اختلالات مصرف الکل

تشخیص و درمان

رویکردی کاربردی

دکتر مهدی سیاح برگرد
استاد روان‌پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز

چرا یک روان‌پزشک مقابل شما ایستاده است

۲/۶ میلیون

مرگ سالانه در جهان منتسب به الکل —و بزرگ‌ترین سهم آن مربوط به بیماری‌های گوارشی است.

رتبهٔ ۱

بیماری کبدی مرتبط با الکل امروز شایع‌ترین اندیکاسیون پیوند کبد در ایالات متحده است.

کمتر از ۱۰٪

از مبتلایان به اختلال مصرف الکل هرگز درمان دارویی مبتنی بر شواهد دریافت می‌کنند.

متخصص گوارش معمولاً سال‌ها پیش از آنکه کسی علت را نام ببرد، با پیامد آن روبه‌رو می‌شود.

آسیت، پانکراتیت و خونریزی واریسی یافته‌های دیررس‌اند .تشخیصی که می‌توانست مسیر بیماری را تغییر دهد یک تشخیص روان‌پزشکی است —و کاملاً در یک درمانگاه عمومی قابل انجام است .تنها حدود یک نفر از هر پنج مصرف‌کنندهٔ سنگین به سیروز مبتلا می‌شود؛ پس نبودِ سیروز به هیچ‌کس اطمینان نمی‌دهد.

آنچه این موضوع را در محیط ما متفاوت می‌کند

مصرف ثبت‌شدهٔ کم، ثبت‌نشدهٔ زیاد

سرانهٔ مصرف رسمی در منطقه از کمترین‌های جهان است، اما بخش بزرگی از آنچه مصرف می‌شود تولید غیرمجاز است و هرگز شمارش نمی‌شود .شیوع به‌طور نظام‌مند کمتر از واقع برآورد می‌شود.

متانول، خطری همیشگی

طغیان‌های مکرر مسمومیت با مشروبات دست‌ساز و تقلبی .در هر بیمار با اسیدوز متابولیک با آنیون‌گپ بالا و علائم بینایی، به متانول فکر کنید.

ممنوعیت قانونی و اجتماعی

پنهان‌کاری قاعده است نه استثنا .بیماران دیر مراجعه می‌کنند، مداوم انکار می‌کنند، و اغلب خانواده تنها منبع قابل اتکای اطلاعات جانبی است.

پیامد بالینی

نخستین تظاهر اغلب بیماری کبدی جبران‌نشده یا پانکراتیت حاد است . غربالگری نمی‌تواند گزینشی باشد —از همه بپرسید، با همان لحن خنثایی که دربارهٔ سیگار به‌کار می‌برید.

یک پیوستار، چهار موقعیت بالینی

پرهیز یا مصرف کم‌خطر

بدون مصرف، یا در محدودهٔ کم‌خطر

مصرف پرخطر

سطحی از مصرف که خطر ایجاد می‌کند — هنوز آسیبی اثبات نشده

مصرف زیان‌بار

آسیب جسمی یا روانی قابل اثبات، بدون احراز معیارها

اختلال مصرف الکل

احراز معیارهای DSM-5-TR خفیف · متوسط · شدید

دو نظام طبقه‌بندی، یک بیمار

- DSM-5-TR تفکیک قدیمیِ «سوءمصرف/وابستگی» را حذف کرد و آن را با یک اختلال درجه‌بندی‌شده جایگزین ساخت — بیمار تنها با دو معیار تشخیص می‌گیرد.
- ICD-11 دو موجودیت را نگه داشته است: الگوی مصرف زیان‌بار، و وابستگی به الکل. ولع (craving) به‌عنوان ویژگی محوری وابستگی افزوده شد.
- پیامد عملی: پرسش دیگر «آیا او الکلی است؟» نیست، بلکه «کجای این پیوستار قرار دارد، و آیا این سطح مصرف یافته‌های کبدی او را توجیه می‌کند؟»

DSM-5-TR: یازده معیار در چهار حوزه

اختلال در کنترل

- مصرف بیش از مقدار یا مدت مورد نظر
- میل مداوم یا تلاش‌های ناموفق برای کاهش مصرف
- صرف زمان زیاد برای تهیه، مصرف و بهبود از اثرات
- ولع یا اشتیاق شدید برای نوشیدن

اختلال عملکرد اجتماعی

- ناتوانی در انجام تعهدات مهم نقشی
- ادامهٔ مصرف با وجود مشکلات بین‌فردی
- کنار گذاشتن یا کاهش فعالیت‌های مهم

