

## **BỘ Y TẾ**

---

### **BÁO CÁO KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU ĐỀ TÀI CẤP BỘ**

**Tên đề tài: “NGHIÊN CỨU ĐIỀU TRỊ CHỐNG TÁI NGHIỆN  
CHẤT DẠNG THUỐC PHIỆN BẰNG NALTREXONE (ABERNIL)  
KẾT HỢP VỚI LIỆU PHÁP NHẬN THỨC HÀNH VI  
VÀ CAN THIỆP GIA ĐÌNH”**

*Chủ nhiệm đề tài:* **BSC.KII. Nguyễn Minh Tuấn**

*Cơ quan chủ trì đề tài:* **Viện Sức khỏe Tâm thần – BV.Bạch Mai**

*Cấp quản lý:* **Bộ Y tế**

Thời gian thực hiện: Năm 2006 - 2007

Tổng kinh phí thực hiện đề tài: 150 triệu đồng

Trong đó: 50 triệu đồng (lấy từ nguồn kinh phí Phòng chống ma túy)

Nguồn khác: 100 triệu đồng (kinh phí của Công ty Dược phẩm Medochemie)

**6437**

25/7/2007

HÀ NỘI - 2007

# **BÁO CÁO KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU ĐỀ TÀI CẤP BỘ**

Tên đề tài: *“Nghiên cứu điều trị chống tái nghiện chất dạng thuốc phiện bằng Naltrexone (Abernil) kết hợp với liệu pháp nhận thức hành vi và can thiệp gia đình”*

1. Chủ nhiệm đề tài và thư ký: **BSCKII. Nguyễn Minh Tuấn**
2. Cơ quan chủ trì đề tài: **Viện Sức khỏe Tâm thần – BV. Bạch Mai**
3. Cấp quản lý: **Bộ Y tế**
4. Danh sách những người thực hiện chính:
  - BSCKII. Nguyễn Minh Tuấn
  - PGS.TS. Trần Viết Nghị
  - BS. Thân Văn Tuệ
5. Thời gian thực hiện đề tài: Năm 2006 - 2007

# MỤC LỤC

Trang

## **Phần A - Tóm tắt các kết quả nổi bật của đề tài:**

- |   |   |
|---|---|
| 1. Kết quả nổi bật của đề tài.  | 1 |
| 2. Đóng góp của đề tài.   | 2 |
| 3. Đánh giá thực hiện đề tài đối chiếu với đề cương nghiên cứu đã được phê duyệt. | 3 |
| 4. Các ý kiến đề xuất.  | 3 |

## **Phần B - Nội dung báo cáo chi tiết kết quả nghiên cứu đề tài cấp Bộ**

- |            |   |
|------------|---|
| Đặt vấn đề | 4 |
|------------|---|

### **Chương 1. TỔNG QUAN**

- |   |    |
|---|----|
| 1.1 Khái niệm                                     | 7  |
| 1.2 Nguyên nhân nghiện ma túy                     | 7  |
| 1.3 Cơ chế phụ thuộc cơ thể và hội chứng cai CDTP | 8  |
| 1.4 Cơ chế phụ thuộc tâm thần và tái nghiện       | 8  |
| 1.5 Tiêu chuẩn chẩn đoán nghiện ma túy            | 9  |
| 1.6 Mô hình bệnh tật của nghiện rượu và ma túy    | 10 |
| 1.7 Các phương pháp điều trị nghiện CDTP          | 11 |

### **Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

- |                                  |    |
|----------------------------------|----|
| 2.1. Địa điểm nghiên cứu         | 24 |
| 2.2 Đối tượng nghiên cứu         | 24 |
| 2.3 Phương pháp nghiên cứu       | 25 |
| 2.3.1. Thiết kế nghiên cứu       | 25 |
| 2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu         | 25 |
| 2.3.3. Các bước tiến hành        | 25 |
| 2.3.4. Phương pháp xử lý số liệu | 30 |

<b>Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU</b>	<b>32</b>
3.1 Tổng số vào điều trị	32
3.2 Đặc điểm nhân sự của mẫu nghiên cứu	32
3.3 Đặc điểm lâm sàng của mẫu nghiên cứu	33
3.4 Kết quả nghiên cứu	37
3.5 Quy trình hướng dẫn điều trị chống tái nghiện CDTP bằng Abernil kết hợp với liệu pháp nhận thức hành vi và can thiệp gia đình tại cộng đồng	52
<b>Chương 4. BÀN LUẬN</b>	<b>61</b>
<b>Chương 5. KẾT LUẬN</b>	<b>80</b>
<b>KIẾN NGHỊ</b>	<b>84</b>
<b>ĐÓNG GÓP VÀ Ý NGHĨA THỰC TIỄN CỦA ĐỀ TÀI</b>	<b>85</b>
<b>TÀI LIỆU THAM KHẢO</b>	

## CÁC CHỮ VIẾT TẮT

Viết tắt	Viết đầy đủ
CMT	Chất ma túy
NMT	Nghiện ma túy
CDTP	Chất dạng thuốc phiện
LPTL	Liệu pháp tâm lý
LPNT-HV	Liệu pháp nhận thức - hành vi
LPGD	Liệu pháp gia đình
ĐT	Điều trị
Mthd	Methadone
LAAM	Levo-Anpha Acetyl Methadol
Bpn	Buprenorphine
BN	Bệnh nhân
GD	Gia đình
SKTT	Sức khỏe Tâm thân

**BẢN TỰ ĐÁNH GIÁ**  
**Về tình hình thực hiện và những đóng góp mới**  
**của đề tài kh&cn cấp bộ**

1. *Tên đề tài:* “Nghiên cứu điều trị chống tái nghiện chất dạng thuốc phiện bằng Naltrexone (Abernil) kết hợp với liệu pháp nhận thức hành vi và can thiệp gia đình”

2. *Chủ nhiệm đề tài:* **BSCKII. Nguyễn Minh Tuấn**

3. *Cơ quan chủ trì đề tài:* **Viện Sức khỏe Tâm thần – BV.Bạch Mai**

4. *Cấp quản lý:* **Bộ Y tế**

5. *Thời gian thực hiện:* Từ ngày 1 tháng 12 năm 2003 đến ngày 31 tháng 12 năm 2006

6. *Tổng kinh phí thực hiện đề tài:* 150 triệu đồng

Trong đó: 50 triệu đồng (lấy từ nguồn kinh phí Phòng chống ma túy)

Nguồn khác: 100 triệu đồng (kinh phí của Công ty Dược phẩm Medochemie)

7. *Tình hình thực hiện đề tài so với đề cương:*

7.1. *Tình hình hoàn thành khối lượng công việc:* thực hiện đầy đủ các mục tiêu đã đề ra.

7.2. *Về các yêu cầu khoa học và chỉ tiêu cơ bản của các sản phẩm KHCN:* đạt các chỉ tiêu của đề cương đề ra.

7.3. *Tiến độ thực hiện:* đúng tiến độ.

8. *Đóng góp mới của đề tài:*

8.1. *Về phương pháp nghiên cứu:* kết hợp thuốc với liệu pháp nhận thức hành vi và gia đình.

8.2. *Những đóng góp mới khác:*

- Đưa ra được phác đồ điều trị Naltrexone (Abernil) tại cộng đồng.
- Đề ra được các giải pháp để lôi kéo bệnh nhân và gia đình tham gia điều trị lâu dài như giảm liều thuốc Abernil xuống còn nửa liều sau 1 năm điều trị với những nguyên tắc cụ thể
- Đặc biệt đề tài đã thực hiện được xã hội hoá công tác điều trị nghiện CDTP, giúp giảm gánh nặng cho nhà nước, do mọi chi phí điều trị đều do bệnh nhân và gia đình đóng góp 100%

Hà Nội, ngày.....tháng.....năm 2007

**Chủ nhiệm đề tài**

## **Danh sách tác giả của đề tài KH&CN cấp Bộ**

1. *Tên đề tài:* **“Nghiên cứu điều trị chống tái nghiện chất dạng thuốc phiện bằng Naltrexone (Abernil) kết hợp với liệu pháp nhận thức hành vi và can thiệp gia đình”**

2. *Chủ nhiệm đề tài:* **BSCKII. Nguyễn Minh Tuấn**

3. *Cơ quan chủ trì đề tài:* **Viện Sức khỏe Tâm thần – BV.Bạch Mai**

4. *Cấp quản lý:* **Bộ Y tế**

5. *Thời gian thực hiện:* **Từ ngày 1 tháng 12 năm 2003 đến ngày 31 tháng 12 năm 2006**

6. *Danh sách tác giả:*

<b>TT</b>	<b>Học hàm, học vị, họ và tên</b>	<b>Chữ ký</b>
1	BSCKII. Nguyễn Minh Tuấn	
2	PGS.TS. Trần Viết Nghị	
3	BS. Thân Văn Tuệ	

**Thủ trưởng cơ quan chủ trì đề tài**  
(Họ tên, chữ ký và đóng dấu)

# **PHẦN A**

## **TÓM TẮT CÁC KẾT QUẢ NỔI BẬT CỦA ĐỀ TÀI**

### **1. Kết quả nổi bật của đề tài**

- Nghiên cứu đã áp dụng thành công ,và nâng cao được hiệu quả điều trị chống tái nghiện CDTP bằng Naltrexone (Abernil) kết hợp với liệu pháp nhận thức hành vi và can thiệp tư vấn gia đình tại cộng đồng thông qua việc đề ra các giải pháp cụ thể làm giảm tỉ lệ sớm bỏ điều trị, giảm tái sử dụng CDTP trong quá trình điều trị lâu dài tại cộng đồng (đây là một vấn đề khó khăn mà các tác giả trên thế giới và trong nước thường gặp phải và đã làm thất bại mọi sự cố gắng của các nhà điều trị).

- Nghiên cứu đã lựa chọn áp dụng hiệu quả được các loại LPTL(liệu pháp thể chế, liệu pháp củng cố âm tính và củng cố dương tính, liệu pháp can thiệp gia đình) phù hợp với mô hình bệnh tật của nghiện rượu và ma túy, đặc điểm tâm lý người nghiện cũng như gia đình của họ. Quy trình điều trị dễ thực hiện đáp ứng được nhu cầu phải điều trị nhiều người cùng một lúc , an toàn, hiệu quả, kinh tế , dễ thực hiện ở cộng đồng.

- Đề ra được các giải pháp để lôi kéo bệnh nhân và gia đình tham gia điều trị lâu dài như giảm liều thuốc Abernil xuống còn nửa liều sau 1 năm điều trị với những nguyên tắc cụ thể. Đây là một vấn đề nhiều bệnh nhân và gia đình quan tâm khi muốn tiếp tục theo đuổi điều trị (giảm giá thành điều trị). Tăng cường mối quan hệ hiệu quả và giá cả trong điều trị.

- Đặc biệt đề tài đã thực hiện được xã hội hoá công tác điều trị nghiện CDTP, giúp giảm gánh nặng cho nhà nước, do mọi chi phí điều trị đều do bệnh nhân và gia đình đóng góp 100% nhưng vẫn thu hút được một số lượng lớn bệnh nhân tham gia điều trị thường xuyên, liên tục, không chỉ các bệnh nhân ở Hà Nội mà

cả các bệnh nhân ở các tỉnh khác (khi mà chi phí đi lại còn cao hơn chi phí điều trị) từ 5 năm nay.

- Kết quả đạt được trên 482 bệnh nhân, theo dõi can thiệp 1 năm là rất đáng khích lệ khi biết rằng các bệnh nhân tham gia không được hỗ trợ bất cứ kinh phí nghiên cứu nào như các đề tài khác. Nếu tính số kinh phí phải hỗ trợ về thuốc và xét nghiệm cho bệnh nhân, thì đề tài đã tiết kiệm được trên 4 tỉ đồng.

## **2. Đóng góp của đề tài.**

- Đề tài đã được thực hiện lần đầu tiên tại Việt nam từ tháng 5/2002 tới nay, đã liên tục tổ chức các hội thảo khoa học chuyên đề chống tái nghiện tại Hà nội và TP Hồ Chí Minh năm 2003, 2004, 2005, 2006 trao đổi kinh nghiệm. Đã được nhiều tổ chức và đồng nghiệp trong cả nước hưởng ứng tham gia điều trị, nghiên cứu và báo cáo kết quả tại các hội thảo nêu trên do Viện SKTT cùng Bệnh viện Bạch mai và công ty dược phẩm Medochemie đồng tổ chức và tài trợ. Hiện phương pháp điều trị này đang được áp dụng ở nhiều nơi trong cả nước như BVTT ban ngày Mai Hương, khoa chống độc BVBạch Mai, TT xanh TP HCM, BVTT Tiền giang, một số TT 06 Bộ LĐTBXH (Hải phòng, Nghệ An, Phú Thọ ...) và tại các phòng mạch tư nhân.

- Là nghiên cứu đầu tiên ở Việt nam đã đưa ra qui trình hướng dẫn điều trị chống tái nghiện CDTP bằng Naltexone kết hợp LPTL nhận thức hành vi và LP gia đình tại cộng đồng, giúp các đồng nghiệp tham khảo trong điều trị và nghiên cứu.

- Đặc biệt được sự quan tâm giúp đỡ của lãnh đạo bệnh viện Bạch Mai, Thanh tra Bộ Y Tế, Vụ khoa học đào tạo, Vụ điều trị Bộ Y tế, chúng tôi đã mở được 3 lớp đào tạo về điều trị nghiện ma túy cho các đối tượng làm công tác điều trị NMT trong cả nước (có cấp chứng chỉ) tại 3 thành phố là: TP Hà nội, TP HCM, TP Qui nhơn trong năm 2005 , 2006 và dự kiến 2007. Đào tạo cho các sinh viên y5 và bác sĩ CK cấp I Tâm thần - ĐHYHN.

- Chúng tôi cũng đã biên soạn được 1 cuốn sách: “ Nghiện Heroin, các phương pháp điều trị”, tác giả BSCK II Nguyễn Minh Tuấn. NXB Y Học 2004. Các kết quả nghiên cứu của chúng tôi đã được đăng tải trong các tạp chí y học thực hành số 4(478) 2004, tạp. chí y học lâm sàng Bệnh viện Bạch mai số 1, 2005 và số 6, 2005.

- Việc áp dụng đề tài này đã tạo thêm sự lựa chọn nữa cho việc điều trị nghiện CDTP vốn đang là vấn đề bức xúc hiện nay của toàn xã hội. Giúp giảm gánh nặng cho các trung tâm điều trị bắt buộc 06 luôn quá tải và tốn kém. Giúp giảm tỉ lệ tội phạm liên quan tới NMT, giảm lây nhiễm HIV, viêm gan B,C cho những người NMT.

### **3. Đánh giá việc thực hiện đề tài so với đề cương nghiên cứu đã được phê duyệt.**

3.1.Tiến độ: đúng tiến độ

3.2.Thực hiện các mục tiêu nghiên cứu đề ra

Thực hiện đầy đủ các mục tiêu đề ra

3.3.Các sản phẩm tạo ra so với dự kiến trong bản đề cương

Tạo ra đầy đủ các sản phẩm đã dự kiến trong đề cương

Chất lượng của sản phẩm đạt yêu cầu như đã ghi trong đề cương

3.4.Đánh giá việc sử dụng kinh phí

Tổng kinh phí thực hiện đề tài: 150 triệu đồng

Kinh phí sự nghiệp khoa học: 0

Kinh phí từ nguồn khác: 150 triệu đồng

50 triệu đồng từ nguồn kinh phí phòng chống ma túy

100 triệu đồng từ công ty dược phẩm Medochemie (25 triệu mua máy)

Do vấn đề thủ tục chưa nhận được tiền từ công ty cũng như kinh phí phòng chống ma túy.

3.4. Các ý kiến đề xuất: không.

## **PHẦN B**

# **NỘI DUNG BÁO CÁO CHI TIẾT KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU ĐỀ TÀI CẤP BỘ**

### **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Các chất dạng thuốc phiện (CDTP) là một trong số những chất ma túy bị lạm dụng phổ biến nhất, gây nhiều tác hại nhất cho bản thân, gia đình và xã hội.

Nước ta không chỉ ở gần khu vực tam giác vàng (một trong những vùng sản xuất, buôn bán thuốc phiện, heroin lớn nhất trên thế giới), mà còn trồng được cây thuốc phiện ở vùng núi phía bắc. Vì vậy trong vài thập kỷ gần đây việc trồng và lạm dụng các CDTP đã phát triển rất nhanh và đã trở thành một tai họa nghiêm trọng cho cả đất nước [14].

Hiện nay ở nước ta có khoảng 170.000 người nghiện CDTP (chủ yếu là nghiện heroin) có hồ sơ kiểm soát. Đa số là nam giới, trẻ tuổi, 85% có liên quan tới tội phạm hình sự trong đó 40% liên quan đến tới các vụ trọng án [14]. Hiện cả nước có trên 100.000 người nhiễm HIV/AIDS có hồ sơ, trong đó trên 60% liên quan tới tiêm chích ma túy.

Để đối phó với quốc nạn này chính phủ đã chỉ đạo triển khai nhiều biện pháp quyết liệt đấu tranh với tệ nạn buôn bán, tàng trữ, sử dụng CDTP bất hợp pháp, đã triển khai rộng khắp các cơ sở điều trị cho những người nghiện CDTP. Nhiều phương pháp điều trị Tây y và Đông y đã được áp dụng (thuốc ATK, châm cứu, các bài thuốc gia truyền v.v...) chủ yếu là các phương pháp cắt cơn ngắn hạn trong vòng 2 tuần. Nhưng sau khi cắt cơn do đa số các cơ sở không có các biện pháp chống tái nghiện hữu hiệu nên đa số các đối tượng đã nhanh chóng tái nghiện [14].

Các cơ sở điều trị tập trung dài hạn thuộc Bộ Lao động thương binh xã hội có áp dụng một số biện pháp chống tái nghiện (lao động, giáo dục tư tưởng, liệu pháp tâm lý v.v...) nhưng chưa đạt được kết quả mong muốn. Mặc dù đã được điều trị và phục hồi chức năng từ 6 tháng đến 2 năm, nhưng các đối tượng khi trở về cộng đồng đã nhanh chóng tái nghiện CDTP trở lại. Tỷ số tái nghiện rất cao, từ 80% - 90% thậm chí có nơi 100% [14].

Do vậy trọng tâm của phương pháp điều trị CDTP hiện nay trên thế giới cũng như ở nước ta là giảm hại và chống tái nghiện .

Ở hầu hết các nước phát triển, việc áp dụng điều trị giảm tác hại và chống tái nghiện đã được coi là quốc sách từ hơn 40 năm trở lại đây. Đó là liệu pháp điều trị thay thế các CDTP bằng Mthd, Bpn, LAAM và liệu pháp đối kháng bằng Naltrexone [7,18].

Liệu pháp thay thế và liệu pháp đối kháng mỗi loại đều có ưu, nhược điểm riêng. Hiệu quả của mỗi loại liệu pháp còn phụ thuộc vào nhiều nhân tố như: kỹ năng của nhà điều trị, qui trình sử dụng thuốc, đặc điểm tâm lý của bệnh nhân và gia đình bệnh nhân cũng như môi trường tâm lý xã hội ở mỗi nước, cách kết hợp thích đáng các liệu pháp tâm lý với thuốc v.v...

Tỷ số những người nghiện CDTP tham gia điều trị thay thế bằng Mthd cao hơn điều trị đối kháng bằng Naltrexone do Mthd cũng là CDTP, có đặc điểm lâm sàng tương tự morphine, làm mất hội chứng cai CDTP , không gây cảm giác khó chịu nên được đa số bệnh nhân chấp nhận rất dễ dàng [7,17,18].

Ngược lại Naltrexone là một chất đối kháng với CDTP, làm mất hiệu quả của CDTP ở não, làm mất cảm giác thèm CDTP vì vậy không gây hứng thú nên ít lôi cuốn bệnh nhân hơn, do đó tỷ lệ sớm bỏ điều trị cao hơn. Theo Gonzalez J.P and Brogden R.N tổng hợp lại các kết quả điều trị bằng Naltrexone của các tác giả trên thế giới cho thấy các kết quả rất khác nhau giữa các tác giả, tuy nhiên tỷ lệ bỏ điều trị tối đa trước 90 ngày là 50%, trước 6 tháng đầu là 70% và trước 12 tháng là 80% [21] .

Gần đây nhiều tác giả đang quay trở lại nghiên cứu liệu pháp Naltrexone với một nhận thức mới: kết hợp liệu pháp Naltrexone với các liệu pháp tâm lý gia đình, nhận thức hành vi nên đã làm tăng hiệu quả điều trị và làm giảm tỉ lệ bỏ điều trị sớm.

Ở nước ta, Viện Sức khỏe Tâm thần đã nghiên cứu áp dụng liệu pháp Methadone từ năm 1996-2002. Nghiên cứu thí điểm này đã mang lại kết quả khả quan. Viện đã báo cáo lên Bộ Y tế và đang chờ chủ trương và kế hoạch triển khai của Bộ [5]. .

Trong khi chờ đợi, tỉ số người mới nghiện vẫn gia tăng và nhất là tỉ lệ người tái nghiện vẫn còn rất cao, trên 90%. Trước nhu cầu bức xúc chống tái nghiện CDTP của xã hội, từ tháng 5/2002 Viện Sức khỏe Tâm thần tiến hành nghiên cứu áp dụng “Điều trị chống tái nghiện CDTP bằng Naltrexone (Abernil) ngoại trú kết hợp với liệu pháp tâm lý nhận thức hành vi và can thiệp gia đình”[4].

Khó khăn lớn nhất của liệu pháp này là phải tìm ra các biện pháp giữ bệnh nhân ở lại điều trị lâu dài, giảm tỉ lệ bỏ điều trị sớm. Kết quả thành công bước đầu đã khích lệ chúng tôi tiếp tục nghiên cứu với một số lượng bệnh nhân lớn hơn và hấp dẫn một số các nhà điều trị ở địa phương khác bắt đầu nghiên cứu thí điểm [8] .

Mục tiêu nghiên cứu của chúng tôi là:

***1. Nghiên cứu hiệu quả chống tái nghiện CDTP bằng Naltrexone(Abernil) kết hợp với liệu pháp nhận thức hành vi và can thiệp gia đình sau một năm điều trị ngoại trú tại Viện sức khỏe Tâm Thần.***

***2. Xây dựng qui trình hướng dẫn điều trị chống tái nghiện CDTP bằng Naltrexone(Abernil) kết hợp với liệu pháp nhận thức hành vi và can thiệp gia đình tại cộng đồng.***

## *Chương 1*

# TỔNG QUAN TÀI LIỆU

### **1.1 Khái niệm :**

#### **1.1.1 Chất dạng thuốc phiện (CDTP) .**

CDTP là những chất có tác dụng giống morphine (bao gồm thuốc phiện, morphine, heroin, methadone, buprenorphine, LAAM...), có đặc tính kết hợp với các thụ thể của morphine ở não, chủ yếu với thụ thể  $\mu$ ,  $\kappa$ . Có 2 loại CDTP ; CDTP đồng vận toàn phần (liên kết mạnh với thụ thể  $\mu$ ,  $\kappa$  ở não: morphine, heroin, Mthd, LAAM) ; CDTP đồng vận một phần (vừa đồng vận với thụ thể  $\mu$ , vừa đối vận với thụ thể  $\kappa$ : Bpn) [21].

#### **1.1.2. Chất đối kháng với CDTP.**

Chất đối kháng với CDTP là chất cạnh tranh với CDTP ở thụ thể  $\mu$ ,  $\kappa$ , đẩy CDTP ra ngoài và chiếm chỗ của nó tại thụ thể  $\mu$ ,  $\kappa$  ở não: Cyclazocine, Naloxone và Naltrexone [21].

### **1.2. Nguyên nhân nghiện ma túy :(CDTP) [7]**

- Đa nguyên nhân: sinh học, tâm lý xã hội và môi trường.
- Liên quan tới mọi tầng lớp xã hội, nghề nghiệp, ở môi trường đô thị cũng như ở nông thôn.
- Các lý do thường được nêu ra: tò mò, bị lôi cuốn cái mới lạ, ý định tiêu khiển; tìm kiếm sự dễ chịu, mong muốn sáng tạo; đồng hóa nhóm ngoài lề xã hội; từ chối chuẩn mực xã hội, vứt bỏ hệ thống các giá trị. Các lý do liên quan với một số mốc: như liên quan tới pháp luật, sự đau đớn về cơ thể và tâm thần (đau, tang tóc, stress...), mại dâm, tình dục đồng giới, bỏ học, trộm cắp, sống ngoài lề xã hội . Các lý do liên quan tới nhân cách: xung động đòi được thỏa mãn, thiếu tự kiểm chế, phụ thuộc, thiếu tự khẳng định bản thân, chưa trưởng thành...Các lý do liên quan tới CMT: dùng CDTP để quên đi buồn phiền, để giảm đau, để tê

mê... hay dùng ATS để tăng sự hưng phấn, tăng tự tin, tăng khả năng làm việc, trí nhớ... Các lý do liên quan tới gia đình: buông lỏng giáo dục, không gương mẫu của người lớn, lạm dụng chất ở người lớn, xung đột gia đình thường xuyên, sự nuông chiều quá mức... Các lý do liên quan xã hội, nghề nghiệp có thể góp phần vào bệnh sinh của các rối loạn: khủng hoảng kinh tế, mất hoặc không có việc làm, mất niềm tin vào xã hội, các chuẩn mực đạo đức xã hội bị đảo lộn, tham nhũng, buôn lậu, băng nhóm...

### **1.3. Cơ chế phụ thuộc cơ thể và hội chứng cai CDTP . [7]**

- Khi người nghiện ngừng sử dụng CDTP, cơ thể vẫn duy trì phương thức đáp ứng như khi có một lượng lớn CDTP đưa vào cơ thể hàng ngày, tức là vẫn liên tục tổng hợp một lượng lớn men adenylcyclase. Các chất morphine nội sinh (endorphine) được cơ thể sản xuất quá ít, không thể ức chế được lượng adenylcyclase quá lớn này. Do đó nồng độ AMP vòng trong cơ thể tăng vọt lên, kích thích mãnh liệt hệ thần kinh, gây nhiều triệu chứng cơ thể rất khó chịu, báo động gay gắt trạng thái thiếu hụt morphine và nhu cầu cấp thiết phải đưa ngay morphine vào cơ thể. Người nghiện không thể cưỡng lại được, phải bằng mọi giá tìm cho kỳ được CDTP để đưa vào cơ thể. Các triệu chứng của trạng thái cai biểu hiện tình trạng thiếu morphine cấp diễn, ngược lại với các triệu chứng khi cung cấp morphine đầy đủ.

- Nếu không đưa CDTP vào, hội chứng cai sẽ kéo dài và cơ thể sẽ dần dần tự điều chỉnh trong khoảng 7 – 10 ngày thì hội chứng cai hết.

### **1.4. Cơ chế phụ thuộc tâm thần và tái nghiện CDTP. [7]**

Theo nhận định thống nhất của hội đồng các chuyên viên về lạm dụng ma túy của tổ chức y tế thế giới thì sự lệ thuộc vào CMT trước hết và chủ yếu là sự lệ thuộc về mặt tâm thần. Còn đối với sự lệ thuộc về mặt cơ thể (trạng thái cai) thì do bản năng sinh tồn, cơ thể phải tự điều chỉnh để sớm chấm dứt các triệu chứng cơ thể gay gắt, khó chịu đựng trong vòng 1- 2 tuần. Tuy nhiên, mất hội chứng

cai rồi người nghiện vẫn tiếp tục thèm nhớ CMT này trong một thời gian rất dài. Nhớ và thèm cái cảm giác sảng khoái và cảm giác bình thản do CDTP tạo ra. Đó là nguyên nhân làm cho gần như 100% người nghiện CDTP tái nghiện sau khi cắt cơn một thời gian ngắn nếu không được điều trị duy trì. Đây là một hiện tượng sinh học phức tạp, chưa được sáng tỏ hoàn toàn nên có nhiều cách giải thích khác nhau tùy theo quan điểm của từng tác giả.

