實於制度與流程設計，避免僅依賴個別醫師關係或非正式聯繫，以確保病人獲得連續性與整體性照護。

### (三) 治療成效之評估指標

針對 AUD 與肝病共病患者之治療成效，建議採多維度評估策略，包括：

1. 行為層面：減少飲酒頻率與量、維持戒酒時間、AUDIT 分數下降幅度。
2. 生理層面：肝功能指標改善 (AST/ALT/ $\gamma$ -GT)、肝臟影像穩定或改善。
3. 心理社會層面：精神健康指標改善、生活功能提升、社會角色回復 (如復工、家庭互動改善)。

透過結構化資料收集與定期團隊回顧，可有效評估轉介與治療策略之成效，並優化未來個案處遇流程。

## 九、附錄

### (一) AUDIT / AUDIT-C 中文量表

酒精使用疾患確認檢測(Alcohol Use Disorder Identification Test, AUDIT)。  
AUDIT-C 即為前三題。

下列問題是詢問您過去一年來使用酒精性飲料的情形

一、你多久喝一次酒？

- (0)從未  (1)每月少於一次  (2)每月二到四次  (3)每週二到三次  
 (4)一週超過四次

二、在一般喝酒的日子，你一天可以喝多少酒精單位？

- (0)1 或 2  (1)3 或 4  (2)5 或 6  (3)7 到 9  (4)高過 10

以下為參考用—每瓶酒之酒精單位數(單位/瓶) 1 酒精單位=10 克酒精		
罐裝啤酒：1	瓶裝啤酒：2.3	藥酒(600cc)：4.7
紹興酒：6.5	紅標米酒：10	高粱酒(300cc)：14.5
陳年紹興酒：8.5	參茸酒(300cc)：6.7	葡萄酒、紅酒(750cc)：7
米酒頭：16	威士忌、白蘭地(700cc)：22	

三、多久會有一次喝超過 6 單位的酒？

- (0)從未  (1)每月少於一次  (2)每月  (3)每週  (4)幾乎每天

四、過去一年中，你發現一旦開始喝酒後便會一直想要繼續喝下去的情形有多常見？

- (0)從未  (1)每月少於 1 次  (2)每月  (3)每週  (4)幾乎每天

五、過去一年中，因為喝酒而無法做好你平常該做的事的情形有多常見？

- (0)從未  (1)每月少於 1 次  (2)每月  (3)每週  (4)幾乎每天

六、過去一年中，經過一段時間的大量飲酒後，早上需要喝一杯才會覺得舒服的情形有多常見？

- (0)從未  (1)每月少於 1 次  (2)每月  (3)每週  (4)幾乎每天

七、過去一年中，在酒後覺得愧疚或自責不該這樣喝的情形有多常見？

- (0)從未  (1)每月少於 1 次  (2)每月  (3)每週  (4)幾乎每天

八、過去一年中，酒後忘記前一晚發生事情的情形有多常見？

- (0)從未  (1)每月少於 1 次  (2)每月  (3)每週  (4)幾乎每天

九、是否曾經有其他人或是你自己因為你的喝酒而受傷過？

- (0)無  (2)有，但在過去一年  (4)有，在過去一年中

十、 是否曾經有親友、醫生、或其他醫療人員關心你喝酒的問題，或是建議你少喝點？

(0) 無  (2) 有，但不是在過去一年  (4) 有，在過去一年中

- 合計總分：\_\_\_\_\_
- 計分方式：每個選項前面的括弧內有一個數字，將選擇的項目數字加總起來，即為酒精使用疾患確認檢測的得分。
- 男性總分 $\geq 8$ 分，女性 $\geq 4\sim 6$ 分，代表飲酒情形已經至少達到問題性飲酒的程度，若您有需要酒癮相關問題諮詢或想進一步了解自己飲酒的問題，請填寫下列同意書。

---

#### 個人資料使用同意書

同意將本人資料由 \_\_\_\_\_ (單位) 提供予 \_\_\_\_\_ 衛生局或 \_\_\_\_\_ (醫療機構)，俾利提供本人有關飲酒問題之諮詢或醫療服務。

姓名： \_\_\_\_\_ (請以正楷書寫)      性別：  男  女

電話： \_\_\_\_\_      年齡： \_\_\_\_\_

聯絡地址： \_\_\_\_\_

日期：      年      月      日

(二) 戒酒藥物使用建議表

藥物	建議用法	劑量	代謝途徑	肝功能異常建議	注意事項
Acamprosate	餐前口服，每日三次	666 mg 一次兩錠（每日三次）	腎臟代謝	0 安全，可使用（首選）	避免用於腎功能不全者（eGFR <30）
Naltrexone	每日一次口服	50 mg	肝臟代謝	！ 避免使用於中重度肝病	監測肝功能，避免併用鴉片類藥物
Disulfiram	每日一次口服，早晨為佳	250 mg	肝臟代謝	！ 避免使用於中重度肝病	不可與酒精併用，可能引起嚴重反應

### (三) 台灣轉介資源一覽

區域	機構	電話
全國	台灣戒酒暨酒癮防治中心	0800-255959 (愛我無酒無酒)
臺北市	臺北市立聯合醫院松德院區	(02)2728-5791
臺北市	國防醫學大學三軍總醫院	(02)8792-3311 分機 10409 或 10408
臺北市	臺北榮民總醫院	(02)2875-7027 分機 250
臺北市	臺北醫學大學附設醫院	(02)2737-2181 分機 1315
臺北市	台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人馬偕	(02)2543-3535 分機 3680
新北市	紀念醫院 (台北院區/淡水院區)	(02)2809-4661 分機 2726
新北市	佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院	(02)6628-9779 分機 3868
桃園市	衛生福利部桃園療養院	(03)369-8553 分機 3003
桃園市	衛生福利部桃園醫院	(03)369-9721 分機 1314
新竹市	國軍桃園總醫院新竹分院	(03)534-8181 分機 325395 或 325393
苗栗縣	衛生福利部苗栗醫院	(037)261-920 分機 1265
臺中市	中國醫藥大學附設醫院	(04)2205-2121 分機 11173
彰化縣	彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院	(04)723-8595 分機 7180
南投縣	衛生福利部草屯療養院	(049)255-0800 分機 3831
臺南市	奇美醫療財團法人奇美醫院	(06)2228116 分機 58724
臺南市	國立成功大學醫學院附設醫院	(06)235-3535 分機 4362
臺南市	衛生福利部嘉南療養院	(06)2795019 分機 3597
高雄市	高雄市立凱旋醫院	(07)713-2800 分機 23
高雄市	高雄醫學大學附設中和紀念醫院	(07)312-1101 分機 6826
高雄市	高雄市立旗津醫院	(07)571-1188 分機 1128
高雄市	國軍高雄總醫院附設民眾診療服務處	(07)7496779
宜蘭縣	國立陽明交通大學附設醫院	(03)9325192 分機 73528
臺東縣	衛生福利部臺東醫院	(089)324-112 分機 1605

如需查詢更多戒酒或酒癮評估相關服務之醫療機構，請參閱衛生福利部心理健康司所公布之「執行酒癮治療費用補助方案機構及酒駕酒癮評估機構名單」，網址如下：<https://dep.mohw.gov.tw/DOMHAOH/cp-4382-46834-107.html>

## 十、參考文獻

- Ajmera, V., Belt, P., Wilson, L. A., Gill, R. M., Loomba, R., Kleiner, D. E., Neuschwander-Tetri, B. A., Terrault, N., & Nonalcoholic Steatohepatitis Clinical Research Network. (2018). Among patients with nonalcoholic fatty liver disease, modest alcohol use is associated with less improvement in histologic steatosis and steatohepatitis. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, *16*(9), 1511 - 1520.e5.  
<https://doi.org/10.1016/j.cgh.2018.01.026>
- Bradley, K. A., DeBenedetti, A. F., Volk, R. J., Williams, E. C., Frank, D., & Kivlahan, D. R. (2007). AUDIT-C as a brief screen for alcohol misuse in primary care. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *31*(7), 1208-1217.
- Crabb, D. W., Im, G. Y., Szabo, G., Mellinger, J. L., & Lucey, M. R. (2020). Diagnosis and treatment of alcohol-associated liver diseases: 2019 practice guidance from the American Association for the Study of Liver Diseases. *Hepatology*, *71*(1), 306-333.
- Jamal, A., Dube, S.R., Malarcher, A.M., Shaw, L., Engstrom, M.C.; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2012). Tobacco use screening and counseling during physician office visits among adults--National Ambulatory Medical Care Survey and National Health Interview Survey, United States, 2005-2009. *MMWR Supplements*, *61*(2), 38-45.
- Liu, Y. C., Yeh, M. L., et al. (2011). Randomized controlled trial of a brief intervention for unhealthy alcohol use in hospitalized Taiwanese men. *Addiction*, *106*(5), 928-940
- Llopis, M., Cassard, A. M., Wrzosek, L., Boschat, L., Bruneau, A., Ferrere, G., et al. (2016). Intestinal microbiota contributes to individual susceptibility to alcoholic liver disease. *Gut*, *65*(5), 830-839.
- McPheeters M, O'Connor EA, Riley S, Kennedy SM, Voisin C, Kuznacic K,

Coffey CP, Edlund MD, Bobashev G, Jonas DE. (2023).  
Pharmacotherapy for Alcohol Use Disorder: A Systematic Review  
and Meta-Analysis. *JAMA*, 330(17), 1653-1665. doi:  
10.1001/jama.2023.19761.

Mathurin, P., & Bataller, R. (2015). Trends in the management and  
burden of alcoholic liver disease. *Journal of Hepatology*, 62(1),  
S38-S46.

Ramkissoon, R., & Shah, V. H. (2022). Alcohol use disorder and  
alcohol-associated liver disease. *Alcohol Research: Current  
Reviews*, 42(1), 13.

衛生福利部統計處 (2024)。113 年死因統計結果。取自：

<https://www.mohw.gov.tw>

Singal, A. K., Bataller, R., Ahn, J., Kamath, P. S., & Shah, V. H.  
(2018). ACG Clinical Guideline: Alcoholic liver disease. *The  
American Journal of Gastroenterology*, 113(2), 175-194.

Wang SC, Chen YC, Chen SJ, Lee CH, Cheng CM. (2020). Alcohol  
Addiction, Gut Microbiota, and Alcoholism Treatment: A Review.  
*International Journal of Molecular Sciences*, 21(17), 6413. doi:  
10.3390/ijms21176413.

### 專家協作名單

本指引由台灣戒酒暨酒癮防治中心方俊凱主任統籌研擬，感謝多位專家於  
初稿發展與專家會議期間提供寶貴意見與臨床建議。特別致謝吳俊穎教授（台灣  
消化系醫學會）、劉俊人教授（台灣肝臟研究學會）、章振旺主任（馬偕紀念醫院  
消化科系）對指引內容方向與臨床可行性之專業指導。

本指引之擬定亦承蒙衛生福利部支持召開專家會議，與會專家針對轉介流  
程、篩檢工具、生物指標應用、醫病溝通與跨科合作等議題，提供具體建議與實  
務回饋，使本文件更貼近臨床現況，提升其可操作性與推廣價值。

同時感謝劉湘婷臨床心理師與呂宜蓁臨床心理師，於本指引之溝通技巧設  
計與轉介策略架構方面所提供的實務經驗與協助。