مصرف پرخطر

- مصرف مکرر در موقعیت‌های خطرناک جسمی
- ادامهٔ مصرف با وجود آگاهی از مشکل جسمی یا روانیِ ناشی از آن یا تشدیدشده با آن

حوزهٔ فارماکولوژیک

- تحمل —نیاز به مقادیر به‌مراتب بیشتر
- سندرم ترک، یا نوشیدن برای تسکین آن

اختلال مصرف الکل = ۲ معیار یا بیشتر در یک دورهٔ ۱۲ماهه

خفیف ۲–۳ · متوسط ۴–۵ · شدید ۶ و بیشتر

AUDIT-C: سه پرسش، نود ثانیه

1 **چند وقت یک‌بار نوشیدنی الکلی مصرف می‌کنید؟**

هرگز (۰) ← (چهار بار یا بیشتر در هفته (۴)

2 **در یک روزِ معمولِ مصرف، چند واحد می‌نوشید؟**

یک تا دو (۰) ← (ده واحد یا بیشتر (۴)

3 **چند وقت یک‌بار در یک نوبت شش واحد یا بیشتر می‌نوشید؟**

هرگز (۰) ← (روزانه یا تقریباً روزانه (۴)

غربالگری مثبت : ۴ و بالاتر در مردان ۳ ۰ و بالاتر در زنان

AUDIT-C مثبت یک تشخیص نیست؛ دستوری است برای نشستن و به‌کار بستن معیارهای DSM-5-TR. نمرهٔ کلِ AUDIT برابر ۸ یا بیشتر نشانگر مصرف پرخطر، و ۲۰ یا بیشتر به‌شدت مطرح‌کنندهٔ وابستگی است.

شیوهٔ پرسیدن، پاسخی را که می‌شنوید تعیین می‌کند

- تنها بپرسید. بار نخست هرگز در حضور همسر، والد یا فرزند بزرگسال.
- نخست عادی‌سازی کنید» :با یافته‌های کبدیِ شما، من از همه دربارهٔ الکل می‌پرسم«.
- هرگز واژهٔ »الکلی «را به کار نبرید، و هرگز نپرسید »شما که نمی‌نوشید، درست است؟«
- به‌جای پرهیز، مصرف را فرض بگیرید» :چقدر می‌نوشید؟ «نه »آیا می‌نوشید؟«
- انکار را داده بدانید، نه پاسخ —در ویزیت بعد دوباره بپرسید و با رضایت بیمار اطلاعات جانبی بگیرید.
- گفتهٔ بیمار را با واژه‌های خودش و همراه با مقدار ثبت کنید.

کیس ۱

«هرگز در عمرم لب نزده‌ام».

بیمار

- مرد ۴۴ساله، آسیت تازه‌ایجادشده، Child–Pugh B.
- سرولوژی ویروسی منفی؛ بررسی خودایمنی و متابولیک بدون یافته؛ BMIبرابر ۲۴.
- GGT ۳۴۰ · MCV ۱۰۳ · AST ۹۶ · ALT ۳۸ · پلاکت ۹۶۰۰۰.
- مصرف الکل را قاطعانه و مکرر انکار می‌کند .همسرش می‌خواهد جداگانه با شما صحبت کند.

قدم بعدی چیست؟

استدلال بالینی

- الگوی آزمایشگاهی AST:ALT —بیش از ۲همراه با افزایش همزمان GGTو — MCVپس از رد علل ویروسی و متابولیک تقریباً پاتوگنومونیک است.
- PEthدرخواست کنید .این آزمون بدون بحث و بدون اتهام، مسئله را فیصله می‌دهد.
- اطلاعات همسر را بپذیرید، اما پیش از اقدام، رضایت بیمار را برای شرح‌حال جانبی بگیرید.
- با یافته‌ها نزد بیمار برگردید، نه با حکم» :این نتایج همان الگویی است که با الکل می‌بینیم .کمکم کنید بفهممش«.
- انکار در اینجا نشانه‌ای از خودِ اختلال و از بستر قانونی است، نه دروغی که باید با آن رویارو شد.

سازوکار و سیر زمانی

مواجههٔ مزمن با اتانول سیگنال‌دهی GABA-Aرا تضعیف و گیرنده‌های NMDAرا تقویت می‌کند .قطع ناگهانی، تحریک گلوتاماترژیکِ بدون مهار را بر جای می‌گذارد —کل سندرم، و نیز کل درمان آن، از همین یک واقعیت برمی‌آید.