Wikler (1976) cho rằng, thèm trường diễn CDTP là một phản xạ có điều kiện (PXCĐK) thực thi (theo Skinner) với những đặc điểm riêng sau: PXCĐK này rất bền vững khó dập tắt do CDTP qua các thụ thể CDTP ở não đem lại trạng thái sảng khoái sâu sắc, rất thú vị gây ra thèm và nhớ; PXCĐK này (thèm và nhớ) xuất hiện khi gặp lại các tình huống và cảnh tượng khác nhau của quá trình sử dụng CDTP; PXCĐK này có thể xuất hiện sau một thời gian dài xem như đã cai hẳn CDTP (thí dụ sau thời gian dài bị giam giữ); muốn dập tắt PXCĐK này ngoài Naltrexone ra còn phải sử dụng đến các liệu pháp tâm lý thích hợp. Do phong tỏa các thụ thể CDTP, làm mất cảm giác thèm CDTP, Naltrexone có tác dụng hỗ trợ đắc lực cho quá trình dập tắt PXCĐK này [25].

## **1.5. Tiêu chuẩn chẩn đoán nghiện ma túy (NMT) ICD 10 . [27]**

### **1.5.1. Tiêu chuẩn lâm sàng :**

Ít nhất có 3/ 6 biểu hiện sau:

1. Thèm muốn mãnh liệt dùng chất ma túy.
2. Mất khả năng kiểm soát việc dùng chất ma túy.
3. Ngừng sử dụng chất ma túy sẽ xuất hiện hội chứng cai.
4. Liều ma túy sử dụng ngày càng tăng.
5. Luôn tìm kỳ được chất ma túy, sao nhãng nhiệm vụ và thích thú.
6. Biết tác hại nặng nề vẫn tiếp tục sử dụng chất ma túy.

### **1.5.2. Tiêu chuẩn cận lâm sàng :**

Xét nghiệm nước tiểu tìm chất ma túy : Dương tính .

## **1.6. Mô hình bệnh tật của nghiện rượu và ma túy. [24]**

**(Theo bác sĩ Venon Johnson)**

### **1. Bệnh nguyên phát.**

Người bệnh phải được điều trị trước tiên. Sẽ không có vấn đề nào được giải quyết nếu không được điều trị.

### **2. Bệnh mạn tính hay tái nghiện mạn tính.**

NMT có thể được dừng lại thành công nhưng không bao giờ bị loại trừ. Phải giữ sao cho người nghiện tránh xa CMT càng lâu càng tốt. Phải điều trị dự phòng chống tái nghiện.

### **3. Tiến triển của bệnh.**

Bệnh xấu đi theo thời gian nếu tiếp tục sử dụng CMT.

### **4. Bệnh chết người.**

Nếu không được điều trị, người bệnh sẽ bị chết do hành vi sử dụng chất gây ra hơn là do độc chất của chất đó.

### **5. Bệnh có thể chữa được.**

Có thể điều trị thành công nếu người nghiện theo đuổi điều trị: thành công phụ thuộc vào nhóm các nguyên nhân đặc trưng sau.

### **6. Đặc trưng bởi sự khước từ (Denial):**

Khước từ là một trong những lĩnh vực khó khăn nhất của điều trị. Khước từ là một quá trình tâm lý giúp người NMT khởi va chạm với thực tại (lẩn tránh vào ma túy). Chính những người NMT khước từ điều trị sẽ bị bệnh.

### **7. Những hành vi dung túng (Enabling):**

Enabling là bất kỳ hành vi nào cho phép cá nhân tránh khỏi những hậu quả do hành vi của họ gây ra: VD: Cha mẹ bảo lãnh cho con cái bị giam vì say rượu và rối loạn hành vi.

## **1.7. Các phương pháp điều trị nghiện CDTP. [ 7]**

### **1.7.1. Hai mục tiêu điều trị:**

- Điều trị ngắn hạn (cắt cơn): nhằm loại trừ trạng thái phụ thuộc về mặt cơ thể (hay điều trị hội chứng cai).

- Điều trị dài hạn (chống tái nghiện): nhằm loại trừ trạng thái phụ thuộc về mặt tâm lý (hay thèm trường diễn CDTP(craving)).

#### ***1.7.1.1. Điều trị ngắn hạn.***

- Khi người nghiện thôi không dùng CDTP nữa thì trạng thái cai sẽ sớm xuất hiện và để tồn tại cơ thể phải nhanh chóng điều chỉnh các rối loạn sinh học trầm trọng để tự bảo vệ. Quá trình tự vệ này thường được hoàn tất trong vòng một đến hai tuần.

- Nhiều dược phẩm đã được sử dụng để “gọi là cắt cơn” nhưng tất cả chỉ có tác dụng hỗ trợ một phần cho nhà điều trị chủ yếu là cơ thể: các thuốc an thần kinh, catapressant, methadone, thuốc dân tộc cổ truyền, châm cứu v.v... Bằng chứng cụ thể cho nhận định này là những phạm nhân có nghiện CDTP khi vào trại giam sẽ xuất hiện hội chứng cai và hội chứng này tự biến mất sau 2 tuần mặc dù không được điều trị bằng thuốc gì. Do vậy trong lĩnh vực điều trị nghiện CDTP mối quan tâm của các nhà nghiên cứu chủ yếu tập trung vào phương thức điều trị duy trì nhằm thanh toán dần dần để tiến tới loại trừ hẳn trạng thái thèm ma túy trường diễn.

#### ***1.7.1.2. Điều trị dài hạn:*** (loại trừ trạng thái thèm ma túy trường diễn).

- Trên thế giới đã xuất hiện nhiều phương pháp nhằm loại trừ trạng thái thèm ma túy trường diễn như: liệu pháp hóa dược, tư vấn, liệu pháp tâm lý, phục hồi chức năng tâm lý xã hội, lao động..v.v....

- Về hóa dược, hiện nay được áp dụng nhiều nhất có 4 loại thuốc thuộc hai nhóm khác nhau:

- Nhóm dùng chất đối kháng với CDTP: Naltrexone.

- Nhóm dùng một CDTP khác để thay thế cho CDTP đang nghiện: Có 3 CDTP được sử dụng phổ biến nhất là: Mthd, Bpn và LAAM.

### **1.7.2. Tình hình điều trị thay thế và đối kháng nghiện CDTP trên thế giới [7,25].**

Ở Mỹ : FDA chấp thuận Mthd từ đầu năm 1970, Naltrexone từ năm 1984. LAAM từ năm 1993, Bpn từ năm 2004

Ở Úc: năm 1993 Methadone được coi là quốc sách, năm 1999 Naltrexone được chính thức cho phép.

Ở Lisbon (Bồ Đào Nha) năm 1993 có 26,1% người nghiện CDTP được điều trị bằng Naltrexone, có 11,5% người nghiện CDTP được điều trị bằng Mthd

Ở Malaysia: Naltrexone và hiện đang điều trị bằng Mthd

Ở Hồng Kông: từ 1972 hầu hết được điều trị bằng Mthd

Ở các nước Châu Âu: điều trị thay thế là phổ biến gồm Mthd và Bpn; điều trị đối kháng bằng Naltrexone đang được tái sử dụng.

Pháp (2007): trên 80000 người được điều trị bằng Bpn, trên 20000 được điều trị bằng Meth.

Ở Việt nam điều trị thay thế nghiện các CDTP bằng Methadone chỉ mới được chúng tôi nghiên cứu tại Viện SKTT – Bệnh viện Bạch Mai từ năm 1996 đến 2002 có kết quả khả quan đã báo cáo Bộ Y Tế. Hải phòng và Tiền giang là 2 địa phương đã được áp dụng chương trình này dưới sự chỉ đạo của Viện SKTT trong năm 1999-2000 [5].

Hiện nay Bộ Y Tế đang chuẩn bị triển khai điều trị thay thế bằng Mthd tại TP Hồ Chí Minh và TP Hải phòng.

### **1.7.3. Điều trị thay thế bằng Methadone[23, 29].**

Điều trị thay thế nghiện Heroin bằng Methadone do Vincent Dole (nhà nội tiết học) và Marie Nyswander (nhà tâm thần học) ở thành phố New York , Hoa

Kỳ nghiên cứu áp dụng từ năm 1964 và hiện nay đang là một trong những phương pháp điều trị phổ biến nhất cho những người nghiện CDTP trên thế giới.

Do chưa có giải pháp điều trị khỏi hẳn cho những người nghiện CDTP nên điều trị thay thế được coi là giải pháp tình thế nhằm làm giảm thiểu những thiệt hại do những người nghiện CDTP gây ra cho bản thân, gia đình và xã hội.

Điều trị thay thế có nghĩa là thay thế nghiện một chất mạnh bằng một chất nhẹ hơn, thay thế một nghiện bất hợp pháp bằng một nghiện hợp pháp, có kiểm soát của nhà nước, thay thế nghiện một chất gây hại cho bản thân, gia đình và xã hội bằng một chất không gây hại cho bản thân, gia đình và xã hội.

Hiệu quả của việc điều trị thay thế là giảm sử dụng CDTP bất hợp pháp; giảm các hành vi tội phạm; giảm tiêm chích và dùng chung bơm kim tiêm nên giảm được các bệnh lây nhiễm qua đường tiêm chích như HIV, viêm gan B và C...; cải thiện chất lượng cuộc sống của người nghiện; giữ bệnh nhân tham gia điều trị lâu dài; tạo thuận lợi cho việc phục hồi chức năng tâm lý, xã hội và lao động cho người nghiện.

Các chất được sử dụng trong điều trị thay thế nghiện CDTP: có 3 chất chính là Methadone, Buprenorphine và LAAM (Levo-Anpha-Acetyl-Methadone).

Hiệu quả của các chất này trong điều trị thay thế CDTP là: dự phòng hội chứng cai và làm giảm thèm muốn CDTP; hấp thu tốt qua đường uống (hoặc ngậm dưới lưỡi với Buprenorphine) nhưng không gây ra phản ứng cấp diễn như nghiện CDTP; thời gian bán hủy dài nên chỉ dùng 1 lần trong ngày là đủ (với Mthd) và 2 ngày/1 lần (với Bpn và LAAM); liên kết với các mô và thải trừ rất chậm cho phép bệnh nhân duy trì ổn định các chức năng; ít gây khoái cảm hơn các CDTP.

#### **1.7.4. Điều trị đối kháng bằng Naltrexone.**

***1.7.4.1. Quá trình hình thành và phát triển liệu pháp Naltrexone trên thế giới.[20, 21,25].***

- Martin (Mỹ) là tác giả đầu tiên đã nghiên cứu thành công liệu pháp Naltrexone (1973) (9 năm sau khi V.Dole và M.Nyswander sáng lập ra liệu pháp Methadone 1964).

- Từ 1966 Martin đã đề xuất ý kiến thử nghiệm các chất đối kháng với CDTP để điều trị nghiện heroin:

. Naloxone là chất được thử nghiệm đầu tiên. Nhận thấy Naloxone có thời gian tác dụng ngắn và hấp thu qua đường uống kém nên tác giả chuyển sang nghiên cứu Cyclazocine.

. Cyclazocine hấp thu qua đường uống tốt, thời gian tác dụng tương đối dài nhưng có nhiều tác dụng phụ, nhất là gây rối loạn khí sắc rất khó chịu nên cuối cùng tác giả chuyển sang nghiên cứu Naltrexone.

. Naltrexone kết hợp được tính đối kháng mạnh của Naloxone với tính hấp thu tốt qua đường uống và tác dụng kéo dài của Cyclazocine.

. Năm 1973 Martin công bố kết quả bước đầu của liệu pháp Naltrexone để loại trừ cảm giác thèm CDTP.

. Naltrexone vào hệ thần kinh trung ương tìm đến các thụ thể muyl và kapa ở não, cạnh tranh với CDTP chủ vận ở đây, đẩy chất chủ vận ra ngoài hay triệt tiêu tác dụng của chất này ngay tại thụ thể muyl và kapa. Khi đối tượng đang nghiện CDTP mà sử dụng Naltrexone thì cơ chế tác động nêu trên sẽ gây trạng thái cai CDTP cấp, mãnh liệt với cảm giác rất khó chịu và nhiều rối loạn cơ thể khác nhau. Do vậy liệu pháp Naltrexone ít hấp dẫn với nhiều đối tượng nghiện CDTP.

- Do vậy ở Mỹ cũng như ở nhiều nước khác, nói chung liệu pháp Naltrexone ít được sử dụng hơn liệu pháp Mthd. Tuy nhiên vẫn có nơi ngược lại: ở Lisbonne (Bồ Đào Nha) năm 1993 trong số những người được điều trị nghiện CDTP có 26,1% được điều trị bằng Naltrexone và chỉ 11,5% được điều trị bằng Mthd (Patricis và Miguel).

- Với thời gian, liệu pháp Naltrexone được nhiều tác giả cải tiến, nhất là được hỗ trợ bằng các liệu pháp tâm lý nên các kết quả công bố thành công ngày càng cao, số bệnh nhân hưởng ứng ngày càng nhiều[15,16].

- Năm 1980 Viện nghiên cứu lạm dụng chất Hoa Kỳ (NIDA) đã hoàn thành đánh giá điều trị nghiện CDTP bằng Naltrexone và năm 1984 FDA Hoa Kỳ đã chấp thuận Naltrexone được sử dụng để điều trị chống tái nghiện CDTP và tương tự 1995 để chống tái nghiện rượu[25].

- Nghiên cứu của Kleber (1981) trên 2 nhóm bệnh nhân điều trị bằng Naltrexone. Trong tháng đầu, nhóm không kết hợp với liệu pháp gia đình bỏ điều trị 92%, nhóm có kết hợp liệu pháp gia đình chỉ 62% bỏ điều trị [21].

- Nghiên cứu của Washton (1984) trên 129 bệnh nhân nghiện heroin có động cơ điều trị mạnh (nếu không điều trị tốt có nguy cơ mất việc hay bị giam): sau 6 tháng điều trị bằng Naltrexone chỉ có 18% tái nghiện [19].

- Trong thập kỷ vừa qua nhiều tác giả và nhiều nước đã bắt đầu quay trở lại với liệu pháp Naltrexone: ở Úc lần đầu tiên 1998 một nghiên cứu thí điểm điều trị nghiện CDTP bằng Naltrexone đã công bố kết quả khả quan. Và 1 năm sau (1999) cơ quan có thẩm quyền của chính phủ Úc chính thức cho phép sử dụng liệu pháp Naltrexone cũng như đã cho phép sử dụng liệu pháp thay thế bằng Methadone từ năm 1999 (James Bell và cộng sự 2003). [7].

- Ở nước ta liệu pháp Mthd được nghiên cứu ứng dụng thí điểm từ năm 1996 và liệu pháp Naltrexone từ năm 2002[5,8].

#### ***1.7.4.2. Quá trình hình thành và phát triển liệu pháp Naltrexone ở Việt nam.***

- Sau khi hoàn thành nghiên cứu điều trị thay thế nghiện CDTP bằng Mthd và báo cáo kết quả khả quan với Bộ Y Tế, từ tháng 5/2002 được sự tài trợ của công ty dược phẩm Medochemie (Cộng hoà Síp) Viện SKTT đã tiến hành nghiên cứu hiệu quả chống tái nghiện CDTP của Naltrexone (Abernil) do công ty dược

phẩm Medochemie sản xuất (giấy phép nhập khẩu: VN 5900- 01) Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện tại Viện SKTT, bệnh nhân tới uống thuốc ngoại trú 3lần/tuần kết hợp với tư vấn, can thiệp gia đình và liệu pháp nhận thức hành vi trong thời gian 6 tháng trên 46 bệnh nhân nghiện CDTP đã được cắt cơn (7 ngày với Heroin, 10 ngày với Mthd), nghiên cứu mở, dọc tự đối chứng trước sau điều trị và so sánh với nghiên cứu Mthd trước đó. Kết quả cho thấy tỉ lệ bỏ điều trị sau 1 tháng là 8,16%, sau 3 tháng 14,28%, sau 6 tháng 36,73% ; các hành vi nguy cơ cao như tiêm chích CDTP, quan hệ tình dục không an toàn ngừng hẳn trong suốt quá trình điều trị ; các tác dụng không mong muốn đều thấp hơn so với dược điển Vidal và không phải can thiệp gì, các triệu chứng này mất hết sau 5 tháng điều trị, duy chỉ có triệu chứng tăng tiết mồ hôi còn 2,43%. Kết quả đáng khích lệ này đã được báo cáo tại hội thảo ở Hà nội tháng 6/2003 và TP Hồ Chí Minh tháng 6/2004 do Viện SKTT và công ty dược phẩm Medochemie tổ chức [8].

- Nguyễn thị Mỹ Châu và cộng sự ở trung tâm xanh TP HCM trên 106 bệnh nhân được điều trị bằng naltrexone kết hợp LP nhận thức hành vi cho thấy tỉ lệ bỏ điều trị từ 3-6 tháng là 89,2%, trước 6 tháng là 94,8% ( Báo cáo tại hội thảo ở TP HCM tháng 6/2004)[2]. .

- Nguyễn Minh Tuấn, Trần Viết Nghị, Thân văn Tuệ . Nghiên cứu trên 384 bệnh nhân từ tháng 5/2002- 8/2004 (Naltrexone kết hợp LPGĐ và NTHV) cho thấy tỉ lệ bỏ điều trị trước 6 tháng là 32,3% [9].

- Ngô Thanh Hồi , Ngô thuý Ái, Nguyễn thị Thái báo cáo tại hội thảo BV Bạch Mai, tháng 6/2005 cho thấy tỉ lệ bỏ điều trị trước 6 tháng là 67,1% [3].

- Nguyễn Minh Tuấn, Trần Viết Nghị, Thân văn Tuệ. Đánh giá tình trạng tái nghiện Heroin sau 6 tháng ngừng điều trị bằng Naltrexone (Abernil) trên 274 bệnh nhân cho thấy: có 81,82% người có thời gian điều trị dưới 6 tháng bị tái nghiện và có 65,56% trả lời vẫn còn thèm nhớ CDTP sau khi ngừng điều trị ; có 50,84% người có thời gian điều trị từ 6-12 tháng đã bị tái nghiện và có 42,62%

trả lời vẫn còn thêm nhớ CDTP sau khi ngừng điều trị ; chỉ có 36,36% người có thời gian điều trị trên 1 năm đã bị tái nghiện và không ai trong số họ còn thêm nhớ CDTP [10].

- Trần Viết Nghị, Trần Văn Cường, Nguyễn Mạnh Hùng và cs (đề tài cấp Bộ). Nghiên cứu phác đồ sử dụng thuốc Danapha Natrex 50 điều trị chống tái nghiện ma túy nhóm opiates (từ tháng 11/2005 đến tháng 3/2006) trên 34 bệnh nhân được điều trị ngoại trú, tỉ lệ bỏ điều trị trước 1 tháng là 14,71% [4].

#### ***1.7.4.3 Đặc điểm dược lý của Naltrexone [7,19,21,23,30]***

- Naltrexone là một chất đối kháng CDTP mạnh, có ái lực cao với các điểm tiếp nhận CDTP ở não qua cơ chế cạnh tranh do đó phong tỏa hiệu quả của CDTP.

- Naltrexone hydrochloride hiện có ở Việt Nam, tên thương mại: Abernil<sup>®</sup> do công ty dược phẩm Medochemie (Cộng hòa Síp) sản xuất, giấy phép nhập khẩu của Bộ Y tế: VN 5900 – 01, viên 50mg, hộp 50 viên.

- Giúp bệnh nhân (sau cai nghiện CDTP) duy trì chống tái nghiện.

- Hiệu quả đạt được cao khi phối hợp với các liệu pháp tâm lý (LPTL) khác như: thể chế, nhận thức hành vi, gia đình.

#### **\*Đặc điểm dược lý :**

- Hấp thu: hấp thu nhanh đường uống (Gonzalez, 1988).

- Phân bố: đỉnh huyết tương = 1 giờ sau uống, thời gian bán hủy khoảng 4 giờ.

- Chuyển hóa: ở gan thành 6 -  $\beta$  - Naltrexol, thời gian bán hủy của chất chuyển hóa này khoảng 10 giờ và cũng có tác dụng đối kháng CDTP. Gần 20% chất chuyển hóa hoạt động liên kết với proteine huyết tương và được phân bố rộng rãi với số lượng khá lớn ở não, mô mỡ, lách, tim, tinh hoàn, thận và nước tiểu (Gonzalez, 1988).

- Thải trừ: Naltrexone và 6 -  $\beta$  - Naltrexol qua chu trình tái hấp thu ruột-gan và được bài tiết chủ yếu qua thận. Dưới 1% Naltrexone được bài tiết dưới dạng không đổi.

- Mặc dù cả Naltrexone và 6 -  $\beta$  - Naltrexol có thời gian bán hủy tương đối ngắn nhưng thời gian chúng phong tỏa các điểm tiếp nhận CDTP ở não lâu hơn rất nhiều. Một liều uống 50mg Naltrexone đã phong tỏa được 80% và liên kết tới 72 giờ qua đánh dấu phóng xạ Carfentanyl (Lee và cs 1998) [21].

**\* Chỉ định**

- Các bệnh nhân đã cai nghiện CDTP mong muốn được sử dụng Naltrexone để giúp duy trì chống tái nghiện CDTP.

**\* Chống chỉ định**

- Vẫn còn nghiện CDTP hoặc đang cai nghiện.
- Viêm gan cấp, suy gan nặng, suy thận nặng.
- Dị ứng với Naltrexone.
- Mắc các bệnh cơ thể hoặc tâm thần nặng.

**\* Thận trọng**

- Phụ nữ có thai, cho con bú.
- Bệnh nhân nghiện đồng thời nhiều loại ma túy.
- Rối loạn chức năng thận do Naltrexone và chất chuyển hóa thải trừ qua nước tiểu.
- Dưới 18 tuổi.

**\* Tác dụng không mong muốn**

Không đáng kể, nhẹ, tạm thời, cải thiện theo thời gian điều trị: như mất ngủ, lo âu, đau đầu, nôn, buồn nôn, mất năng lượng, đau bụng, đau cơ khớp.

**\* An toàn trong điều trị naltrexone**

***Nguy cơ tử vong do:***

Đang sử dụng Naltrexone bệnh nhân đồng thời sử dụng lại Heroin liều cao nhằm tìm kiếm tác dụng gây khoái cảm của CDTP. Hoặc bỏ điều trị Naltrexone và sử dụng lại CDTP ở liều như trước kia đã sử dụng do bị mất dung nạp với Heroin.

**Tốt:** Với người mong muốn chữa bệnh, có động cơ, tuân thủ qui chế điều trị. Kết hợp với các LPTL thích hợp: thể chế, nhận thức hành vi, gia đình.

**Hạn chế:** Với người thiếu động cơ, không muốn chữa bệnh. Bỏ cuộc sớm, tái sử dụng CDTP trong điều trị Naltrexone.

#### **1.7.4.5. Liệu pháp tâm lý gia đình[7,16,28].**

Trong liệu pháp gia đình (LPGĐ) có nhiều cách tiếp cận khác nhau. Đối với nghiện ma túy (NMT) có 2 cách tiếp cận được quan tâm nhiều nhất : tiếp cận theo mô hình gia đình hệ thống ; tiếp cận theo mô hình gia đình bị bệnh.

##### **- Cách tiếp cận theo mô hình gia đình hệ thống :**

. Gia đình xem như một hệ thống, mỗi thành viên trong gia đình tác động qua lại với nhau rất chặt chẽ theo qui luật của một hệ thống.

. Gia đình cũng có thể là một nhân tố thúc đẩy quá trình NMT . NMT thường xuất hiện vào những thời điểm gia đình có vấn đề gây stress (ly dị, ly thân, xung đột, kiện cáo, tai nạn...) hay bố và hoặc mẹ nghiện chất.

. Đối tượng NMT tác động trở lại các thành viên trong gia đình, gây các rối loạn về chức năng, ranh giới, trật tự... đặc biệt làm mất cân bằng trong sự hàng định nội môi của gia đình.

. Như vậy LPGĐ nhằm điều trị gia đình như một hệ thống chứ không riêng thành viên NMT, phải cùng các thành viên tìm các nhân tố chủ yếu gây mất cân bằng ,khủng hoảng chia rẽ và tìm các biện pháp lập lại sự cân bằng này.

##### **- Cách tiếp cận theo mô hình gia đình bị bệnh :**

. Cách tiếp cận này xem NMT là một bệnh và tác động qua lại lâu ngày giữa thành viên nghiện và các thành viên khác sẽ gây ra nhiều biến đổi về tập tính về thái độ ứng xử, về nhận thức... mang tính chất bệnh lý (bệnh lý tâm thần là chủ yếu) cho những thành viên khác trong gia đình.

. Các hiện tượng có tính bệnh lý thường gặp :

Hiện tượng từ chối : các thành viên trong gia đình không thừa nhận tính chất tai hại của NMT (vợ bảo vệ cho chồng, mẹ bảo vệ cho con).

Hiện tượng dung túng : các thành viên tạo điều kiện thuận lợi cho thành viên nghiện tiếp tục sử dụng CDTP (cho tiền, tránh kiểm tra những việc làm ngoài gia đình của đối tượng, xin cho đối tượng khỏi đến các trung tâm điều trị bắt buộc...). Dung túng và từ chối có liên quan chặt chẽ với nhau.

Hiện tượng cùng lệ thuộc : thường là vợ hay mẹ của đối tượng có hiện tượng này. Thành viên gia đình có hiện tượng cùng lệ thuộc chăm lo quá mức cho đối tượng nghiện, tổ chức cuộc sống của mình xoay quanh đối tượng, lơ là với các thành viên khác và cả đối với bản thân.

Tất cả những hiện tượng trên là những trở ngại lớn cho quyết tâm từ bỏ Heroin của thành viên nghiện.

*- Các nguyên tắc điều trị chuyên sâu*

LPGĐ là một loại LPTL rất khó thực hiện vì phải tiếp xúc riêng với từng thành viên và hợp chung với toàn gia đình, phải biết cách làm cho tất cả đều tự nguyện hợp tác, không bỏ cuộc. Do vậy nhà điều trị tâm lý phải biết thu thập thông tin chi tiết từ bệnh nhân và các thành viên gia đình để cấu trúc lại một cách đầy đủ và chính xác trạng thái bệnh lý của bệnh nhân cũng như của các thành viên khác. Từ đó mới đề ra được chiến lược điều trị có hiệu quả ; phải phát hiện những nhân tố làm mất cân bằng xuất hiện trước và sau khi một thành viên bị nghiện ; phải khám phá các hiện tượng từ chối, dung túng hay cùng lệ thuộc của các thành viên và đề ra các biện pháp khắc phục (chẳng hạn như tách rời ảnh hưởng giữa thành viên nghiện và thành viên cùng lệ thuộc) ; phải dần dần đưa các thành viên trong gia đình đến chỗ thống nhất thực hiện hợp đồng dài hạn ‘ từ bỏ Heroin và chống tái nghiện’ với các biện pháp cụ thể và khả thi.