۶تا ۱۲ساعت

ترک خفیف

لرزش، اضطراب، تعریق، تپش قلب، تهوع، بی‌خوابی، سردرد

۱۲تا ۲۴ساعت

توهم الکلی

توهم بینایی یا لمسی، با هوشیاری سالم و علائم حیاتی طبیعی

۲۴تا ۴۸ساعت

تشنج ترک

تونیک–کلونیک منتشر، اغلب یک نوبت؛ پیش‌بینی‌کنندهٔ قوی دلیریوم ترمنس

۴۸تا ۹۶ساعت

دلیریوم ترمنس

اختلال هوشیاری و ناپایداری اتونومیک .مرگ‌ومیر ۱تا ۵٪ با درمان، بسیار بالاتر بدون درمان

در بیمار سیروتیک، ترک و انسفالوپاتی کبدی شبیه یکدیگرند —و اغلب هم‌زمان‌اند .درمان یکی، شما را از جست‌وجوی دیگری معاف نمی‌کند.

مدیریت ترک —و انجام ایمن آن در سیروز

مبتنی بر علائم (Symptom-triggered)

- ترجیح دارد، آنجا که پرستاری بتواند قابل اتکا نمره‌دهی کند
- بنزودیازپین کل کمتر، مدت درمان کوتاه‌تر
- وقتی CIWA-Arبه ۸تا ۱۰رسید دارو بدهید و هر ساعت بازارزیابی کنید

دوز ثابت یا Front-loading

- وقتی پایش قابل اتکا نیست یا بیمار قابل نمره‌دهی نیست
- وقتی PAWSSبرابر ۴یا بیشتر، سابقهٔ DTیا سابقهٔ تشنج ترک وجود دارد
- کاهش تدریجی برنامه‌ریزی‌شده طی ۳تا ۴روز، همراه با دوز در صورت نیاز

انتخاب دارو

عملکرد کبدی طبیعی

دیازپام یا کلردیازپوکساید —طولانی‌اثر و عملاً خودکاهنده

سیروز، سالمند، بیماری تنفسی

لورازپام یا اکسازپام —فقط گلوکورونیداسیون، بدون متابولیت فعال و بدون تجمع

مقاوم به بنزودیازپین یا DTشدید

فنوباربیتال، یا دگزمدتومیدین به‌عنوان کمکی —که از تشنج پیشگیری نمی‌کند

همیشه اضافه کنید :تیامین، فولات، منیزیم و پتاسیم؛ اصلاح حجم؛ جست‌وجوی عفونت، و هماتوم ساب‌دورال.

پرهیز کنید از :آنتی‌سایکوتیک به‌تنهایی، که آستانهٔ تشنج را پایین می‌آورد؛ و بتابلاکر یا کلونیدین به‌تنهایی، که علائم را می‌پوشانند بدون آنکه چیزی را درمان کنند.

تیامین :ساده‌ترین خطایی که مرتکب می‌شویم

تیامین را پیش از گلوکز بدهید

بار گلوکز در بیمار دچار کمبود تیامین می‌تواند انسفالوپاتی ورنیکه را برانگیزد .این همان مورد پتروژنیک کلاسیک است.

منیزیم را هم‌زمان اصلاح کنید

منیزیم کوفاکتور آنزیم‌های وابسته به تیامین است .جبران تیامین در بیمار هیپومنیزیمیک اثر نخواهد کرد.

تیامین خوراکی اینجا کافی نیست

جذب اشباع‌پذیر است و با الکل و سوءتغذیه مختل می‌شود .در شرایط حاد راه تجویز باید تزریقی باشد.

در پنج دقیقه‌ای که واقعاً دارید چه بگویید

F — بازخورد
نتایج خودِ بیمار را مشخص و بدون قضاوت اخلاقی به الکل پیوند بزنید.

R — مسئولیت
صریح بگویید که تصمیم متعلق به بیمار است.

A — توصیه
یک توصیهٔ روشن بدهید :قطع مصرف مفیدترین کاری است که برای کبدتان می‌توانید بکنید.

M — فهرست گزینه‌ها
گزینه‌ها را ارائه دهید —دارو، ارجاع روان‌پزشکی، مشارکت خانواده، پیگیری.

E — همدلی
گرم و بدون قضاوت .رویارویی به‌طور قابل پیش‌بینی مقاومت را بیشتر می‌کند.

S — خودکارآمدی
باور خود به امکان تغییر را بیان کنید؛ به دوره‌های پرهیز پیشین او اشاره کنید.

متنی که کار می‌کند

»آزمایش‌های کبدی شما همان الگویی را نشان می‌دهد که با الکل می‌بینیم .من اینجا نیستم که قضاوت کنم .مفیدترین کاری که می‌توانید بکنید — مفیدتر از هر قرصی که من بدهم —قطع نوشیدن است .دارویی هست که این کار را آسان‌تر می‌کند و می‌توانم همین امروز ترتیبش را بدهم .نظر شما چیست؟«

حدود آن را بدانید

مداخلهٔ مختصر در مصرف‌کنندگان پرخطر و زیان‌بار شواهد خوبی دارد، اما در اختلال متوسط تا شدید بسیار ضعیف‌تر است —آن بیماران به درمان نیاز دارند، نه به نصیحت . توصیه به »کمتر بنوش «و سپس مرخص کردنِ بیمارِ به‌شدت وابسته، مداخله نیست.

داروهایی که خودِ اختلال را درمان می‌کنند

دارو	دوز	اثر	ملاحظات
نالترکسون	۵۰میلی‌گرم خوراکی روزانه یا ۳۸۰میلی‌گرم عضلانی ماهانه	روزهای پرنوشی و ولع را کاهش می‌دهد .خط اول برای بیشتر بیماران.	با هر اوپیوئیدی منع مصرف دارد .در هپاتیت حاد یا نارسایی کبد پرهیز شود.
آکامپروسات	۶۶۶میلی‌گرم، سه بار در روز	حفظ پرهیز را پس از قطع مصرف پشتیبانی می‌کند.	دفع کلیوی —با کلیرانس کراتینین پایین کاهش یا حذف شود .در بیماری کبدی ایمن است.
دی‌سولفیرام	۲۵۰میلی‌گرم روزانه، تحت نظارت	بازدارندهٔ تنفری .تنها با مصرف تحت نظارت و انگیزهٔ بالا مؤثر است.	سمیت کبدی .در بیماری کبدی و بیماری قلبی‌عروقی مهم پرهیز شود.
باکلوفن	۵میلی‌گرم سه بار، تا ۱۰میلی‌گرم سه بار	تنها دارویی با شواهد کارآزمایی تصادفی اختصاصاً در بیماران سیروتیک.	خواب‌آلودگی و سرگیجه .قطع تدریجی؛ احتیاط در نارسایی کلیه.
گاباپنتین توپیرامات	خارج از برچسب	خط دوم مفید، به‌ویژه با اضطراب، بی‌خوابی یا ولع بارز.	گاباپنتین پتانسیل سوءمصرف دارد؛ توپیرامات اثرات شناختی و اختلال واژه‌یابی ایجاد می‌کند.

نالترکسون یا آکامپروسات را خودتان می‌توانید شروع کنید .هیچ‌کدام نیازمند روان‌پزشک نیست، و انتظار برای ارجاع شایع‌ترین دلیلی است که بیمار هرگز هیچ‌یک را دریافت نمی‌کند.

تجویز وقتی کبد پیش‌تر آسیب دیده است

آزمایش کبدی طبیعی یا بیماری جبران‌شده

- نالترکسون با پایش دوره‌ای قابل قبول است —نشانهٔ قدیمی سمیت کبدی از دوزهایی بسیار بالاتر از دوز امروزی می‌آید
- آکامپروسات ایمن است و تعدیل کبدی نمی‌خواهد
- اختلال را همان‌گونه درمان کنید که در هر بیمار دیگری

سیروز جبران‌نشده

- باکلوفن بهترین شواهد تصادفی را در این جمعیت دارد
- آکامپروسات در صورت اجازهٔ عملکرد کلیه معقول است
- از نالترکسون و دی‌سولفیرام پرهیز کنید
- انسفالوپاتی، تغذیه و سارکوپنی را هم‌زمان مدیریت کنید

همیشه، در هر سطح

- جبران تیامین و ریزمغذی‌ها
- غربالگری افسردگی، اضطراب و افکار خودکشی
- مشارکت خانواده با رضایت بیمار
- تعیین تاریخ مشخص پیگیری پیش از ترخیص

بیماری کبدی دلیلی برای درمانِ اعتیاد است، نه دلیلی برای دریغ کردن درمان.

شایع‌ترین دلیل اینکه بیمار سیروتیک هیچ داروی ضدولعی دریافت نمی‌کند، ترسی نظری از سمیت کبدی است —در بیماری که هنوز روزانه ۱۵۰گرم اتانول می‌نوشد.