*- Các biện pháp không chuyên sâu*

Các biện pháp này không thực hiện riêng lẻ mà thường kết hợp với LP Methadone hay Naltrexone để đạt kết quả cao, có thể do thầy thuốc đa khoa thực hiện.

. Trong điều trị ngoại trú tại cộng đồng, mỗi bệnh nhân cần có một thành viên gia đình đi kèm. Thành viên này phải chọn trong những người mà bệnh nhân tôn trọng và tín nhiệm.

. Thành viên gia đình đến mấy lần trong tuần, sẽ được qui định thông qua bàn bạc giữa thầy thuốc và thành viên gia đình.

. Trường hợp đặc biệt trong gia đình có thành viên xung đột sâu sắc với bệnh nhân, gây trở ngại cho tiến trình điều trị thì thầy thuốc sẽ dành thì giờ gặp thêm thành viên này.

. Sau khi được giải thích, bệnh nhân và thành viên gia đình phải có đơn tự nguyện xin điều trị và tự nguyện chấp hành nội qui điều trị của trung tâm.

.Thành viên gia đình và bệnh nhân được thông báo về các hình thức khen thưởng khi bệnh nhân thực hiện tốt nội qui điều trị và xử phạt khi không thực hiện. Gia đình có phần đóng góp trong các hình thức khen thưởng xử phạt này.

. Thành viên gia đình phải thường xuyên thông báo với thầy thuốc về các hành vi không bình thường của bệnh nhân tại gia đình và cộng đồng, nhất là hành vi sử dụng lại CDTP.

. Thầy thuốc giải thích cho thành viên gia đình về các hiện tượng từ chối, dung túng, cùng lệ thuộc cũng như các rối loạn trong gia đình và yêu cầu phát hiện và thông báo đầy đủ các hiện tượng rối loạn nói trên.

. Thầy thuốc cùng thành viên gia đình bàn bạc về kế hoạch giải quyết dần từng bước các hiện tượng rối loạn trên bằng những biện pháp phù hợp với các điều kiện cụ thể của gia đình.

#### **1.7.4.6 Liệu pháp nhận thức- hành vi [7,15,28].**

##### ***- Liệu pháp hành vi đối với nghiện CDTP***

Các nhà điều trị hành vi xem NMT như là một tập tính lệch lạc hình thành trên cơ sở tập nhiễm trong môi trường xã hội, theo cơ chế phản xạ có điều kiện đáp ứng của Pavlov và phản xạ có điều kiện thực thi của Skinner. Đã là hành vi tập nhiễm thì NMT có thể loại trừ bằng các kỹ thuật khử điều kiện và khử tập

nhiệm. Từ đó nhiều kỹ thuật hành vi đã được áp dụng có kết quả trong điều trị nghiện CDTP ở nhiều nước trên thế giới. Tuy nhiên một nhược điểm của LPHV là quá chú trọng vào biểu hiện bề mặt của hành vi lệch lạc và không quan tâm đúng mức đến nhân tố chiều sâu là nguồn gốc nhận thức của rối loạn hành vi. Chính vì thế mà nó cần được LPNT bổ xung.

#### ***- Liệu pháp nhận thức đối với nghiện CDTP***

Các nhà điều trị nhận thức cho rằng mọi hành vi đều có mối liên quan mật thiết với quá trình nhận thức. Từ nhận thức sinh ra cảm xúc và từ cảm xúc phát sinh hành vi.

Hành vi sử dụng CDTP cũng như những hành vi lệch lạc trong quá trình điều trị (tự chối, chống đối, bỏ cuộc, tái sử dụng CDTP...) cũng thường phát sinh từ những nhận thức lệch lạc rất đa dạng.

. Có những ý nghĩ lệch lạc dễ nhận dạng: ý nghĩ lệch lạc tiềm ẩn qua tiếp xúc với những đối tượng nghiện cùng nhóm ; ý nghĩ lệch lạc do các quá trình tư duy không đúng như suy luận độc đoán, khái quát hoá quá rộng, trừu tượng hoá chọn lọc, phóng đại hay thu nhỏ quá mức, liên hệ vào mình vô căn cứ...

. Có những ý nghĩ lệch lạc khó nhận dạng nên xem như là tự phát. Thực ra chúng thường xuất hiện có liên quan đến những hoàn cảnh có sang chấn tâm lý nặng nề (xung đột trong gia đình, thái độ xúc phạm của cộng đồng...).

Phát hiện những ý nghĩ lệch lạc nói trên, đặc biệt những ý nghĩ lệch lạc tự phát, là mục tiêu chủ yếu của LPNT.

Còn sửa chữa những hành vi sai trái xuất hiện từ những ý nghĩ lệch lạc thì phải sử dụng cả những kỹ thuật nhận thức lẫn những kỹ thuật hành vi. Đó cũng là lý do cần sát nhập hai liệu pháp này.

#### ***- Các kỹ thuật nhận thức và hành vi chuyên sâu***

. Các kỹ thuật nhận thức :

Hướng dẫn bệnh nhân phân tích tác hại khi sử dụng CDTP.

Xác định và hướng dẫn bệnh nhân biến đổi các ý tưởng lệch lạc (mà bệnh nhân tin là đúng) có liên quan đến việc sử dụng CDTP.

Hướng dẫn bệnh nhân qui kết trách nhiệm nghiện CDTP vào bản thân.

Hướng dẫn bệnh nhân ghi lại hoạt động tư duy hàng ngày, chú trọng đến các ý nghĩ tự phát.

Hướng dẫn bệnh nhân tưởng tượng những hình ảnh có liên quan đến sử dụng CDTP và thay thế dần bằng những hình ảnh tích cực, lạc quan, dễ chịu.

. Các kỹ thuật hành vi

Phương pháp gây ghét sợ CDTP

Giải cảm ứng có hệ thống (đối với cảm giác nhớ và thèm CDTP)

Huấn luyện thư giãn luyện tập

Liệt kê và giám sát các hoạt động hàng ngày có dính líu đến CDTP

Lập lại hành vi (hay đóng vai diễn) nhằm loại trừ dần hành vi lệch lạc và hình thành những phương thức ứng xử có hiệu quả.

Giao làm bài tập ở nhà có nhiều mức độ (cách tìm những người bạn mới thay cho bạn nghiện cũ)

Huấn luyện cách giải quyết những vấn đề khó xử.

Áp dụng kỹ thuật tăng cường dương tính và tăng cường âm tính (khen thưởng, phê bình, kỷ luật). Huấn luyện phương pháp khẳng định bản thân (nhằm ứng phó với sự lôi kéo của bạn nghiện trong nhóm).

## *Chương 2*

# **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:**

Tất cả các bệnh nhân vào điều trị ngoại trú tại Viện Sức khỏe Tâm Thần được theo dõi can thiệp 1 năm

### **2.2. Đối tượng nghiên cứu:**

#### **2.2.1. Tiêu chuẩn nhận vào điều trị .**

- Những người nghiện CDTP từ 18 tuổi trở lên đã được cắt cơn nghiện ( với Heroin, Morphine, thuốc phiện thì thời gian cắt cơn tối thiểu là 7 ngày; với Mthd thì thời gian cắt cơn tối thiểu là 10 ngày), xét nghiệm nước tiểu tìm CDTP bằng test nhanh (đã được kiểm chứng) âm tính.

- Bệnh nhân và gia đình tự nguyện tham gia nghiên cứu và điều trị ngoại trú tại Viện SKTT trong thời gian tối thiểu 1 năm, đóng viện phí đầy đủ.

- Bệnh nhân và gia đình phải ký cam kết trước khi vào điều trị

- Cho làm các xét nghiệm máu, nước tiểu khi được yêu cầu.

- Gia đình và bệnh nhân tự nguyện hợp tác với đơn vị nghiên cứu.

- Bệnh nhân và gia đình có trách nhiệm trả lời câu hỏi phỏng vấn định kỳ 1 lần/ 1 tháng.

- Bệnh nhân và gia đình tuân thủ nội quy điều trị của đơn vị nghiên cứu.

#### **2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Bệnh nhân nghiện nhiều loại CMT đồng thời

- Bệnh nhân có xét nghiệm HIV (+).

- Bệnh nhân có men gan tăng cao trên 100 U/l – 37°C.

- Bệnh nhân đang mắc các bệnh cơ thể hoặc rối loạn tâm thần nặng.

- Bệnh nhân di ứng với Abernil

### 2.3. Phương pháp nghiên cứu:

**2.3.1 Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu ứng dụng lâm sàng, mở, dọc, tự đối chứng trước - sau điều trị, có can thiệp bằng LPGĐ và LPNTHV.

#### 2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu :

Công thức tính cỡ mẫu:

$$n = Z^2_{(\alpha,\beta)} \frac{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}{(p_1 - p_2)^2}$$

Trong đó n là cỡ mẫu nghiên cứu

$p_1$  là tỉ lệ xét nghiệm dương tính sau 1 tháng điều trị :  $p_1 = 0,145$

$p_2$  là tỉ lệ xét nghiệm dương tính sau 12 tháng điều trị:  $p_2 = 0,0168$  (hai tỷ lệ này được tính từ nghiên cứu trước đó của chúng tôi năm 2005).

$\alpha$  là xác suất của việc phạm sai lầm loại I (loại bỏ  $H_0$  khi nó đúng);  $\alpha = 0,01$

$\beta$  là xác suất của việc phạm sai lầm loại II (chấp nhận  $H_0$  khi nó sai)  $\beta = 0,05$

$Z^2_{(\alpha,\beta)}$ : Tra bảng  $Z^2_{(\alpha,\beta)}$  khi biết giá trị  $\alpha$  và  $\beta$  ta có

$$Z^2_{(\alpha,\beta)} = 17,8$$

Ta có cỡ mẫu  $n = 473$

#### 2.3.3. Các bước tiến hành:

**2.3.3.1 Tư vấn trước khi vào điều trị :** nội qui, qui trình điều trị, chỉ định, chống chỉ định của phương pháp, tác dụng không mong muốn của thuốc, tai biến nào có thể xảy ra khi bệnh nhân không tuân thủ điều trị, quyền và nghĩa vụ của bệnh nhân cũng như của nhân viên y tế, tự nguyện tham gia và ngừng điều trị.

##### 2.3.3.2 Khám và làm bệnh án điều trị

###### ***Đánh giá:***

. Động cơ, lý do xin được điều trị Naltrexone rõ ràng.

###### ***Bệnh sử nghiện CDTP:***

. Mức độ nghiện (liều/ lần, số lần/ngày, đường sử dụng).

- . Thâm niên nghiện.
- . Số lần cai nghiện.
- . Nghiện các chất ma túy khác.
- . Hiện đã cai nghiện CDTP chưa, bao lâu.

***Tiền sử bệnh cơ thể và tâm thần:***

- . Bệnh gan, tim, thận nặng.
- . Các bệnh cơ thể, tâm thần nặng.

***Vấn đề tâm lý xã hội:***

- . Mối quan hệ giữa bệnh nhân và gia đình.
- . Liên quan tới pháp luật.
- . Liên quan tới học tập, nghề nghiệp, việc làm, thu nhập, trợ giúp của gia đình, xã hội.

***Khám lâm sàng và xét nghiệm:***

- . Liên quan tới nghiện ma túy (ngộ độc, hội chứng cai, dấu vết tiêm chích....)
- . Sức khỏe chung.
- . Thai sản.
- . Xét nghiệm: công thức máu, SGOT, SGPT, Viêm gan B,C, HIV, chức năng thận

***Thông báo cho bệnh nhân và gia đình:***

Nội qui, qui trình điều trị, nguy cơ tử vong do tái sử dụng CDTP khi đang điều trị Naltrexone, cam kết của bệnh nhân và gia đình tuân thủ qui trình điều trị.

**2.3.3.3 Kiểm tra trước khi cho uống Naltrexone**

- . Đã hoàn thành cai nghiện CDTP ít nhất 7 ngày (với Methadone ít nhất 10 ngày).
- . SGOT, SGPT bình thường, HIV âm tính.
- . Test Naloxone nếu nghi ngờ vẫn còn nghiện.

**2.3.3.4 Phương thức sử dụng Naltrexone**

Bệnh nhân tới viện uống thuốc Abernil vào các ngày thứ 2,4,6 hàng tuần ( thời gian : sáng từ 7-11 giờ, chiều từ 14-16 giờ ) dưới sự giám sát của nhân viên y tế. Sau khi uống thuốc xong về đi làm việc bình thường (trừ những ngày làm liệu pháp tâm lý, trả lời phỏng vấn hoặc lấy xét nghiệm).

- Liều lượng và thời gian uống thuốc : thứ 2 uống 2 viên(100mg), thứ 4 uống 2 viên(100mg), thứ 6 uống 3 viên(150mg).

- Thuốc Abernil do công ty dược phẩm Medochemie- Cộng hoà Sip sản xuất, giấy phép nhập khẩu của Bộ Y Tế: VN 5900-01, viên 50mg, hộp 50 viên.

**2.3.3.5 Làm liệu pháp tâm lý nhận thức- hành vi** (liệu pháp thể chế, củng cố âm tính và củng cố dương tính) **và liệu pháp gia đình** (can thiệp gia đình, tư vấn và giải quyết tình huống cụ thể) với bệnh nhân và gia đình 1 tháng/1 lần, có tăng cường khi bệnh nhân vi phạm nội qui, không tuân thủ điều trị.

. **Liệu pháp thể chế** : yêu cầu bệnh nhân và gia đình tôn trọng nghiêm chỉnh nội qui, qui chế điều trị đã được thoả thuận trước khi vào điều trị. Nếu có bất cứ khó khăn, yêu cầu nào khác ngoài qui định cần phải được thoả thuận và đồng ý của bác sĩ điều trị chính mới được thực hiện (trên nguyên tắc đồng thuận, đặt mục tiêu hiệu quả điều trị lên trên hết, loại trừ hành vi dung túng người bệnh cũng như hành vi khước từ điều trị).

. **Liệu pháp củng cố âm tính** : Khi bệnh nhân có bất cứ vi phạm nào đều phải mời gia đình cùng với bệnh nhân gặp bác sĩ điều trị để thông báo kết quả, tìm hiểu lý do vi phạm, tìm giải pháp khắc phục và thông báo hình thức kỷ luật đã được qui định trước đó : ví dụ bỏ uống thuốc hoặc xét nghiệm nước tiểu dương tính lần đầu phê bình, lần thứ hai bị cảnh cáo, lần thứ ba bị ngừng điều trị một tuần (nhưng vẫn phải tới Viện theo định kỳ để xét nghiệm nước tiểu tìm CDTP), lần thứ tư cho ra viện bắt buộc, chuyển phương thức điều trị khác nếu có thể. Tất cả các bệnh nhân bị kỷ luật và hình thức kỷ luật đều được ghi công khai trên bảng cho mọi người cùng biết.

. **Liệu pháp củng cố dương tính** : các bệnh nhân tuân thủ nội qui tốt được xem xét cấp thuốc về nhà uống hoặc đi công tác, đi phép, khi có lý do yêu cầu chính đáng (sau 6 tháng điều trị), thông báo trên bảng cho tất cả mọi người biết hoặc được xem xét kéo dài thời gian điều trị sau 1 năm và có thể giảm nửa liều thuốc điều trị.

. **Liệu pháp can thiệp gia đình** : được thực hiện khi bệnh nhân hoặc gia đình hoặc thầy thuốc có yêu cầu (ngoài định kỳ 1 lần /1 tháng) nhằm giúp bệnh nhân và gia đình giải quyết những vướng mắc phát sinh trong quá trình điều trị cũng như trong cuộc sống hàng ngày như việc làm, học tập, lập gia đình, mâu thuẫn trong gia đình, không tuân thủ điều trị, những hành vi dung túng thường gặp trong gia đình cũng như đối phó với hành vi khước từ điều trị, nhằm giúp bệnh nhân và gia đình giải quyết tốt các vấn đề liên quan, giúp bệnh nhân tuân thủ điều trị.

**2.3.3.6 Xét nghiệm nước tiểu tìm CDTP** do Viện Khoa học hình sự Bộ Công An làm 2 lần/1 tháng (không báo trước) bằng phương pháp sắc ký lớp mỏng và sắc ký khí khối phổ máy của Mỹ hiệu Thermofinigan . Ngoài ra mỗi ngày nhân viên y tế chọn 2 bệnh nhân có nghi ngờ làm xét nghiệm bằng test nhanh tại chỗ. Những bệnh nhân bỏ uống thuốc hoặc xét nghiệm dương tính đều phải bị kiểm tra xét nghiệm lại trước khi cho uống thuốc (nếu xét nghiệm(-).

#### **2.3.3.7 Ghi chép thông tin và kết quả theo dõi .**

- . Bệnh án thiết kế chuyên biệt, đáp ứng yêu cầu của mục tiêu nghiên cứu.
- . Kết quả xét nghiệm nước tiểu tìm CDTP.
- . Bộ câu hỏi phỏng vấn mẫu dành cho bệnh nhân và gia đình, đánh giá sự thay đổi nhận thức, hành vi và phục hồi chức năng tâm lý xã hội và lao động, học tập trước và sau điều trị (làm hàng tháng).
- . Nhận xét theo dõi của cán bộ nghiên cứu.

#### **2.3.3.8 Một số tình huống phải xử trí trong quá trình điều trị.**

. **Quá liều :** không có bất cứ báo cáo nào về tình trạng quá liều. Nếu như có trường hợp nào xảy ra như vậy bệnh nhân cần phải được điều trị triệu chứng ở khoa cấp cứu của bệnh viện. Người ta nhận thấy nếu sử dụng liều 800mg Naltrexone/ngày liên tục trong 7 ngày không kéo theo các tác dụng không mong muốn.

. **Tác dụng không mong muốn :** theo nghiên cứu của chúng tôi thực hiện từ tháng 5/2002 đến tháng 5/2003 trên 46 bệnh nhân cho thấy sau 1 tháng điều trị các triệu chứng mất ngủ còn 6,97%, lo âu 2,73%, chuột rút 2,32%, đau bụng 2,32%(theo dược điển Vidal 2005 (Pháp), trang 1336- 1337, các triệu chứng này trên 10%) : các triệu chứng buồn chán 4,65%, tăng tiết mồ hôi 6,97%, chảy nước mũi 2,32%, ăn không ngon 3,32%, chậm phóng tinh 2,32%, giảm tình dục 6,97% (theo Vidal các triệu chứng này dưới 10%) ; các triệu chứng uể oải 2,32%, cảm giác khát 2,32%, nổi mẩn 2,32% ( theo Vidal các triệu chứng này khoảng 1%) . Sau 5 tháng điều trị chỉ còn triệu chứng tăng tiết mồ hôi 2,43%, các triệu chứng khác không còn nữa. Đa số các tác dụng không mong muốn không phải xử trí , tuy nhiên nếu cần thì điều trị triệu chứng. Xử trí:

Mất ngủ : Theralene 5 mg x 2 viên (tối)

Lo âu : Mekoluxene 5 mg x 1 viên (tối)

Đau bụng, đi rửa : Spasfon 0,5g x 2 viên/lần x 2 lần/ngày

Đau cơ khớp : Paracetamol 0,5 g x 1 viên/lần x 2 lần/ ngày

. **Sử dụng quá liều Heroin trong khi đang dùng Abernil :** mức độ nhẹ (buồn nôn, đau đầu), nặng hơn (buồn nôn,nôn, đau bụng nhiều), nặng (suy hô hấp, truy tim mạch, hôn mê) cần đưa bệnh nhân tới khoa chống độc để giải độc bằng Naloxone (truyền tĩnh mạch Naloxone 2 mg trong 500ml dung dịch sinh lý 0,9% cho tới khi các triệu chứng suy hô hấp, tim mạch trở về bình thường hoặc xuất hiện các triệu chứng sớm của hội chứng cai CDTP thì ngừng truyền).

#### **2.3.3.9.Nội dung nghiên cứu :**

- Đánh giá hiệu quả chống tái nghiện CDTP bằng Abernil kết hợp với LPNTHV và LPGĐ sau 1 năm điều trị ngoại trú tại Viện sức khoẻ Tâm thần :

. Tỷ lệ bỏ điều trị trước 3,6,9,12 tháng

. Tỷ lệ tái sử dụng CDTP trong quá trình điều trị : xét nghiệm tìm CDTP trong nước tiểu (+) ; tình hình vi phạm của bệnh nhân ; tái sử dụng CDTP ; hành vi nguy cơ cao

. Phục hồi chức năng tâm lý- xã hội: quan tâm tới mọi người thường xuyên; quan tâm tới sở thích cá nhân thường xuyên; tham gia hoạt động giải trí thường xuyên

. Phục hồi chức năng lao động: chủ động lao động, học tập ngoài xã hội thường xuyên; chủ động lao động nghề nghiệp với gia đình thường xuyên; tự phục vụ cá nhân thường xuyên; hiệu xuất lao động, học tập tốt (80-100%).

. Xây dựng qui trình hướng dẫn điều trị chống tái nghiện CDTP phù hợp nhằm đảm bảo an toàn, hiệu quả, thuận tiện cho việc áp dụng tại cộng đồng: như tiêu chuẩn nhận vào điều trị, các bước cần tiến hành trước và trong điều trị, phương thức cho uống thuốc, giám sát điều trị, cách thức làm liệu pháp nhận thức hành vi và can thiệp gia đình, xử lý các tình huống gặp phải trong quá trình điều trị cũng như các tác dụng không mong muốn.

**2.3.3.10 Thu thập tất cả các bệnh án, số liệu nghiên cứu** trước, sau can thiệp của các bệnh nhân vào điều trị từ ngày 1/12/2003 đến 31/12/2005, tiếp tục theo dõi, đánh giá, can thiệp các bệnh nhân vẫn còn điều trị cho tới 31/12/2006 để đưa vào số liệu xử lý

#### **2.3.3.11 Xử lý số liệu bằng phần mềm EPI 6.04**

so sánh 2 tỷ lệ bằng  $\chi^2$ , p.

**2.3.3.12 Tuân thủ đạo đức nghiên cứu:** Bệnh nhân và gia đình được tư vấn giải thích kỹ trước khi ký giấy tự nguyện tham gia điều trị và tuân thủ nội qui nghiên cứu.

.Bệnh nhân có quyền ngừng điều trị bất cứ lúc nào, được giữ bí mật thông tin về cá nhân.

.Sử dụng thuốc theo đúng hướng dẫn của sách thuốc Vidal nhằm giúp bệnh nhân chống tái nghiện.

### Chương 3

## KẾT QUẢ

#### 3.1 - Tổng số vào điều trị

Tổng số 482 bệnh nhân : 475 nam chiếm 98,55%; 07 nữ chiếm 1,45%

#### 3.2 - Đặc điểm nhân sự của mẫu nghiên cứu.

3.2.1 Trình độ học vấn : *Bảng 1: Trình độ học vấn.*

Học vấn	Mù chữ	Cấp I	Cấp II	Cấp III	Đại học
Số bệnh nhân	1	11	133	247	90
Tỷ lệ %	0,21	2,28	27,59	51,25	18,67

Nhận xét :- 70% có trình độ học vấn cấp III trở lên

3.2.2 Nghề nghiệp :

*Bảng 2: Nghề nghiệp.*

Nghề nghiệp	Có nghề nghiệp	Không nghề nghiệp
<b>Trước nghiên</b>	269	213
Tỷ lệ %	55,81	44,19
<b>Vào điều trị</b>	199	283
Tỷ lệ %	41,29	58,71

Nhận xét : - Trước nghiên 55,81% có nghề nghiệp;

- Khi vào điều trị 41,29% có nghề nghiệp

3.2.3 Tình trạng hôn nhân hiện nay :

*Bảng 3: Tình trạng hôn nhân hiện nay.*

Hôn nhân	Độc thân	Có vợ (chồng)	Ly dị
Số bệnh nhân	281	185	16
Tỷ lệ %	58,29	38,38	3,33

Nhận xét : - Khi vào điều trị 61,62% chưa có vợ, 3,33% đã ly dị.

### 3.2.4 Nghề nghiệp bố, mẹ :

*Bảng 4: Nghề nghiệp bố, mẹ.*

	Có nghề nghiệp	Không nghề nghiệp	Đã mất
<b>Bố</b>	353	113	16
<b>Tỉ lệ %</b>	73,24	23,44	3,32
<b>Mẹ</b>	289	183	10
<b>Tỷ lệ %</b>	59,96	37,97	2,07

Nhận xét : - 73,24% Bố còn sống và đều là cán bộ công nhân viên chức.

- 59,96% Mẹ còn sống và đều là cán bộ công nhân viên chức

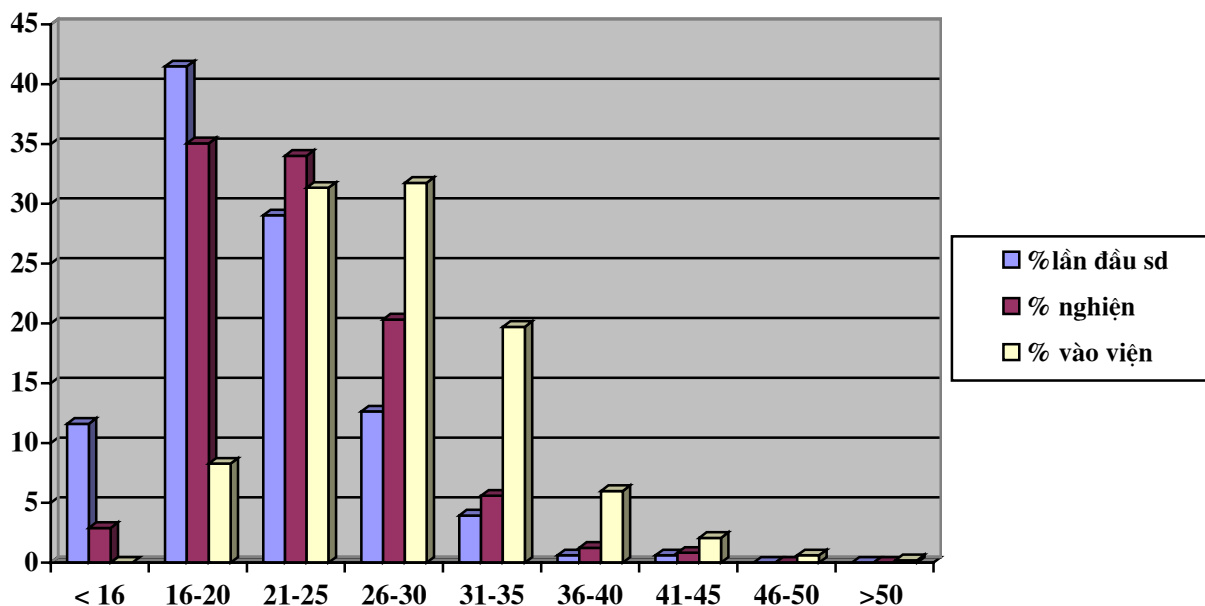
### 3.3 - Đặc điểm lâm sàng của mẫu nghiên cứu.

3.3.1 Số năm nghiện: trung bình 5 năm ; nhiều nhất 17 năm ; ít nhất 1 năm.

3.3.2 Tuổi sử dụng chất dạng thuốc phiện (CDTP).

*Bảng 5: Tuổi sử dụng chất dạng thuốc phiện.*

Tuổi	< 16	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	>50
<b>Lần đầu</b>	56	200	140	61	19	3	3	0	0
<b>Tỷ lệ %</b>	11,62	<b>41,49</b>	<b>29,04</b>	12,65	3,94	0,62	0,62	0	0
<b>Nghiện</b>	14	169	164	98	27	6	4	0	0
<b>Tỷ lệ %</b>	2,90	<b>35,06</b>	<b>34,03</b>	20,33	5,60	1,25	0,83	0	0
<b>Vào viện</b>	0	40	151	153	95	29	10	3	1
<b>Tỷ lệ %</b>	0	8,29	31,33	31,75	19,72	6,01	2,07	0,62	0,21



**Biểu đồ 1: Tuổi sử dụng chất dạng thuốc phiện**

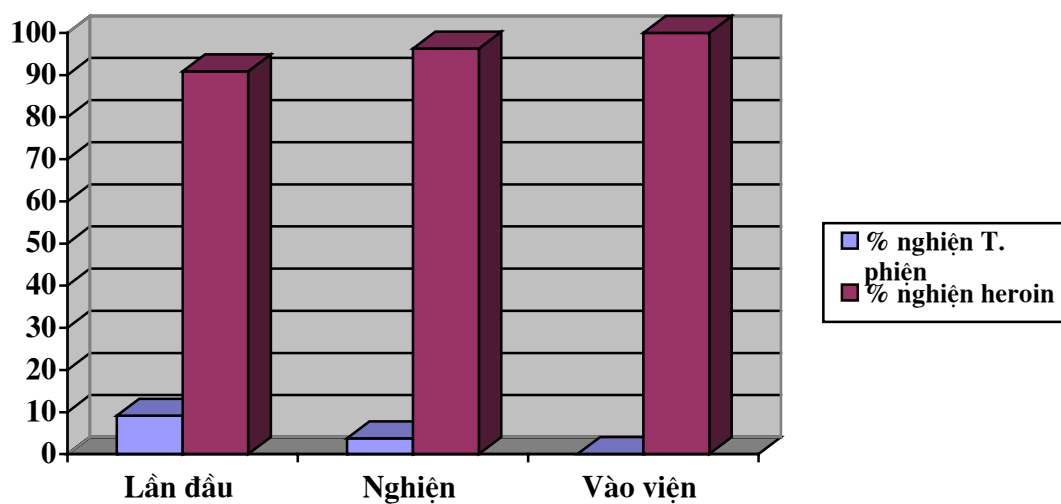
Nhận xét : - 82,15% người dưới 25 tuổi sử dụng CDTP lần đầu.

- 71,99% người nghiện CDTP dưới 25 tuổi.

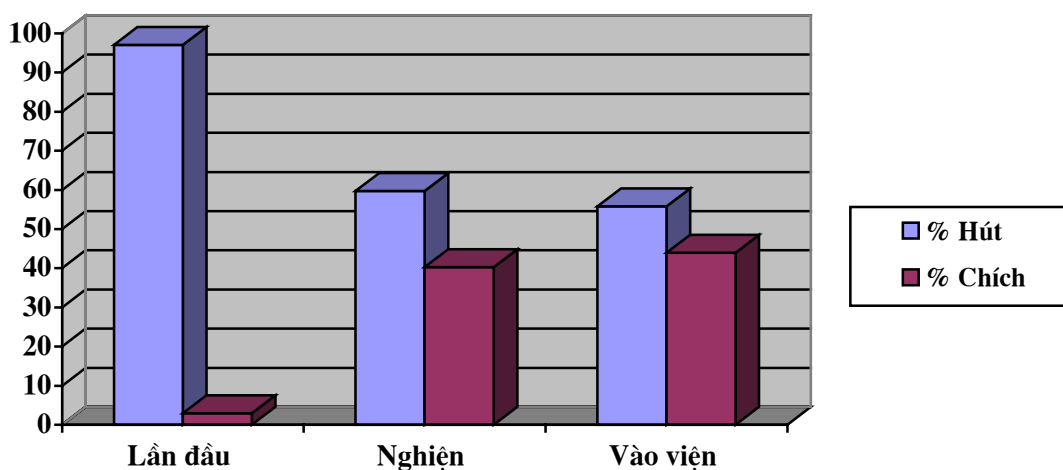
### 3.3.3 Loại chất dạng thuốc phiện sử dụng.

*Bảng 6: Loại chất dạng thuốc phiện sử dụng.*

	Lần đầu sử dụng		Nghiện		Vào điều trị	
Thuốc phiện, tỷ lệ %	44 bn	9,13%	18 bn	3,73%	0 bn	0%
<b>Heroin, tỷ lệ %</b>	438 bn	90,87%	464 bn	96,27%	482 bn	100%
Hút, tỷ lệ %	468 bn	97,09%	288 bn	59,75%	269 bn	55,81%
<b>Chích, tỷ lệ %</b>	14 bn	2,91%	194 bn	40,28%	213 bn	43,98%



**Biểu đồ 2: Tỷ lệ % nghiện thuốc phiện và heroin**



**Biểu đồ 3: Tỷ lệ % hút và chích**

Nhận xét :- Tỷ lệ sử dụng thuốc phiện lần đầu 9,13%, khi nghiện 3,73%, khi vào điều trị 0%(tỷ lệ này giảm đi). Tỷ lệ sử dụng Heroin lần đầu 90,98%, khi nghiện 96,27%, khi vào điều trị 100%(tỷ lệ này tăng lên).

- Tỷ lệ hút lần đầu 97,09%, khi nghiện 59,75%, khi vào điều trị 55,81%(tỷ lệ này giảm đi). Tỷ lệ tiêm chích lần đầu 2,91%, khi nghiện 40,28%, khi vào điều trị 43,98%(tỷ lệ này tăng lên).

### 3.3.4 Số lần cai nghiện trước đó.

*Bảng 7: Số lần cai nghiện trước đó.*

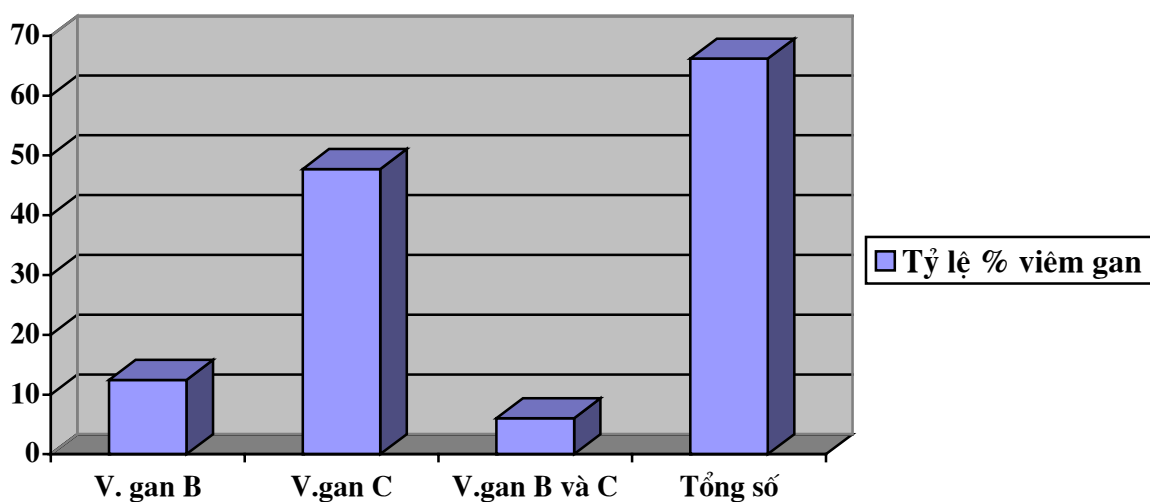
Số lần	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	13	15	20	30
Số BN	29	110	70	59	61	31	26	13	1	63	2	2	3	10	2

Nhận xét : 93,98% đã cai nghiện 2 lần trở lên. Điều đó chứng tỏ các biện pháp điều trị trước đó còn ít hiệu quả và đây là một bệnh mạn tính, tái nghiện mạn tính, cần có một chiến lược điều trị thích hợp và lâu dài.

### 3.3.5 Viêm gan B và C .

*Bảng 8: Viêm gan B và C*

Viêm gan	B	C	B và C	Tổng số
Số BN	60	230	29	319/482
Tỷ lệ %	12,45	47,72	6,02	66,19



*Biểu đồ 4: Tỷ lệ viêm gan B, C, B và C.*

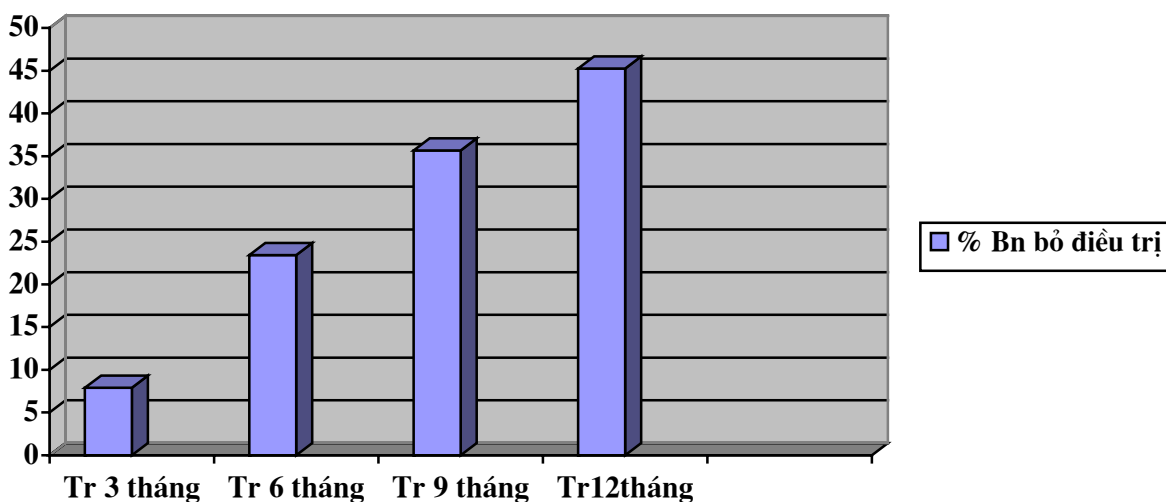
Nhận xét: 66,19% người nghiện có viêm gan B và C, trong đó viêm gan C có tỉ lệ cao nhất 47,74% . Đây là một vấn đề dịch tễ cần phải được quan tâm điều trị đồng thời và dự phòng lây nhiễm cho cộng đồng .

### 3.4. Kết quả nghiên cứu:

#### 3. 4.1 Bỏ điều trị trước 3,6,9,12 tháng.

*Bảng 9: Tỷ lệ bỏ điều trị trước 3,6,9,12 tháng:*

Bỏ điều trị trước	3 tháng	6 tháng	9 tháng	12 tháng	Tổng số
Số bệnh nhân	38	113	172	218	482
Tỷ lệ %	7,88%	23,44%	35,68%	45,23%	100



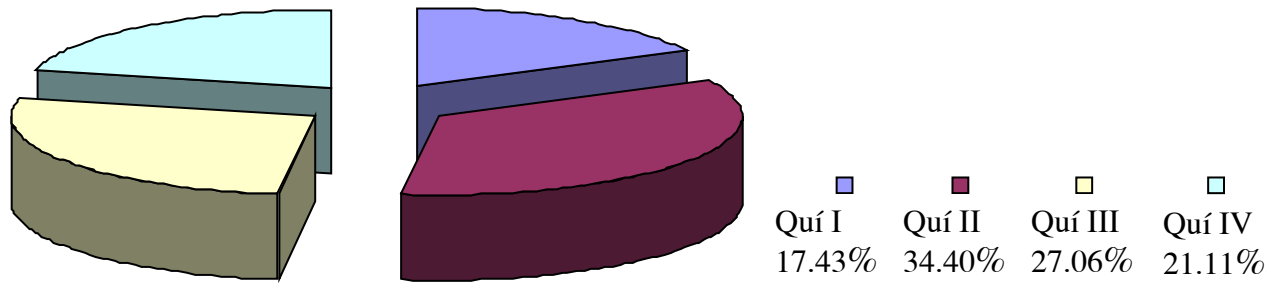
**Biểu đồ 5: Tỷ lệ bỏ điều trị trước 3, 6, 9, 12 tháng**

Nhận xét: - Tỷ lệ bỏ điều trị trước 3 tháng 7,88%, trước 6 tháng 23,44%, trước 9 tháng 35,68%, trước 12 tháng 45,23%. Theo Gonzalez J.P và cs(1988) tập hợp đánh giá lại các kết quả nghiên cứu của nhiều tác giả, tỉ lệ này tối đa trước 3 tháng 50%, trước 6 tháng 70%, trước 12 tháng 80%.[20].

#### 3. 4.2 Bỏ điều trị theo quý.

*Bảng 10: Tỷ lệ bỏ điều trị theo quý :*

Bỏ điều trị	Quý I	Quý II	Quý III	Quý IV	TS
Số bệnh nhân	38	75	59	46	218
Tỷ lệ %	17,43	34,40	27,06	21,11	100



**Biểu đồ 6: Tỷ lệ bỏ điều trị theo quý**

Nhận xét :- Tỷ lệ bỏ điều trị cao nhất vào quý II (34,40%) và giảm dần ở các quý III (27,06%) và quý IV (21,11%), quý I bỏ điều trị ít nhất (17,43%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $\chi^2 = 5,9996$  và  $p < 0,05$ .

### 3.4.3 Lý do bỏ điều trị trước 12 tháng của 218 bệnh nhân

*Bảng 11: Lý do bỏ điều trị :*

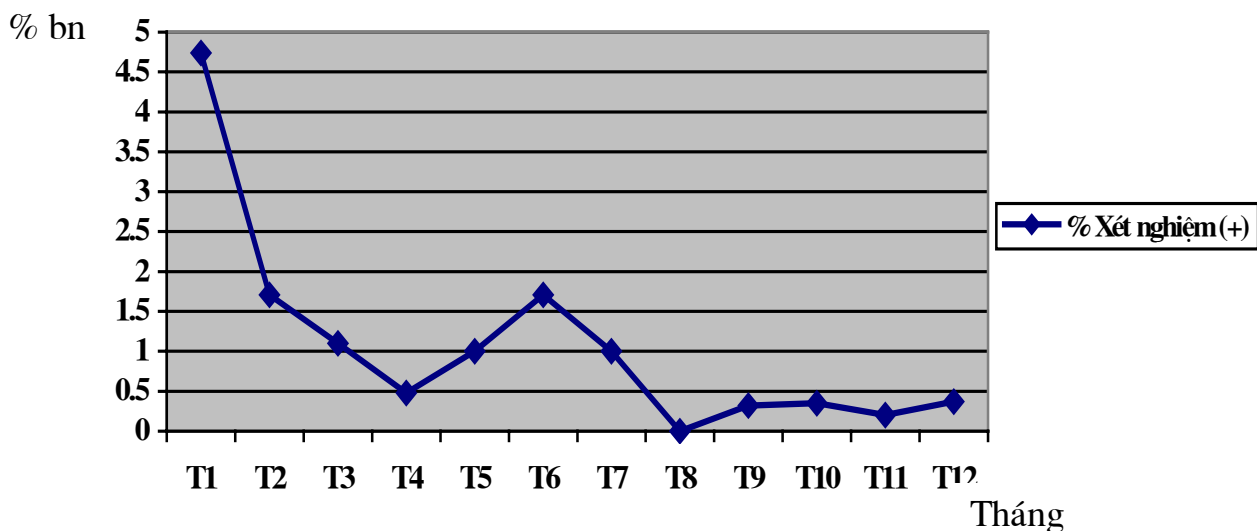
Lý do bỏ điều trị	Tháng 3	Tháng 6	Tháng 9	Tháng 12	Tổng số
Do tử vong	0	0	0	0	0
Do tác dụng phụ của thuốc	0	0	0	0	0
SGOT, SGPT trên 100 U/l – 37°C	0	1	1	0	2
Bỏ uống thuốc trên 3 lần	2	4	1	0	7
XN (+) trên 3 lần	1	2	0	0	3
Kinh tế kém	0	1	1	0	2
Bỏ nhà đi	3	1	0	1	5
Tự điều trị ở nhà tiếp tục	1	3	4	0	8
Đi làm xa	3	5	7	4	19
Bị công an bắt	0	0	0	0	0
Không muốn điều trị tiếp	28	58	45	41	172
Tổng số	38	75	59	46	218

Nhận xét:- Có 172/218(78,9%) bệnh nhân bỏ điều trị do không muốn điều trị tiếp tục. Cần có những giải pháp thích hợp với những đối tượng này như chuyển đổi phương pháp điều trị khác (điều trị thay thế bằng Mthd hoặc điều trị bắt buộc tại các trung tâm 06).

#### 3.4.4 Tỷ lệ xét nghiệm nước tiểu dương tính sau 12 tháng điều trị.

*Bảng 12: Tỷ lệ xét nghiệm nước tiểu dương tính theo tháng :*

Tháng	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
XN (+)	45	16	10	4	8	13	7	0	2	2	1	2
Tỷ lệ %	4,74	1,71	1,1	0,48	1	1,71	1	0	0,32	0,35	0,2	0,37
TS XN	950	936	910	482	802	761	699	658	618	578	511	536



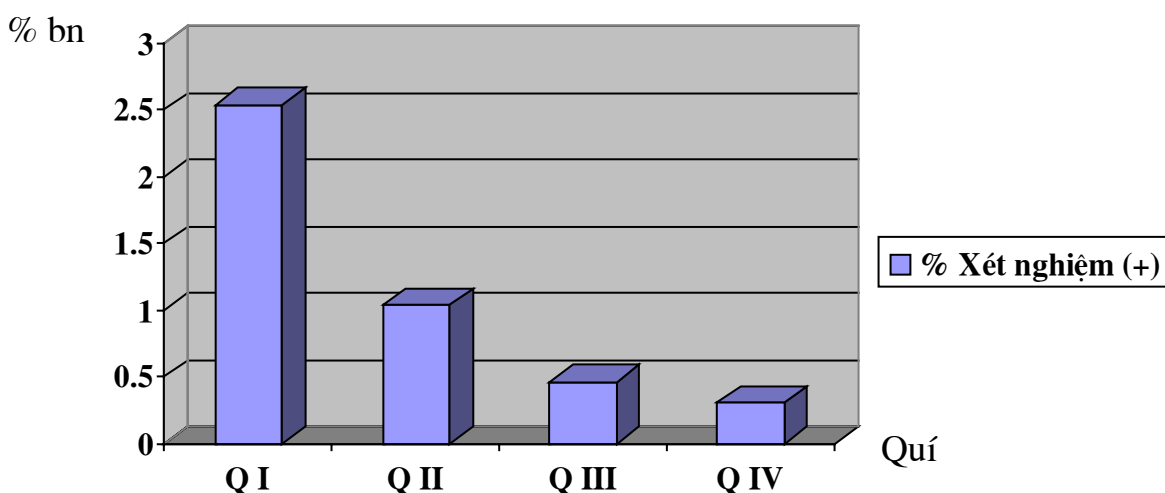
**Biểu đồ 7: Tỷ lệ xét nghiệm nước tiểu dương tính trong 12 tháng**

Nhận xét: Tỷ lệ xét nghiệm nước tiểu (+) giảm theo thời gian điều trị: cao nhất tháng đầu (4,74%), tháng thứ 2,6(1,71%), tháng thứ 3(1,1%), tháng thứ 5,7(1%), các tháng còn lại dưới 0,5%. Khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $\chi^2 = 9,401$  và  $p < 0,05$ .

### 3.4.5 Tỷ lệ xét nghiệm nước tiểu dương tính theo quý.

*Bảng 13: Tỷ lệ xét nghiệm nước tiểu dương tính theo quý :*

	Quý I	Quý II	Quý III	Quý IV
XN dương tính	71	25	9	5
<b>Tỷ lệ % XN (+)</b>	<b>2,54%</b>	<b>1,04%</b>	<b>0,46%</b>	<b>0,31%</b>
Tổng số XN làm	2796	2405	1975	1625



**Biểu đồ 8: Tỷ lệ xét nghiệm nước tiểu dương tính theo quý**

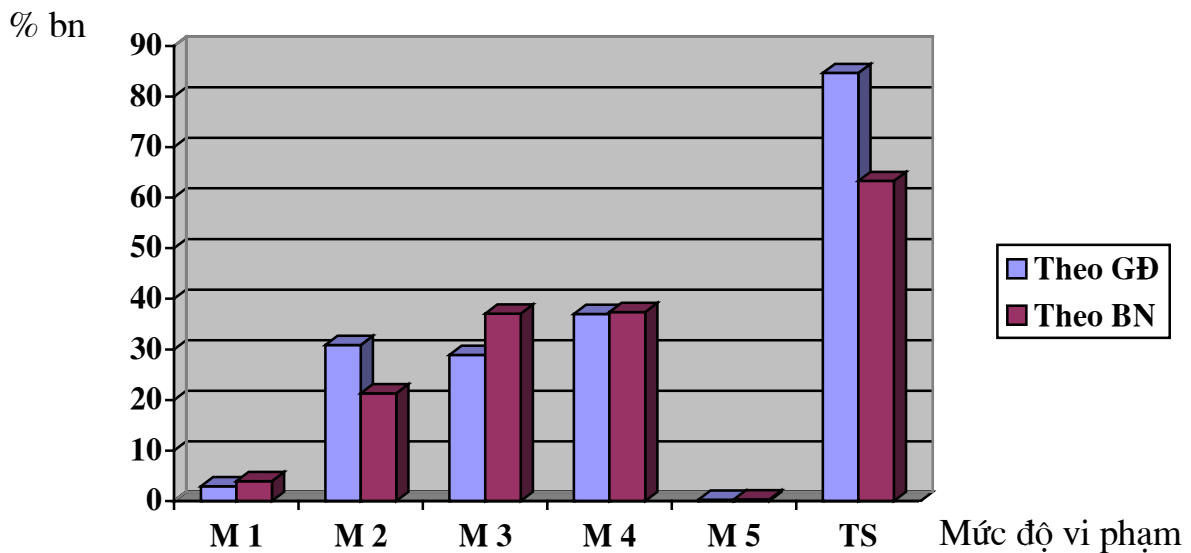
Nhận xét: Tỷ lệ xét nghiệm nước tiểu giảm theo quý: quý I (2,54%), quý II (1,04%), quý III (0,46%), quý IV (0,31%). Sự khác biệt rất có ý nghĩa thống kê với  $\chi^2=60,43$  và  $p<0,001$

### 3.4.6 Vi phạm của BN trong gia đình.

#### 3.4.6.1 Vi phạm trong gia đình trước điều trị (theo GĐ và BN).

**Bảng 14:Vi phạm trong gia đình trước điều trị (theo gia đình và bệnh nhân)**

Ngày	Mức độ M	M1	M2	M3	M4	M5	Tổng số
Trên 25	GĐ - BN	0 0	0 1	2 6	2 3	1 1	50 11
21-25	GĐ - BN	0 0	2 3	6 2	6 4	0 0	14 9
16-20	GĐ - BN	0 0	4 2	5 4	11 11	0 0	20 17
11-15	GĐ - BN	0 1	17 10	31 33	46 35	0 0	94 79
6-10	GĐ - BN	1 4	32 26	49 48	56 36	0 0	138 114
1-5	GĐ - BN	11 7	71 23	25 20	30 25	0 0	137 75
Tổng số	GĐ - BN	12 12	126 65	118 113	151 114	1 1	408/482-305/482
%	GĐ	2,94%	30,88%	28,92%	37,01%	0,25%	84,65%
%	BN	3,93%	21,31%	37,05%	37,38%	0,33%	63,28%



**Biểu đồ 9: Vi phạm của BN trong gia đình trước điều trị**

Mức độ vi phạm: M1: bán đồ dùng cá nhân; M2: nói dối gia đình lấy tiền; M3: lấy trộm tiền của gia đình; M4: bán đồ của gia đình; M5: cưỡng ép gia đình lấy tiền.

Nhận xét: Theo đánh giá của gia đình và bệnh nhân các hành vi vi phạm trong gia đình phổ biến ở mức độ M2, M3 và M4.

#### 3.4.6.2 Sau điều trị (theo gia đình): Không ai vi phạm

#### 3.4.6.3 Vi phạm sau điều trị (theo bệnh nhân):

*Bảng 15: Vi phạm sau điều trị (theo bệnh nhân) :*

Ngày vi phạm	Trước ĐT	Quý I	Quý II	Quý III	Quý IV
Trên 25 ngày	11 bn				
21-25 ngày	9 bn				
16-20 ngày	17 bn				
11-15 ngày	79 bn				
6-10 ngày	114 bn		1(2)		
1-5 ngày	75 bn	4(1)	4(1)	2(2)	1(2)
TS (%)	305 (63,23%)	4(0,83%)	5 (1,04%)	2 (0,41%)	1 (0,21%)

Nhận xét: Trước điều trị 63,23% vi phạm trong gia đình, quý I chỉ còn 0,83% vi phạm ở mức độ M1; quý II (1,04%) vi phạm, chủ yếu ở mức độ M1; quý III còn 0,41% vi phạm ở mức độ M2; quý IV còn 0,21% vi phạm ở mức độ M2. So sánh trước và sau điều trị sự khác biệt rất có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . So sánh giữa QI, QII, QIII, QIV sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với  $\chi^2 = 1,579$  và  $p > 0,05$ .

#### 3.4.7 Vi phạm pháp luật trước và sau điều trị (theo GĐ và BN).

*Bảng 16: Vi phạm pháp luật trước và sau điều trị (theo GD và BN) :*

	Theo GD trước đ/trị		Sau ĐT	Theo BN trước đ/trị		Sau ĐT
Trộm cắp	8	1,66%	0	9	1,87%	0
Lừa đảo	10	2,07%	0	13	2,69	0
Cướp giật	12	2,49%	0	14	2,90%	0
Tấn công	9	1,87%	0	17	3,53%	0
<b>TS</b>	<b>39</b>	<b>8,09%</b>	0	<b>53</b>	<b>10,99%</b>	0

Nhận xét: Theo gia đình bệnh nhân trước điều trị có 8,09% bệnh nhân có hành vi vi phạm pháp luật, sau điều trị không còn ai vi phạm pháp luật. Theo bệnh nhân trước điều trị có 10,99% bệnh nhân có hành vi vi phạm pháp luật, sau điều trị không còn ai vi phạm pháp luật.

### **3.4.8 Số ngày sử dụng CDTP trong tháng trước và sau điều trị (theo BN).**

*Bảng 17: Số ngày sử dụng CDTP trong tháng .*

Số ngày	Trước ĐT	Quý I	Quý II	Quý III	Quý IV
26-30 ngày	425 bn				
21-25 ngày	46 bn				
16-20 ngày	9 bn				
11-15 ngày	2 bn				
6-10 ngày			1	1	
5 ngày				1	1
4 ngày					
3 ngày		1			
2 ngày		4	1		1
1 ngày		5	3		
<b>Tổng số</b>	<b>482 bn</b>	<b>10 (2,25%)</b>	<b>5 (1,36%)</b>	<b>2 (0,66%)</b>	<b>2 (0,76%)</b>
<b>n</b>	<b>482</b>	<b>444</b>	<b>369</b>	<b>310</b>	<b>264</b>

Nhận xét: Trước điều trị đa số bệnh nhân sử dụng CDTP hàng ngày, sau điều trị số bệnh nhân còn và số ngày sử dụng giảm rõ rệt, sự khác biệt rất có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Tuy nhiên so sánh giữa QI, QII, QIII và QIV sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với  $\chi^2 = 0,3382$  và  $p > 0,05$ .

### 3.4.9 Hành vi nguy cơ cao trước và sau điều trị (theo BN).

*Bảng 18: Hành vi nguy cơ cao trước và sau điều trị.*

	Trước đ.trị	QI	QII	QIII	QIV
Chích một mình	213bn (44,2%)	3 (0,68%)	1 (0,27%)	1 (0,32%)	0 (0%)
Chích chung bơm kim tiêm	14bn (2,9%)	0	0	0	0
Tình dục không an toàn	44bn (9,13%)	0	0	0	0
n	482	444	369	310	264

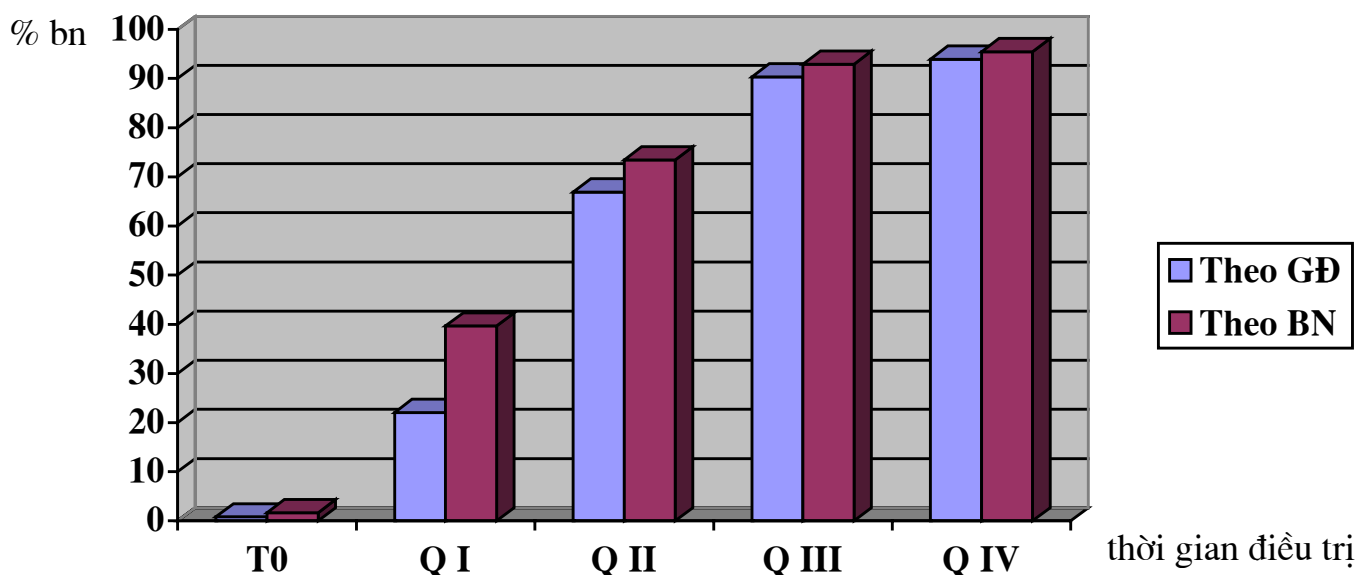
Nhận xét: Trước điều trị 44,2% tiêm chích riêng, 2,9% chích chung bơm kim tiêm, 9,13% quan hệ tình dục không an toàn. Sau điều trị chỉ còn dưới 1% còn tiêm chích chủ yếu trong quý I, (0% ở quý IV) và không còn ai chích chung cũng như tình dục không an toàn. Sự khác biệt rất có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

### 3.4.10 Đánh giá hiệu quả phục hồi chức năng tâm lý-xã hội

#### 3.4.10.1. Quan tâm tới mọi người thường xuyên

*Bảng 19: Quan tâm tới mọi người thường xuyên.*

Quan tâm tới mọi người thường xuyên	T0	Q I	Q II	Q III	Q IV	$\chi^2$	P
Theo đánh giá của gia đình	0,83% n = 482	22,07% n = 444	66,94% n = 369	90,32% n = 310	93,94% n = 264	526,899	<0,001
Theo đánh giá của bệnh nhân	1,66% n = 482	39,64% n = 444	73,44% n = 369	92,91% n = 310	95,45% n = 264	363,01	<0,001



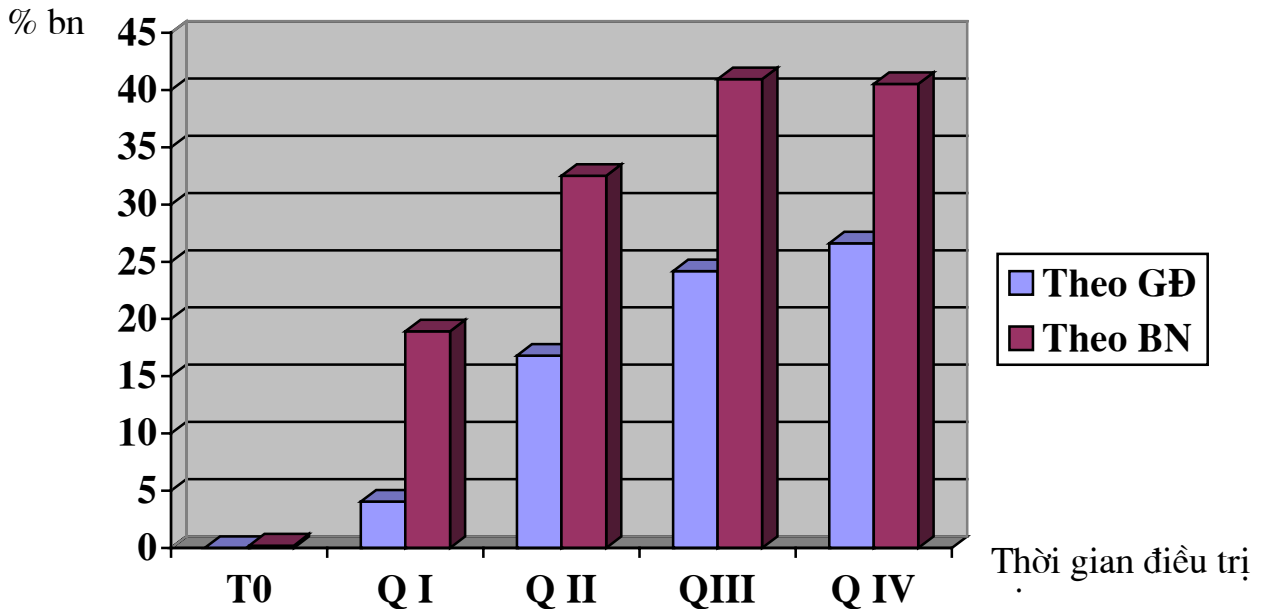
**Biểu đồ 10: Quan tâm tới mọi người thường xuyên.**

Nhận xét: Quan tâm tới mọi người thường xuyên theo đánh giá của gia đình trước điều trị có 0,83%, sau điều trị: quý I là 22,07%, quý II là 66,94%, quý III là 90,32%, quý IV là 93,94%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ ; quan tâm tới sở thích cá nhân thường xuyên theo đánh giá của bệnh nhân trước điều trị có 1,66%, sau điều trị: quý I là 39,64%, quý II là 73,44%, quý III là 92,91%, quý IV là 95,45%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

### 3.4.10.2 Quan tâm tới sở thích cá nhân thường xuyên.

Bảng 20: Quan tâm tới sở thích cá nhân thường xuyên.

Quan tâm tới sở thích cá nhân thường xuyên	T0	Q I	Q II	Q III	Q IV	$\chi^2$	P
Theo đánh giá của gia đình	0% n = 482	4,05% n = 444	16,8% n = 369	24,19% n = 310	26,62% n = 264	84,475	<0,001
Theo đánh giá của bệnh nhân	0.21% n = 482	18.92% n = 444	32.52% n = 369	40.96% n = 310	40.53% n = 264	56.38	<0,001



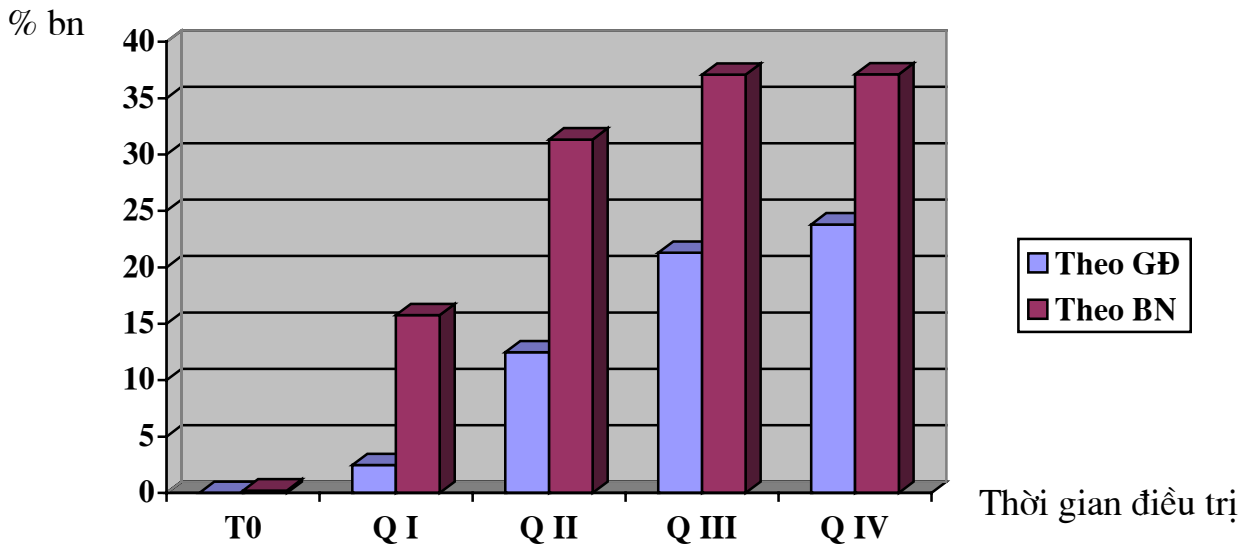
**Biểu đồ 11: Quan tâm tới sở thích cá nhân thường xuyên.**

Nhận xét: Quan tâm tới sở thích cá nhân thường xuyên theo đánh giá của gia đình trước điều trị có 0%, sau điều trị: quý I là 4,05%, quý II là 16,8%, quý III là 24,19%, quý IV là 26,62%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$  ; quan tâm tới sở thích cá nhân thường xuyên theo đánh giá của bệnh nhân trước điều trị có 0%, sau điều trị: quý I là 4,05%, quý II là 16,8%, quý III là 24,19%, quý IV là 26,62%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

### 3.4.10.3 Tham gia hoạt động giải trí thường xuyên

Bảng 21: Tham gia hoạt động giải trí thường xuyên.

Tham gia hoạt động giải trí thường xuyên	T0	Q I	Q II	Q III	Q IV	$\chi^2$	P
Theo đánh giá của gia đình	0% n = 482	2,47% n = 444	12,47% n = 369	21,29% n = 310	23,80% n = 264	88,45	<0,001
Theo đánh giá của bệnh nhân	0.21% n = 482	15.76% n = 444	31.34% n = 369	37.09% n = 310	37.12% n = 264	57.81	<0,001



**Biểu đồ 12: Tham gia hoạt động giải trí thường xuyên.**

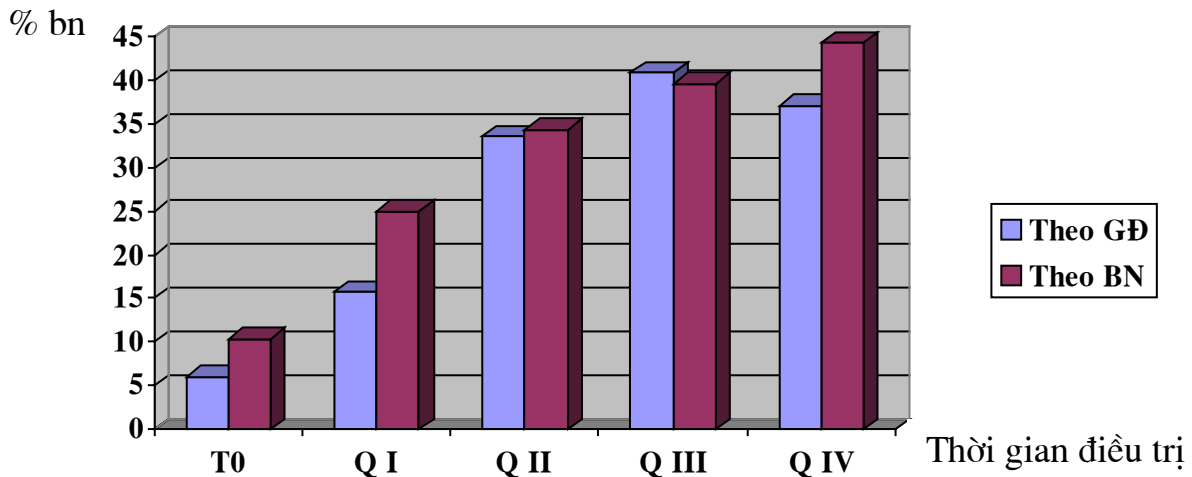
Nhận xét: Tham gia hoạt động giải trí thường xuyên theo đánh giá của gia đình trước điều trị có 0%, sau điều trị: quý I là 2,47%, quý II là 12,47%, quý III là 21,29%, quý IV là 23,80%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$  ; tham gia hoạt động giải trí thường xuyên theo đánh giá của bệnh nhân trước điều trị có 0,21%, sau điều trị: quý I là 15,76%, quý II là 31,34%, quý III là 37,09%, quý IV là 37,12%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

### 3.4.11 Đánh giá hiệu quả phục hồi chức năng lao động.

#### 3.4.11.1 Chủ động lao động, học tập ngoài xã hội thường xuyên

Bảng 22: Chủ động lao động, học tập ngoài xã hội thường xuyên

Chủ động lđ,ht thường xuyên ngoài xã hội	T0	Q I	Q II	Q III	Q IV	$\chi^2$	P
Theo đánh giá của gia đình	6.02% n = 482	15.76% n = 444	33.6% n = 369	40.96% n = 310	46.21% n = 264	89.68	<0,001
Theo đánh giá của bệnh nhân	10.37% n = 482	25% n = 444	34.44% n = 369	39.68% n = 310	44.32% n = 264	33.2	<0,001



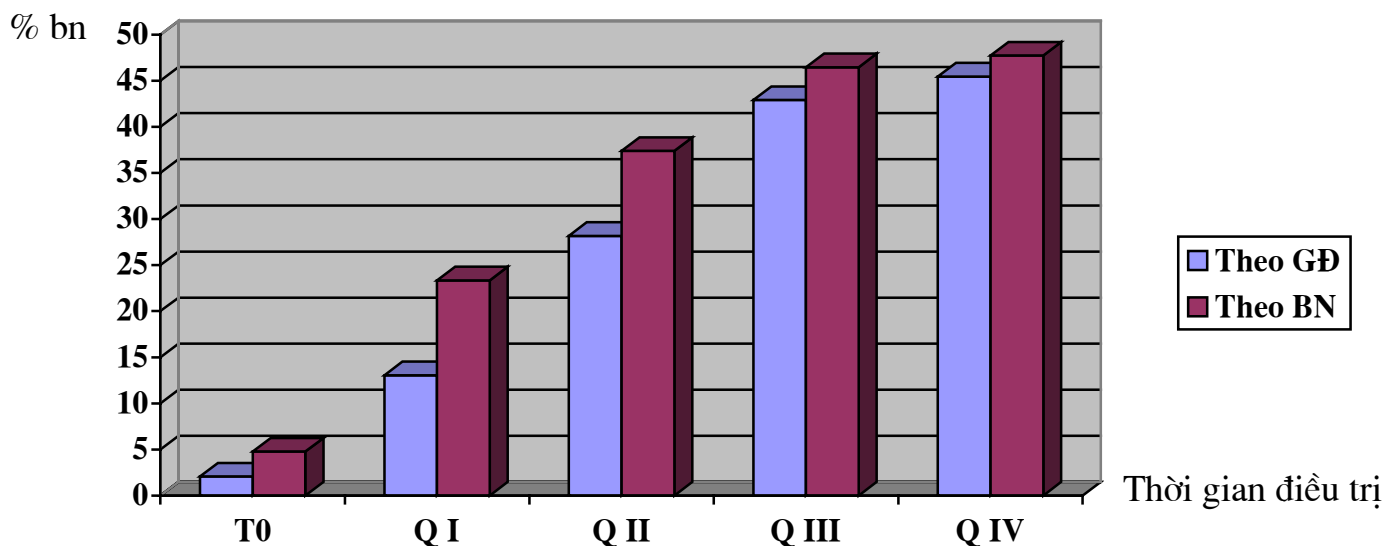
**Biểu đồ 13: Chủ động lao động, học tập ngoài xã hội thường xuyên.**

Nhận xét: Chủ động lao động, học tập ngoài xã hội thường xuyên theo đánh giá của gia đình trước điều trị có 6,02%, sau điều trị: quý I là 15,76%, quý II là 33,6%, quý III là 40,96%, quý IV là 46,21%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ ; chủ động lao động, học tập ngoài xã hội thường xuyên theo đánh giá của bệnh nhân trước điều trị có 10,37%, sau điều trị: quý I là 25%, quý II là 34,44%, quý III là 39,68%, quý IV là 44,32%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

### 3.4.11.2 Chủ động lao động nghề nghiệp với gia đình thường xuyên

*Bảng 23: Chủ động lao động nghề nghiệp với gia đình thường xuyên.*

Chủ động lã nghề nghiệp với gia đình thường xuyên	T0	Q I	Q II	Q III	Q IV	$\chi^2$	P
Theo đánh giá của gia đình	2.07% n = 482	13.06% n = 444	28.18% n = 369	42.9% n = 310	45.45% n = 264	117.32	<0,001
Theo đánh giá của bệnh nhân	4.77% n = 482	23.36% n = 444	37.39% n = 369	46.45% n = 310	47.72% n = 264	59.72	<0,001



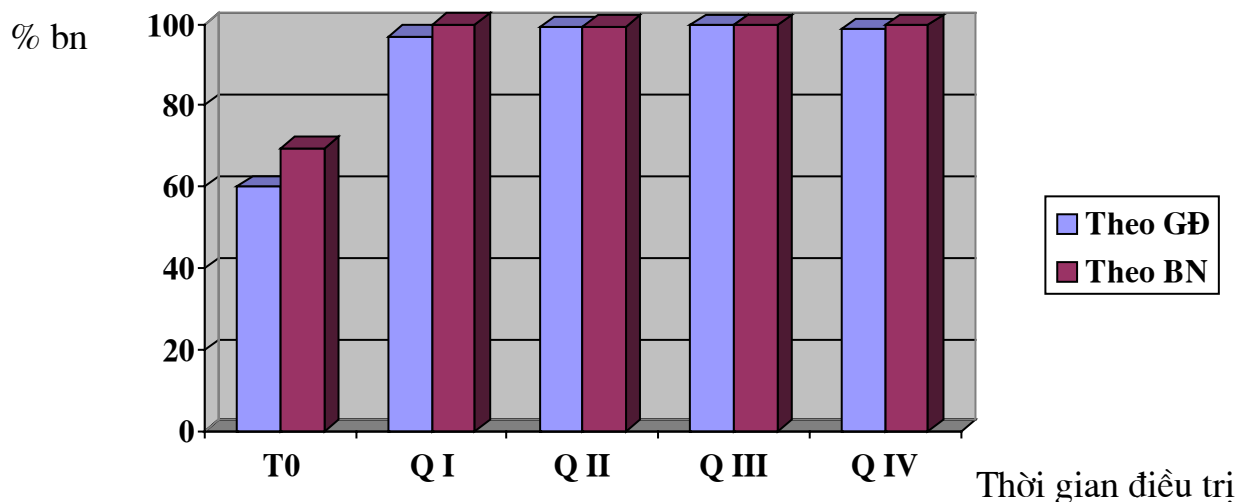
**Biểu đồ 14: Chủ động lao động nghề nghiệp với gia đình thường xuyên .**

Nhận xét: Chủ động lao động nghề nghiệp với gia đình thường xuyên theo đánh giá của gia đình trước điều trị có 2,07%, sau điều trị: quý I là 13,06%, quý II là 28,11%, quý III là 42,8%, quý IV là 45,45%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$  ; chủ động lao động nghề nghiệp với gia đình thường xuyên theo đánh giá của bệnh nhân trước điều trị có 4,77%, sau điều trị: quý I là 23,36%, quý II là 37,39%, quý III là 46,45%, quý IV là 47,72%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

### 3.4.11.3 Tự phục vụ cá nhân như tắm rửa, giặt quần áo thường xuyên

Bảng 24: Tự phục vụ cá nhân như tắm rửa, giặt quần áo thường xuyên.

Tự phục vụ cá nhân thường xuyên	T0	Q I	Q II	Q III	Q IV	$\chi^2$	P
Theo đánh giá của gia đình	59.96% n = 482	96.85% n = 444	99.18% n = 369	99.67% n = 310	98.64% n = 264	12.45	<0,001
Theo đánh giá của bệnh nhân	69.5% n = 482	99.77% n = 444	99.46% n = 369	99.67% n = 310	99.62% n = 264	0.52	>0.05



**Biểu đồ 15: Tự phục vụ cá nhân thường xuyên.**

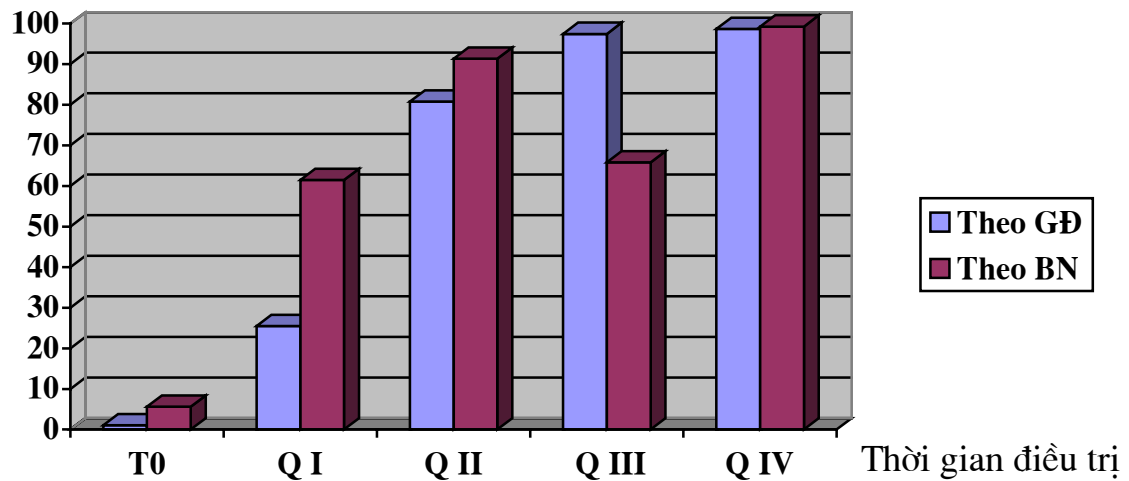
Nhận xét: Tự phục vụ cá nhân thường xuyên theo đánh giá của gia đình trước điều trị có 59,96%, sau điều trị: quý I là 96,85%, quý II là 99,18%, quý III là 99,67%, quý IV là 98,64%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$  ; tự phục vụ cá nhân thường xuyên theo đánh giá của bệnh nhân trước điều trị có 69,5%, sau điều trị: quý I là 99,77%, quý II là 99,46%, quý III là 99,67%, quý IV là 99,62%, sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với  $p > 0.05$ .

#### 3.4.11.4. Hiệu suất lao động, học tập tốt (80-100%)

Bảng 25: Hiệu suất lao động, học tập tốt (80 – 100%).

Hiệu suất lao động tốt (80-100%)	T0	Q I	Q II	Q III	Q IV	$\chi^2$	P
Theo đánh giá của gia đình	1.03% n = 482	25.45% N = 444	80.76% n = 369	97.42% n = 310	98.64% n = 264	658.47	<0,001
Theo đánh giá của bệnh nhân	5.6% n = 482	61.48% N = 444	91.31% n = 369	65.81% n = 310	99.24% n = 264	203.48	<0,001

% bn



**Biểu đồ 16: Hiệu suất lao động, học tập tốt (80- 100%).**

Nhận xét: Hiệu suất lao động, học tập tốt theo đánh giá của gia đình trước điều trị có 1,03%, sau điều trị: quý I là 25,45%, quý II là 80,76%, quý III là 97,42%, quý IV là 98,64%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$  ; hiệu suất lao động, học tập tốt theo đánh giá của bệnh nhân trước điều trị có 5,6%, sau điều trị: quý I là 61,48%, quý II là 91,31%, quý III là 65,81%, quý IV là 99,24%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

### **3.5 Qui trình hướng dẫn điều trị chống tái nghiện CDTP bằng Abernil kết hợp với liệu pháp nhận thức hành vi và liệu pháp gia đình tại cộng đồng**

Naltrexone là một chất đối kháng CDTP mạnh, có ái lực cao với các điểm tiếp nhận CDTP ở não (muy, kapa) qua cơ chế cạnh tranh, phong tỏa hiệu quả của CDTP tại các thụ thể muy và kapa ở não.

Naltrexone hydrochloride hiện có sẵn ở Việt Nam, tên thương mại: Abernil® do công ty dược phẩm Medochemie (cộng hòa Síp) sản xuất, giấy phép nhập khẩu của Bộ y tế: VN 5900 – 01, viên 50mg, hộp 50 viên.

Giúp bệnh nhân (sau cai nghiện CDTP) duy trì chống tái nghiện.

Hiệu quả đạt được cao khi phối hợp với các liệu pháp tâm lý (LPTL) khác như: thể chế, nhận thức – hành vi, gia đình.

#### **3.5.1 Đặc điểm dược lý :**

.Hấp thu: hấp thu nhanh đường uống (Gonzalez J.P, 1988).

.Phân bố: đỉnh huyết tương: 1 giờ sau uống, thời gian bán hủy khoảng 4 giờ.

.Chuyển hóa: ở gan thành 6 -  $\beta$  - Naltrexol, thời gian bán hủy của chất chuyển hóa này khoảng 10 giờ và cũng có tác dụng đối kháng CDTP. Gần 20% chất chuyển hóa hoạt động liên kết với proteine huyết tương và được phân bố rộng rãi với số lượng khá lớn ở não, mô mỡ, lách, tim, tinh hoàn, thận và nước tiểu (Gonzalez J.P, 1988).

.Thải trừ: Naltrexone và 6 -  $\beta$  - Naltrexol qua chu trình tái hấp thu ruột-gan và được bài tiết chủ yếu qua thận. Dưới 1% Naltrexone được bài tiết dưới dạng không đổi.

.Mặc dù cả Naltrexone và 6 -  $\beta$  - Naltrexol có thời gian bán hủy tương đối ngắn nhưng thời gian chúng phong tỏa các điểm tiếp nhận CDTP ở não lâu hơn rất nhiều. Một liều uống 50mg Naltrexone đã phong tỏa được 80% và liên kết tới 72 giờ qua đánh dấu phóng xạ Carfentanyl (Lee và cs 1998).

#### **3.5.2 Chỉ định**

Cho các bệnh nhân đã cai nghiện CDTP mong muốn được sử dụng Naltrexone để giúp duy trì chống tái nghiện.

### **3.5.3 Chống chỉ định**

Vẫn còn nghiện CDTP hoặc đang cai nghiện CDTP.

Viêm gan cấp, suy gan nặng, suy thận nặng.

Mắc các bệnh cơ thể hoặc tâm thần nặng.

Dị ứng với Naltrexone.

### **3.5.4 Thận trọng**

Dưới 18 tuổi.

Phụ nữ có thai, cho con bú.

Bệnh nhân nghiện đồng thời nhiều loại ma túy.

Rối loạn chức năng thận do Naltrexone thải trừ qua nước tiểu.

### **3.5.5 Tác dụng không mong muốn**

Nhìn chung không đáng kể, nhẹ, tạm thời, cải thiện theo thời gian điều trị: mất ngủ, lo âu, đau đầu, nôn, buồn nôn, mất năng lượng, đau bụng, đau cơ khớp là những triệu chứng có thể có trong giai đoạn đầu điều trị.

### **3.5.6 An toàn trong điều trị Naltrexone**

-Nguy cơ tử vong do:

Đang sử dụng Naltrexone bệnh nhân đồng thời sử dụng lại CDTP nhằm tìm kiếm tác dụng gây khoái cảm của CDTP.

Hoặc bỏ điều trị Naltrexone và sử dụng lại CDTP ở liều như trước kia đã sử dụng do bị mất dung nạp với CDTP.

-Tốt:

Với người mong muốn chữa bệnh, có động cơ chữa bệnh đúng đắn.

Tuân thủ qui chế điều trị.

Kết hợp với các liệu pháp tâm lý nhận thức - hành vi và liệu pháp gia đình.

-Hạn chế:

Với người thiếu động cơ, không muốn chữa bệnh.

Bỏ cuộc sớm, uống thuốc không đều, tái sử dụng CDTP trong điều trị.

### **3.5.7 Quy trình điều trị**

#### **3.5.7.1 Đánh giá:**

Động cơ, lý do xin được điều trị Naltrexone rõ ràng.

#### **3.5.7.2 Bệnh sử nghiện CDTP:**

Mức độ nghiện (liều/ lần, số lần/ngày, đường sử dụng).

Thâm niên nghiện.

Số lần cai nghiện.

Nghiện các chất ma túy khác.

Hiện đã cai nghiện CDTP chưa, bao lâu.

#### **3.5.7.3 Tiền sử bệnh cơ thể và tâm thần: lưu ý**

Bệnh gan, tim, thận.

Các bệnh cơ thể, tâm thần nặng.

#### **3.5.7.4 Vấn đề tâm lý xã hội:**

Mối quan hệ giữa bệnh nhân và gia đình.

Liên quan tới pháp luật.

Liên quan tới học tập, nghề nghiệp, việc làm, thu nhập, trợ giúp của gia đình, xã hội.

#### **3.5.7.5 Khám lâm sàng và xét nghiệm:**

Liên quan tới nghiện ma túy (ngộ độc, hội chứng cai, dấu vết tiêm chích....)

Sức khỏe chung, thai sản.

Xét nghiệm: máu, chức năng gan, thận...

#### **3.5.7.6 Thông báo cho bệnh nhân và gia đình:**

Nội qui, quy trình điều trị, nguy cơ tử vong nếu tái sử dụng CDTP, cam kết của bệnh nhân và gia đình tuân thủ quy trình điều trị.

### **3.5.8 Hướng dẫn điều trị Naltrexone (Abernil)**

Đã hoàn thành cai nghiện CDTP ít nhất 7 ngày (với Methadone ít nhất 10 ngày). Xét nghiệm chức năng gan; SGOT, SGPT bình thường.

**3.5.8.1 Test Naloxone** (nếu có điều kiện) nhằm mục đích khẳng định bệnh nhân không còn nghiện CDTP nữa.

- Tiến hành test như sau: tiêm tĩnh mạch 0,2mg naloxone chlohydrate và theo dõi sau 2- 3 phút không có hội chứng cai tiêm tiếp 0,6mg. Nếu còn nghi ngờ có thể tiêm tiếp 1,6mg Naloxone chlohydrate, nếu không có hội chứng cai CDTP có thể coi như bệnh nhân không nghiện CDTP.

- Biểu hiện của hội chứng cai CDTP: ngáp, chảy nước mắt, mũi, đau bụng, cơ khớp, nổi da gà, buồn nôn, nôn, đi rửa, dị cảm trên da, mạch nhanh, HA tăng, dẫn đồng tử ...

- **Hoặc có thể làm test Naltrexone** theo các bước sau:

. Xét nghiệm nước tiểu tìm CDTP âm tính

. Cam kết của bệnh nhân và gia đình: 7 ngày liên tiếp tới nay không sử dụng CDTP và xin chịu trách nhiệm nếu có hội chứng cai xảy ra sau khi cho uống 1/2 viên Naltrexone(25mg).

. Cho uống nửa viên Albern timer và theo dõi sau 1 giờ nếu không có hội chứng cai CDTP coi như bệnh nhân đã cai nghiện CDTP

. Nếu sau khi uống nửa viên Albern timer mà xuất hiện hội chứng cai CDTP thì gia đình phải đưa bệnh nhân đi cai tiếp ở các cơ sở cai nghiện.

### **3.5.8.2 Liều lượng và thời gian điều trị Naltrexone (Albern timer®):**

- **Thời gian điều trị duy trì Naltrexone:**

. Càng lâu càng tốt : tối thiểu 1 năm vì theo nghiên cứu đây là thời gian tối thiểu đủ để có thể làm mất cảm giác thèm nhớ CDTP (theo cơ chế phản xạ có điều kiện) sau khi ngừng điều trị.

. Thời gian điều trị dài ngắn khác nhau ở mỗi bệnh nhân tùy theo tiên lượng của thầy thuốc, sự thỏa thuận giữa thầy thuốc – bệnh nhân và gia đình).

**- Phương thức sử dụng Naltrexone (Abernil):**

. Liều lượng và thời gian uống thuốc: bệnh nhân tới cơ sở điều trị uống thuốc Abernil vào các ngày thứ 2 uống 2 viên(100mg), thứ 4 uống 2 viên(100mg), thứ 6 uống 3 viên(150mg), dưới sự giám sát của nhân viên y tế. Thời gian uống thuốc nên bắt đầu trước 1 giờ và kết thúc sau 1 giờ so với giờ làm việc chung, tạo điều kiện thuận lợi cho bệnh nhân tham gia lao động học tập. Sau khi uống thuốc xong về đi làm việc bình thường (trừ những ngày làm liệu pháp tâm lý, hoặc lấy xét nghiệm).

. **Sau 1 năm điều trị nếu bệnh nhân tuân thủ điều trị tốt có thể thoả thuận với bệnh nhân và gia đình xem xét giảm liều xuống còn:** thứ 2 uống 1 viên (50mg), thứ 4 uống 1 viên (50mg), thứ 6 uống 2 viên (100mg) và có thể xem xét cấp thuốc về nhà nếu có lý do chính đáng (nếu bệnh nhân không tuân thủ điều trị tăng liều trở lại). Với giải pháp này giúp bệnh nhân giảm được giá thành điều trị và thu hút họ tham gia điều trị lâu dài như có thể.

- Thuốc Abernil do công ty dược phẩm Medochemie- Cộng hoà Sip sản xuất, giấy phép nhập khẩu của Bộ Y Tế: VN 5900-01, viên 50mg, hộp 50 viên.

**3.5.8.3 Làm liệu pháp tâm lý kết hợp:**

**3.5.8.3.1 Làm liệu pháp tâm lý nhận thức hành vi** (liệu pháp thể chế, củng cố âm tính và củng cố dương tính) và **liệu pháp gia đình** (can thiệp gia đình, tư vấn và giải quyết tình huống cụ thể) với bệnh nhân và gia đình 1 lần/1 tháng, có tăng cường khi bệnh nhân vi phạm nội qui, không tuân thủ điều trị, xét nghiệm nước tiểu tìm CDTP dương tính.

. **Liệu pháp thể chế** : yêu cầu bệnh nhân và gia đình tôn trọng nghiêm chỉnh nội qui, qui chế điều trị đã được thoả thuận trước khi vào điều trị. Nếu có bất cứ khó khăn, yêu cầu nào khác ngoài qui định cần phải được thoả thuận và đồng ý của bác sĩ điều trị chính mới được thực hiện (trên nguyên tắc đồng thuận, đặt

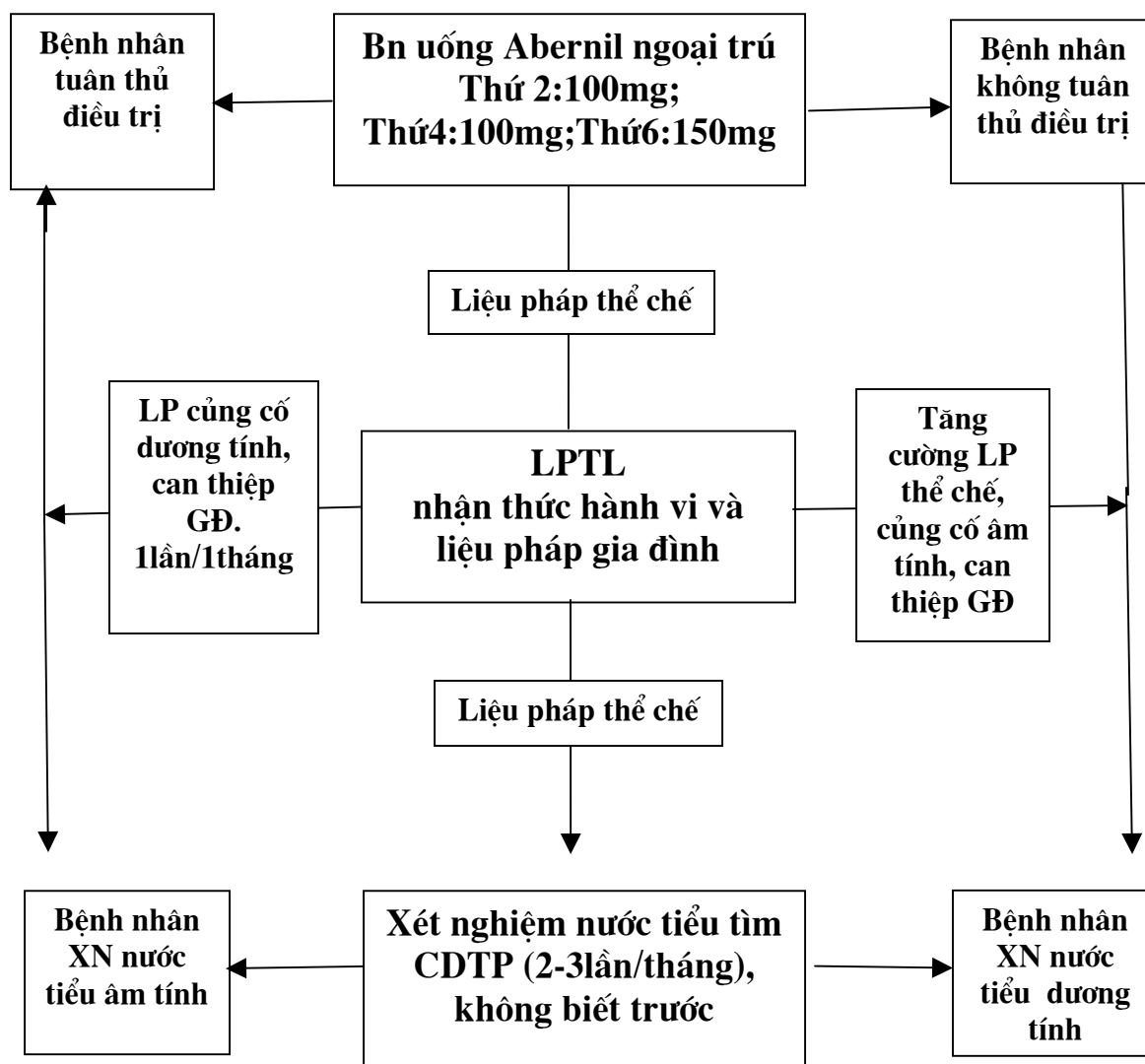
mục tiêu hiệu quả điều trị lên trên hết, loại trừ hành vi dung túng người bệnh cũng như hành vi khước từ điều trị).

. **Liệu pháp củng cố âm tính** : Khi bệnh nhân có bất cứ vi phạm nào đều phải mời gia đình cùng với bệnh nhân gặp bác sĩ điều trị để thông báo kết quả, tìm hiểu lý do vi phạm, tìm giải pháp khắc phục và thông báo hình thức kỷ luật đã được qui định trước đó : ví dụ bỏ uống thuốc hoặc xét nghiệm nước tiểu dương tính lần đầu phê bình, lần thứ hai bị cảnh cáo, lần thứ ba bị ngừng điều trị một tuần (nhưng vẫn phải tới Viện theo định kỳ để xét nghiệm nước tiểu tìm CDTP), lần thứ tư cho ra viện bắt buộc, chuyển phương thức điều trị khác nếu có thể. Tất cả các bệnh nhân bị kỷ luật và hình thức kỷ luật đều được ghi công khai trên bảng cho mọi người cùng biết.

. **Liệu pháp củng cố dương tính** : các bệnh nhân tuân thủ nội qui tốt được xem xét cấp thuốc về nhà uống hoặc đi công tác, đi phép, khi có lý do yêu cầu chính đáng (sau 6 tháng điều trị), thông báo trên bảng cho tất cả mọi người biết hoặc được xem xét kéo dài thời gian điều trị sau 1 năm và có thể giảm nửa liều thuốc điều trị.

**3.5.8.3.2 Liệu pháp can thiệp gia đình** : được thực hiện khi bệnh nhân hoặc gia đình hoặc thầy thuốc có yêu cầu (ngoài định kỳ 1 lần /1 tháng) nhằm giúp bệnh nhân và gia đình giải quyết những vướng mắc phát sinh trong quá trình điều trị cũng như trong cuộc sống hàng ngày như việc làm, học tập, lập gia đình, mâu thuẫn trong gia đình, không tuân thủ điều trị, những hành vi dung túng thường gặp trong gia đình cũng như đối phó với hành vi khước từ điều trị, nhằm giúp bệnh nhân và gia đình giải quyết tốt các vấn đề liên quan, giúp bệnh nhân tuân thủ điều trị.

**Sơ đồ quy trình làm LPTL kết hợp uống thuốc Abernil và xét nghiệm nước tiểu tìm CDTP trong quá trình điều trị**



**3.5.8.3.3 Xét nghiệm nước tiểu tìm CDTP:** làm 2-3 lần/1 tháng (không báo trước) bằng phương pháp sắc ký lớp mỏng hoặc Test nhanh tại chỗ. Những bệnh nhân bỏ uống thuốc hoặc xét nghiệm dương tính với CDTP đều phải bị kiểm tra xét nghiệm lại trước khi cho uống thuốc (nếu xét nghiệm âm tính).

**3.5.8.4 Các điều trị kết hợp khác:**

Các bệnh cơ thể , tâm thần nếu có

**3.5.9.5 Tái sử dụng lại naltrexone**

Nếu bỏ điều trị Naltrexone  $\geq 5$  ngày và dùng lại CDTP hàng ngày cần phải bắt đầu lại qui trình mới.

Nếu bỏ điều trị Naltrexone vì lý do nào đó nay xin uống lại Naltrexone mà trong giai đoạn bỏ Naltrexone bệnh nhân khai không dùng lại CDTP hoặc chỉ dùng CDTP 1 đến 2 lần thì làm test Naloxone hoặc test Naltrexone theo hướng dẫn nêu trên.

An toàn nhất là yêu cầu bệnh nhân chỉ được uống lại Naltrexone sau 7 ngày liên tiếp không sử dụng CDTP (tính từ lần sử dụng CDTP cuối cùng) và xét nghiệm nước tiểu tìm CDTP âm tính.

**3.5.8.6 Chuyển đổi điều trị từ Naltrexone sang Methadone và Buprenorphine**

Liều Methadone đầu tiên sau 72 giờ ngừng uống Naltrexone.

Liều Methadone  $< 20\text{mg}$  trong 3 ngày đầu do dung nạp thấp.

Liều Buprenorphine khởi đầu  $< 4 \text{ mg}$  sau tối thiểu 72 giờ ngừng uống Naltrexone.

**3.5.8.7 Những vấn đề phải giải quyết trong liệu trình naltrexone**

.Uống Naltrexone từng đợt:

Do bệnh tật, tai nạn phải đi điều trị.

Do men gan tăng cao phải ngừng uống Naltrexone để chữa gan

Do công việc, học tập phải nghỉ 1 thời gian.

Do vi phạm qui chế điều trị, nguy cơ tai biến quá liều

.Cần phải khuyên bệnh nhân không bán hoặc cho Naltrexone cho những người nghiện CDTP khác, vì nguy cơ gây hội chứng cai cấp nghiêm trọng hơn là hội chứng cai thông thường.

**3.5.8.8 Đa nghiện:** cần phải kiểm tra, đánh giá, theo dõi để có giải pháp kịp thời xem có nên tiếp tục dùng Naltrexone nữa hay không.

**3.5.8.9 Trong giai đoạn đầu uống Naltrexone có thể có một số triệu chứng cần phải được điều trị kết hợp:**

Nôn, buồn nôn: primperan viên 10mg x 1 viên/lần x 1-2 lần/ngày (trước ăn)

Đau bụng, đi rửa: spasfon viên 80mg x 2 viên/lần x 1-2 lần/ngày

Đau cơ xương khớp, đau đầu : paracetamol 0,5g x 2 viên/lần x 1-2 lần/ngày

Mất ngủ : Theralene viên 5mg x 1-2 viên (tối)

Nếu có trầm cảm: Stablon viên 12,5mg x 1 viên/lần x 2-3 lần/ngày

**Lưu ý** ở những bệnh nhân phải phẫu thuật: ngừng uống Naltrexone trước phẫu thuật 72 giờ.

Bệnh nhân đang uống Naltrexone sẽ không có đáp ứng với thuốc giảm đau dạng thuốc phiện, nên dùng giảm đau không có CDTP.

Trong cấp cứu: Cần liên hệ với thầy thuốc chuyên khoa nghiện chất.

Phụ nữ có thai: nên thận trọng ngừng Naltrexone 3 tháng đầu nếu có thể. Nếu vẫn muốn uống phải ký cam kết không thắc mắc nếu có vấn đề gì xảy ra sau đó.

## *Chương 4*

### **BÀN LUẬN**

#### **4.1. Đặc điểm nhân sự của mẫu nghiên cứu.**

- Hầu hết các bệnh nhân là nam (98,55%), đa số lần đầu sử dụng và nghiện CDTP từ lứa tuổi thanh thiếu niên.

So sánh với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Minh Tuấn, Trần Viết Nghị, Thân Văn Tuệ trên 384 bệnh nhân, nam chiếm 96,78% [9] ,

Ngô Thanh Hồi, Ngô Thuý Ái , Nguyễn thị Thái trên 152 bệnh nhân, nam chiếm 98,68% [3].

Trần Viết Nghị, Trần Văn Cường, Nguyễn Mạnh Hùng và cs (2006) trên 34 bệnh nhân, 100% là nam [4].

- Đa số có trình độ học vấn từ cấp III trở lên (69,92%) nhưng vẫn bị nghiện, điều này chứng tỏ nguyên nhân NMT hết sức phức tạp, không chỉ do trình độ học vấn thấp (bảng 1). Do nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện ở Thủ đô Hà nội nên có thể trình độ học vấn này có thể cao hơn các vùng dân cư khác.

So sánh với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Minh Tuấn, TrầnViết Nghị, Thân Văn Tuệ trên 384 bệnh nhân(2005), tỉ lệ này là 79,95% [9] .

Trần Viết Nghị,Trần Văn Cường, Nguyễn Mạnh Hùng và cs (2006) trên 34 bệnh nhân, tỉ lệ này là 70,59% [4].

- Trước nghiện 55,81% người có nghề nghiệp, sau nghiện 44,29% có nghề nghiệp (bảng 2). Chứng tỏ khi NMT sẽ dẫn đến mất việc làm và cũng không hẳn vì không có việc làm dẫn đến NMT.

So sánh với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Minh Tuấn, TrầnViết Nghị, Thân Văn Tuệ , trên 384 bệnh nhân trước nghiện 55,13% có nghề nghiệp, sau nghiện 33,33% có nghề nghiệp [9].

Ngô Thanh Hồi, Ngô Thuý Ái , Nguyễn thị Thái trên 152 bệnh nhân, tỉ lệ không có nghề nghiệp lúc vào điều trị là 61,84%% [3] .

Trần Viết Nghị,Trần Văn Cường, Nguyễn Mạnh Hùng và cs (2006) trên 34 bệnh nhân, tỉ lệ không có nghề nghiệp lúc vào điều trị là 47,06% [4].

- 58,29% bệnh nhân chưa lập gia đình điều này cũng phù hợp với lứa tuổi mắc nghiện còn trẻ và đây cũng là một trong những yếu tố bảo vệ kém, dễ bị bạn bè lôi cuốn (bảng 3).

So sánh với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Minh Tuấn, TrầnViết Nghị, Thân Văn Tuệ, trên 384 bệnh nhân, tỉ lệ này là 59,38% [9].

Ngô Thanh Hồi, Ngô Thuý Ái , Nguyễn thị Thái, trên 152 bệnh nhân, tỉ lệ này là 48,68% [3].

Trần Viết Nghị,Trần Văn Cường, Nguyễn Mạnh Hùng và cs (2006) trên 34 bệnh nhân, tỉ lệ này là 44,12% [4].

- 73,24% có Bố và 59,96% có Mẹ còn sống và đều là cán bộ công nhân viên chức (bảng 4) (đây cũng là một trong những yếu tố bảo vệ tốt). Tuy nhiên họ cũng không ngăn cản được con em mình NMT.

So sánh với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Minh Tuấn, TrầnViết Nghị, Thân Văn Tuệ trên 384 bệnh nhân, tỉ lệ này là 84,11% có bố và 68,25% có mẹ đều là cán bộ công nhân viên chức [9] ,

- Những điểm nêu trên cho chúng ta thấy nguyên nhân NMT hết sức phức tạp, nó không chỉ thuần túy yếu tố sinh học mà còn cả yếu tố tâm lý-xã hội kết hợp. Sự kết hợp của 3 yếu tố này khác nhau ở mỗi một người nghiện vì vậy cũng đòi hỏi phải có phương thức điều trị tâm lý khác nhau cho từng đối tượng mới có thể đạt được kết quả mong đợi.

#### **4.2. Đặc điểm lâm sàng của mẫu nghiên cứu :**

- 82,15% người sử dụng CDTP lần đầu dưới 25 tuổi, 71,99% người nghiện CDTP dưới 25 tuổi (bảng 5). Điều này chứng tỏ sự lạm dụng và nghiện CDTP

chủ yếu ở thanh thiếu niên, vì vậy chúng ta cần quan tâm chăm sóc, giáo dục nhiều hơn nữa cho thanh thiếu niên ở lứa tuổi này, đây là đối tượng có nguy cơ cao NMT, nhằm giúp họ vượt qua được giai đoạn khó khăn này của cuộc đời, tránh được sức ép nhóm (một trong những nguyên nhân chính gây nghiện và tái nghiện). So sánh với kết quả nghiên cứu của chúng tôi trên 384 bệnh nhân(báo cáo 2005) có 81,16% người sử dụng CDTP lần đầu dưới 25 tuổi, 72,14% người nghiện CDTP dưới 25 tuổi [9].

- CDTP bị lạm dụng chủ yếu ở đây là Heroin : 90,87% người lần đầu sử dụng, 96,27% khi nghiện và 100% khi vào điều trị là Heroin (bảng 6). Đây là chất gây nghiện mạnh nhất trong số các CDTP, do sử dụng đơn giản, nhanh, khó giám sát. So sánh với kết quả nghiên cứu của chúng tôi trên 384 bệnh nhân(báo cáo 2005) có 87,5% người lần đầu sử dụng Heroin, 99,48% người khi nghiện, 100% khi vào điều trị là nghiện Heroin [9], So sánh với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Viết Thiêm, Nguyễn Minh Tuấn, Trần Viết Nghị, Nguyễn Kim Việt, trên 68 bệnh nhân có 35,3% người lần đầu sử dụng Heroin, 54,9% người khi nghiện, 96,07% khi vào điều trị là nghiện Heroin. [5]

- Heroin là một chất có thời gian bán hủy ngắn nên gây nghiện nhanh và mạnh vì vậy để đạt được hiệu quả mong muốn như trước người nghiện buộc phải nhanh chóng tăng liều, sử dụng lặp lại nhiều lần trong ngày và chuyển từ hút sang chích. Có (2,91% lần đầu sử dụng, 40,28% khi nghiện, 43,98% khi vào điều trị là tiêm chích Heroin). (bảng6).

So sánh với kết quả nghiên cứu của chúng tôi trên 384 bệnh nhân có 11,98% người lần đầu sử dụng , 41,15% người khi nghiện, 51,04% khi vào điều trị là tiêm chích Heroin [9].

So sánh với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Viết Thiêm, Nguyễn Minh Tuấn, Trần Viết Nghị, Nguyễn Kim Việt, trên 68 bệnh nhân có 2% người lần đầu sử dụng , 9,8% người khi nghiện, 35,48% khi vào điều trị là tiêm chích Heroin. [5].

So sánh với nghiên cứu của Trần Viết Nghị, Trần Văn Cường, Nguyễn Mạnh Hùng và cs (2006) trên 34 bệnh nhân, tỉ lệ tiêm chích khi vào điều trị là 35,3% [4].

So sánh với kết quả nghiên cứu của Ngô Thanh Hồi, Ngô Thuý Ái , Nguyễn thị Thái, trên 152 bệnh nhân, tỉ lệ tiêm chích khi vào điều trị là 72,36% [3],

- Khi nghiện Heroin thời gian và tiền bạc chi cho việc tìm kiếm và sử dụng Heroin ngày càng tăng, trong khi thời gian và khả năng kiếm tiền ngày càng giảm, bệnh nhân luôn ở trong tình trạng túng quẫn. Điều này lý giải tình trạng tội phạm cao trong số những người nghiện Heroin: 84,65% người nghiện có hành vi vi phạm trong gia đình trước điều trị (theo gia đình bệnh nhân) (bảng 14), 63,28% người nghiện có hành vi vi phạm trong gia đình trước điều trị (theo bệnh nhân). (bảng 14)

-Tỉ lệ viêm gan C là 47,72%, viêm gan B là 12,45%, viêm gan B và C là 6,02% (tỉ lệ viêm gan C ở Pháp năm 2003 là 58% (DREES/DGS)). Điều này đòi hỏi chúng ta cần có các biện pháp dự phòng kịp thời, vì lâu nay chúng ta quá chú ý tới dự phòng lây nhiễm HIV trong khi dự phòng lây nhiễm viêm gan B,C còn khó khăn hơn rất nhiều so với dự phòng lây nhiễm HIV nhưng chưa được quan tâm đúng mức. (bảng 8).

So sánh với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Minh Tuấn, TrầnViết Nghị, Thân Văn Tuệ, trên 384 bệnh nhân, tỉ lệ viêm gan C là 38,8%, viêm gan B là 12,76%, viêm gan B và C là 4,43% [9] , Ngô Thanh Hồi, Ngô Thuý Ái , Nguyễn thị Thái, trên 152 bệnh nhân, tỉ lệ viêm gan là 56,57%% [3],

So sánh với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Viết Thiêm, Nguyễn Minh Tuấn, Trần Viết Nghị, Nguyễn Kim Việt, trên 68 bệnh nhân tỉ lệ viêm gan C là 29,41%, viêm gan B là 11,76% [5].

- Có 93,98% bệnh nhân đã cai nghiện từ 2 lần trở lên (thậm chí 30 lần) trước khi vào viện. Điều này cho thấy NMT là một loại bệnh mạn tính hay tái nghiện

mạn tính và việc điều trị khỏi hẳn là một vấn đề hết sức khó khăn và cần phải có một chiến lược điều trị thích hợp và lâu dài cho từng người bệnh. (bảng 7).

So sánh với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Minh Tuấn, TrầnViết Nghị, Thân Văn Tuệ, trên 384 bệnh nhân, có 91,93% bệnh nhân đã cai nghiện từ 2 lần trở lên[9],

Kết quả nghiên cứu của Trần Viết Nghị,Trần Văn Cường, Nguyễn Mạnh Hùng và cs (2006) trên 34 bệnh nhân, có 59,02% bệnh nhân đã cai nghiện từ 2 lần trở lên [4].

#### **4.3. Kết quả nghiên cứu :**

##### **4.3.1 Bỏ điều trị trước 3,6,9,12 tháng :**

- Không ai bỏ điều trị vì lý do tác dụng phụ của thuốc hoặc tử vong trong quá trình điều trị.

- Liệu pháp Naltrexone là liệu pháp đối kháng với Heroin, làm mất tác dụng gây khoái cảm của Heroin. Đa số người nghiện không thích dùng (trừ những người có động cơ cao, mong muốn được chữa khỏi bệnh), chính vì vậy có một tỷ lệ cao những người điều trị bằng Naltrexone sớm bỏ điều trị (95% bỏ điều trị trước 6 tháng) và tái nghiện Heroin sau đó [18] . Điều này lý giải tại sao liệu pháp Naltrexone ít được áp dụng trên thế giới.

- Việc kết hợp sử dụng Naltrexone với tư vấn, liệu pháp tâm lý nhận thức-hành vi và can thiệp gia đình trước và trong quá trình điều trị giúp giảm tỷ lệ bệnh nhân sớm bỏ điều trị mà nghiên cứu của chúng tôi đạt được là một kết quả đáng khích lệ so với các tác giả khác, cũng như với chính nghiên cứu của chúng tôi đã công bố trước đó: có 7,88% bỏ điều trị trước 3 tháng; 23,44% bỏ trước 6 tháng; 35,68% bỏ trước 9 tháng; 45,23% bỏ trước 12 tháng (bảng 9),

So sánh với kết quả của các tác giả khác là: Kleber (1981) [21], 62% bỏ điều trị trước 1 tháng (có kết hợp liệu pháp gia đình), 92% bỏ trước 1 tháng (không

kết hợp LP gia đình) ; Anton (1981) [21] nghiên cứu trên 65 bệnh nhân, 48% bỏ điều trị trước 6 tháng (có kết hợp LP gia đình và LP hành vi) ; Washton (1984) nghiên cứu trên 129 bệnh nhân có kết hợp LPTL, tỉ lệ bỏ trước 6 tháng là 38%[21] ;

Nguyễn Thị Mỹ Châu (TP HCM , 2004) nghiên cứu trên 106 bệnh nhân có kết hợp LP nhận thức- hành vi tại trung tâm Xanh(TP HCM) tỉ lệ bỏ điều trị trước 6 tháng là 94,8% [2].

Ngô Thanh Hồi, Ngô Thuý Ái , Nguyễn thị Thái [3] 67% bỏ trước 6 tháng (có kết hợp LP nhận thức-hành vi và gia đình);

Nguyễn Minh Tuấn, Trần Viết Nghị, Thân Văn Tuệ, trên 384 bệnh nhân, 13,2% bỏ trước 3 tháng, 32,3% bỏ trước 6 tháng (có kết hợp LPGĐ và NTHV) [9] .là 14,71%.

Trần Viết Nghị,Trần Văn Cường, Nguyễn Mạnh Hùng và cs (báo cáo 2006) trên 34 bệnh nhân ngoại trú, bỏ điều trị sau 1 tháng [4].

Theo Gonzalez J.P & Brogden R.N, tập hợp, đánh giá lại kết quả nghiên cứu của nhiều tác giả trên thế giới cho thấy tỉ lệ bỏ điều trị tối đa trước 3 tháng là 50%, tối đa trước 6 tháng là 70%, tối đa trước 12 tháng là 80% [21].

- Phân tích kết quả bỏ điều trị theo quý chúng tôi nhận thấy quý II có tỉ lệ bỏ điều trị cao nhất :34,40%, quý III có tỉ lệ 27,06%, quý IV có tỉ lệ 21.11%, quý I 17,43%. Nguy cơ bỏ điều trị giảm theo thời gian, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  . Điều này đòi hỏi các nhà điều trị cần quan tâm lưu ý tăng cường các biện pháp can thiệp kịp thời để giảm tỉ lệ sớm bỏ điều trị như tăng cường tư vấn, can thiệp gia đình, liệu pháp nhận thức-hành vi. (bảng 10).

- Nhờ kết hợp liệu pháp can thiệp gia đình và LP nhận thức hành vi chặt chẽ, chúng tôi đã hạn chế được tỉ lệ bỏ điều trị qua các mốc 3,6,9,12 tháng so với các tác giả khác trong và ngoài nước cũng như kết quả nghiên cứu của chúng tôi đã báo cáo năm 2005 [9] , từ đó nâng cao được hiệu quả chống tái nghiện

- Theo nghiên cứu của chúng tôi, đánh giá tình hình tái nghiện Heroin ở 274 bệnh nhân sau ít nhất 6 tháng ngừng điều trị Naltrexone ngoại trú tại Viện SKTT [10] cho thấy : có 81,82% người có thời gian điều trị Naltrexone dưới 6 tháng đã bị tái nghiện và có 65,56% người trả lời vẫn còn thèm nhớ Heroin sau khi ngừng điều trị; có 50,84% người có thời gian điều trị Naltrexone từ 6 đến dưới 12 tháng đã bị tái nghiện và có 42,62% người trả lời vẫn còn thèm nhớ Heroine sau khi ngừng điều trị ; chỉ có 36,36% người có thời gian điều trị trên 12 tháng đã bị tái nghiện và không ai trong số họ còn thèm nhớ Heroine sau khi ngừng điều trị. Sự khác biệt ở các mốc điều trị nêu trên rất có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

- Việc nâng cao tỉ lệ theo đuổi điều trị trên 12 tháng không chỉ nâng cao hiệu quả của phương pháp điều trị mà còn giúp giảm được tỷ lệ tái nghiện sau khi ngừng điều trị Naltrexone cũng như làm mất thèm nhớ Heroin sau khi ngừng điều trị Naltrexone và đây là mục tiêu cần phải phấn đấu.

- Lý do bỏ điều trị trước 12 tháng.

Có 172/218 bệnh nhân bỏ điều trị (78,9%) không muốn điều trị tiếp tục. Theo chúng tôi cần phải tìm hiểu kỹ hơn nữa để giúp cho họ tìm được phương pháp điều trị khác thích hợp hơn hoặc sớm quay trở lại điều trị. Còn đối với 19/218 bệnh nhân bỏ điều trị (8,72%) vì lý do đi làm xa, nếu có thể tạo điều kiện cho họ tham gia điều trị ở nơi làm mới hoặc Tiêm Naltrexone chậm 1 tháng 1 lần nếu có. (bảng 11).

So sánh với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Minh Tuấn, TrầnViết Nghị, Thân Văn Tuệ, trên 384 bệnh nhân, có 60/124 bệnh nhân bỏ điều trị trước 6 tháng (48,39%) không muốn điều trị tiếp tục [9] . Đây cũng là lý do chủ yếu bỏ điều trị cần được quan tâm nghiên cứu sâu hơn nữa để tìm ra các giải pháp khắc phục.

#### **4.3.2 Tỉ lệ xét nghiệm nước tiểu dương tính với CDTP trong điều trị.**

#### **4.3.2.1 Kết quả xét nghiệm nước tiểu.**

- Mặc dù đã được cảnh báo về việc tái sử dụng Heroin trong khi đang điều trị bằng Naltrexone là hết sức nguy hiểm, thậm chí có thể gây tử vong cho họ. Song vẫn có một số người vẫn mạo hiểm tái sử dụng Heroin vì nhiều lý do khác nhau nên việc giám sát điều trị chặt chẽ và xét nghiệm nước tiểu bất thường là rất cần thiết nhằm đảm bảo an toàn điều trị. Tuy đã được ký cam kết không tái sử dụng Heroin trong quá trình điều trị song vẫn có một tỉ lệ nhỏ tái sử dụng Heroin nhằm kiểm chứng hiệu quả của Naltrexone, vì bạn bè vẫn đang còn nghiện hoặc chưa hoàn toàn muốn từ bỏ CDTP. Kết quả nghiên cứu đã cho thấy tỉ lệ này là 2,54% ở quý I của điều trị ; 1,04% ở quý II ; 0,46% ở quý III và 0,31% ở quý IV, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$  (bảng 13). Đây là một kết quả rất tốt khi so sánh với kết quả bước đầu của chúng tôi năm 2003 [8] và 2005 [9], khi mà việc kết hợp với các LPTL khác chưa được chặt chẽ.

So sánh với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Minh Tuấn, TrầnViết Nghị, Ngô Thanh Hồi, trên 48 bệnh nhân thì tỉ lệ này là: 36,76% ở quý I và 31,44% ở quý II [8], So sánh với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Minh Tuấn, TrầnViết Nghị, Thân Văn Tuệ, trên 384 bệnh nhân, tỉ lệ này là 13,74% ở quý I; 6,61% ở quý II; 2,7% ở quý III; 1,68% ở quý IV [9]. Như vậy thời gian điều trị càng lâu nguy cơ tái sử dụng Heroine trong điều trị càng giảm và việc giám sát điều trị chặt chẽ nhất là giai đoạn đầu là rất cần thiết và giúp giảm đáng kể tỉ lệ tái sử dụng Heroin và cũng đồng nghĩa với giảm nguy cơ tai biến trong điều trị.

- Phân tích kết quả xét nghiệm nước tiểu theo từng tháng điều trị chúng tôi nhận thấy tỉ lệ xét nghiệm nước tiểu dương tính với CDTP cao nhất vào tháng thứ nhất là 4,74% và giảm dần trong các tháng sau, tới tháng thứ 12 tỉ lệ này còn 0,37% , có sự giao động trong các tháng như tháng thứ 6 tỉ lệ này là 1,71%, tháng thứ 8 là 0% nhưng kết quả xét nghiệm dương tính giảm theo thời gian điều trị, có ý nghĩa thống kê với  $\chi^2 = 9,401$  và  $p < 0,05$ . (bảng 12).

Việc tăng cường LP nhận thức hành vi và can thiệp gia đình đã giúp giảm rõ rệt tỉ lệ tái sử dụng CDTP trong quá trình điều trị, giúp giảm thiểu những hành vi nguy cơ cao cũng như các hành vi vi phạm trong gia đình và ngoài xã hội. So với chính kết quả của chúng tôi năm 2005, chúng tôi đã theo dõi, can thiệp, làm LPTL theo một qui trình chặt chẽ và mỗi nhân viên trong đơn vị đều có thể thay thế cho nhau ở mọi công đoạn và thực hiện dễ dàng.

#### **4.3.2.2 Tình hình vi phạm của bệnh nhân.**

- Trước điều trị có 84,65% (theo gia đình), có 63,28% (theo bệnh nhân) có vi phạm trong gia đình ở các mức độ khác nhau: đa số ở mức độ 2 (nói dối gia đình lấy tiền), mức độ 3 (lấy trộm tiền của GD), và mức độ 4 (bán đồ đạc của GD). Sau điều trị không ai còn vi phạm nữa (theo GD) và chỉ còn khoảng 1% còn vi phạm (theo BN) nhưng chỉ ở mức độ 1 (bán đồ dùng cá nhân) và mức độ 2; số ngày vi phạm cũng rất thấp (1-5 ngày/tháng). (bảng 15).

So sánh với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Minh Tuấn, TrầnViết Nghị, Thân Văn Tuệ, trên 384 bệnh nhân, trước điều trị có 91,5% (theo gia đình), có 79% (theo bệnh nhân) có vi phạm trong gia đình ở các mức độ khác nhau ( mức độ 1,2,3,4) [9].

Các kết quả nghiên cứu đã chỉ ra rằng, đa số người nghiện đều có hành vi vi phạm trong gia đình khi đang còn nghiện CDTP.

- Trước điều trị 8,09% (theo GD) và 10,99% (theo BN) có hành vi vi phạm pháp luật như: trộm cắp, lừa đảo, cướp giật, tấn công người khác. Sau điều trị không còn ai vi phạm pháp luật. (bảng 16).

So sánh với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Minh Tuấn, TrầnViết Nghị, Thân Văn Tuệ, trên 384 bệnh nhân, trước điều trị có 4,17% (theo gia đình), có 9,9% (theo bệnh nhân) có hành vi vi phạm pháp luật như: trộm cắp, lừa đảo, cướp giật, tấn công người khác. Sau điều trị không còn ai vi phạm pháp luật [9].

Kết quả nghiên cứu đã cho thấy khi bệnh nhân tham gia điều trị sẽ không còn ai vi phạm pháp luật nữa.

#### **4.3.2.3 Tái sử dụng CDTP:**

Sau điều trị tỉ lệ tái sử dụng CDTP giảm rõ rệt: quý I còn 2,25%, quý II còn 1,36%, quý III còn 0,66%, quý IV còn 0,76% và số ngày sử dụng còn 1-5 ngày/tháng, so với trước điều trị đa số dùng hàng ngày. Sự khác biệt rất có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$  (bảng 17).

So sánh với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Minh Tuấn, TrầnViết Nghị, Thân Văn Tuệ, trên 384 bệnh nhân, sau điều trị tỉ lệ tái sử dụng CDTP ở quý I là 0,54%, ở quý II là 0,3%, ở quý III và quý IV là 0% [9].

Theo bệnh nhân kết quả trên cho thấy ở nghiên cứu 2005 của chúng tôi [9] tốt hơn kết quả trong nghiên cứu này. Tuy nhiên theo phân tích kết quả xét nghiệm nước tiểu thì kết quả lại ngược lại (tham khảo bàn luận 3.2.1).

#### **4.3.2.4 Hành vi nguy cơ cao :**

Trước điều trị có 44,2% bệnh nhân tiêm chích , 2,9% bệnh nhân tiêm chích chung bơm kim tiêm, 9,13% quan hệ tình dục không an toàn. Sau điều trị chỉ còn dưới 1% còn tiêm chích chủ yếu trong quý I, (0% ở quý IV) và không còn ai tiêm chích chung bơm kim tiêm cũng như tình dục không an toàn. Sự khác biệt rất có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . (bảng 18).

So sánh với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Minh Tuấn, TrầnViết Nghị, Thân Văn Tuệ, trên 384 bệnh nhân, trướcđiều trị có51,04% bệnh nhân tiêm chích, 4,96% bệnh nhân tiêm chích dùng chung bơm kim tiêm, 6,51% quan hệ tình dục không an toàn. Sau điều trị chỉ còn dưới 1% còn tiêm chích nhưng không còn ai dùng chung bơm kim tiêm nữa,nhưng vẫn còn dưới 0,5% còn hành vi tình dục không an toàn [9].

Việc tham gia điều trị đã giảm hẳn hành vi vi phạm trong gia đình cũng như phạm pháp ngoài xã hội, đã giảm hẳn tái sử dụng CDTP cũng như hành vi nguy cơ cao (tiêm chích, dùng chung bơm kim tiêm, tình dục không an toàn). Điều này cũng đã được khẳng định trong phân tích kết quả xét nghiệm nước tiểu tìm CDTP đã nêu ở trên.

### 4.3.3 Hiệu quả phục hồi chức năng tâm lý-xã hội:

#### 4.3.3.1 *Quan tâm tới mọi người thường xuyên:*

Trước điều trị chỉ có 0,83% bệnh nhân (theo đánh giá của GĐ) và 1,66% bệnh nhân (theo đánh giá của BN) quan tâm tới mọi người thường xuyên. Sau điều trị sự phục hồi này tăng lên nhanh và mạnh ở các quý tiếp theo và tỉ số này là: 22,07% bệnh nhân ở quý I; 66,94% ở quý II; 90,32% ở quý III; 93,94% ở quý IV. Sự khác biệt này rất có ý nghĩa thống kê với  $\chi^2 = 526,899$ ,  $p < 0,001$  (theo đánh giá của GĐ). Và 39,64% bệnh nhân ở quý I; 73,44% ở quý II; 92,91% ở quý III; 95,45% ở quý IV. Sự khác biệt này rất có ý nghĩa thống kê với  $\chi^2 = 363,01$ ,  $p < 0,001$  (theo đánh giá của BN) (bảng 19).

So sánh với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Minh Tuấn, TrầnViết Nghị, Thân Văn Tuệ, trên 384 bệnh nhân cho thấy: trước điều trị chỉ có 1,56% bệnh nhân (theo đánh giá của GĐ) và 4,95% bệnh nhân (theo đánh giá của BN) quan tâm tới mọi người thường xuyên. Sau điều trị sự phục hồi này tăng lên nhanh và mạnh ở các quý tiếp theo và tỉ số này là: 31,92% bệnh nhân ở quý I; 58,77% ở quý II; 69,79% ở quý III; 100% ở quý IV. Sự khác biệt này rất có ý nghĩa thống kê với  $\chi^2 = 568,5$ ,  $p < 0,001$  (theo đánh giá của GĐ). Và 49,88% bệnh nhân ở quý I; 64,74% ở quý II; 64,58% ở quý III; 100% ở quý IV. Sự khác biệt này rất có ý nghĩa thống kê với  $\chi^2 = 519,93$ ,  $p < 0,001$  (theo đánh giá của BN) [9].

Các kết quả trên đều cho thấy sự quan tâm tới mọi người thường xuyên phục hồi nhanh, mạnh và tương tự nhau theo đánh giá của gia đình và của bệnh nhân ở cả hai kết quả nghiên cứu.

#### 4.3.3.2 *Quan tâm tới sở thích cá nhân thường xuyên:*

Trước điều trị chỉ có 0% bệnh nhân (theo đánh giá của GĐ) và 0,21% bệnh nhân (theo đánh giá của BN) quan tâm tới sở thích cá nhân thường xuyên. Sau điều trị sự phục hồi này tăng lên từ từ ở các quý tiếp theo và tỉ số này là: 4,05%

bệnh nhân ở quý I; 16,8% ở quý II; 24,19 ở quý III; 26,62% ở quý IV quan tâm tới sở thích cá nhân thường xuyên. Sự khác biệt này rất có ý nghĩa thống kê với  $\chi^2 = 84,475$ ,  $p < 0,001$  (theo đánh giá của GĐ). Và 18,92% bệnh nhân ở quý I; 32,52% ở quý II; 40,96 ở quý III; 40,53% ở quý IV, quan tâm tới mọi người thường xuyên. Sự khác biệt này rất có ý nghĩa thống kê với  $\chi^2 = 56,38$ ,  $p < 0,001$  (theo đánh giá của BN) (bảng 20). Tuy nhiên sự phục hồi theo đánh giá của bệnh nhân nhanh hơn theo đánh giá của gia đình, nhưng cả hai đều chưa đạt tới 50%.

So sánh với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Minh Tuấn, TrầnViết Nghi, Thân Văn Tuệ, trên 384 bệnh nhân cho thấy: trước điều trị chỉ có 3,12% bệnh nhân (theo đánh giá của GĐ) và 6,51% bệnh nhân (theo đánh giá của BN) quan tâm tới mọi người thường xuyên. Sau điều trị sự phục hồi này tăng lên từ từ ở các quý tiếp theo và tỉ số này là: 11,91% bệnh nhân ở quý I; 14,82% ở quý II; 26,04% ở quý III; 45,94% ở quý IV. Sự khác biệt này rất có ý nghĩa thống kê với  $\chi^2 = 94,223$ ,  $p < 0,001$  (theo đánh giá của GĐ). Và 44,48% bệnh nhân ở quý I; 50,87% ở quý II; 53,13% ở quý III; 86,48% ở quý IV. Sự khác biệt này rất có ý nghĩa thống kê với  $\chi^2 = 316,57$ ,  $p < 0,001$  (theo đánh giá của BN) [9].

Các kết quả trên cho thấy sự đánh giá của bệnh nhân luôn tốt hơn sự đánh giá của gia đình, nhưng nhìn chung do chỉ số trước điều trị đều rất thấp nên sự phục hồi dù có nhanh cũng vượt qua giới hạn 50%.

#### **4.3.3.3 Tham gia hoạt động giải trí thường xuyên:**

Trước điều trị chỉ có 0% bệnh nhân (theo đánh giá của GĐ) và 0,21% bệnh nhân (theo đánh giá của BN) tham gia hoạt động giải trí thường xuyên. Sau điều trị sự phục hồi này tăng lên từ từ ở các quý tiếp theo và tỉ số này là: 2,47% bệnh nhân ở quý I; 12,47% ở quý II; 21,29% ở quý III; 23,80% ở quý IV. Sự khác biệt này rất có ý nghĩa thống kê với  $\chi^2 = 88,45$ ,  $p < 0,001$  (theo đánh giá của GĐ). Và

15,76% bệnh nhân ở quý I; 31,34% ở quý II; 37,09% ở quý III; 37,12% ở quý IV. Sự khác biệt này rất có ý nghĩa thống kê với  $\chi^2 = 57,81$ ,  $p < 0,001$  (theo đánh giá của BN) (bảng 21).

So sánh với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Minh Tuấn, TrầnViết Nghị, Thân Văn Tuệ, trên 384 bệnh nhân cho thấy: trước điều trị chỉ có 1,04% bệnh nhân (theo đánh giá của GĐ) và 1,56% bệnh nhân (theo đánh giá của BN) tham gia hoạt động giải trí thường xuyên. Sau điều trị sự phục hồi này tăng lên từ từ ở các quý tiếp theo và tỉ số này là: 6,29% bệnh nhân ở quý I; 8,41% ở quý II; 9,37% ở quý III; 13,50% ở quý IV. Sự khác biệt này rất có ý nghĩa thống kê với  $\chi^2 = 33,137$ ,  $p < 0,001$  (theo đánh giá của GĐ). Và 35,14% bệnh nhân ở quý I; 41,48% ở quý II; 38,54% ở quý III; 62,16% ở quý IV. Sự khác biệt này rất có ý nghĩa thống kê với  $\chi^2 = 223,11$ ,  $p < 0,001$  (theo đánh giá của BN) [9].

Các kết quả trên cho thấy tham gia hoạt động giải trí thường xuyên theo đánh giá của gia đình và của bệnh nhân đều phục hồi rất có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên sự phục hồi này từ từ và vẫn chưa vượt được chỉ số 50%, trừ đánh giá của bệnh nhân ở nghiên cứu trước đó của chúng tôi đạt được 62,16% ở quý IV.

Kết quả phục hồi chức năng tâm lý xã hội nhanh và mạnh đã chứng tỏ hiệu quả của phương pháp điều trị thông qua việc tuân thủ điều trị, kết quả xét nghiệm nước tiểu tìm CDTP và bệnh nhân không còn chịu ảnh hưởng của tình trạng nhiễm độc mạn tính CDTP như trước kia.

#### **4.3.4 Hiệu quả phục hồi chức năng lao động.**

##### ***4. 3.4.1 Chủ động lao động học tập ngoài xã hội thường xuyên:***

Trước điều trị có 6,02% bệnh nhân (theo đánh giá của GĐ) và 10,37% bệnh nhân (theo đánh giá của BN) chủ động lao động học tập ngoài xã hội thường xuyên. Sau điều trị sự phục hồi này tăng lên từ từ ở các quý tiếp theo và tỉ số này

là: 15,76% bệnh nhân ở quý I; 33,6% ở quý II; 40,96% ở quý III; 46,21% ở quý IV. Sự khác biệt này rất có ý nghĩa thống kê với  $\chi^2 = 89,68$ ,  $p < 0,001$  (theo đánh giá của GĐ). Và 25% bệnh nhân ở quý I; 34,44% ở quý II; 39,68% ở quý III; 44,32% ở quý IV. Sự khác biệt này rất có ý nghĩa thống kê với  $\chi^2 = 33,2$ ,  $p < 0,001$  (theo đánh giá của BN) (bảng 22).

So sánh với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Minh Tuấn, TrầnViết Nghị, Thân Văn Tuệ, trên 384 bệnh nhân cho thấy: trước điều trị có 4,43% bệnh nhân (theo đánh giá của GĐ) và 4,45% bệnh nhân (theo đánh giá của BN) chủ động lao động học tập ngoài xã hội thường xuyên. Sau điều trị sự phục hồi này tăng lên từ từ ở các quý tiếp theo và tỉ số này là: 17,43% bệnh nhân ở quý I; 29,51% ở quý II; 37,50% ở quý III; 64,86% ở quý IV. Sự khác biệt này rất có ý nghĩa thống kê với  $\chi^2 = 184,05$ ,  $p < 0,001$  (theo đánh giá của GĐ). Và 22,99% bệnh nhân ở quý I; 31,91% ở quý II; 47,92% ở quý III; 72,97% ở quý IV. Sự khác biệt này rất có ý nghĩa thống kê với  $\chi^2 = 189,67$ ,  $p < 0,001$  (theo đánh giá của BN) [9].

Chủ động lao động học tập ngoài xã hội đều phục hồi rất có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị ở cả hai nghiên cứu, nhưng ở nghiên cứu trước đó của chúng tôi sự phục hồi mạnh hơn, vượt trên giá trị 50%. Tuy nhiên việc phục hồi chức năng này còn phụ thuộc vào các điều kiện khách quan ngoài xã hội chứ không hoàn toàn theo chủ quan của bệnh nhân.

#### ***4. 3.4.2 Chủ động lao động nghề nghiệp với gia đình thường xuyên:***

Trước điều trị có 2,07% bệnh nhân (theo đánh giá của GĐ) và 4,77% bệnh nhân (theo đánh giá của BN) chủ động lao động nghề nghiệp với gia đình thường xuyên. Sau điều trị sự phục hồi này tăng lên từ từ ở các quý tiếp theo và tỉ số này là: 13,06% bệnh nhân ở quý I; 28,18% ở quý II; 42,9% ở quý III; 45,45% ở quý IV. Sự khác biệt này rất có ý nghĩa thống kê với  $\chi^2 = 117,32$ ,  $p < 0,001$  (theo đánh giá của GĐ). Và 23,36% bệnh nhân ở quý I; 37,39% ở quý II; 46,45% ở quý III;

47,72% ở quý IV. Sự khác biệt này rất có ý nghĩa thống kê với  $\chi^2 = 59,72$  ,  $p < 0,001$  (theo đánh giá của BN) (bảng 23).

So sánh với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Minh Tuấn, TrầnViết Nghị, Thân Văn Tuệ, trên 384 bệnh nhân cho thấy: trước điều trị có 6,77% bệnh nhân (theo đánh giá của GĐ) và 9,37% bệnh nhân (theo đánh giá của BN) chủ động lao động nghề nghiệp với gia đình thường xuyên. Sau điều trị sự phục hồi này tăng lên từ từ ở các quý tiếp theo và tỉ số này là: 19,14% bệnh nhân ở quý I; 27,62% ở quý II; 30,21% ở quý III; 45,95% ở quý IV. Sự khác biệt này rất có ý nghĩa thống kê với  $\chi^2 = 110,38$  ,  $p < 0,001$  (theo đánh giá của GĐ). Và 34,63% bệnh nhân ở quý I; 39,54% ở quý II; 40,62% ở quý III; 59,46% ở quý IV. Sự khác biệt này rất có ý nghĩa thống kê với  $\chi^2 = 130,89$  ,  $p < 0,001$  (theo đánh giá của BN) [9].

Chủ động lao động nghề nghiệp với gia đình thường xuyên đều phục hồi rất có ý nghĩa thống kê ở cả hai nghiên cứu của chúng tôi so với trước điều trị, nhưng cũng từ từ và chưa vượt được chỉ số 50%, duy chỉ có sự đánh giá của bệnh nhân ở nghiên cứu trước đó của chúng tôi là vượt qua chỉ số 50%. Có một điều là không phải gia đình nào cũng tạo được việc làm cho con em mình trong tình hình hiện nay. Điều này cũng lý giải một phần nào kết quả đã đạt được ở các nghiên cứu theo đánh giá của gia đình cũng như của bệnh nhân.

#### **4.3.4.3 Tự phục vụ cá nhân thường xuyên:**

Trước điều trị có 59,96% bệnh nhân (theo đánh giá của GĐ) và 69,50% bệnh nhân (theo đánh giá của BN) tự phục vụ cá nhân thường xuyên . Sau điều trị sự phục hồi này tăng lên nhanh và mạnh ở các quý tiếp theo và tỉ số này là: 96,85% bệnh nhân ở quý I; 99,18% ở quý II; 99,67% ở quý III; 98,64% ở quý IV. Sự khác biệt này rất có ý nghĩa thống kê với  $\chi^2 = 12,45$  ,  $p < 0,001$  (theo đánh giá của GĐ). Và 99,77% bệnh nhân ở quý I; 99,46% ở quý II; 99,67% ở quý III; 99,62%

ở quý IV. Sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê với  $\chi^2 = 0.52$ ,  $p > 0.05$  (theo đánh giá của BN) (bảng 24).

So sánh với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Minh Tuấn, TrầnViết Nghị, Thân Văn Tuệ, trên 384 bệnh nhân cho thấy: trước điều trị có 96,09% bệnh nhân (theo đánh giá của GĐ) và 96,87% bệnh nhân (theo đánh giá của BN) tự phục vụ cá nhân thường xuyên. Sau điều trị sự phục hồi này tăng lên từ từ ở các quý tiếp theo và tỉ số này là: 99,62% bệnh nhân ở quý I; 100% ở quý II; 100% ở quý III; 100% ở quý IV. Sự khác biệt này rất có ý nghĩa thống kê với  $\chi^2 = 60,828$ ,  $p < 0,001$  (theo đánh giá của GĐ). Và 98,89% bệnh nhân ở quý I; 99,42% ở quý II; 100% ở quý III; 100% ở quý IV. Sự khác biệt này rất có ý nghĩa thống kê với  $\chi^2 = 17,82$ ,  $p < 0,001$  (theo đánh giá của BN) [9].

Tự phục vụ cá nhân thường xuyên trước điều trị đều còn duy trì tốt ở cả hai nghiên cứu, sau điều trị sự phục hồi này nhanh chóng đạt được hầu như tuyệt đối ở cả hai nghiên cứu, sự khác biệt rất có ý nghĩa thống kê.

#### **4.3.4.4 Hiệu suất lao động, học tập tốt (80-100%):**

Trước điều trị chỉ có 1.03% bệnh nhân (theo đánh giá của GĐ) và 5,6% bệnh nhân (theo đánh giá của BN) đạt được hiệu suất lao động, học tập tốt. Sau điều trị sự phục hồi này tăng lên nhanh và mạnh ở các quý tiếp theo và tỉ số này là: 25,45% bệnh nhân ở quý I; 80,76% ở quý II; 97,42% ở quý III; 98,64% ở quý IV. Sự khác biệt này rất có ý nghĩa thống kê với  $\chi^2 = 658,47$ ,  $p < 0,001$  (theo đánh giá của GĐ). Và 61,48% bệnh nhân ở quý I; 91,31% ở quý II; 65,81% ở quý III; 99,24% ở quý IV. Sự khác biệt này rất có ý nghĩa thống kê với  $\chi^2 = 203,48$ ,  $p < 0,001$  (theo đánh giá của BN) (bảng 25).

So sánh với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Minh Tuấn, TrầnViết Nghị, Thân Văn Tuệ, trên 384 bệnh nhân cho thấy: trước điều trị có 1,04% bệnh nhân (theo đánh giá của GĐ) và 3,38% bệnh nhân (theo đánh giá của BN) đạt được hiệu

suất lao động, học tập tốt . Sau điều trị sự phục hồi này tăng lên nhanh và mạnh ở các quý tiếp theo và tỉ số này là: 23,98% bệnh nhân ở quý I; 70,19% ở quý II; 94,39% ở quý III; 100% ở quý IV. Sự khác biệt này rất có ý nghĩa thống kê với  $\chi^2 = 961,65$  ,  $p < 0,001$  (theo đánh giá của GĐ). Và 54,93% bệnh nhân ở quý I; 81,60% ở quý II; 100% ở quý III; 100% ở quý IV. Sự khác biệt này rất có ý nghĩa thống kê với  $\chi^2 = 641,75$  ,  $p < 0,001$  (theo đánh giá của BN) [9].

Hiệu suất lao động, học tập tốt phục hồi nhanh và mạnh nhất so với các chỉ tiêu khác ở cả hai kết quả nghiên cứu, theo cả đánh giá của gia đình và bệnh nhân, so với cả trước và sau điều trị.

#### **4.3.5. Quy trình hướng dẫn điều trị chống tái nghiện CDTP bằng Abernil kết hợp với liệu pháp nhận thức hành vi và can thiệp gia đình tại cộng đồng**

- Chúng tôi đã đề cập được đầy đủ các đề mục cần thiết, cụ thể giúp cho các thầy thuốc đa khoa có thể dễ hiểu, vận dụng một cách dễ dàng, thuận lợi ( xem chi tiết ở mục 3.5 trang 54 -59).

- Đã nêu ra được những nguyên lý cơ bản để áp dụng có hiệu quả, những sáng kiến, cải tiến cụ thể để giúp nâng cao hiệu quả điều trị của phương pháp tại cộng đồng: giảm tỉ lệ bỏ điều trị, giảm tái sử dụng CDTP trong quá trình điều trị, giảm những hành vi nguy cơ cao ... tăng hiệu quả PHCN tâm lý xã hội và lao động.

- Đã đưa ra được cách tiến hành LPTL trong quá trình điều trị, loại LPTL cần áp dụng cụ thể như: thể chế, củng cố dương tính, củng cố âm tính, can thiệp gia đình.

- Thời gian điều trị duy trì Naltrexone:
  - . Càng lâu càng tốt : tối thiểu 1 năm vì theo nghiên cứu đây là thời gian tối thiểu đủ để có thể làm mất cảm giác thèm nhớ CDTP sau khi ngừng điều trị.
  - . Thời gian điều trị dài ngắn khác nhau ở mỗi bệnh nhân tùy theo tiên lượng của thầy thuốc, sự thỏa thuận giữa thầy thuốc – bệnh nhân và gia đình.
  - Sau 1 năm điều trị nếu bệnh nhân tuân thủ điều trị tốt có thể thỏa thuận với bệnh nhân và gia đình xem xét giảm liều xuống còn: thứ 2 uống 1 viên(50mg), thứ 4 uống 1 viên(50mg), thứ 6 uống 2 viên(100mg) và có thể xem xét cấp thuốc về nhà nếu có lý do chính đáng (nếu bệnh nhân không tuân thủ điều trị tăng liều trở lại). Với giải pháp này giúp bệnh nhân giảm được giá thành điều trị và thu hút họ tham gia điều trị lâu dài như có thể.

***\* Làm liệu pháp tâm lý kết hợp:***

Làm liệu pháp tâm lý nhận thức- hành vi (liệu pháp thể chế, củng cố âm tính và củng cố dương tính) và liệu pháp gia đình (can thiệp gia đình, tư vấn và giải quyết tình huống cụ thể) với bệnh nhân và gia đình 1 tháng/1 lần, có tăng cường khi bệnh nhân vi phạm nội qui, không tuân thủ điều trị, xét nghiệm nước tiểu tìm CDTP dương tính. Nhờ kết hợp LPTL thích hợp đã nâng cao được hiệu quả điều trị như đã nêu ở phần kết quả.

***\* Xét nghiệm nước tiểu tìm CDTP:*** làm 2-3 lần/1 tháng (không báo trước) bằng phương pháp sắc ký lớp mỏng hoặc Test nhanh tại chỗ . Những bệnh nhân bỏ uống thuốc hoặc xét nghiệm dương tính đều phải bị kiểm tra xét nghiệm lại trước khi cho uống thuốc (nếu xét nghiệm âm tính). Việc mời Viện khoa học hình sự Bộ Công An tham gia làm xét nghiệm nước tiểu giúp khách quan hoá việc đánh giá kết quả điều trị.

***\* Trong giai đoạn đầu uống Naltrexone có thể có một số triệu chứng cần phải được điều trị kết hợp:***

Nôn, buồn nôn: Primperan viên 10mg x 1 viên/lần x 1-2 lần/ngày (trước ăn)

Đau bụng, đi rửa: Spasfon viên 80mg x 2 viên/lần x 1-2 lần/ngày

Đau cơ xương khớp, đau đầu : Paracetamol 0,5g x 2 viên/lần x 1-2 lần/ngày

Mất ngủ : Theralene viên 5mg x 1-2 viên (tối)

Nếu có trầm cảm: Stablon viên 12,5mg x 1 viên/lần x 2-3 lần/ngày

**Lưu ý** ở những bệnh nhân phải phẫu thuật: ngừng uống Naltrexone trước phẫu thuật 72 giờ.

Bệnh nhân đang uống Naltrexone sẽ không có đáp ứng với thuốc giảm đau dạng thuốc phiện, nên dùng giảm đau không có CDTP.

Trong cấp cứu: Cần liên hệ với thầy thuốc chuyên khoa nghiện chất.

Phụ nữ có thai: nên thận trọng ngừng Naltrexone 3 tháng đầu nếu có thể. Nếu vẫn muốn uống phải ký cam kết không thắc mắc nếu có vấn đề gì xảy ra sau đó.

## KẾT LUẬN

Trên cơ sở phân tích số liệu thu thập được trong quá trình nghiên cứu và theo dõi bệnh nhân điều trị ngoại trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần năm 2006 – 2007, chúng tôi rút ra một số kết luận như sau :

1. Naltrexone(Abernil) kết hợp với liệu pháp nhận thức- hành vi và can thiệp gia đình có hiệu quả chống tái nghiện CDTP , thể hiện ở các chỉ số nghiên cứu như sau :

- Giảm được tỉ lệ bỏ điều trị : trước 3 tháng xuống còn 7,88% , trước 6 tháng xuống còn 23,44% , trước 9 tháng xuống còn 35,68% , trước 12 tháng xuống còn 45,23%.

- Giảm tỉ lệ tái sử dụng CDTP trong quá trình điều trị ,thể hiện qua kết quả xét nghiệm nước tiểu tìm CDTP : ở quý I còn 2,54% ; quý II - 1,04% ; nghiệm quý III - 0,46% ; quý IV chỉ còn 0,31% . Theo đánh giá của bệnh nhân trước điều trị đa số dùng CDTP hàng ngày. Sau điều trị số bệnh nhân vẫn còn sử dụng giảm rất rõ rệt: quý I chỉ còn 2,25% bệnh nhân thỉnh thoảng còn sử dụng ; quý II - 1,36% , quý III - 0,66% , quý IV chỉ còn 0,76% (  $p<0,001$  ) .

- Giảm được tỉ lệ vi phạm trong gia đình: trước điều trị theo gia đình cho biết 84,65% vi phạm , theo bệnh nhân cho biết 63,28% còn vi phạm . Sau điều trị gia đình cho biết không còn ai vi phạm , theo bệnh nhân thì chỉ còn 1% thỉnh thoảng còn vi phạm (  $p<0,001$  ).

- Giảm tỉ lệ phạm pháp ngoài xã hội: trước điều trị theo gia đình cho biết có 8,09% vi phạm , theo bệnh nhân cho biết 10,99% còn vi phạm. Sau điều trị không còn ai vi phạm nữa theo cả gia đình và bệnh nhân.

- Giảm được hành vi nguy cơ cao:

***Trước điều trị 44,2% tiêm chích***, sau điều trị còn 1% tiêm chích ở quý I và 0% tiêm chích ở quý IV (theo bệnh nhân).

**Trước điều trị có 2,9% tiêm chích chung**, sau điều trị không còn ai tiêm chích chung nữa (theo bệnh nhân).

**Trước điều trị có 9,13% bệnh nhân có hành vi tình dục không an toàn**, sau điều trị không ai có hành vi tình dục không an toàn nữa (theo bệnh nhân).

- Hiệu quả phục hồi chức năng tâm lý xã hội qua đó cũng tăng lên rõ rệt;

**Quan tâm tới mọi người thường xuyên:** trước điều trị chỉ có 0,83% (theo gia đình) và 1,66% (theo bệnh nhân). Sau điều trị ở quý IV, quan tâm tới mọi người thường xuyên tăng lên là 93,94% (theo gia đình) và 95,45% (theo bệnh nhân). $p<0,001$ .

**Quan tâm tới sở thích cá nhân thường xuyên:** trước điều trị chỉ có 0% (theo gia đình) và 0,21% (theo bệnh nhân). Sau điều trị ở quý IV, quan tâm tới sở thích cá nhân tăng lên là 26,62% (theo gia đình) và 40,53% (theo bệnh nhân). $p<0,001$ .

**Tham gia hoạt động giải trí thường xuyên:** trước điều trị chỉ có 0% (theo gia đình) và 0,21% (theo bệnh nhân). Sau điều trị ở quý IV, tham gia hoạt động giải trí thường xuyên tăng lên là 23,8% (theo gia đình) và 37,12% (theo bệnh nhân). $p<0,001$ .

- Hiệu quả phục hồi chức năng lao động cũng được cải thiện rõ rệt

**Chủ động lao động học tập ngoài xã hội thường xuyên:** trước điều trị có 6,02% (theo gia đình) và 11,37% (theo bệnh nhân). Sau điều trị ở quý IV, chủ động lao động học tập ngoài xã hội thường xuyên tăng lên là 46,21% (theo gia đình) và 44,32% (theo bệnh nhân). $p<0,001$ .

**Chủ động lao động nghề nghiệp với gia đình thường xuyên:** trước điều trị có 2,07% (theo gia đình) và 4,77% (theo bệnh nhân). Sau điều trị ở quý IV, chủ động lao động nghề nghiệp với gia đình thường xuyên tăng lên là 45,45% (theo gia đình) và 47,72% (theo bệnh nhân). $p<0,001$ .

**Tự phục vụ cá nhân thường xuyên:** trước điều trị có 59,96% (theo gia đình) và 69,5% (theo bệnh nhân). Sau điều trị ở quý IV, tự phục vụ cá nhân thường

xuyên tăng lên là 98,64% (theo gia đình)  $p < 0,001$  và 99,62% (theo bệnh nhân)  $p > 0,05$

**Hiệu suất lao động học tập tốt:** trước điều trị có 1,03% (theo gia đình) và 5,6% (theo bệnh nhân). Sau điều trị ở quý IV, hiệu suất lao động học tập tốt tăng lên là 98,64% (theo gia đình) và 99,24% (theo bệnh nhân),  $p < 0,001$ .

- Liệu pháp Naltrexone (Abernil) kết hợp với liệu pháp nhận thức – hành vi và can thiệp gia đình là an toàn. Một số tác dụng phụ như mất ngủ, lo âu, buồn nôn, đau bụng, ra mồ hôi v.v... chỉ xuất hiện trong 2 – 3 tuần đầu điều trị được cải thiện theo thời gian. Trong một năm theo dõi không có trường hợp nào tai biến nặng và tử vong.
- Thời gian điều trị đủ dài (tối thiểu 1 năm) và thực hiện đúng qui trình điều trị thì tác dụng giảm hại rõ rệt cho bệnh nhân, gia đình và xã hội (qua các thông số nghiên cứu trên).

**2.** Trên cơ sở kết quả nghiên cứu, xây dựng quy trình hướng dẫn điều trị chống tái nghiện CDTP bằng Naltrexone (Abernil) kết hợp với liệu pháp nhận thức hành vi và can thiệp gia đình :

- Tập huấn cho cán bộ, nhân viên tham gia điều trị nắm được tính chất dược lý của thuốc Naltrexone (Abernil), chỉ định, chống chỉ định, tác dụng không mong muốn và cách xử lý, hiểu được quy trình sử dụng thuốc Naltrexone (Abernil). Cán bộ nhân viên tham gia điều trị cũng cần nắm vững kỹ năng tiến hành liệu pháp nhận thức hành vi và biết cách tư vấn gia đình can thiệp trong quá trình điều trị.
- Xây dựng quy trình điều trị : đánh giá động cơ; làm bệnh án để xác định bệnh sử nghiện CDTP, tiền sử về bệnh cơ thể và tâm thần, vấn đề tâm lý xã hội; tiến hành khám lâm sàng và làm xét nghiệm để loại trừ các trường hợp chống chỉ định; thông báo cho bệnh nhân và gia đình về nội quy và quy trình điều trị của cơ sở điều trị, có đơn cam kết tuân thủ quy trình điều trị của bệnh nhân và gia đình.

Xây dựng cơ sở điều trị đủ điều kiện theo yêu cầu của Bộ Y tế (xem quyết định số 2152/QĐ-BYT ngày 19/6/2006 của Bộ trưởng Bộ Y tế).

Chọn những bệnh nhân đủ điều kiện và tiêu chuẩn đưa vào điều trị.

- Đề xuất những điều cần lưu ý đặc biệt trong quá trình điều trị như : bệnh nhân đang điều trị chống tái nghiện bằng Naltrexone (Abernil) gặp sự cố phải phẫu thuật, đang điều trị vì một lý do nào đó phải bỏ dở thì phải dừng điều trị hay chọn những giải pháp cần xử trí nếu tiếp tục điều trị.

Tóm lại liệu pháp đối kháng Naltrexone (Abernil) phối hợp với liệu pháp nhận thức - hành vi và can thiệp gia đình có hiệu quả chống tái nghiện CDTP, có thể áp dụng được ở cộng đồng . Cần phải được tập huấn đầy đủ và triển khai đúng qui trình điều trị , trên cơ sở pháp lý của Bộ Y tế ban hành .

## **KIẾN NGHỊ**

Cần phát triển liệu pháp Naltrexone rộng rãi tại cộng đồng với qui trình hướng dẫn điều trị cụ thể, chi tiết, nhất là liệu pháp nhận thức - hành vi (tư vấn, thể chế, củng cố âm tính, dương tính) và liệu pháp gia đình (can thiệp gia đình) để nâng cao hiệu quả của liệu pháp này.

Có giải pháp thích hợp để tăng tỉ lệ người nghiện CDTP được tiếp cận với phương pháp này, đáp ứng nhu cầu lựa chọn phương pháp điều trị của bệnh nhân, cũng như tăng tỉ lệ theo đuổi điều trị tối thiểu 1 năm.

Cần áp dụng liệu pháp này cho những người vừa mới từ các trung tâm cai nghiện tập trung trở về cộng đồng nhằm củng cố những kết quả đã đạt được trước đó, giảm tỉ lệ tái nghiện.

## **ĐÓNG GÓP VÀ Ý NGHĨA THỰC TIỄN CỦA ĐỀ TÀI**

- Kết hợp thuốc Naltrexone (Abernili) với tư vấn, liệu pháp tâm lý nhận thức - hành vi và liệu pháp gia đình làm tăng tỉ lệ duy trì điều trị lâu dài, giảm tỉ lệ tái sử dụng chất dạng thuốc phiện trong quá trình điều trị, giúp phục hồi chức năng tâm lý – xã hội và lao động nhanh chóng.
- Giảm nguy cơ lây nhiễm HIV/AIDS cho người nghiện chất dạng thuốc phiện.
- Giảm tỉ lệ tội phạm trong số những người nghiện chất dạng thuốc phiện.
- Đóng góp thêm một phương pháp điều trị chống tái nghiện chất dạng thuốc phiện có hiệu quả tại cộng đồng, giảm tỉ lệ tái nghiện, tạo thêm sự lựa chọn cho các thầy thuốc và bệnh nhân.
- Đưa ra được một qui trình điều trị, chỉ định điều trị đạt hiệu quả cao về giá cả - hiệu quả cho các đối tượng nghiện CDTP mong muốn được chữa bệnh.

# TÀI LIỆU THAM KHẢO

## TÀI LIỆU TIẾNG VIỆT

1. **Bộ Y Tế (2006).** Hướng dẫn hỗ trợ điều trị chống tái nghiện ma túy nhóm Opiats bằng thuốc Danapha Naltrex 50. Bộ Y Tế số 2152/QĐ-BYT 19/6/2006.
2. **Nguyễn thị Mỹ Châu và cs (2004).** Khảo sát hiệu quả chống tái nghiện của Naltrexone ở 106 bệnh nhân tại trung tâm Xanh,TPHCM. Hội thảo báo cáo khoa học chuyên đề điều trị chống tái nghiện các chất dạng thuốc phiện tại TP HCM 6/2004.
3. **Ngô Thanh Hồi, Ngô Thuý Ái, Nguyễn Thị Thái (2005).** Khảo sát tình hình bỏ điều trị trong liệu pháp đối kháng trên 152 bệnh nhân. Hội thảo báo cáo khoa học chuyên đề điều trị chống tái nghiện các chất dạng thuốc phiện. Bệnh viện Bạch Mai 6/2005.
4. **Trần Viết Nghị, Trần Văn Cường, Nguyễn Mạnh Hùng và cs (2006).** Nghiên cứu phác đồ sử dụng thuốc Danapha Naltrex 50(Naltrexone 50mg) điều trị chống tái nghiện nhóm Opiats. Đề tài nghiên cứu cấp Bộ 2006.
5. **Nguyễn Viết Thiêm, Nguyễn Minh Tuấn, Trần Viết Nghị, Nguyễn Kim Việt (2004) .** Áp dụng điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng Methadone tại Viện Sức khoẻ Tâm Thần. Tạp chí Y Học Thực Hành số 9 (487). 2004 : tr 40- 44.
6. **Nguyễn Minh Tuấn (2002) .** Nghiện ma túy , *Các rối loạn tâm thần chẩn đoán và điều trị*. NXB Y Học(2002) :Tr 171- 179.
7. **Nguyễn Minh Tuấn (2004) .** Nghiện Heroin, các phương pháp điều trị . NXB Y học 2004 : Tr 19- 124.

- 8. Nguyễn Minh Tuấn, Trần Viết Nghị, Ngô Thanh Hôi (2004) .** Áp dụng điều trị chống tái nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng Naltrexone (Abernil ) trên 48 bệnh nhân ngoại trú tại Viện Sức khoẻ Tâm Thần . Tạp chí Y Học Thực Hành số 4(478). 2004 : Tr 61- 64.
- 9. Nguyễn Minh Tuấn, Trần Viết Nghị và cs (2006).** Nghiên cứu ứng dụng điều trị chống tái nghiện Heroin bằng Abernil trên 384 bệnh nhân ngoại trú tại Viện Sức khoẻ Tâm Thần- Bệnh viện Bạch mai . Y học lâm sàng Bệnh viện Bạch Mai số 1. (2/2006) : Tr 34- 37.
- 10. Nguyễn Minh Tuấn, Trần Viết Nghị, Thân Văn Tuệ (2006).** Đánh giá tình trạng tái nghiện Heroin sau khi ngừng điều trị chống tái nghiện bằng Abernil ngoại trú tại Viện Sức khoẻ Tâm Thần từ 6/2002- 6/2005. Hội thảo khoa học chuyên đề chống tái nghiện Heroin , Bệnh viện Bạch Mai 6/2006.
- 11. Nguyễn Minh Tuấn (2006) .** Hướng dẫn lâm sàng và qui trình sử dụng Naltrexone(Abernil) trong điều trị chống tái nghiện các chất dạng thuốc phiện tại cộng đồng. Y học lâm sàng- Bệnh viện Bạch Mai số 6 (7/2006): Tr 20- 21.
- 12. Nguyễn Việt, Nguyễn Minh Tuấn (1994).** Điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng Methadone. Hội thảo khoa học toàn quốc về điều trị nghiện ma túy. Bộ Y Tế, Hà nội : Tr 32- 35.
- 13. Nguyễn Việt (2003).** Vai trò của Naltrexone(Abernil) trong điều trị chống tái nghiện các chất dạng thuốc phiện. Hội thảo khoa học về điều trị chống tái nghiện. Hà nội 29/5/2003 : Tr 1- 10.

- 14. UBQG phòng chống AIDS và tệ nạn ma túy mại dâm(2002).** Dự thảo báo cáo trưng trình hoạt động phòng chống ma túy năm 2000- 2010. Thường trực UBPCMTQG: Tr 2- 10.

## **TÀI LIỆU TIẾNG ANH**

- 15. Aaron T. Beck, Fred D. Wright, Cory F. Newman, Bruce S. Liese (1993).** *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. The Guilford Press : pp 292- 310
- 16. Arnold M. Washton (1995).** *Psychotherapy of Substance Abuse*. The Guilford Press : pp 243- 260.
- 17. Callahan E. S et al (1980).** *Naltrexone alone and with behavior therapy*. The treatment of Heroin addiction. Internat.J.of addiction 15: pp 795- 807.
- 18. Edward C. Senay (1998).** *Substance Abuse Disorders in Clinical Practice*. WW.Norton & Company: pp 69- 132.
- 19. Fredrick Rotgers, Daniel S. Keller, Jon Morgenstern (1996).** *Treating Substance Abuse theory and Technique*. The Guilford Press : pp 143- 174.
- 20. Ginzburg HM, MacDonald MG (1987).** The role of Naltrexone in the management of drug abuse. Medical Toxicology 2: 83- 92.
- 21. Gonzalez J.P, and Brogden R.N (1988).** A Review of its Pharmacodynamic and Pharmacokinetic Properties and Therapeutic Efficacy in the Management of Opioid Dependence. Adis Press Limited. Drug 35 : 192- 213.
- 22. Greenstein ra et al (1984).** Naltrexone: A clinical perspective. J. of USA. Clinical Psychiatry 45: 25- 28.

- 23. Marc A.Schuckit (1995).** Drug and Alcohol Abuse. Plenum Publishing Corporation: pp 303- 340.
- 24. Robert K.W, Deborah G.W (1998).** Addiction Intervention. The Haworth Press : pp 7-20.
- 25. Steven L.B et al (2005).** Medication- Assisted Treatment for Opioid Addition in Opioid Treatment Program. US Department of Health and Human Services. DHHS Publication No.(SMA) 05-4048.
- 26.Wickler A.(1976).** Narcotic Antagonist : Naltrexone. NIDA Research Monograph 9. New York, pp 119- 122.
- 27. WHO(1992).** The ICD- 10 Classification of Mental and Behavioral Disorders : pp34-49.

## **TÀI LIỆU TIẾNG PHÁP**

- 28. Hassan Rahioui, Michel Reynaud (2006).** Therapies Cognitives et Comportementales et Additions. Medecine- Sciences flammariion: pp 56- 64, 71-77.
- 29. Mark W.Parrino (1994).** Traitement a la Methadone ( Traduction de Manuel Americain). Edition Medecine et Hygiene.pp 45- 68
- 30. Le Dictionaire Vidal (2005).** Edition Vidal , 81 edition: 1268- 1269.