همبودی روان‌پزشکی —و اینکه کِی ما را خبر کنید

آنچه همراه اختلال مصرف الکل می‌آید

- افسردگی، اختلالات اضطرابی، PTSD، ADHD، اختلال دوقطبی و بی‌خوابی مزمن —همگی به‌طور چشمگیری فراوان‌ترند.
- بسیاری از علائم افسردگی و اضطراب طی دو تا چهار هفته پرهیز فروکش می‌کنند .پیش از تثبیت تشخیص و شروع ضدافسردگی بلندمدت، دوباره ارزیابی کنید.
- خطر خودکشی به‌طور بارز بالاتر است و با فقدان اخیر، مسمومیت و تکانشگری بیشتر می‌شود .مستقیم بپرسید —پرسیدن، فکر خودکشی را در ذهن نمی‌کارد.
- مصرف چندماده‌ای شایع است؛ به‌طور مشخص دربارهٔ اوپیوئیدها، بنزودیازپین‌ها و محرک‌ها بپرسید، چون مدیریت ترک را تغییر می‌دهد.

به روان‌پزشکی ارجاع دهید وقتی

- اختلال متوسط یا شدید است، یا تلاش‌های مکرر برای قطع ناکام مانده است
- سابقهٔ دلیریوم ترمنس یا تشنج ترک وجود دارد
- هر همبودی روان‌پزشکی فعال، و همیشه در صورت وجود افکار خودکشی
- وابستگی چندماده‌ای مطرح است
- ارزیابی پیوند در دست بررسی است
- یا به‌سادگی :هر وقت خودتان قرار نیست داروی ضدولع تجویز کنید

ارجاع، انتقال مسئولیت نیست .بیمار را در درمانگاه خود نگه دارید، مصرف را مرتب بازبینی کنید، و عود را نشانهٔ بیماری بدانید نه معیار ترخیص.

کیس ۲

بیماری که هنوز می‌نوشد

بیمار

- مرد ۵۲ساله، سیروز Child–Pugh C، مصرف روزانه حدود ۲۰۰گرم اتانول.
- با انسفالوپاتی درجهٔ ۲و خونریزی واریسی مختصر بستری شده است.
- آخرین مصرف حدود ۲۰ساعت پیش از پذیرش .دو نوبت تشنج ترک در گذشته.
- می‌پرسد آیا می‌تواند نامزد پیوند شود.

چهار تصمیم برای امروز.

ترک

پرخطر —تشنج قبلی، مصرف سنگین اخیر، بیماری حاد .به‌جای انتظار Front-loadکنید؛ CIWA-Arبه‌دلیل مخدوش‌شدن با انسفالوپاتی قابل اتکا نیست.

انتخاب دارو

لورازپام یا اکسازپام، نه کلردیازپوکساید .تیامین تزریقی با دوز درمانی، به‌همراه منیزیم و پتاسیم.

داروی ضدولع

باکلوفن، پس از پایدار شدن .نالترکسون و دی‌سولفیرام در اینجا پرهیز شود . آکامپروسات فقط اگر عملکرد کلیه اجازه دهد.

پیوند

در را نبندید .قاعدهٔ شش ماه پرهیز دیگر همه‌جایی نیست؛ پیوند زودهنگام در بیماران منتخب پس از ارزیابی چندرشته‌ای انجام می‌شود .ارجاع دهید، نه رد.

جمع‌بندی

چهار نکته برای بردن به درمانگاه

1. از همه بپرسید، با همان لحن خنثایی که دربارهٔ سیگار به‌کار می‌برید .غربالگری گزینشی بیشتر موارد را از دست می‌دهد.

3. در سیروز لورازپام یا اکسازپام بدهید،

4. تیامین را تزریقی، با دوز درمانی و پیش از گلوکز بدهید، و منیزیم را همزمان اصلاح کنید.

5. نالترکسون، آکامپروسات یا باکلوفن را خودتان می‌توانید تجویز کنید .نگذارید صفِ ارجاع جای درمان را بگیرد.

منابع کلیدی

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed., Text Revision (DSM-5-TR). 2022.
- World Health Organization. Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders. Geneva, 2024.
- EASL Clinical Practice Guidelines: management of alcohol-related liver disease. Journal of Hepatology, 2018.
- Crabb DW, Im GY, Szabo G, Mellinger JL, Lucey MR. Alcohol-associated liver diseases: AASLD practice guidance. Hepatology, 2020.
- American Society of Addiction Medicine. Clinical Practice Guideline on Alcohol Withdrawal Management. 2020.
- Reus VI et al. APA Practice Guideline for the Pharmacological Treatment of Patients With Alcohol Use Disorder. Am J Psychiatry, 2018.
- Thursz MR et al. Prednisolone or pentoxifylline for alcoholic hepatitis (STOPAH). N Engl J Med, 2015.
- Addolorato G et al. Baclofen for maintenance of alcohol abstinence in alcohol-dependent patients with liver cirrhosis. Lancet, 2007.

سپاسگزارم — پرسش‌های شما

دکتر مهدی صیاح برگرد · استاد روان‌پزشکی · دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز