

NGHIÊN HEROIN

CÁC PHƯƠNG PHÁP

ĐIỀU TRỊ

BS. Nguyễn Minh Tuấn

Viện Sức Khỏe Tâm Thần Quốc Gia

Đơn Vị Nghiên Cứu Điều Trị Nghiện Ma Túy



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

NGHIỆN HEROIN

CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ

CÁC SÁCH CỦA CÙNG TÁC GIẢ

SỬ DỤNG CÁC THUỐC HƯỚNG THẦN TRONG TÂM THẦN HỌC, tác giả H.N.BARTE, NGUYỄN MINH TUẤN. Hội khoa học Pháp - Việt về tâm thần học và tâm lý học y học, lưu hành nội bộ, 1992. 64 trang, khổ sách 19×27 cm.

BỆNH HỌC TÂM THẦN THỰC HÀNH, tác giả NGUYỄN MINH TUẤN. Nhà xuất bản Y học, 1995. 240 trang, khổ sách: 13×19 cm.

CÁC RỐI LOẠN TÂM THẦN, CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ, tác giả NGUYỄN MINH TUẤN. Nhà xuất bản Y học, 2002. 296 trang, khổ sách 14,5×20,5 cm.

Bác sĩ. NGUYỄN MINH TUẤN

**VIỆN SỨC KHỎE TÂM THẦN QUỐC GIA
ĐƠN VỊ NGHIÊN CỨU ĐIỀU TRỊ NGHIỆN MA TÚY**

NGHIỆN HEROIN CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ

**NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
HÀ NỘI**

MỤC LỤC

Lời giới thiệu

Lời nói đầu

CHƯƠNG I. CÁC KHÁI NIỆM CƠ BẢN VÀ TIÊU CHUẨN

CHẨN ĐOÁN NGHIỆN HEROIN..... 1

Chất ma túy 1

Trạng thái dung nạp chất ma túy 4

Trạng thái cai chất ma túy 5

Trạng thái thèm trường diễn chất ma túy 7

Trạng thái nghiện chất ma túy 8

CHƯƠNG II. TỪ THUỐC PHIỆN ĐẾN HEROIN 11

Lịch sử nghiện heroin trên thế giới..... 11

Lịch sử nghiện heroin ở nước ta 14

CHƯƠNG III. NGUYÊN NHÂN, CƠ CHẾ BỆNH SINH, MÔ

HÌNH BỆNH TẬT CỦA NGHIỆN HEROIN 19

Nguyên nhân..... 19

Cơ chế bệnh sinh của nghiện heroin..... 26

CHƯƠNG IV. BỆNH CẢNH LÂM SÀNG CỦA NGHIỆN

HEROIN..... 33

Trạng thái nhiễm độc heroin cấp tính..... 33

Trạng thái nhiễm độc heroin mạn tính 35

VI. Mục lục

Trạng thái cai heroin.....	36
Các biểu hiện sớm của đối tượng nghiện heroin.....	37
CHƯƠNG V. CÁC TÁC HẠI CỦA NGHIỆN HEROIN	39
Về sức khỏe	40
Về công việc	41
Về kinh tế	41
Về gia đình	42
Về mặt xã hội.....	42
CHƯƠNG VI. TỔNG QUAN VỀ ĐIỀU TRỊ NGHIỆN HEROIN.....	45
Điều trị nghiện heroin trên thế giới	45
Điều trị nghiện heroin ở nước ta	50
Đặc điểm bệnh lý của nghiện heroin	51
Chiến lược điều trị lâu dài và lồng ghép đối với nghiện heroin	55
Mô hình điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện ở Việt Nam theo bác sĩ Nguyễn Minh Tuấn.....	61
CHƯƠNG VII. ĐIỀU TRỊ CẮT CƠN NGHIỆN HEROIN VÀ TAI BIẾN QUÁ LIỀU HEROIN	63
Điều trị tai biến quá liều heroin	63
Điều trị cắt cơn nghiện heroin (và chất dạng thuốc phiện khác).....	64
Sau cắt cơn cần tiếp tục điều trị lâu dài và chống tái nghiện.....	69

CHƯƠNG VIII. ĐIỀU TRỊ THAY THỂ NGHIỆN HEROIN	
BẰNG METHADONE	71
Các chất được sử dụng trong điều trị thay thế chất	
dạng thuốc phiện.....	72
Mô hình điều trị thay thế bằng methadone tại cộng	
đồng	74
Những ưu điểm và nhược điểm của mô hình điều trị	
thay thế bằng methadone tại cộng đồng	89
CHƯƠNG IX. ĐIỀU TRỊ ĐỐI KHÁNG NGHIỆN HEROIN	
BẰNG NALTREXONE	93
Naltrexone (Abernil)	93
Hướng dẫn lâm sàng và qui trình sử dụng naltrexone	
(Abernil) trong điều trị duy trì chống tái nghiện	
chất dạng thuốc phiện tại cộng đồng	95
Những ưu điểm và nhược điểm của liệu pháp	
naltrexone	103
Kết quả nghiên cứu "so sánh hiệu quả của điều trị duy	
trì bằng naltrexone với điều trị duy trì bằng	
methadone trong 6 tháng điều trị"	104
CHƯƠNG X. LIỆU PHÁP TÂM LÝ TRONG ĐIỀU TRỊ	
NGHIỆN HEROIN.....	107
Vai trò của liệu pháp tâm lý trong điều trị nghiện	
heroin	107
Các liệu pháp tâm lý thường được áp dụng trong điều	
trị nghiện heroin.....	108
Liệu pháp gia đình.....	110

VIII. Mục lục

Liệu pháp nhận thức tập tính	115
Phương pháp cộng đồng điều trị.....	120
Các phương pháp điều trị khác có tác động tâm lý.....	123
CHƯƠNG XI. DỰ PHÒNG NGHIỆN HEROIN	125
Dự phòng dựa theo nguyên nhân gây bệnh	125
Dự phòng theo cấp độ.....	127
Chiến lược dự phòng.....	129
Lời kết	133
Phụ lục I. Hướng dẫn điều trị nghiện ma túy (thuốc phiện và các chất dạng thuốc phiện) bằng các thuốc hướng thần. Viện Sức khỏe tâm thần quốc gia, 1992. Bộ Y tế ban hành kèm theo công văn số 4358.Đtr, ngày 23-6-1995. 137	
Phụ lục II. Hướng dẫn quy trình cai nghiện, phục hồi sức khỏe, nhân cách cho người nghiện ma túy. Thông tư liên tịch số 31/1999/TTLT/BLĐTBXH-BYT. Ngày 20-12-1999 của Bộ Lao động thương binh và xã hội- Bộ Y tế.	
Phụ lục III. Áp dụng điều trị chống tái nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng naltrexone tại Viện Sức khỏe tâm thần	161
Tài liệu tham khảo	177
Chỉ mục.....	181

LỜI GIỚI THIỆU

Nghiện ma túy nói chung, đặc biệt nghiện heroin, đã trở thành một hiểm họa của nước ta. Để đối phó với hiểm họa này, khắp nước ta nhiều cơ sở điều trị đã được thành lập, nhiều phương pháp điều trị đã được nghiên cứu áp dụng.

Tác giả tập sách này, bác sĩ Nguyễn Minh Tuấn - giảng viên Bộ môn Tâm thần - Đại học Y Hà Nội trên cương vị là Phó viện trưởng Viện Sức khỏe Tâm thần quốc gia, đồng thời là Trưởng đơn vị nghiên cứu điều trị nghiện ma túy của Viện đã có nhiều đóng góp trong nghiên cứu điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện, chủ yếu là nghiện heroin. Năm 1994, tác giả chịu trách nhiệm nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng phác đồ điều trị nghiện ma túy bằng các thuốc hướng thần của Viện.

Từ năm 1996 - 2002, tác giả nghiên cứu áp dụng điều trị chống tái nghiện heroin bằng liệu pháp thay thế methadone.

Từ năm 2002 đến nay, tác giả nghiên cứu áp dụng liệu pháp đối kháng bằng naltrexone cũng để chống tái nghiện heroin.

X. Lời giới thiệu

Những kết quả nghiên cứu áp dụng các liệu pháp nói trên đã được trình bày trong các hội thảo quốc gia và quốc tế về đề tài chống tái nghiện các chất dạng thuốc phiện (ở Hà Nội, thành phố Hồ Chí Minh, Tiền Giang, hội thảo Việt - Úc, Việt - Mỹ...) và được tập hợp, bổ sung đầy đủ và có hệ thống hơn trong tập sách này.

Bên cạnh những kinh nghiệm thực tế trong điều trị nghiện ma túy hàng ngày từ 1994 tới nay, tác giả còn có nhiều dịp tham gia các lớp tập huấn và hội thảo khoa học trong và ngoài nước về đề tài phòng chống nghiện ma túy ở nhiều nơi trên thế giới (ở Pháp, Bỉ, Nhật, Úc, Mỹ, Thái Lan, Hong Kong, Singapore, Philippine).

Trên cơ sở kinh nghiệm thực tế lâu năm của bản thân kết hợp với những kiến thức cập nhật học tập được ở nước ngoài, tác giả đã biên soạn tập sách này:

"NGHIỆN HEROIN, CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ"

Chúng tôi xin trân trọng giới thiệu cùng bạn đọc và hy vọng các bạn trong và ngoài lĩnh vực điều trị nghiện ma túy sẽ tiếp thu được nhiều thông tin bổ ích về cách chống tái nghiện heroin, một vấn đề khó khăn và phức tạp nhất của công tác điều trị nghiện ma túy hiện nay.

Hà Nội, ngày 19 tháng 5 năm 2004

PGS.TS. Trần Viết Nghi

Chủ tịch Hội Tâm thần học Việt Nam

Viện trưởng Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia

Phó chủ nhiệm Bộ môn Tâm thần - Đại học Y Hà Nội

LỜI NÓI ĐẦU

Hiện nay, nghiện heroin là loại nghiện ma túy nặng nhất và phổ biến nhất ở nước ta cũng như ở nhiều nước trên thế giới.

Nghiện heroin khó điều trị, dễ tái phát, gây tác hại nghiêm trọng về nhiều mặt cho cá nhân người nghiện, cho gia đình, cho cả cộng đồng và toàn xã hội.

Muốn mang lại kết quả thực sự và bền vững trong công tác phòng chống nghiện heroin đòi hỏi sự tham gia tích cực của mọi tổ chức, mọi ngành nghề, mọi tầng lớp nhân dân trong toàn xã hội. Do vậy, tìm hiểu về nghiện heroin đã trở thành một nhu cầu cấp thiết của nhiều người ở nước ta hiện nay.

Tập sách này mong được đáp ứng phần nào nhu cầu nói trên.

Các khái niệm, định nghĩa, các khía cạnh khác nhau của nghiện heroin, cơ chế bệnh sinh, trạng thái bệnh lý của nghiện heroin, các vấn đề điều trị nghiện heroin, điều trị duy trì chống tái nghiện và dự phòng nghiện heroin là những nội dung được trình bày...

Nhân đây, xin đặc biệt cảm ơn Nhà xuất bản Y học đã đã giúp đỡ tạo điều kiện để cuốn sách được sớm đến với độc giả và cũng chân thành cảm ơn quý độc giả đã dành sự quan tâm cho cuốn sách.

Tác giả

Bác sĩ NGUYỄN MINH TUẤN

CHƯƠNG I

CÁC KHÁI NIỆM CƠ BẢN VÀ TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN NGHIỆN HEROIN

I. CHẤT MA TÚY

1. Định nghĩa:

Chất ma túy là những chất gây nghiện (theo qui định của từng nước) nếu sử dụng lặp lại nhiều lần sẽ dẫn đến trạng thái lệ thuộc vào chất đã sử dụng do tác động của các chất đó vào hệ thống thần kinh trung ương.

Trước năm 1975, thuật ngữ "ma túy" chủ yếu được sử dụng ở các tỉnh thành phía Nam nước ta. Ở phía Bắc thường dùng thuật ngữ lạm dụng chất, chung cho nhiều chất (rượu, thuốc

2. Ch I. Các khái niệm cơ bản và tiêu chuẩn ...

lá, các chất ma túy, các thuốc hướng thần ...) và riêng cho từng chất thì dùng thuật ngữ nghiện: nghiện rượu, nghiện thuốc lá, nghiện thuốc phiện, nghiện heroin v.v.

Hiện chưa biết rõ xuất xứ của từ ngữ "ma túy", Tạm thời có thể hiểu "ma" là kỳ lạ, huyền ảo và "túy" là say, và chất ma túy là những chất có thể làm cho người ta say đắm, bị quyến rũ (thí dụ như rượu, thuốc phiện, heroin, hay chất gây ảo giác... v.v).

Chất ma túy bao gồm các chất tự nhiên (như nhựa quả thuốc phiện, lá cô ca, hoa, lá rế cây cần sa) hoặc những chất bán tổng hợp như heroin hay tổng hợp như ATS (amphetamin và các chế phẩm cùng loại), LSD25 v.v.

Các chất này sau khi vào cơ thể sẽ tìm đến các điểm tiếp nhận tương ứng (hay thụ thể, receptor) ở hệ thần kinh trung ương. Thí dụ các chất dạng thuốc phiện chủ yếu đến các điểm tiếp nhận mup (μ).

Từ tác động qua lại với hệ thần kinh trung ương thông qua các điểm tiếp nhận, các chất ma túy gây ra nhiều biến đổi tâm lý và cơ thể khác nhau. Thí dụ heroin gây ra trạng thái bàng quan, thờ ơ (mất mọi lo âu, buồn phiền) đặc biệt trạng thái sảng khoái (rất dễ chịu, khó quên, khó từ bỏ). Do vậy dùng lặp lại nhiều lần sẽ gây ra trạng thái lệ thuộc về mặt cơ thể cũng như về mặt tâm thần (nghiện).

2. Các loại chất ma túy

Hiện nay trên thế giới có rất nhiều loại chất ma túy, nhất là các chất ma túy loại tổng hợp luôn xuất hiện những chất mới.

Các chất ma túy thông dụng nhất bao gồm: rượu, thuốc phiện và các chất dạng thuốc phiện, cocain, các loại amphetamin, cần sa, các chất gây ảo giác, các dung môi hữu cơ, các thuốc gây ngủ, giải lo âu. Ở đây xin khu trú vào các chất dạng thuốc phiện là những chất dùng phổ biến nhất ở nước ta trước kia và hiện nay.

3. Các chất dạng thuốc phiện (opioid)

Đó là tên gọi chung cho nhiều chất sau đây, có biểu hiện lâm sàng tương tự và tác động vào cùng điểm tiếp nhận (receptor) tương tự ở não (thuốc phiện, morphine, heroin, methadone, buprenorphine, levo alpha acetyl methadone [LAAM]).

- a. **Thuốc phiện:** là chất nhựa lấy từ vỏ của quả cây thuốc phiện (hay cây anh túc). Thuốc phiện là chất ma túy từ xa xưa sản xuất trong nước ta, được dùng lâu đời nhất. Trước kia sử dụng dưới dạng hút, hiện nay có cả dạng hút lẫn dạng tiêm.
- b. **Morphine:** là chất chiết xuất từ thuốc phiện. Thuốc phiện có nhiều hoạt chất khác nhau, morphine là hoạt chất chủ yếu có những tác dụng **được lý cơ bản nhất của thuốc phiện** như giảm đau, chống ho, chống tiêu chảy, gây trạng thái bàng quan, thờ ơ, đặc biệt trạng thái sảng khoái lâng lâng (cơ sở của trạng thái nghiện).
- c. **Heroin:** là chất bán tổng hợp từ morphine, heroin là morphine có gắn thêm hai gốc acetyl (heroin = diacetylmorphine) thường dùng dưới dạng hút, hít và tiêm tĩnh mạch. So với morphine, heroin có tác dụng gây

4. Ch I. Các khái niệm cơ bản và tiêu chuẩn ...

nghiện nhanh và mạnh gấp nhiều lần nên sau khi xuất hiện, heroin đã nhanh chóng thay thế morphine. Cũng vậy ở nước ta hiện nay heroin là chất ma túy chủ yếu của thanh thiếu niên thường dùng dưới dạng tiêm chích, một nguồn gốc của nhiễm HIV và viêm gan B, C.

d. Các chất dạng thuốc phiện khác

Bao gồm các thuốc giảm đau tổng hợp (dolosal, dolargan v.v), các thuốc giảm ho, giảm đau (codeine) thuốc chống tiêu chảy (viên rửa thuốc phiện). Đặc biệt các chất dùng để điều trị thay thế nghiện heroin, (methadone, LAAM, buprenorphine).

II. TRẠNG THÁI DUNG NẠP CHẤT MA TUÝ

1. Trạng thái dung nạp

Dung nạp là **tình trạng thích ứng dần của cơ thể với một chất** được biểu hiện bằng liều sử dụng lần sau phải cao hơn lần trước mới đạt được hiệu quả như lần trước.

Cơ thể con người có khả năng dung nạp rất cao đối với các chất dạng thuốc phiện, lần sử dụng sau nếu liều lượng chất dạng thuốc phiện tương đương với liều lần trước thì tác dụng của chất dạng thuốc phiện giảm xuống. Muốn đạt được tác dụng gây sảng khoái như trước thì phải tăng liều. Do đó người nghiện chất dạng thuốc phiện thường đẩy liều lên rất cao, liều này nếu dùng cho một người không nghiện thì không thể dung nạp được và có thể gây tử vong.

2. Hiện tượng dung nạp chéo chất dạng thuốc phiện

Các chất dạng thuốc phiện khác nhau đều có xu hướng đến các điểm tiếp nhận chất dạng thuốc phiện của hệ thần kinh trung ương **thay thế chất dạng thuốc phiện đã bị cắt (hay giảm)** do đó làm mất trạng thái thèm chất dạng thuốc phiện bị cắt. Hiện tượng dung nạp chéo này là cơ sở sinh học của phương pháp điều trị nghiện heroin bằng một chất dạng thuốc phiện khác (methadone, LAAM, buprenorphine). Điều quan trọng cần lưu ý là khi người nghiện chất dạng thuốc phiện đã cai không dùng chất dạng thuốc phiện nữa thì trạng thái dung nạp chất dạng thuốc phiện cũng mất. Do đó nếu người đã cai mà dùng lại chất dạng thuốc phiện với liều **cao như trước, ngay từ đầu, sẽ bị ngộ độc cấp** rất nguy hiểm (có thể gây hôn mê và tử vong).

Cũng vậy, người nghiện chất dạng thuốc phiện đã bỏ chất dạng thuốc phiện để điều trị chống tái nghiện bằng chất đối kháng naltrexone (Abernil) nếu dùng lại chất dạng thuốc phiện với liều thấp sẽ thấy khó chịu, với liều **cao có thể bị tử vong** (do mất dung nạp).

III. TRẠNG THÁI CAI CHẤT MA TÚY

Còn gọi là **hội chứng cai** hay **trạng thái lệ thuộc về mặt cơ thể**.

Trạng thái cai là **trạng thái phản ứng của cơ thể khi cắt hay giảm chất ma túy đang dùng**.

Trạng thái cai của chất dạng thuốc phiện biểu hiện bằng những triệu chứng ngược lại với các tác dụng dược lý của morphine (trạng thái thiếu morphine).

6. Ch I. Các khái niệm cơ bản và tiêu chuẩn ...

Tác dụng dược lý của morphine	Triệu chứng của trạng thái cai (thiếu) chất dạng thuốc phiện
Sảng khoái	Buồn bực
Giảm đau	Đau các cơ bắp, nội tạng
Táo bón	Tiêu chảy
Co đồng tử	Giãn đồng tử
Huyết áp giảm	Huyết áp tăng
Mạch chậm	Mạch nhanh
Khô niêm mạc	Tăng xuất tiết niêm mạc
v.v.	v.v.

Qua nhiều nghiên cứu lâm sàng ở nước ta, **trạng thái cai chất dạng thuốc phiện thường có những triệu chứng** sau đây: buồn nôn hay nôn, đau nhức cơ bắp, chảy nước mắt nước mũi, giãn đồng tử, nổi da gà, toát mồ hôi, tiêu chảy, ngáp, sốt nhẹ, mạch nhanh, dị cảm (cảm giác dòi bò trong xương), mất ngủ...

Trạng thái cai này làm cho người nghiện lệ thuộc vào chất dạng thuốc phiện về mặt cơ thể, không chịu đựng nổi các triệu chứng kể trên phải tìm mọi cách để có được chất dạng thuốc phiện, kể cả những hành vi phạm pháp nghiêm trọng nhất.

Hội chứng cai là một tiêu chuẩn quan trọng để chẩn đoán trạng thái nghiện chất dạng thuốc phiện. Ở một người đang sử dụng chất dạng thuốc phiện, nếu đột ngột cắt chất dạng thuốc phiện mà không thấy xuất hiện hội chứng cai thì có thể xem như người đó chưa nghiện.

Ngược lại muốn xác định một người nghiện chất dạng thuốc phiện đã hết nghiện hay chưa chỉ cần tạo điều kiện để có thể

theo dõi chặt chẽ bảo đảm người ấy không thể lén lút dùng chất dạng thuốc phiện thì hội chứng cai nhất định sẽ xuất hiện. Hội chứng cai sẽ giảm nhẹ hay mất đi khi dùng lại chất dạng thuốc phiện.

Tuy nhiên, theo cơ chế điều chỉnh để thích nghi và tồn tại của cơ thể **hội chứng cai sẽ tự mất đi** sau từ 1 - 2 tuần, không cần đến một loại thuốc nào. Bằng chứng rõ ràng nhất có thể tìm thấy dễ dàng ở những phạm nhân có nghiện chất dạng thuốc phiện khi vào trại giam phải cai khô. Ở đây hội chứng cai tự biến mất không cần đến thuốc men gì. Như vậy các loại thuốc gọi là "thuốc cai ma túy" chỉ có tác dụng hỗ trợ một phần rất nhỏ cho cơ thể.

IV. TRẠNG THÁI THÈM TRƯỜNG DIỄN CHẤT MA TÚY

Còn gọi là **trạng thái đói trường diễn chất ma túy** hay **trạng thái lệ thuộc chất ma túy về mặt tâm thần**.

Sau khi thôi dùng chất dạng thuốc phiện, trạng thái cai hay lệ thuộc về mặt cơ thể xuất hiện và nhanh chóng biến mất nhưng trạng thái thèm chất dạng thuốc phiện hay lệ thuộc về mặt tâm thần thì tồn tại rất dai dẳng và ở một số người nó đeo đuổi suốt đời.

Đó là **trạng thái nhớ chất dạng thuốc phiện**, nhờ các cảm giác dễ chịu và yên dịu của trạng thái sảng khoái mà chất dạng thuốc phiện đem lại hàng ngày. Thèm chất dạng thuốc phiện rất mãnh liệt như người đói lâu ngày thèm ăn.

8. Ch I. Các khái niệm cơ bản và tiêu chuẩn ...

Cái nhớ và cái thêm chất dạng thuốc phiện này là một phản xạ có điều kiện thực thi được củng cố hàng ngày trên cơ sở tác động của chất dạng thuốc phiện, gây ra những biến đổi sinh học sâu sắc trong não rất khó xóa bỏ. Cái thêm, cái nhớ chất dạng thuốc phiện luôn vẫn vương trong óc người nghiện, luôn thúc giục họ quay lại với chất dạng thuốc phiện. Có đối tượng nghiện chất dạng thuốc phiện phạm pháp phải đi cải tạo gần 10 năm, tưởng đã đoạn tuyệt được với ma túy nhưng một thời gian ngắn sau khi ra trại, cái thêm ma túy trường diễn lại ràng buộc đối tượng vào chất dạng thuốc phiện.

Trong công tác phòng chống nghiện ma túy cần hiểu thật rõ cái đối ma túy trường diễn này. Nó là khó khăn trở ngại lớn nhất đã làm thất bại nhiều phương pháp điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện từ trước tới nay.

V. TRẠNG THÁI NGHIỆN CHẤT MA TÚY

Tiêu chuẩn chẩn đoán nghiện ma túy: Theo bảng phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 (phần các rối loạn tâm thần) từ F10-F19, ít nhất phải có 3 trong 6 triệu chứng sau đây:

- (1) Thêm muốn mãnh liệt dùng chất ma túy (lệ thuộc về mặt tâm thần).
- (2) Mất khả năng kiểm soát việc dùng chất ma túy.
- (3) Ngừng sử dụng chất ma túy sẽ xuất hiện hội chứng cai (lệ thuộc về mặt cơ thể).
- (4) Liều ma túy sử dụng ngày càng tăng (trạng thái dung nạp cao).

(5) Luôn tìm kỳ được chất ma túy, xạo nhăng nhiệm vụ và các thích thú khác.

(6) Biết tác hại nặng nề mà vẫn tiếp tục sử dụng chất ma túy. Như vậy, muốn xác định một người đã nghiện chất dạng thuốc phiện hay chưa phải dựa vào các đặc điểm (hay tiêu chuẩn) kể trên. Không phải bất cứ ai cứ có sử dụng chất ma túy đều xem như là người nghiện. Trong thời Pháp thuộc có những công chức cứ đến tối thứ bảy hay tối chủ nhật cùng bạn bè vui chơi đến các tiệm hút, hút vài ba điếu thuốc phiện, còn suốt tuần vẫn làm việc bình thường, không thèm và không hút thêm điếu nào nữa. Những công chức này chưa đủ tiêu chuẩn để gọi là người nghiện. Một bệnh nhân trong một thời gian dài sử dụng morphine để giảm cơn đau, về sau hết đau không dùng morphine nữa cũng không phải là người nghiện ma túy.

Việc **xác định chẩn đoán là có nghiện hay không** có tầm quan trọng đặc biệt, nhất là khi cần quyết định áp dụng chế độ điều trị bắt buộc (hay thôi điều trị bắt buộc) đối với các đối tượng nghiện ma túy theo luật phòng chống ma túy hiện hành.

Nếu chẩn đoán lâm sàng chưa xác định chắc chắn, cần làm xét nghiệm tìm chất dạng thuốc phiện trong nước tiểu của bệnh nhân hoặc làm **thử nghiệm pháp (test) naloxone**.^(*)

(*) Thử nghiệm pháp naloxone (Narcan):

- Tiêm tĩnh mạch naloxone 0,2mg.
- Theo dõi tác dụng ngoại ý trong 30 giây.
- Nếu không có, tiêm tĩnh mạch tiếp 0,6mg.
- Theo dõi các triệu chứng cai heroin trong 30 phút.
- Thông thường, nếu đối tượng đang sử dụng heroin, hội chứng cai sẽ xuất hiện.
- Nếu không, để chắc chắn hơn, có thể tiêm tĩnh mạch thêm 1,6mg naloxone.

CHƯƠNG II

TỪ THUỐC PHIỆN ĐẾN HEROIN

I. LỊCH SỬ NGHIỆN HEROIN TRÊN THẾ GIỚI

1. **Thuốc phiện:** Theo Dugarin, loài người đã biết đến thuốc phiện từ 3000 năm trước công nguyên.

Từ xa xưa, các bộ lạc ở châu Á, châu Phi, châu Mỹ, châu Úc đã sử dụng thuốc phiện vào nhiều mục đích khác nhau: chữa bệnh, nghi thức tiếp xúc với thần linh, giảm nhẹ nỗi sợ chết trong chiến tranh, nổi ưu phiền trong đời sống. Các thầy lang, thầy cúng ở các bộ lạc cổ sơ đã biết chữa các chứng đau, ho,

12. Ch II. Từ thuốc phiện đến heroin

tiêu chảy, nhức đầu v.v bằng thuốc phiện. Thuốc phiện là chất ma túy được sử dụng để chữa bệnh sớm nhất ở châu Á.

Ở châu Âu, mãi về sau thuốc phiện mới theo các lái buôn gia vị từ Ấn Độ vào.

Giữa thế kỷ 16 Paracelse (Thụy Sĩ) pha chế thuốc phiện để chữa các chứng bệnh phát sinh trong đầu con nghiện với suy luận độc đáo là hình thù quả anh túc (quả thuốc phiện) giống đầu người.

Đến giữa thế kỷ 17, Sydenham (Anh) sửa đổi công thức của Paracelse chế ra một dược phẩm mới gọi là Laudanum (cồn thuốc phiện) và được sử dụng phổ biến để chữa nhiều bệnh ở nhiều nước. Thuốc phiện đã chữa được nhiều chứng bệnh nhưng đồng thời cũng mang lại không ít tai họa. Lịch sử nước Pháp đã ghi nhận "thuốc phiện đã làm dịu cơn đau dạ dày của hồng y giáo chủ Richelieu và chính thuốc phiện cũng đã kết thúc cuộc đời nhà văn hào Voltaire".

Từ thế kỷ 19 tại nhiều nước châu Âu, nhiều văn nghệ sĩ nổi tiếng đã sử dụng thuốc phiện như một nguồn cảm hứng cho sáng tác, ca tụng cảm giác sảng khoái và nhiều cảm giác kỳ ảo khác của thuốc phiện, góp phần làm cho số người lạm dụng thuốc phiện trong xã hội các nước châu Âu ngày càng tăng. Ở Pháp có thể kể Alfred de Musset, Honoré de Balzac, đặc biệt Baudelaire với tác phẩm ca tụng thuốc phiện nổi tiếng "các thiên đường nhân tạo (les Paradis artificiels)". Ở Anh có thể nhắc đến Charles Dickens và Walter Scott. Ở

nước ta trong thời kỳ Pháp thuộc, nhiều văn nghệ sĩ cũng là khách hàng quen thuộc của các quán có sẵn "bàn đèn".

2. **Morphine:** Ngay đầu thế kỷ 19 morphine đã được chiết xuất từ thuốc phiện (Derosne, Sequin v.v) nhưng morphine chỉ được biết đến rộng rãi ở giữa thế kỷ 19 với phát minh sáng chế ra bơm tiêm của Pravaz.

Morphine qua đường tiêm chích vào cơ thể tỏ ra là một thứ thuốc giảm đau kỳ diệu. Báo chí thời bấy giờ quá lạc quan đã đưa tin là từ nay cái đau muôn thuở của con người đã chấm dứt. Một thời gian sau, morphine được sử dụng trong cuộc nội chiến ở Mỹ và trong chiến tranh Pháp - Đức và đã làm dịu các cơn đau cho một số lớn thương binh. Tuy nhiên sau chiến tranh nhiều người trong số các thương binh nói trên lại lâm vào một trạng thái đau đớn mới, dai dẳng hơn, phức tạp hơn: trạng thái nghiện morphine.

3. **Heroin:** Cuối thế kỷ 19, heroin được Wright (Anh) bán tổng hợp từ morphine, sau đó Dreser (Đức) hoàn chỉnh qui trình bán tổng hợp này và sử dụng heroin như một chất giảm đau mới. Chất này có hiệu lực chữa ho tuyệt vời, kể cả các cơn ho của bệnh nhân lao, từ đó có tên là heroin (thuốc anh hùng).

Đặc biệt, dùng heroin thì trạng thái nghiện morphine được thanh toán nhanh chóng nên được sử dụng để cai morphine.

Tuy nhiên, một thời gian sau người ta phát hiện ra rằng heroin sau khi vào cơ thể sẽ thủy phân thành morphine và gây nghiện gấp nhiều lần morphine. Do vậy, heroin đã trở thành chất ma túy gây tác hại nhiều nhất cho loài người.

14. Ch II. Từ thuốc phiện đến heroin

- 4. Tóm lại:** Lịch sử nghiện heroin trên thế giới cũng như ở nước ta là **lịch sử thay thế một chất dạng thuốc phiện này bằng một chất dạng thuốc phiện khác** có tác dụng gây nghiện mạnh hơn, nhanh hơn và gây tác hại nhiều hơn.

Nàng tiên nâu đã ngự trị hơn 50 thế kỷ trên hành tinh chúng ta. Đến đầu thế kỷ 19 thuốc phiện đã được thay thế một phần bằng morphine, một chất gây nghiện mạnh hơn, nhanh hơn; một thời gian ngắn sau đó (cuối thế kỷ 19) heroin lại xuất hiện để thay thế đa phần morphine và thuốc phiện, gây tai họa mạnh hơn, nhanh hơn và dai dẳng hơn.

Hiện nay nói đến nghiện chất dạng thuốc phiện chủ yếu là nói đến nghiện heroin.

II. LỊCH SỬ NGHIỆN HEROIN Ở NƯỚC TA

Có thể chia lịch sử nghiện chất dạng thuốc phiện nói chung và nghiện heroin nói riêng ở nước ta theo 3 giai đoạn:

- Giai đoạn từ xa xưa đến 1945
- Giai đoạn từ 1945 đến 1975
- Giai đoạn từ 1975 đến nay

1. Từ xa xưa đến 1945

- Từ ngàn xưa, người dân ở các tỉnh miền núi phía Bắc đã biết trồng cây anh túc và dùng thuốc phiện vào các mục đích chữa bệnh, cúng lễ, hiếu hỷ v.v. Hút thuốc phiện đã trở thành một tập tục phổ biến ở nhiều vùng nước ta nhất là vùng cao, vùng dân tộc ít người.

- Các triều đại phong kiến đã biết tác hại của nghiện thuốc phiện và đã có chủ trương cấm thuốc phiện. Theo sách Đại nam thực lục, từ năm 1824 đến năm 1873, triều đình nhà Nguyễn đã ban hành 12 đạo dụ cấm hút thuốc phiện, cấm buôn bán, tàng trữ thuốc phiện và đề ra các hình phạt đối với những người vi phạm các lệnh cấm nói trên. Tiếc thay tiếp theo sau là thời kỳ Pháp thuộc, chính quyền thực dân đã đi ngược lại chủ trương chống ma túy nói trên. Thực dân Pháp đã độc quyền và công khai bán rượu và thuốc phiện trong cả nước, vừa đầu độc dân ta, vừa thu lợi nhuận kếch sù.

2. Từ năm 1945 đến năm 1975

Trong 30 năm từ cách mạng Tháng 8 thành công đến ngày miền Nam được giải phóng hoàn toàn, diễn biến của tình hình nghiện các chất dạng thuốc phiện có khác nhau giữa vùng kháng chiến tự do và vùng tạm chiếm.

- Ở vùng kháng chiến tự do, chủ yếu là nghiện thuốc phiện theo mô hình cổ điển:
 - Chất ma túy và phương thức sử dụng: đại đa số hút thuốc phiện, một số rất ít tiêm morphine, chưa sử dụng heroin.
 - Đối tượng nghiện: tuyệt đại đa số là người lớn, chủ yếu là nhân dân vùng núi phía Bắc có truyền thống trồng cây anh túc. Tỷ số người nghiện thấp.
- Ở vùng tạm chiếm, nhất là ở các thành phố: nghiện chất dạng thuốc phiện theo mô hình hiện đại với các đặc điểm sau đây:

16. Ch II. Từ thuốc phiện đến heroin

- Chất ma túy và phương thức sử dụng: heroin dần dần thay thế thuốc phiện và morphine.

Phương thức tiêm chích tĩnh mạch ngày càng chiếm ưu thế so với các phương thức khác (hút, hít, ăn, uống).

- Đối tượng nghiện: số lượng thanh thiếu niên bị lôi cuốn vào nghiện chất dạng thuốc phiện ngày càng đông.

Nghiện ma túy của thanh thiếu niên thường kết hợp với các tệ nạn xã hội khác: mại dâm, rối loạn hành vi (cần quấy, trộm cướp v.v).

Theo báo Le Combat ra tháng 8 -1974 thì lúc bấy giờ ở các tỉnh thành phía Nam có khoảng 30 vạn người nghiện ma túy, chủ yếu là nghiện thuốc phiện và heroin và đa số là thanh thiếu niên.

3. Từ năm 1975 đến nay

Sau ngày miền Nam hoàn toàn giải phóng, công tác phòng chống nghiện ma túy ở các tỉnh thành phía Nam đạt được nhiều kết quả trong những năm đầu sau giải phóng. Nhưng trong bối cảnh của tình hình phát triển kinh tế thị trường, cùng với nạn buôn lậu ma túy khó triệt phá, nạn nghiện các chất dạng thuốc phiện có cơ hội phát triển và lan rộng theo mô hình hiện đại nói trên, lôi kéo cả thành phần học sinh còn rất trẻ. Tiêm chích heroin đã gây lây nhiễm HIV/AIDS ngày càng nhanh chóng và trầm trọng. Từ đầu thập kỷ 90 của thế kỷ 20, nghiện heroin đã trở thành một hiểm họa cho đất nước. Từ ấy đến nay Chính phủ đã huy động mọi cơ quan đoàn thể hữu quan và toàn dân tham gia phòng chống quốc nạn nghiện

ma túy nhưng chưa đạt được kết quả như mong muốn. Theo báo cáo của thường trực Ủy ban phòng chống ma túy quốc gia năm 2002 hiện cả nước có khoảng 120 nghìn người nghiện chất dạng thuốc phiện (có hồ sơ kiểm soát), đa số là nam, lứa tuổi thanh thiếu niên và nghiện heroin. 85% những đối tượng nghiện này có liên quan tới tội phạm trong đó 40% liên quan đến các vụ trọng án. Theo Ủy ban quốc gia phòng chống HIV/AIDS năm 2003, hiện cả nước có trên 70.000 người nhiễm HIV/AIDS, trong đó trên 60% có liên quan tới tiêm chích ma túy. Theo Ủy ban phòng chống ma túy quốc gia thì tỷ lệ tái nghiện chất dạng thuốc phiện còn rất cao, sau khi đã được điều trị và phục hồi chức năng lâu dài ở các trung tâm cai nghiện (từ 6 tháng đến 2 năm), tái nghiện từ 80 - 90% thậm chí có nơi 100%.

Như vậy, nghiện chất dạng thuốc phiện, chủ yếu nghiện heroin đã và đang là một vấn đề rất bức xúc và gây nhiều hậu quả nghiêm trọng về nhiều mặt (sức khỏe, kinh tế, tội phạm v.v) cho bản thân người nghiện, cho gia đình họ và cho toàn xã hội.

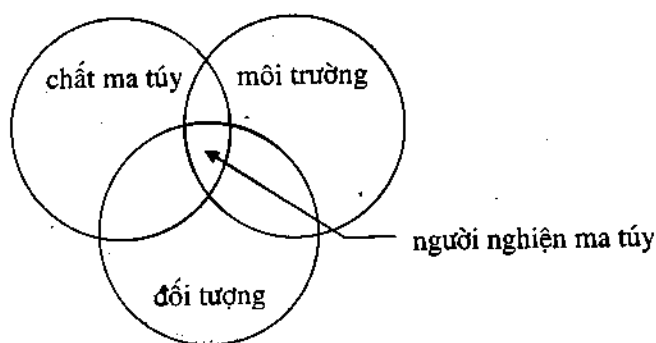
CHƯƠNG III

NGUYÊN NHÂN, CƠ CHẾ BỆNH SINH, MÔ HÌNH BỆNH TẬT CỦA NGHIỆN HEROIN

I. NGUYÊN NHÂN

Nghiện heroin do **nhiều nguyên nhân phức tạp kết hợp chặt chẽ** với nhau gây ra làm cho công tác điều trị và dự phòng gặp rất nhiều khó khăn và trở ngại.

Hiện nay, có 3 nguyên nhân chủ yếu thường được nhắc đến: Đó **chất ma túy, đối tượng (có khuynh hướng nghiện)** và môi trường (gia đình và xã hội). Ba nguyên nhân này kết hợp chặt chẽ với nhau theo mô hình sau đây:



1. Chất ma túy

Trên thế giới ngày càng có **nhều loại chất ma túy mới ra đời** làm cho công tác phòng chống nghiện ma túy đã khó nay càng khó hơn.

Công tác triệt phá việc sản xuất, tàng trữ và buôn bán chất ma túy cũng diễn biến hết sức phức tạp. Theo báo cáo của cơ quan Cảnh sát phòng chống ma túy chúng ta mới khám phá, thu giữ khoảng vài phần trăm lượng ma túy tiêu thụ trên thị trường. Điều này có nhiều lý do:

- Do lợi nhuận quá cao của mặt hàng này nên không ít kẻ vẫn liều lĩnh buôn bán, sản xuất, tàng trữ.
- Do đặc điểm địa lý của nước ta thuận lợi cho việc buôn lậu: đó là nằm cạnh vùng Tam Giác Vàng, một trong những trung tâm sản xuất ma túy lớn trên thế giới. Chúng ta có đường biên giới rất dài với các nước lân cận

cả trên bộ lẫn trên biển, mà lực lượng biên phòng thì còn mỏng, nên ma túy dễ dàng thâm lậu vào nước ta.

- Do giao lưu quốc tế mở rộng, mạng lưới thương mại phát triển rộng khắp làm cho việc kiểm soát gặp nhiều khó khăn.

Những khó khăn chủ yếu nêu trên của chúng ta đồng thời cũng là những khó khăn của các nước khác trên thế giới. Vì vậy đã có nhiều hiệp định song phương và đa phương giữa lực lượng công an nước ta với các nước khác trong khu vực và trên thế giới nhằm hợp lực đấu tranh phòng chống tội phạm ma túy. Tuy nhiên, triệt phá đường dây cung cấp ma túy không hề dễ dàng và đơn giản: một thí dụ rõ nhất là ở Mỹ: cơ quan phòng chống ma túy quốc gia được đầu tư rất nhiều tiền của, phương tiện hiện đại, huy động các cơ quan tình báo, thậm chí cả quân đội nhằm triệt phá các trung tâm sản xuất ma túy không chỉ ở trên đất Mỹ mà còn ở các nước hữu quan khác. Các chiến dịch này đã thu được nhiều kết quả: phá hủy nhiều trung tâm sản xuất ma túy, phát hiện và bắt giữ nhiều đường dây buôn lậu ma túy vào nước Mỹ. Tuy nhiên số lượng người Mỹ nghiện ma túy mỗi năm vẫn không giảm. Vì vậy chúng ta phải thừa nhận rằng mọi nỗ lực của chúng ta chỉ mới có thể làm giảm được lượng ma túy trên thị trường chứ **chưa thể loại trừ được hoàn toàn ma túy** (mới giảm cung, chưa loại cung).

Do vậy chủ trương hiện nay của nhiều nước trên thế giới là đi đôi với giảm cung cần có các giải pháp giảm cầu hữu hiệu

nghĩa là phải tác động vào những người có nguy cơ cao và đã nghiện từ bỏ việc sử dụng ma túy.

2. Con người có khuynh hướng nghiện ma túy

Đa số những người bắt đầu đi vào con đường nghiện ma túy thuộc vào lứa **tuổi thanh thiếu niên**, lứa tuổi của giai đoạn khủng hoảng trong quá trình phát triển tâm lý và hoàn thiện nhân cách.

Thanh thiếu niên có thể đi vào **nghiện ma túy do tính tò mò và mạo hiểm** của lứa tuổi, muốn thử trải nghiệm những cảm giác kỳ lạ của heroin (do bạn bè kể lại) bất chấp sự ngăn cản của gia đình và xã hội, bất chấp những hậu quả nghiêm trọng mà bản thân cũng đã nhận thấy ở những người nghiện khác.

Một số thanh thiếu niên dùng heroin như một phương thức khẳng định mình, tự cho mình đã trưởng thành, được quyền chọn hành vi độc lập, tùy thích.

Những thanh thiếu niên có những vấn đề **bất mãn với gia đình và cộng đồng** có thể sử dụng heroin như một phản ứng chống đối.

Cũng có thể thanh thiếu niên tìm trong heroin một **phương thức lẩn tránh khỏi tác động của các stress** rất đa dạng trong đời sống: stress trong gia đình (mâu thuẫn giữa các thế hệ, cha mẹ bất hòa, ly thân, ly hôn, cái chết của người thân mà đối tượng gắn bó nhất...), stress trong môi trường học tập (thi hỏng, bị thi hành kỷ luật v.v), stress trong tình yêu v.v.

Thường gặp nhất và nguy hại nhất trong thời đại hiện nay là thanh thiếu niên sử dụng heroin **do ảnh hưởng hay áp lực**

của các bạn đã nghiện trong cùng băng nhóm theo quy luật "hoặc đồng hóa theo nhóm hoặc bị loại trừ ra khỏi nhóm". Mà đặc điểm tâm lý của lứa tuổi thanh thiếu niên là không muốn và không thể sống lẻ loi ngoài nhóm.

Một số thanh thiếu niên tìm đến heroin do các trạng thái bệnh lý tâm thần nhất thời hay trường diễn. Thường gặp nhất là các trạng thái lo âu, trầm cảm hay nhân cách bệnh lý. Lo âu có thể do thất bại trong cuộc sống, chán nản với hoàn cảnh, không tìm được mô hình lý tưởng để theo v.v. Trầm cảm lúc đầu có thể do các stress gây ra và thanh thiếu niên tưởng nhầm là heroin với tác dụng êm dịu và gây sáng khoái của nó, có thể giúp thanh toán được trạng thái trầm cảm của mình. Không ít thanh thiếu niên có nhân cách bệnh lý. Và những nhân cách bệnh lý, nhất là nhân cách chống xã hội, thường có khuynh hướng lạm dụng các chất trong đó có heroin. Và cũng có những người tuy chưa phải là nhân cách bệnh lý nhưng cũng có **khuynh hướng lạm dụng chất**.

Như vậy, thầy thuốc tâm thần có vai trò quan trọng trong chẩn đoán và điều trị nghiện ma túy nói chung và heroin nói riêng, đặc biệt những thầy thuốc có thể áp dụng được nhiều liệu pháp tâm lý, giúp đối tượng loại trừ ảnh hưởng của các tác nhân tâm lý đa dạng đã gây ra hay thúc đẩy nghiện heroin.

3. Các nguyên nhân môi trường

Gia đình, trường học và địa bàn sinh sống (khu phố, cụm dân cư...) chứa đựng nhiều nhân tố gây nghiện, duy trì nghiện và tạo điều kiện thuận lợi cho tái nghiện heroin.

Môi trường chính là cầu nối hay chất xúc tác cho sự gặp gỡ giữa con người có khuynh hướng nghiện và các chất ma túy. Nếu môi trường "trong sạch" thì chất ma túy khó tồn tại hoặc con người khó có điều kiện để tiếp xúc với chất ma túy.

a. Nguyên nhân môi trường gia đình

Phần lớn thanh thiếu niên nghiện heroin thuộc về các gia đình lơ là trong nhiệm vụ giáo dục, chăm sóc và quản lý con em của mình. Không ít gia đình chỉ biết con em của mình bị nghiện sau khi chúng có vấn đề với cơ quan hành pháp.

Những gia đình có con em nghiện heroin thường là những gia đình hoặc không có thái độ phê phán nghiêm khắc với con em khi phát hiện chúng bắt đầu sử dụng chất ma túy hoặc mất cảnh giác cho chúng nhiều tiền để tự do tiêu xài đua đòi cùng bạn bè.

Đặc biệt nguy hại là những gia đình do sĩ diện hay do nuông chiều con cái không dám thừa nhận với cộng đồng là chúng đã bị nghiện, không dám đưa chúng đi điều trị ở các trung tâm cai nghiện và chịu áp lực thường xuyên phải cung cấp tiền để chúng mua chất ma túy.

Một số gia đình bố, mẹ cũng nghiện chất như nghiện rượu, thuốc lá v.v. Đa số thanh thiếu niên trước khi nghiện

ma túy đã lạm dụng thuốc lá, rượu một thời gian và tiếp sau đó là nghiện ma túy bất hợp pháp.

Một số gia đình thiếu kinh nghiệm trong giáo dục con cái như kém kiên quyết, quá hóng giận và hay trừng phạt, sợ con cái tức giận bỏ đi, sợ tan vỡ gia đình v.v cũng là nhân tố thúc đẩy.

Như phân trên đã đề cập đến, các stress xuất hiện do nội bộ gia đình có nhiều xung đột thường xuyên cũng là nhân tố thúc đẩy con em đi vào con đường nghiện heroin, được chúng xem như là một phương thức để thoát khỏi bầu không khí căng thẳng nặng nề phải chịu đựng hàng ngày.

Như vậy trong điều trị, việc thầy thuốc thiết lập được mối quan hệ mật thiết và thường xuyên với gia đình của đối tượng có tầm quan trọng đặc biệt trong khâu phát hiện và khắc phục nguyên nhân. Nếu tiến hành được liệu pháp gia đình hệ thống thì kết quả chống nghiện và chống tái nghiện sẽ cao hơn và bền vững hơn.

b. Nguyên nhân môi trường xã hội

Hiện nay có thể nói, chúng ta đang phải sống trong một môi trường xã hội bị ô nhiễm ma túy: các ổ nhóm và tụ điểm tiêm chích ma túy vẫn còn tồn tại ở nhiều nơi. Người nghiện vẫn có thể tìm mua ma túy tương đối dễ dàng.

Tình trạng này có nhiều nguyên nhân. Cơ chế thị trường và sự tăng trưởng kinh tế nhanh đã kéo theo nhiều biến đổi xã hội cả tích cực lẫn tiêu cực. Sự phân hóa giàu nghèo đang diễn ra, tốc độ đô thị hóa cũng gia tăng nhanh chóng.

Trình độ nhận thức của một bộ phận trong xã hội không theo kịp sự phát triển kinh tế, sự thay đổi của xã hội và không ít người, không ít gia đình đã bị mất phương hướng, lâm vào khủng hoảng bởi mất cân bằng nội môi.

Mặt khác, các chuẩn mực đạo đức xã hội cũng ít nhiều bị biến đổi, xói mòn.

Một nguyên nhân xã hội nữa là việc tôn trọng và thực thi pháp luật không được nghiêm túc. Bọn tội phạm ma túy không ngừng tấn công vào các tầng lớp thanh thiếu niên, nhưng ở nhiều nơi chính quyền và các cơ quan chức năng chưa huy động được sức mạnh toàn dân trong cuộc chiến chống ma túy.

Hiện nay môi trường học đường từ tiểu học đến đại học đã bị heroin xâm nhập. Những nguyên nhân xã hội nêu trên đã làm cho đội ngũ những người nghiện heroin ngày càng đông hơn và ngày càng trẻ hơn.

II. CƠ CHẾ BỆNH SINH CỦA NGHIỆN HEROIN

1. Tác động của các chất dạng thuốc phiện qua các điểm tiếp nhận (hay thụ thể) morphine

Các chất dạng thuốc phiện khi vào cơ thể đều chuyển hóa thành morphine rồi vào máu. Thời gian bán hủy của morphine ở máu khoảng 2 giờ 30 phút. Sau 24 giờ, 90% morphine bài tiết ra ngoài, chỉ một lượng nhỏ morphine vào hệ thần kinh trung ương và đến các điểm tiếp nhận morphine. Có nhiều loại điểm tiếp nhận morphine (Muy, Kappa, Sigma,

Delta, Epsilon...) nhưng các điểm tiếp nhận Mui là cơ sở chủ yếu, nằm rải rác ở não, tập trung nhiều nhất ở vùng dưới đồi có một ít ở hệ thần kinh thực vật.

Tại các điểm tiếp nhận Mui có sẵn các peptid nội sinh (endorphine, enkephaline v.v). Các peptid này tác động qua lại với morphine và dẫn truyền morphine qua hệ thần kinh đến các vùng khác nhau của cơ thể gây ra những tác dụng chuyên biệt.

Morphine có nhiều tác dụng khác nhau, đặc biệt các tác dụng chữa bệnh như:

- Giảm đau (quan trọng nhất).
- Gây bình thần (giảm lo âu, đau khổ).
- Ức chế hô hấp (chống ho).
- Tăng trương lực cơ trơn của dạ dày, ruột (chống tiêu chảy).
- Đặc biệt gây cảm giác sảng khoái (tâm thần hoàn toàn yên dịu, quên mọi ưu tư, phiền muộn).

Tuy nhiên chính cảm giác sảng khoái lợi bất cập hại này đã quyến rũ người sử dụng và sản sinh ra **hiện tượng nghiện với ba trạng thái: dung nạp, lệ thuộc cơ thể, lệ thuộc tâm thần.**

2. Cơ sở sinh học của trạng thái dung nạp

Morphine tác động liên tục vào các điểm tiếp nhận Mui sẽ Ức chế hoạt động của men **adenylcyclase** là men kích thích chất ATP (adenosin triphosphate) để sản xuất ra chất AMP vòng (adenosin monophosphate cyclique) một chất có vai trò

thiết yếu trong quá trình sản sinh và dẫn truyền các xung động thần kinh, năng lượng cơ bản của hoạt động thần kinh và tâm thần. Do cơ thể không thể thiếu adenylycyclase được, nên để bù vào lượng adenylycyclase do morphine làm giảm, cơ thể phải liên tục tổng hợp adenylycyclase với nồng độ không ngừng tăng lên. Muốn làm giảm adenylycyclase để có được cảm giác sảng khoái như lần trước, **lượng morphine đưa vào cơ thể lần sau phải cao hơn**. Và cứ như thế, cơ thể người nghiện được tập dượt để dần dần dung nạp những liều morphine ngày càng tăng và tăng rất cao.

3. Cơ sở sinh học của trạng thái lệ thuộc về mặt cơ thể (hay trạng thái cai)

Trong khi người nghiện ngừng sử dụng chất dạng thuốc phiện, cơ thể vẫn duy trì phương thức đáp ứng như khi có một lượng lớn chất dạng thuốc phiện đưa vào cơ thể hàng ngày, tức là vẫn liên tục tổng hợp một lượng lớn men adenylycyclase. Các chất morphine nội sinh (endorphine) được cơ thể sản xuất quá ít, không thể ức chế được lượng adenylycyclase 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 heroin 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 (như đã trình bày ở chương I).

4. Cơ sở sinh học của trạng thái lệ thuộc về mặt tâm thần (hay thèm heroin thường diễn)

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 chất ma túy 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 từ 1 - 2 tuần (trung bình trong 10 ngày). Tuy nhiên, **mất hội chứng cai rồi người nghiện heroin vẫn tiếp tục nhớ và thèm chất ma túy** này trong một thời gian rất dài. Nhớ và thèm cái cảm giác sảng khoái và cảm giác bình thần do heroin tạo ra. Đó là nguyên nhân làm cho gần như 100% người nghiện heroin 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 học giả.

Đa số các tác giả thừa nhận cảm giác sảng khoái và bình thần do heroin gây ra là cơ sở sinh học của cái thèm và nhớ thường diễn chất ma túy. Và môi trường dễ có được heroin là nhân tố **kích thích xung động tìm heroin của người nghiện**.

Một số nhà điều trị theo liệu pháp tập tính cho rằng trong một thời gian dài, tất cả các phản ứng của bộ não đối với heroin

đã đưa vào hàng ngày, nhất là phản ứng của các điểm tiếp nhận tương ứng, đều được lưu dấu vết bền vững vào bộ nhớ của não, hình thành một phản xạ có điều kiện, có cơ sở sinh học kiên cố không dễ dàng xoá được. Do vậy, những người đã cai heroin nhiều năm khi gặp một kích thích có liên quan đến các khâu cung cấp và sử dụng heroin (đi qua nơi bán và nơi tiêm chích heroin, thấy hình ảnh bơm kim tiêm, gặp lại bạn bè cùng tiêm trước kia,...), các dấu vết của phản xạ có điều kiện được hoạt hoá, nhớ và thèm heroin trở nên mãnh liệt, từ đó **xuất hiện xung động đi tìm heroin và tái nghiện**.

Wikler (1972) giải thích sự lệ thuộc chất ma túy về mặt tâm thần theo lý thuyết phản xạ có điều kiện thực thi của Skinner, nhấn mạnh vào luận điểm sau đây:

Nghiện ma túy là một tập tính phức tạp, luôn tuân theo quy luật về hiệu quả của Thorndike: "Mọi cơ thể sống đều nhạy cảm với hiệu quả của hành vi của mình". Một tập tính mang lại lợi ích vật chất hay tâm thần hoặc mang lại cảm giác thích thú, dễ chịu thường được duy trì. Con chuột thí nghiệm của trường phái Skinner qua quá trình thăm dò và sửa chữa, luôn tránh cái bàn đạp gây cảm giác khó chịu và liên tục đạp vào bàn đạp gây thích thú hay đưa lại thức ăn.

Tiêm heroin gây cảm giác sảng khoái, Wikler gọi đó là một kích thích tăng cường dương tính. Cất heroin gây ra hội chứng cai là một kích thích tăng cường âm tính.

Kích thích tăng cường dương tính và âm tính đều thúc đẩy người nghiện phải tiếp tục sử dụng heroin. Đó là **cơ sở phản xạ có điều kiện thực thi của nghiện, thèm nhớ heroin và tái nghiện.**

Theo luận điểm trên, trong liệu pháp tập tính, các tác giả dùng phương pháp khử điều kiện để **chữa nghiện heroin** bằng các kỹ thuật tăng cường dương tính và âm tính (khen thưởng, gây ghét sợ...).

Như vậy, có thể nhận định **nghiện heroin là một trạng thái nhiễm độc heroin mạn tính xuất hiện theo cơ chế phản xạ có điều kiện thực thi, trên một người có khuynh hướng lạm dụng chất.** Và các phương pháp khử điều kiện của liệu pháp tập tính có thể đóng góp một phần vào kết quả điều trị trạng thái thèm và nhớ heroin vô cùng dai dẳng này.

CHƯƠNG IV

CÁC BỆNH CẢNH LÂM SÀNG CỦA NGHIỆN HEROIN

Heroin là một chất hướng thần độc hại, nếu lạm dụng sẽ gây ra nhiều rối loạn tâm thần và biến đổi nhân cách cũng như nhiều rối loạn cơ thể. Dùng quá liều có thể gây tử vong.

Ba bệnh cảnh được quan tâm nhiều nhất có liên quan đến các phương thức sử dụng heroin:

- Trạng thái nhiễm độc cấp.
- Trạng thái nhiễm độc mạn
- Trạng thái cai.

1. TRẠNG THÁI NHIỄM ĐỘC HEROIN CẤP TÍNH

1. Một liều dùng heroin gây ra 2 hiệu quả

- Trước tiên xuất hiện cảm giác cực kỳ thoải mái (khoái cảm) ngay sau khi dùng ("flash", bùng sáng), kéo dài

khoảng vài phút: **người nóng ran** kèm theo một **cảm giác** **sảng khoái** cao độ ở vùng bụng dưới như là cực **khoái** trong hoạt động tình dục (orgasm). Các biểu hiện trên thường xuất hiện trong giai đoạn đầu sử dụng heroin, lâu ngày cảm giác này có khuynh hướng giảm dần hay biến mất. Người nghiện luôn thèm nhớ cảm giác này và luôn tìm cách đạt được nó. Chính vì vậy, một số người đã tăng nhanh liều và tiêm tĩnh mạch nhanh để đạt được hiệu quả. Đây chính là nguyên nhân gây tử vong do quá liều thường gặp ở người nghiện heroin.

- Một hiệu quả khác quan trọng hơn và bền vững hơn đó là **cảm giác yên dịu**: mọi đau khổ như đã tan biến, những khó khăn của cuộc sống như đã được đẩy lùi, lo âu về ngày mai không còn, không gian và thời gian như thu hẹp, bằng lòng với hiện tại, đồng tử co lại, tâm thần lơ mơ, miệng khô, nhịp thở giảm, tim đập chậm, huyết áp giảm, dấu hiệu ngủ gà. Trạng thái này có thể kéo dài, tùy thuộc vào liều lượng heroin sử dụng và nồng độ heroin trong huyết tương.

2. Trạng thái lâm sàng của sử dụng heroin quá liều (nhiễm độc cấp)

Biểu hiện **sững sờ**, **hôn mê** với **suy hô hấp**, **trụy tim mạch**, hạ thân nhiệt, đồng tử co lại rất hẹp. Nếu không được cấp cứu kịp thời bằng trợ hô hấp, trợ tim mạch hoặc dùng naloxone **người nghiện sẽ tử vong**.

Những trường hợp có nguy cơ sử dụng quá liều:

- Tiêm tĩnh mạch liều cao, và tiêm nhanh nhằm tìm kiếm hiệu quả "cực khoái".
- Những người đã cai nghiện heroin (do đã mất khả năng dung nạp cao) nay dùng lại heroin với liều cao như trước khi cai.
- Những người đang điều trị chống tái nghiện bằng naltrexone (đã mất khả năng dung nạp cao) nay bỏ naltrexone và dùng lại heroin như trước cũng có nguy cơ bị tai biến quá liều. Hoặc đang uống naltrexone mà vẫn đồng thời sử dụng heroin với liều cao để tìm kiếm hiệu quả của heroin sẽ bị tai biến quá liều và tử vong.
- Ngoài ra không loại trừ một số đối tượng sử dụng heroin liều cao để tự sát.

II. TRẠNG THÁI NHIỄM ĐỘC HEROIN MẠN TÍNH

Nghiện heroin thực chất là một trạng thái nhiễm độc mạn tính. Các trạng thái cơ bản của nghiện heroin (dung nạp, lệ thuộc cơ thể, lệ thuộc tâm thần) đã được trình bày chi tiết ở chương I và III. Ở đây xin trình bày thêm những **rối loạn cơ thể** đi kèm trạng thái nhiễm độc mạn tính này:

- Các rối loạn tiêu hóa: chán ăn, buồn nôn, nôn, táo bón xen kẽ với đi rữa.
- Các rối loạn tiết niệu: đái khó, đái rất.
- Các rối loạn thần kinh: nhức đầu, chóng mặt, run, giật cơ, dị cảm.

36. Ch IV. Các bệnh cảnh lâm sàng của nghiện heroin

- Nhiễm khuẩn các loại: ghẻ lở, apxe, loét tĩnh mạch, viêm nội tâm mạc, nhiễm trùng máu, viêm gan B, C,...
- Đặc biệt nghiêm trọng là lây nhiễm HIV/AIDS do dùng chung bơm và kim tiêm với các đối tượng nghiện heroin khác đã bị nhiễm HIV.

III. TRẠNG THÁI CAI HEROIN

Trạng thái cai cũng đã được trình bày ở chương I (trạng thái cai) và ở chương III (cơ sở sinh học của trạng thái cai). Ở đây xin nói thêm về các **diễn biến lâm sàng** qua các giai đoạn:

- Trong giai đoạn đầu của trạng thái cai (từ 6 - 8 giờ sau lần tiêm heroin cuối cùng) bệnh nhân bắt đầu ngáp, vã mồ hôi, chảy nước mắt, nước mũi và lo lắng cao độ. Bệnh nhân thấy thèm heroin, xuất hiện xung động tìm heroin mỗi lúc một tăng. Tiếp đến giãn đồng tử, nổi da gà, trong người cảm thấy lúc nóng lúc lạnh, cơ bắp co thắt, run, mất ngủ hay giấc ngủ không yên, luôn thức giấc.
- Từ 18 đến 24 giờ sau lần tiêm cuối cùng, xuất hiện buồn nôn hay nôn, mạch, huyết áp, nhịp thở đều tăng, có thể có sốt nhẹ.
- Sau từ 24 đến 48 giờ, xuất hiện đi rửa và trạng thái mất nước, dị cảm mạnh.
- Sau từ 48 đến 72 giờ các triệu chứng ở giai đoạn nói trên tăng đến đỉnh điểm sau đó giảm dần.

- Sau từ 7 đến 10 ngày mặc dù không điều trị, các triệu chứng đã nêu ở trên cũng dần dần biến mất. Một số rối loạn chức năng nhẹ có thể còn tồn tại nhiều tháng.

IV. CÁC BIỂU HIỆN SỚM CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIỆN HEROIN

Chúng tôi xin đề cập một số biểu hiện giúp phát hiện sớm và cần phải quan tâm "săn sóc đặc biệt" đối tượng nghiện heroin.

1. Biểu hiện chung

- Xa lánh, từ chối tiếp xúc với những người xung quanh.
- Không quan tâm tới cách ăn mặc (cẩu thả, bẩn thỉu).
- Thay đổi bạn bè, quan hệ với các đối tượng nghiện ma túy.
- Biến đổi cảm xúc rõ rệt: mất hứng thú với công việc, với sở thích cá nhân, trầm cảm, hung bạo v.v.
- Thay đổi tính cách so với trước kia (cười nói bất thường).
- Có nhiều biểu hiện nói dối.
- Có các mùi khó chịu, các vết bẩn trên người, trên quần áo.

2. Biểu hiện ở trường

- Kém tham gia các hoạt động ở trường.
- Không thích thú trong học tập.
- Ăn cắp ở trường lớp.
- Trong giờ học thờ ơ, kém tập trung.
- Hoạt động bất thường khi nghỉ giải lao hoặc sau khi vào nhà vệ sinh ra.

3. Biểu hiện ở nhà

- Ăn kém.
- Không tôn trọng giờ giấc (về nhà muộn).
- Thường xuyên vắng nhà.
- Thay đổi thái độ, cư xử với người thân.

CHƯƠNG V

CÁC TÁC HẠI CỦA NGHIỆN HEROIN

Như đã trình bày ở các phần trước, heroin là một loại ma túy mạnh gây dung nạp nhanh và cao, gây lệ thuộc cơ thể cũng như lệ thuộc tâm thần, gây nhiễm độc cấp và mạn. Việc điều trị cũng gặp rất nhiều khó khăn do tỷ lệ tái nghiện cao.

Do các đặc tính vừa nêu trên, người nghiện lúc đầu chỉ hút, hít heroin mỗi ngày một lần nhưng càng về sau liều lượng càng tăng cao, số lần sử dụng cũng phải tăng thêm. Rồi phải chuyển sang chích mới có thể đạt được hiệu quả ban đầu. Sau vài giờ thoải mái dễ chịu người nghiện lại cảm thấy thiếu thuốc, thèm thuốc và lại đi tìm kiếm heroin. Sau khoảng 6 - 8 giờ nếu không có heroin các triệu chứng cơ thể của hội chứng cai bắt đầu xuất hiện buộc người nghiện phải bằng mọi giá tìm cho kỳ được heroin. Cứ vậy

40. Ch V. Các tác hại của nghiện heroin

người nghiện không còn thời gian để làm việc gì khác. Tác hại của nghiện heroin được thể hiện trên nhiều mặt: sức khỏe, công việc, kinh tế, gia đình, xã hội.

I. VỀ SỨC KHỎE

Người nghiện chán ăn dẫn đến **gầy sút**, sợ lạnh nên lười vệ sinh thân thể dễ bị các bệnh da liễu, **bệnh lao**, các bệnh nhiễm khuẩn do tiêm chích không vô trùng (viêm nội tâm mạc, nhiễm trùng máu). Luôn có **nguy cơ bị sốc** do tiêm thuốc nhanh và quá liều. Đặc biệt dùng chung bơm kim tiêm và tình dục không an toàn dễ bị lây truyền các bệnh hoa liễu, viêm gan B, C, HIV/AIDS.

Theo nghiên cứu của chúng tôi, ở nhóm bệnh nhân điều trị bằng methadone, tỷ lệ viêm gan B và C trước khi vào điều trị là 41,17% (trên 68 bệnh nhân) và ở nhóm bệnh nhân điều trị naltrexone tỷ lệ viêm gan B và C trước khi vào điều trị là 54,04% (trên 235 bệnh nhân).

Về mặt tâm thần **nghiện heroin thường gây biến đổi nhân cách theo hướng xấu** do ảnh hưởng của nhóm bạn nghiện: thiếu kìm chế cảm xúc, thường xuyên xung đột với gia đình, lừa dối mọi người, không quan tâm tới con cái, từ bỏ mọi ham muốn, sợ thích trước kia, thiếu tinh thần trách nhiệm, thường xuyên ở trong tình trạng nhiễm độc (tâm thần lơ mơ, đi loạng choạng, dễ bị tai nạn hoặc gây tai nạn cho người khác). Ngoài ra còn có thể có các rối loạn tâm thần khác như lo âu, trầm cảm, hoang tưởng ảo giác... v.v.

II. VỀ CÔNG VIỆC

Do phần lớn thời gian dành cho việc tìm kiếm và sử dụng heroin nhằm giải quyết tình trạng đói thuốc, **người nghiện luôn chảnh mắng, không tập trung vào công việc và học tập**, không tuân thủ giờ giấc, nội qui nên dẫn đến mất việc, hoặc phải bỏ học. Nghiên cứu của chúng tôi trên 2 nhóm bệnh nhân được điều trị thay thế bằng methadone và chống tái nghiện bằng naltrexone đã chỉ ra rằng: trước nghiện 78,4% có nghề nghiệp hoặc đi học nhưng sau nghiện 72,5% không nghề nghiệp hoặc bỏ học. Một nhóm khác: trước nghiện 58,1% có việc làm thường xuyên và sau khi nghiện chỉ còn 18,6% có việc làm thường xuyên.

Điều này chứng tỏ rằng có ít nhiều khả năng vì không có việc làm, giao du với bọn xấu, rồi dẫn tới nghiện ma túy. Nhưng chắc chắn **nghiện ma túy tất yếu sẽ dẫn tới mất việc làm**.

III. VỀ KINH TẾ

Số tiền người nghiện phải chi cho heroin ngày càng nhiều do phải tăng liều và tăng số lần sử dụng trong khi thu nhập từ lao động ngày càng giảm thậm chí không kiếm ra tiền. Chính sự mâu thuẫn này đã dẫn người nghiện tới chỗ lừa dối mọi người để có tiền tiêu cho heroin. Tiếp theo đó là bán đồ đạc cá nhân, rồi đồ đạc của gia đình. Khi không còn gì để bán được nữa thì ăn cắp, ăn trộm ngoài xã hội, cướp giật, giết người, mại dâm, buôn bán ma túy v.v. Cũng theo nghiên cứu của chúng tôi ở 68 bệnh nhân trước điều trị bằng methadone phải chi trung bình

42. Ch V. Các tác hại của nghiện heroin

300.000đ/người/ngày cho ma túy và ở 50 bệnh nhân trước điều trị bằng naltrexone phải chi trung bình 150.000đ/người/ngày cho ma túy so với mức lương tối thiểu vào thời điểm đó là khoảng 180.000 đ/tháng.

IV. VỀ GIA ĐÌNH

Bệnh nhân thường xuyên nói dối, thức đêm ngủ ngày, ăn kém, không tôn trọng giờ giấc sinh hoạt trong gia đình, luôn đi đêm về hôm, thay đổi thái độ với mọi người trong gia đình, không hoàn thành trách nhiệm của mình với các thành viên khác trong gia đình. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi trên 86 bệnh nhân: theo báo cáo của gia đình có tới 89% số bệnh nhân có hành động vi phạm trong gia đình ở các mức độ khác nhau: từ bán đồ dùng cá nhân, nói dối để có tiền, lấy tiền của gia đình, bán đồ dùng của gia đình tới đe dọa cưỡng ép người thân để có tiền. Hơn thế ở một nghiên cứu khác trên 50 bệnh nhân tỷ lệ này là 100%.

V. VỀ MẶT XÃ HỘI

Một số người nghiện bắt đầu buôn bán ma túy để bù đắp những chi phí cho heroin. Số khác có thể lao vào từ mại dâm, ăn cắp, ăn trộm, đến tham gia các băng nhóm tội phạm, cướp giật, giết người. Một số người nghiện thuộc gia đình có tài sản, đầu tiên bán đồ dùng cá nhân, rồi lừa dối người thân để có tiền, rồi lấy trộm tiền của gia đình, bán đồ đạc của gia đình. Số khác được thừa kế tài sản lớn cũng dần bán đi hết để chi cho heroin và kết cục là sống ngoài lề xã hội.

Theo báo cáo của Thường trực ủy ban phòng chống ma túy Quốc gia năm 2000: hiện cả nước có trên 70.000 người nhiễm HIV/AIDS, trong đó trên 60% liên quan tới tiêm chích ma túy. Đây là những con số hết sức báo động, nó không chỉ có vấn đề tội phạm mà còn có nguy cơ bùng phát đại dịch HIV/AIDS ra toàn xã hội.

Những **thiệt hại do người nghiện ma túy gây ra cho xã hội** bao gồm nhiều mặt:

Về kinh tế: giảm sút nguồn lực lao động, gây phí tổn to lớn trong công tác cai nghiện và chống tái nghiện cũng như công tác dự phòng.

Về trật tự an toàn xã hội: bị đe dọa do các hành vi tội phạm rất đa dạng (buôn bán ma túy, lừa đảo, cướp giết, băng nhóm xã hội đen v.v).

Về mặt văn hóa: hủy hoại nếp sống lành mạnh trong các gia đình và trong cộng đồng.

Một thí dụ để minh họa: thời gian qua thành phố Hồ Chí Minh đã đưa đi điều trị tập trung khoảng 25.000 người nghiện với thời hạn 5 năm. Vấn đề này có nhiều lý do khác nhau nhưng lý do bức xúc nhất có thể là vấn đề tội phạm liên quan tới sử dụng ma túy đã ảnh hưởng lớn tới trật tự an toàn thành phố cũng như tới đầu tư nước ngoài vào thành phố.

CHƯƠNG VI

TỔNG QUAN VỀ ĐIỀU TRỊ NGHIỆN HEROIN

I. ĐIỀU TRỊ NGHIỆN HEROIN TRÊN THẾ GIỚI

Nghiện chất dạng thuốc phiện là loại hình nghiện ma túy phổ biến nhất và lâu đời nhất trên thế giới. Hầu hết nước nào cũng phải đối phó với nghiện thuốc phiện và nghiện morphine trước kia và nghiện heroin hiện nay.

Nghiện chất dạng thuốc phiện là một trạng thái bệnh lý phức tạp do nhiều nguyên nhân kết hợp với nhau gây ra, rất khó thanh toán và đã lần lượt làm thất bại nhiều chiến lược và phương pháp điều trị khác nhau.

Như đã nói ở các chương trước, nghiện heroin hình thành theo cơ chế phản xạ có điều kiện thực thi của Skinner. Điểm quan trọng của cơ chế này là một hành vi có hiệu quả thường đạt được sau các quá trình thăm dò, làm thử và sửa chữa. Cũng vậy các **phương pháp điều trị thay thế bằng methadone và điều trị đối kháng bằng naltrexone đang phổ biến hiện nay trên thế giới là kết quả rút kinh nghiệm từ những thất bại của các phương pháp khác** như phân phát đại trà chất dạng thuốc phiện cho đối tượng nghiện, điều trị tập thể đơn phương, điều trị tâm lý thiếu kết hợp v.v. Một thí dụ điển hình để minh họa có thể lấy từ quá trình điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện ở Mỹ từ đầu thế kỷ 20 đến nay.

1. Điều trị nghiện heroin ở Mỹ

Vào năm 1900 có khoảng 300.000 người nghiện chất dạng thuốc phiện. Đa số bị nghiện do sử dụng các chất dạng thuốc phiện theo đơn của thầy thuốc. Nhiều trại điều dưỡng đã thành lập để cai nghiện nhưng đa số bệnh nhân đã tái nghiện sau khi ra trại. Qua rút kinh nghiệm, một giải pháp mới được đề xuất: quản lý chặt chẽ các chất dạng thuốc phiện và yêu cầu thầy thuốc phải hết sức thận trọng khi kê đơn các chất dạng thuốc phiện. Từ đó, số lượng người nghiện chất dạng thuốc phiện mới mắc đã giảm đáng kể.

Tuy nhiên số người nghiện cũ và mới vẫn không có cách điều trị mang lại kết quả mong muốn.

Từ năm 1912 -1919, 44 trung tâm **phân phát morphine** (và cocaine) cho đối tượng nghiện đã được thành lập. Sau nhiều

năm thực hiện, phương pháp điều trị này không mang lại kết quả và cuối năm 1923 các trung tâm nói trên buộc phải đóng cửa. Và các tội phạm ma túy vẫn tiếp tục gia tăng.

Năm 1936 chuyển hướng sang thành lập các cơ sở **điều trị bắt buộc**, thu nhận cả bệnh nhân tự nguyện lẫn bệnh nhân bắt buộc điều trị theo luật định. Thời gian điều trị trung bình là 6 tháng, có thể kéo dài tùy theo từng trường hợp. Tuy nhiên qua các nghiên cứu, phương pháp điều trị này cũng không có kết quả. Một nghiên cứu trên 1922 đối tượng điều trị bắt buộc từ 1 - 4,5 năm cho thấy tỷ lệ tái nghiện là 93%. Một nghiên cứu khác trên 453 đối tượng điều trị bắt buộc từ 6 tháng đến 5 năm có tỷ lệ tái nghiện cao hơn là 97%.

Sau chiến tranh thế giới lần 2 số người nghiện chất dạng thuốc phiện tăng nhanh, tội phạm ma túy ngày càng nhiều và càng trầm trọng, các trung tâm điều trị bắt buộc và các trại giam đã trở nên quá tải.

Trong tình hình ngày càng bức xúc này, nhiều tác giả đi sâu nghiên cứu tìm các phương pháp điều trị hữu hiệu hơn. Và thành công đã đến với hai tác giả Dole và Nyswander với **phương pháp điều trị thay thế bằng methadone** (New York, 1964). Qua nhiều năm liên tục thử nghiệm và đánh giá, đến năm 1985, liệu pháp methadone đã được chính phủ Mỹ công nhận có hiệu lực, **chương trình methadone được xem là quốc sách** và được triển khai áp dụng trong cả nước. Năm 2002, có khoảng 150.000 đối tượng được điều trị trong 750 trung tâm. Liệu pháp methadone đã làm giảm tỷ lệ lây truyền

bệnh qua tiêm chích ma túy nhất là HIV/AIDS trong cộng đồng những người nghiện.

Sau này, liệu pháp thay thế bằng methadone được bổ sung **liệu pháp thay thế bằng LAAM** (một chất methadone có tác dụng kéo dài) và **liệu pháp thay thế bằng buprenorphine** (một chất vừa đồng vận vừa đối kháng với heroin).

Năm 1973, xuất hiện một phương pháp **chống tái nghiện heroin bằng chất đối kháng naltrexone**. Liệu pháp naltrexone, đứng hàng thứ 2 sau liệu pháp methadone, cũng đã được áp dụng ở Mỹ và nhiều nước trên thế giới và có tác dụng tốt đối với những đối tượng có động cơ cao (đối tượng còn nghị lực phấn đấu, học sinh, sinh viên, công nhân viên chức còn muốn tiếp tục học tập và công tác).

2. Điều trị nghiện heroin ở các nước châu Âu

Các nước châu Âu cũng chịu những thất bại tương tự như nước Mỹ trong quá trình tìm kiếm các phương pháp chống tái nghiện heroin. Do vậy **liệu pháp methadone đã nhanh chóng được đa số các nước châu Âu hoan nghênh và áp dụng**. Theo số liệu năm 1994, liệu pháp methadone chiếm ưu thế tuyệt đối ở Hà Lan. Ở Thụy Sĩ có 3000 cơ sở điều trị bằng methadone. Ở Tây Ban Nha có 5000 cơ sở, ở Đức có 4000 cơ sở. Đa số là các cơ sở nhỏ, chủ yếu điều trị ngoại trú. Cũng như ở Mỹ, ở châu Âu ngoài liệu pháp methadone ra nhiều cơ sở còn áp dụng liệu pháp LAAM và buprenorphine hoặc liệu pháp naltrexone. **Xu hướng chung hiện nay là không dùng liệu pháp thay thế hay liệu pháp đối kháng đơn**

độc mà thường kết hợp với các liệu pháp phục hồi chức năng lao động và chức năng tâm lý xã hội và các liệu pháp tâm lý (liệu pháp gia đình, liệu pháp nhận thức - tập tính, liệu pháp nhóm v.v).

Riêng ở Pháp, trước kia liệu pháp methadone không được hoan nghênh do quan điểm cho rằng không nên thay một nghiện chất dạng thuốc phiện này bằng nghiện một chất dạng thuốc phiện khác. Nhưng trước tình hình số lượng người nhiễm HIV do tiêm chích heroin ngày càng tăng và tăng nhanh, năm 1994 chính phủ Pháp đã cho tăng từ 52 cơ sở lên 300 cơ sở điều trị methadone và đến năm 1996 số đối tượng nghiện heroin được điều trị thay thế bằng methadone và buprenorphine đã lên đến 30.000 người.

3. Điều trị nghiện heroin ở các nước thuộc khu vực Tây Thái Bình Dương

Hồng Kông là nơi đã áp dụng sớm nhất liệu pháp methadone (từ năm 1972) nên đạt được kết quả lớn hơn so với các nước trong khu vực, đã giữ được tỷ số nhiễm HIV thấp nhất trong số những người nghiện chất dạng thuốc phiện.

Ở Úc, liệu pháp methadone cũng sớm được áp dụng (từ năm 1969). Đầu thập kỷ 1980 của thế kỷ trước có khoảng 3000 đối tượng được điều trị bằng methadone và đến đầu năm 1993 số lượng tăng đến 13.000 người. Cuối năm 1993 liệu pháp methadone đã được chính phủ Úc nâng lên thành một quốc sách. Năm 1997 quốc sách này được xem xét lại và tiếp tục được thừa nhận cho đến ngày nay.

Ở Trung Quốc, liệu pháp methadone cũng đã bắt đầu được áp dụng ở 6 tỉnh từ cuối thập kỷ 90 (của thế kỷ 20) và đang được xem xét đánh giá dựa trên kinh nghiệm của Hồng Kông nhằm mở rộng áp dụng cho các địa phương khác.

II. ĐIỀU TRỊ NGHIỆN HEROIN Ở NƯỚC TA

Từ năm 1990, nhiều phương pháp điều trị cắt cơn và điều trị chống tái nghiện heroin đã được áp dụng: thuốc hướng thần, các bài thuốc dân tộc cổ truyền, châm cứu v.v... Các phương pháp trên đã hỗ trợ phần nào cho điều trị cắt cơn nghiện. Nhưng **chưa mang lại hiệu quả cho điều trị chống tái nghiện**. Bằng chứng là theo báo cáo của Ủy ban quốc gia phòng chống ma túy năm 2002, tỷ số tái nghiện tăng đến 90% hay cao hơn nữa.

Từ năm 1996, Viện sức khỏe Tâm thần (Bệnh viện Bạch Mai) đã bắt đầu **ngiên cứu áp dụng liệu pháp thay thế bằng methadone**. Sau đó liệu pháp cũng được triển khai nghiên cứu ở Bệnh viện Tâm thần Hải Phòng và Trung tâm Sức khỏe Tâm thần tỉnh Tiền Giang. Liệu pháp đã mang lại nhiều kết quả đáng khích lệ, đã được Viện Sức khỏe Tâm thần tổng kết, đánh giá và báo cáo Bộ Y tế năm 2003.

Từ giữa năm 2002 đến nay, Viện Sức khỏe tâm thần **ngiên cứu áp dụng liệu pháp đối kháng naltrexone**. Nghiên cứu này cũng cho kết quả tốt và đã được nghiên cứu áp dụng ở một số địa phương (Trung tâm Xanh thành phố Hồ Chí Minh, Trung tâm Sức khỏe Tâm thần tỉnh Tiền Giang v.v...). Kết quả bước đầu đã được báo cáo tại một hội thảo ở Hà Nội (2003) và tại hai hội thảo ở thành phố Hồ Chí Minh (2003, 2004).

III. ĐẶC ĐIỂM BỆNH LÝ CỦA NGHIỆN HEROIN

Điểm qua tình hình điều trị nghiện heroin trên thế giới và trong nước, chúng ta thấy rõ điều trị nghiện heroin là một công tác lâu dài, gian khổ, phức tạp nhưng khó đạt được kết quả hoàn toàn và nguy cơ tái nghiện có thể xảy ra bất cứ lúc nào.

Không đạt được kết quả có thể do các nhân tố sau đây:

- Quan niệm chưa đúng về các đặc điểm bệnh lý của nghiện heroin.
- Chưa có chiến lược điều trị lâu dài và lồng ghép.
- Chưa có cấu trúc thích hợp về cơ sở tiếp nhận đối tượng nghiện và phương thức điều trị cho từng đối tượng.

Quan niệm đúng về các đặc điểm bệnh lý của nghiện heroin có tầm quan trọng đặc biệt. Quan niệm đúng không thể có ngay mà phải xuất hiện từ kinh nghiệm của những lần thất bại. Kinh nghiệm rút ra từ tình hình điều trị nghiện heroin ở Mỹ đã trình bày ở trên đã chứng minh điều này.

Hiện nay trên thế giới vẫn còn nhiều quan niệm, nhiều cách tiếp cận khác nhau về nghiện heroin. Cách tiếp cận của Veron Johnson được nhiều tác giả đồng tình nhất và thể hiện qua 7 đặc điểm bệnh lý sau đây:

(1) Nghiện heroin là một bệnh nguyên phát

Trước hết nghiện heroin là một bệnh đã được phân loại vào mục F11, phần các rối loạn tâm thần của bảng phân loại bệnh quốc tế của Tổ chức Y tế thế giới (1992).

Nghiện heroin không phải là một bệnh thứ phát sau một bệnh cơ thể hay tâm thần mà là một bệnh nguyên phát do heroin (nguyên nhân sinh học) kết hợp với các nguyên nhân tâm lý và xã hội gây ra.

Đã là một bệnh thì việc làm trước tiên là phải điều trị. Có điều trị thì các vấn đề khác (việc làm, học tập, hòa giải trong gia đình) mới được cải thiện.

(2) Nghiện heroin là một bệnh mạn tính

Nghiện heroin không thể chữa khỏi nhanh chóng được. Môi trường xung quanh còn có khả năng cung cấp heroin thì đối tượng còn có nguy cơ tái nghiện và bệnh còn kéo dài (mạn tính). Chỉ khi nào liệu pháp sinh học làm cho hết thèm và liệu pháp tâm lý phát huy tác dụng, đối tượng tập luyện có kết quả, có đầy đủ quyết tâm và nghị lực từ bỏ heroin suốt đời thì bệnh mới có thể xem như là khỏi hẳn.

(3) Nghiện heroin là một bệnh tiến triển

Nghiện heroin càng để lâu không điều trị thì bệnh tiến triển ngày càng xấu hơn do lượng heroin liên tục vào cơ thể ngày càng cao, gây nhiễm độc mạn tính và nhiều tác hại khác như đã trình bày trong chương V.

(4) Nghiện heroin là một bệnh có thể gây chết người

Nếu không được điều trị, nghiện heroin có thể gây tử vong không phải do tác động của heroin vào các cơ quan nội tạng mà do những rối loạn hành vi của đối tượng nghiện: tai nạn giao thông, tiêm chích gây ra nhiễm trùng huyết và

lây nhiễm HIV/AIDS, tự sát, bị trọng thương khi đi cướp giật v.v...

(5) Nghiện heroin là một bệnh có thể chữa được

Nghiện heroin là một bệnh khó chữa khỏi nhưng vẫn có thể chữa được nếu chiến lược điều trị thích hợp, đem lại lòng tin cho đối tượng, đưa dần đối tượng đến chỗ quyết tâm sửa chữa (không dùng heroin nữa). Ngoài ra nếu có sự động viên và giúp đỡ của gia đình và cộng đồng về các mặt (tài chính, việc làm, không kỳ thị v.v...) thì điều trị có kết quả nhiều hơn.

(6) Nghiện heroin khó điều trị do tâm lý từ chối chữa bệnh của đối tượng-nghiện

Từ chối chữa bệnh là một đặc điểm tâm lý rất phổ biến của những đối tượng nghiện heroin. Có nhiều nguyên do:

- Trước hết đối tượng **không muốn và không thể bỏ cảm giác sảng khoái** bền vững do sử dụng heroin lâu ngày đem lại.
- Đối tượng nghiện không chịu đựng nổi những phản ứng của gia đình và cộng đồng, những khó khăn của cuộc sống, tìm cách ngày càng lẩn trốn vào chất ma túy, **không muốn và không dám điều trị để trở lại thực tại** mà đối tượng không thích nghi được nữa.
- Nếu đối tượng cảm nhận được sự dung túng của những người thân thì càng từ chối mạnh hơn và dai dẳng hơn.

- Chính sự từ chối chữa bệnh của đối tượng (và "sự dung túng" của gia đình trong một số trường hợp) đã hình thành và duy trì phương thức điều trị bắt buộc ở nhiều nước trên thế giới hiện nay.

(7) Nghiện heroin tiến triển xấu do hành vi dung túng của người thân

Người thân ở đây kể cả các thành viên trong gia đình, bạn bè thân cận và bạn đồng nghiệp của đối tượng nghiện.

Hành vi dung túng là những hành vi có hậu quả giúp cho đối tượng nghiện tiếp tục sử dụng heroin dễ dàng hơn.

Hành vi dung túng rất đa dạng bao gồm nhiều loại như:

- Gia đình không khai báo về việc sử dụng heroin của đối tượng với chính quyền nơi cư trú theo như luật định.
- Gia đình bảo lãnh cho đối tượng khỏi phải đi điều trị bắt buộc, khỏi bị truy tố về những hành vi phạm pháp.
- Gia đình không theo dõi, kiểm tra những hành vi nghi có liên quan đến sử dụng heroin của đối tượng, không nghiêm khắc phát hiện và đối chất những lời nói dối của đối tượng, vẫn cung cấp nhiều tiền cho đối tượng tiêu xài.
- Bạn đồng nghiệp che dấu hành vi sử dụng heroin của đối tượng ở công sở.
- Bạn thân làm chứng giả cho những lời nói dối của đối tượng.

Như vậy, ta thấy rõ một nhiệm vụ quan trọng của liệu pháp gia đình là phát hiện và giúp sửa chữa những hành vi

dùng tống của các thành viên trong gia đình có người nghiện.

7 đặc điểm bệnh lý của Johnson vừa trình bày có thể và cần được tham khảo khi xây dựng chiến lược điều trị nghiện heroin.

IV. CHIẾN LƯỢC ĐIỀU TRỊ LÂU DÀI VÀ LỒNG GHÉP ĐỐI VỚI NGHIỆN HEROIN

1. Điều trị lâu dài

- Trong điều trị nghiện heroin cần phân biệt rõ **điều trị cắt cơn** (ngắn hạn) và **điều trị chống tái nghiện** (lâu dài).
- Điều trị cắt cơn tương đối dễ, có thể đạt kết quả trong vòng 2 tuần. Nhưng cắt cơn chỉ là một khâu nhỏ không cơ bản của quá trình điều trị nghiện heroin. Cắt cơn xong mà không có các biện pháp chống tái nghiện tiếp theo thì đối tượng ngay lập tức sẽ sử dụng heroin trở lại. Con số từ 90-100% tái nghiện trong toàn quốc đã cho thấy chiến lược không phù hợp của nhiều cơ sở điều trị nghiện ma túy.
- **Chiến lược phòng chống ma túy** toàn cầu cũng đã phải thay đổi. Lúc đầu chiến lược chung là **cắt đứt mọi nguồn cung cấp chất ma túy**, từ đó sẽ không còn người nghiện ma túy nữa. Nhưng hơn nữa thế kỷ qua đã chứng tỏ là không những không cắt đứt được nguồn cung cấp ma túy mà khối lượng chất ma túy vào các nước ngày càng tăng. Do đó chiến lược phải đổi thành "**giảm cung**

và giảm cầu". Giảm cầu là điều trị cho đối tượng khỏi thèm chất ma túy, không có nhu cầu về chất ma túy nữa. Nhưng thực tế cho thấy không giảm cầu được bao nhiêu mà hành vi gây hại của đối tượng nghiện ma túy ngày càng 'ăng và ngày càng nghiêm trọng. Do đó, chiến lược toàn cầu hiện nay là "**giảm hại**". **Liệu pháp methadone** riêng nó không chữa khỏi nghiện heroin nhưng nó là một liệu pháp quan trọng được áp dụng ở nhiều nước để **giảm hại**, trước hết để ngăn chặn lây nhiễm HIV do tiêm chích ma túy gây ra.

- Liệu pháp methadone là một trong những liệu pháp lâu dài. Trước mắt là **giảm hại** (đối tượng không thèm chất dạng thuốc phiện, không tìm kiếm heroin bằng mọi giá nữa), sau đó dần dần bằng các liệu pháp tâm lý giúp bệnh nhân nhận thức rõ bản thân, tin tưởng vào gia đình, cộng đồng và thầy thuốc, quyết tâm sửa chữa tập tính sử dụng heroin và tiến tới từ bỏ hẳn heroin. Đó là một quá trình phấn đấu lâu dài nhiều năm chứ không phải nhiều tháng hay nhiều ngày.

2. Điều trị lồng ghép

Trong nhiều thập kỷ qua đã xuất hiện nhiều phương pháp điều trị nghiện heroin, cả liệu pháp sinh học lẫn liệu pháp tâm lý. Hầu hết các tác giả đều muốn bảo vệ hiệu quả độc lập của phương pháp do mình xây dựng, cho rằng riêng nó đã có tác dụng không cần kết hợp với một liệu pháp nào khác. Thí dụ liệu pháp cộng đồng điều trị (Synanon) lúc đầu chỉ sử dụng

tác động qua lại giữa các đối tượng nghiện trong nhóm và tác động qua lại giữa đối tượng cũ (điều trị đã có kết quả) với đối tượng mới gia nhập nhóm, không cần đến sự can thiệp của bất cứ thầy thuốc nào. Hay ngược lại, nhiều nhà điều trị bằng liệu pháp methadone hoặc naltrexone không quan tâm đến các liệu pháp tâm lý. Nhưng với thời gian, việc kết hợp giữa liệu pháp sinh học với liệu pháp tâm lý và phục hồi chức năng lao động, chức năng tâm lý xã hội đã mang lại nhiều kết quả nên xu hướng hiện nay của các nhà điều trị là **lồng ghép các liệu pháp sinh học, tâm lý và xã hội** nói trên.

Căn cứ vào luật phòng chống ma túy (năm 2000) của nước ta kết hợp với chiến lược điều trị lâu dài và lồng ghép vừa trình bày, chúng ta có thể nghiên cứu xây dựng một cấu trúc mới về cơ sở và phương thức điều trị nghiện heroin, phù hợp với tình hình hiện nay của nước ta.

V. CẤU TRÚC CÁC CƠ SỞ VÀ PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ NGHIỆN HEROIN

Năm 1999, trong tình hình chưa tổng kết liệu pháp methadone, chưa nghiên cứu bước đầu liệu pháp naltrexone và chưa thực hiện liệu pháp gia đình và liệu pháp nhận thức tập tính, cấu trúc các cơ sở và phương pháp điều trị nghiện heroin ở nước ta chủ yếu dựa vào thông tư liên bộ Bộ Y tế và Lao động thương binh xã hội (20/12/1999) với những nét phác họa như sau:

1. Về cơ sở điều trị nghiện heroin

Có 2 loại: điều trị tự nguyện tại cộng đồng và điều trị bắt buộc tại các trung tâm thuộc ngành Lao động thương binh xã hội.

a. Điều trị tự nguyện tại cộng đồng

– Đối tượng điều trị:

- + Người mới nghiện, chưa vi phạm pháp luật hoặc vi phạm nhẹ.
- + Người nghiện mới ra trại điều trị bắt buộc, cần phải quản lý và điều trị tiếp ở cộng đồng.

b. Điều trị bắt buộc tại các trung tâm thuộc ngành Lao động thương binh xã hội

– Đối tượng điều trị:

- + Những đối tượng tái nghiện nhiều lần.
- + Những đối tượng vi phạm pháp luật nặng hay nhiều lần.
- + Đưa vào trung tâm phải tuân theo các thủ tục quy định ở Bộ luật phòng chống ma túy.

2. Về phương pháp điều trị

a. Tại cộng đồng

- **Cắt cơn:** bằng các thuốc hướng thần, các bài thuốc cổ truyền, châm cứu v.v.
- **Chống tái nghiện:** bằng hoạt động tư vấn, sinh hoạt câu lạc bộ, tạo điều kiện thuận lợi cho lao động nghề nghiệp.
- Chưa áp dụng các liệu pháp sinh học và tâm lý đặc hiệu.

b. Tại các trung tâm điều trị bắt buộc

- **Cắt cơn:** dùng các phương pháp tương tự như tại cộng đồng.
- **Chống tái nghiện:** dùng các liệu pháp tâm lý không chuyên sâu (liệu pháp tâm lý tập thể, liệu pháp tâm lý nhóm, liệu pháp tâm lý cá nhân), hoạt động tư vấn, giáo dục phục hồi nhân cách.
- Ngoài ra còn áp dụng các liệu pháp lao động, thể dục thể thao, vui chơi giải trí, dạy nghề, tạo việc làm.
- Chưa áp dụng các liệu pháp sinh học và tâm lý đặc hiệu (có nhiều tác dụng chống tái nghiện).

3. Một đề xuất bổ sung các phương pháp điều trị chống tái nghiện heroin

Như trên đã trình bày, hiện nay tại cộng đồng cũng như tại trung tâm điều trị bắt buộc, điều trị chống tái nghiện ít kết quả, phần lớn do thiếu các liệu pháp sinh học và liệu pháp tâm lý đặc hiệu.

Ở nước ta hiện nay hiệu quả của liệu pháp thay thế bằng methadone đã được tổng kết và liệu pháp đối kháng bằng naltrexone (nghiên cứu từ năm 2002) đã mang lại nhiều kết quả đáng khích lệ. Hai liệu pháp này đều thực hiện tốt trong điều kiện ngoại trú, có thể áp dụng chống tái nghiện ở các cơ sở tại cộng đồng nước ta.

Trong điều trị tại cộng đồng, liệu pháp gia đình có vai trò đặc biệt quan trọng. Nếu bổ sung liệu pháp gia đình hệ thống với

các kỹ thuật đúng quy trình thì kết quả chống tái nghiện chắc chắn sẽ lớn hơn.

Trong các trung tâm điều trị bắt buộc cũng cần bổ sung liệu pháp tâm lý nhóm (theo đúng các nguyên lý) và liệu pháp nhận thức tập tính (cải biên cho phù hợp với hoàn cảnh trong nước).

Sau đây chúng tôi xin trình bày **các đề xuất bổ sung nói trên** trong một sơ đồ cấu trúc các cơ sở và phương pháp điều trị nghiện heroin (trang bên).

CHƯƠNG VII

ĐIỀU TRỊ CẮT CƠN NGHIỆN HEROIN VÀ TẠI BIẾN QUÁ LIỀU HEROIN

I. ĐIỀU TRỊ TẠI BIẾN QUÁ LIỀU HEROIN

- **Biểu hiện** của tai biến quá liều: rối loạn ý thức, suy hô hấp, co đồng tử, hạ huyết áp.
- **Điều trị** bao gồm:
 - Trợ giúp hô hấp: biện pháp thông thường hoặc thở máy.
 - Tiêm tĩnh mạch naloxone (Narcan®) 1 ống 0,4mg ×1 lần tiêm, hoặc lần thứ 2 sau 5 phút hoặc truyền tĩnh mạch naloxone 2mg hoà trong 500ml dung dịch NaCl 9‰, tốc độ truyền thay đổi cho phù hợp với đáp ứng lâm sàng.

- Theo dõi lâm sàng: dựa trên **kích thước đồng tử**. **Có đồng tử** là dấu hiệu quan trọng của tai biến quá liều. **Giãn đồng tử** là dấu hiệu của quá liều naloxone hay của trạng thái trụy tim mạch và tím tái. Nếu đồng tử giãn rồi lại co cần phải tiêm lặp lại naloxone (do thời gian tác dụng của naloxone ngắn). Nếu không có kết quả lâm sàng sau 3 lần tiêm thì huỷ bỏ chẩn đoán quá liều heroin.

II. ĐIỀU TRỊ CẮT CƠN NGHIỆN HEROIN (VÀ CHẤT DẠNG THUỐC PHIỆN KHÁC)

Còn gọi là **giải độc**, điều trị trạng thái phụ thuộc về cơ thể, hay **điều trị hội chứng cai**.

1. Cơ chế của trạng thái phụ thuộc về cơ thể

Cơ chế này đã trình bày ở chương III. Chủ yếu là do tăng tổng hợp men adenylcyclase và chất AMP vòng sau khi cắt heroin. Ngoài ra, còn có hiện tượng tăng dẫn truyền noradrenaline sau khi cắt heroin.

2. Cai khô

Người nghiện mức độ nhẹ và vừa, có thể tự giảm dần liều chất dạng thuốc phiện đang dùng, rồi tiến tới cắt hoàn toàn chất dạng thuốc phiện. Các triệu chứng cai xuất hiện nhưng mức độ nhẹ dần và nếu chịu đựng được sẽ qua sau 7 -10 ngày mà không có biến chứng gì, **không cần thuốc trợ giúp**. Trong hoàn cảnh trại giam, **người nghiện heroin nặng** phải chịu cai khô nhưng **hội chứng cai cũng mất đi sau 2 tuần**.

3. Cắt cơn nghiện bằng các thuốc hướng thần

Có hướng dẫn điều trị của Viện Sức khỏe Tâm thần từ năm 1992. (xem phụ lục I).

- **Nếu đau nội tạng:** (cho các thuốc giảm đau tổng hợp không có chất dạng thuốc phiện).

Paracetamol 0,5g × 2 viên/1 lần × 2 - 3 lần/ngày

- Cho các thuốc **chống co thắt**

Spasfon 80 mg × 2 viên/ 1 lần × 3 lần/ngày

- **Nếu nôn:**

Primperan 10 mg × 1 viên/1 lần × 2 lần/ngày

- **Nếu lo âu nhiều** có thể cho:

Tisercine 25mg × 4 viên/1 lần, có thể 4 lần/ngày nếu cần.

- **Nếu kích động mạnh:**

Haldol 5 mg × 2 ống (tiêm bắp), có thể tới 3 lần/ngày.

Trong trường hợp có tác dụng phụ ngoại tháp do Haldol (rối loạn trương lực cơ cấp), nếu cần có thể cho Artane 2mg × 2 viên/1 lần, có thể cho 2 lần/ngày nếu cần.

4. Cắt cơn nghiện bằng Catapressan (clonidine)

Ở hệ dẫn truyền noradrenaline của não, các thụ thể alpha 2 có nhiệm vụ ức chế sự dẫn truyền của noradrenaline.

Heroin vào não, tác động vào các thụ thể alpha 2, làm tăng sự ức chế này và nồng độ noradrenaline giảm xuống. Khi cắt đột ngột heroin, sự ức chế bị giải tỏa nhanh, nồng độ noradrenaline cũng tăng cao đột ngột, kích thích mạnh các cơ quan nội tạng góp phần vào cơ chế của hội chứng cai.

Catapressan là một chất cũng tác động vào thụ thể alpha 2 tăng cường hoạt động ức chế của alpha 2, làm hạ nồng độ noradrenoline xuống, giúp cơ thể trở về trạng thái cân bằng và mất hội chứng cai. Catapressan có tác dụng hạ huyết áp.

– **Liều lượng và cách sử dụng:** (cần theo dõi chặt chẽ huyết áp).

Catapressan 0,15mg $\times$ 1/2 viên một lần, cứ 3 giờ một lần (liều hàng ngày từ 2 - 4 viên).

Khi huyết áp tối đa < 90mmHg hoặc mạch dưới 60lần/1phút thì lần uống thuốc tiếp theo có thể lùi lại 30 phút.

Ngừng điều trị bằng cách giảm dần liều kể từ ngày thứ 4.

Hạ huyết áp, yên dịu và đau đầu là những tác dụng không mong muốn thường gặp của Catapressan. Có thể khắc phục bằng cách giảm liều.

5. Cắt cơn nghiện bằng methadone

Methadone là một chất dạng thuốc phiện tổng hợp, có tác dụng đồng vận với heroin ở các thụ thể Mui ở não. Đặc điểm dược lý của methadone tương tự như morphine. Tuy nhiên nó có một số đặc điểm riêng nên được dùng để thay thế heroin:

– **Dung nạp chéo rất cao** đối với heroin.

– Hấp thu hoàn toàn qua đường uống (hiệu quả xuất hiện sau uống 30 phút, **đỉnh huyết tương** khoảng 3 giờ).

- Thời gian bán hủy dài (24 - 36 giờ) nên hội chứng cai xuất hiện chậm hơn rất nhiều so với heroin.

- Liều lượng và cách sử dụng:

- + Khi có các dấu hiệu khách quan của hội chứng cai heroin cho bệnh nhân uống 10mg methadone.
- + Nếu các dấu hiệu lâm sàng vẫn còn tồn tại sau 4 - 6 giờ cho uống tiếp 5mg hoặc 10mg methadone.
- + Nếu vẫn còn dấu hiệu lâm sàng sau 4 - 6 giờ, cho lặp lại 5 - 10mg methadone.
- + Tổng liều trong 24 giờ đầu không nên vượt quá 40mg.
- + Ngày thứ 2 bằng tổng liều ngày thứ nhất (uống 1 hoặc 2 lần/ngày).
- + Kể từ ngày thứ 3 giảm liều methadone, mỗi lần giảm 5mg.
- + Khi giảm liều methadone xuống thấp có thể xuất hiện một số triệu chứng như hội chứng cai, chúng ta có thể dùng kết hợp một số thuốc điều trị triệu chứng như trong phác đồ cắt cơn nghiện bằng thuốc hướng thần. Hoặc khi giảm liều methadone xuống dưới 20mg chúng ta có thể ngừng hoàn toàn methadone và chuyển sang dùng phác đồ cắt cơn nghiện bằng thuốc hướng thần (hay Catapressan) như đã nêu ở phần trước.

6. Cắt cơn nghiện nhanh bằng gây mê kết hợp với naltrexone
Dùng naltrexone nhằm thúc đẩy hội chứng cai xuất hiện nhanh và dứt điểm.

Gây mê giúp đối tượng chịu đựng dễ dàng hội chứng cai.

- Gây mê bằng méthohexitol hay propolol trong 6 giờ (có hỗ trợ của máy thở và hồi sức tích cực)
- Thúc đẩy hội chứng cai bằng naloxone rồi naltrexone liều 50mg/ngày.
- Khi có các biểu hiện của hội chứng cai, cắt cơn bằng Catapressan.

Cắt cơn nghiện nhanh sẽ rút ngắn được thời gian chịu đựng hội chứng cai: sau 48 giờ với morphine, heroin và sau 5 ngày với methadone. Thường chỉ áp dụng ở các cơ sở có trang bị gây mê hồi sức tốt.

7. Cắt cơn nghiện bằng các phương pháp khác

Nguyên lý chung cũng là giảm nhẹ các triệu chứng của hội chứng cai, giúp người nghiện vượt qua hội chứng cai dễ dàng hơn. Vấn đề này chỉ xin giới thiệu chứ không trình bày chi tiết do cơ chế tác dụng chưa rõ ràng, còn nhiều tranh luận:

- Cắt cơn nghiện bằng liệu pháp tâm lý: ám thị khi thức, ám thị trong giấc ngủ thôi miên.
- Cắt cơn nghiện bằng châm cứu, sốc điện v.v.
- Cắt cơn nghiện bằng các thuốc y học cổ truyền.

Nói chung có hiệu quả hỗ trợ người nghiện nhẹ. Đối với những người nghiện nặng thì kém hiệu quả, thường phải kết hợp với các phương pháp đã trình bày chi tiết ở phần trên.

III. SAU CẮT CƠN CẦN TIẾP TỤC ĐIỀU TRỊ LÂU DÀI VÀ CHỐNG TÁI NGHIỆN

Trạng thái cai hay trạng thái lệ thuộc về mặt cơ thể xuất hiện trên cơ sở rối loạn hóa sinh ở não (tăng tổng hợp adenylcyclase và tăng dẫn truyền noradrenaline). Rối loạn này đe dọa sự toàn vẹn của cơ thể. Bộ não con người là cơ quan tự điều chỉnh đặc biệt nhanh nhạy phải lập tức hoạt động để cân bằng lại các quá trình hóa sinh bị rối loạn này. Hoạt động cân bằng thường được hoàn thành trong một thời gian ngắn từ 10 - 15 ngày, không cần đến bất cứ loại thuốc men nào. Kết quả của phương thức cai khô là một bằng chứng.

Nhưng cắt cơn chưa phải là điều trị chủ yếu. **Chủ yếu là điều trị trạng thái lệ thuộc về mặt tâm thần**, trạng thái thèm heroin trường diễn **gây ra tái nghiện**, Đó là các phương pháp điều trị chống tái nghiện lâu dài:

- Điều trị bắt buộc tại các trung tâm thuộc Bộ Lao động thương binh xã hội.
- Điều trị thay thế bằng methadone và điều trị đối kháng bằng naltrexone.

Điều trị bắt buộc ở các trung tâm thuộc Bộ Lao động thương binh xã hội đã được trình bày qua ở chương VI, sẽ được nói thêm ở chương X và có thể tham khảo ở phụ lục II.

Sau đây xin trình bày đầy đủ về liệu pháp methadone và liệu pháp naltrexone.

CHƯƠNG VIII

ĐIỀU TRỊ THAY THỂ NGHIỆN HEROIN BẰNG METHADONE

Điều trị thay thế nghiện heroin (còn gọi là điều trị duy trì) bằng methadone đã được nghiên cứu áp dụng lần đầu tiên tại Mỹ năm 1964 và hiện nay đang là một trong những phương pháp điều trị phổ biến nhất cho những người nghiện heroin trên toàn thế giới (xem chương VI, tổng quan về điều trị nghiện heroin).

Do chưa có giải pháp điều trị khỏi hẳn cho những người nghiện heroin nên điều trị thay thế được coi là giải pháp tình thế nhằm làm giảm những thiệt hại cho người nghiện heroin 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 này là:

- Giảm sử dụng ma túy bất hợp pháp (heroin).
- Giảm các hành vi tội phạm.
- Cải thiện chất lượng cuộc sống của người nghiện.
- Giữ bệnh nhân trong chương trình duy trì điều trị.
- Giảm dùng chung bơm kim tiêm, từ đó giảm tỷ lệ nhiễm và lây truyền HIV, viêm gan B, C trong cộng đồng.
- Tạo thuận lợi cho phục hồi chức năng tâm lý xã hội và chức năng lao động của người nghiện.

I. CÁC CHẤT ĐƯỢC SỬ DỤNG TRONG ĐIỀU TRỊ THAY THẾ CHẤT DẠNG THUỐC PHIỆN

- Có 3 chất chính là **methadone**, **buprenorphine** và **LAAM** (levoalpha acetyl methadone).
- **Hiệu quả của các chất này trong việc điều trị nghiện heroin:**
 - Dự phòng được hội chứng cai heroin và làm giảm thèm muốn heroin.
 - Hấp thu tốt qua đường uống (hoặc ngậm dưới lưỡi với buprenorphine) nhưng **không gây ra nhiễm độc tâm thần cấp diễn** như nghiện chất dạng thuốc phiện.

- **Thời gian bán hủy dài** nên chỉ dùng một lần trong ngày là đủ (với methadone) và 2 ngày/1 lần (với buprenorphine và LAAM).
- Liên kết với các mô và được **thải trừ rất chậm** cho phép bệnh nhân duy trì sự ổn định các chức năng.
- **Ít gây khoái cảm** hơn các chất dạng thuốc phiện.

– **Ưu nhược điểm** chủ yếu của 3 chất này (xem bảng):

Chất thay thế	Ưu điểm	Nhược điểm
Methadone	• Hiệu quả cao với chống nghiện heroin • Giá rẻ • Chỉ sử dụng được đường uống	• Bệnh nhân tới cơ sở điều trị uống thuốc hàng ngày • Có nguy cơ tai biến quá liều
Buprenorphine	• Hiệu quả cao với chống nghiện heroin nhẹ và vừa hoặc thay thế sau methadone • Bệnh nhân tới cơ sở điều trị uống 3 lần/1 tuần (bán hủy dài) • Không gây tai biến quá liều do vừa đồng vận vừa đối vận với các thụ thể của morphine ở não	• Giá đắt hơn methadone • Có thể tiêm chích
LAAM (levoalpha acetyl methadone)	• Hiệu quả cao với nghiện heroin nặng • Tối cơ sở điều trị uống 3 lần/1 tuần (bán hủy dài) • Chỉ sử dụng đường uống	• Giá đắt hơn methadone • Có nguy cơ tai biến quá liều

74. Ch VIII. Điều trị thay thế nghiện heroin bằng methadone

– Ở Việt Nam chương trình điều trị thay thế nghiện chất dạng thuốc phiện bằng methadone chỉ mới được nghiên cứu tại Viện Sức khỏe tâm thần quốc gia - Bệnh viện Bạch Mai từ 1996 - 2002 có kết quả khả quan.

Hải Phòng và Tiền Giang là hai địa phương đã được áp dụng chương trình này dưới sự chỉ đạo của Viện Sức khỏe tâm thần cũng trong giai đoạn trên.

Hiện nay chương trình tạm dừng chờ ý kiến chỉ đạo của Chính phủ và Bộ Y tế.

II. MÔ HÌNH ĐIỀU TRỊ THAY THẾ BẰNG METHADONE TẠI CỘNG ĐỒNG

1. Các đặc điểm dược lý lâm sàng của methadone

a. Đặc điểm dược lý chính

- Hiệu quả sớm: 30 phút
- Đỉnh huyết tương: khoảng 3 giờ
- Bán hủy huyết tương: khoảng 24 giờ
- Thời gian ổn định trong cơ thể: 3 -10 ngày.
- Được chuyển hóa ở gan qua hệ thống men cytochrome (P450).
- Thải trừ chủ yếu qua nước tiểu và phân.
- Hội chứng cai xuất hiện chậm (sau 36 - 48 giờ) và kéo dài hơn heroin (5 - 21 ngày).

b. Tác dụng không mong muốn

- Hầu hết những người nghiện chất dạng thuốc phiện có ít tác dụng phụ.

- Với liều ổn định, dung nạp tốt không gây suy giảm nhận thức và chú ý.
- Các triệu chứng táo bón, rối loạn chức năng tình dục, tăng tiết mồ hôi có thể tồn tại trong quá trình điều trị.

c. Độ an toàn

- + Các tác dụng không mong muốn ít, khi uống methadone kéo dài với liều được kiểm soát.
- + **Tai biến quá liều là nguy cơ chủ yếu.**
- + Nguy cơ quá liều tăng:
 - Trong 2 tuần đầu (chưa xác định được liều điều trị thích hợp).
 - Khi kết hợp methadone với các chất yên dịu khác.
- + Biểu hiện ngộ độc do quá liều có thể đe dọa tính mạng trong vài giờ sau khi sử dụng (do tác dụng chậm, thời gian bán hủy dài của methadone).

d. Tác dụng tương hỗ

- + **Các chất gây yên dịu thần kinh trung ương kết hợp với methadone:** có thể gây suy hô hấp, hôn mê, tử vong.
 - Rượu: tăng yên dịu, tăng suy hô hấp, tăng nhiễm độc gan tiềm tàng.
 - Barbiturates: tăng yên dịu, làm giảm nồng độ methadone.

- **Benzodiazepine:** tăng hiệu quả yên dịu.
- **Các chất dạng thuốc phiện khác:** tăng yên dịu, suy hô hấp.
- **Các thuốc an thần kinh:** tăng yên dịu, suy hệ thần kinh trung ương.
- + **Các thuốc chống trầm cảm SSRI**s (selective serotonin reuptake inhibitors), MAOI (monoamine oxidase inhibitors), chống trầm cảm 3 vòng: có thể làm giảm nồng độ methadone huyết tương và tăng hiệu quả của methadone.
- + **Một số kháng sinh** cũng làm thay đổi nồng độ methadone huyết tương: erythromycin tăng nồng độ methadone; rifampicin, rifabutin giảm nồng độ methadone; ciprofloxacin tăng yên dịu, suy hô hấp.
- + **Các chất đối kháng chất dạng thuốc phiện** (naloxone, naltrexone) thúc đẩy hội chứng cai chất dạng thuốc phiện.
- + **Một số thuốc kháng động kinh:**
 - **Carbamazepine:** giảm nồng độ methadone.
 - **Phenytoin:** giảm nồng độ methadone.
 - **Phenobarbital:** giảm nồng độ methadone, tăng yên dịu.
- + **Một số thuốc khác:**
 - **Indinavir:** tăng nồng độ methadone.

- Cimetidine: tăng nồng độ methadone.
 - Nước bưởi: tăng nồng độ methadone.
 - Rionavir: giảm nồng độ methadone.
 - Zidovudine: tăng nồng độ zidovudine.
- + Các chất gây axit niệu: giảm nồng độ methadone do tăng đào thải niệu.
- + Các chất gây kiềm niệu: tăng nồng độ methadone do giảm đào thải niệu.

2. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng điều trị methadone

a. Chỉ định

- Nghiện chất dạng thuốc phiện.
- 18 tuổi trở lên.
- Có các giấy tờ chứng minh hợp lệ.
- Có đơn tự nguyện.

b. Chống chỉ định

- Suy gan nặng hoặc suy hô hấp.
- Mẫn cảm với methadone hoặc các tá dược có trong methadone.

c. Thận trọng

- Nguy cơ cao đối với đa nghiện.
- Đồng thời nghiện rượu.
- Tiền sử sử dụng naltrexone.
- Bệnh tâm thần nặng.

78. Ch VIII. Điều trị thay thế nghiện heroin bằng methadone

- Có trạng thái đau mạn tính.
- Sử dụng đồng thời các thuốc gây tác động tương hỗ.

d. Những điểm chính cần xem xét và thực hiện trước khi điều trị methadone

+ Đánh giá thực trạng nghiện chất dạng thuốc phiện:

- Các chất dạng thuốc phiện đã sử dụng, số lượng, số lần, đường sử dụng, giai đoạn sử dụng hiện nay.
- Mức độ nghiện, tuổi lần đầu sử dụng, tuổi nghiện, thâm niên nghiện, giai đoạn không sử dụng.
- Các thời kỳ dùng quá liều.

+ Nghiện các chất khác: rượu, các chất ma túy khác.

+ Tình trạng sức khỏe:

- Các bệnh cơ thể và tâm thần.
- Các bệnh do sử dụng ma túy gây ra.

+ Tình trạng tâm lý xã hội có liên quan: có vấn đề với pháp luật, việc làm, học tập, nghề nghiệp, tài chính, gia đình, cảm xúc, nhận thức.

+ Điều trị trước đó: ở đâu, khi nào, giai đoạn cai, mức độ thành công, mức chấp nhận điều trị.

+ Thái độ của bệnh nhân đối với điều trị: động cơ đi điều trị, áp lực đi điều trị, mục đích của bệnh nhân với giai đoạn điều trị, dự định thay đổi.

+ **Khám xét:** biểu hiện lâm sàng liên quan tới sử dụng ma túy (vết tiêm, nhiễm độc, hội chứng cai). Các bệnh về gan, vàng da, bệnh não.

+ **Xét nghiệm:**

- Tìm chất dạng thuốc phiện trong nước tiểu và các chất khác nếu có thể.

- Xét nghiệm HIV, viêm gan B, C nếu cần.

+ **Có đơn xin điều trị** của bệnh nhân và gia đình.

+ **Cung cấp cho bệnh nhân các thông tin về:**

- Bản chất của điều trị methadone.

- Những sự lựa chọn khác có thể có.

- Chính sách chương trình và những mong đợi.

- Thời gian điều trị.

- Tác dụng không mong muốn và những nguy cơ khi dùng kết hợp methadone với các thuốc khác.

- Nguy cơ khi sử dụng chất ma túy khác.

- Ảnh hưởng tiềm ẩn của methadone khi lái xe và vận hành máy (đặc biệt trong giai đoạn đầu khi tăng liều).

+ **Đòi hỏi của cơ quan hành pháp:**

- Những người thực hành điều trị methadone phải được phép của cơ quan có trách nhiệm (chuyên môn, pháp luật).

- Người chỉ định kê đơn methadone phải có chứng chỉ hành nghề.

3. Quy trình và hướng dẫn điều trị bằng methadone

a. Bắt đầu điều trị

- + Khi chuyển đổi từ heroin sang methadone cần lưu ý: ở hầu hết bệnh nhân, hội chứng cai sẽ được giảm bớt chứ không bị loại trừ hoàn toàn khi uống methadone ở liều 30mg.
- + Tử vong do ngộ độc methadone ở giai đoạn đầu điều trị thường do:
 - Sử dụng đồng thời các chất ma túy khác, đặc biệt các chất gây yên dịu.
 - Đánh giá sai về dung nạp.
 - Khởi liều quá cao so với mức độ dung nạp.
 - Hiểu sai về hiệu quả tích lũy của methadone.
 - Thiếu giám sát khi cho uống methadone.
 - Sự thay đổi cá thể trong chuyển hóa methadone.

b. Ước lượng liều đầu tiên

Liều methadone đầu tiên cho mỗi bệnh nhân phải căn cứ vào mức độ nghiện và mức độ dung nạp chất dạng thuốc phiện.

- Liều dưới 20 mg có thể được coi như là an toàn.
- Đề phòng khi khởi liều $\geq 30\text{mg}$.
- Theo dõi thật cẩn thận khi khởi liều $> 40\text{mg}$.

c. Ổn định liều methadone

Sự ổn định liên quan tới chuẩn độ liều so với nhu cầu của mỗi bệnh nhân.

+ Giám sát theo dõi trong 2 tuần đầu:

- Phải quan sát, đánh giá bệnh nhân hàng ngày trước khi định liều: nếu có bất cứ liên quan nào với tình trạng nhiễm độc, bác sĩ phải khám lại trước khi cho uống methadone.
- Do đặc điểm dược lý của methadone, để đảm bảo an toàn, cần phải khám bệnh nhân ít nhất từ 1 - 2 lần/tuần, đánh giá nhiễm độc methadone.
- Chỉ tăng liều khi được phép của thầy thuốc.

+ Chuẩn độ liều:

- Không tăng liều methadone ít nhất trong 3 ngày đầu tiên, trừ khi có dấu hiệu của hội chứng cai rõ ràng sau 3 - 4 giờ uống methadone.
- Tăng liều từ 5 - 10mg sau 3 ngày đánh giá.
- Tổng liều tăng không vượt quá 20mg / tuần.
- Liều tối đa sau 1 tuần không vượt quá 40mg.

d. Chuyển đổi điều trị sang dùng methadone

+ Từ buprenorphine sang methadone:

- Sử dụng methadone sau liều buprenorphine cuối cùng là 24 giờ.

82. Ch VIII. Điều trị thay thế nghiện heroin bằng methadone

- Liều methadone ban đầu $\leq 30\text{mg}$ khi dùng buprenorphine ở liều cao.
- Liều methadone ban đầu thấp hơn khi liều buprenorphine $\leq 4\text{mg}$.
- Không tăng liều methadone trong 3 ngày đầu.

+ Từ naltrexone sang methadone:

- Sau khi dùng naltrexone ít nhất 72 giờ mới dùng sang methadone.
- Cực kỳ thận trọng khi khởi liều methadone > 20mg.

đ. Liều duy trì methadone

+ Chuẩn liều:

- Liều duy trì tùy thuộc từng bệnh nhân.
- Đối với người nghiện Việt Nam liều thông thường từ 20 - 60mg / ngày.

+ Thay đổi liều khi:

- Có sử dụng đồng thời chất dạng thuốc phiện khác và tiếp tục tiêm chích.
- Có sử dụng các thuốc khác.
- Có thai.
- Đa nghiện.

+ Theo dõi điều trị:

- Xét nghiệm nước tiểu tìm chất dạng thuốc phiện cần thiết, nhất là ở giai đoạn đầu điều trị, giúp ch

chẩn đoán và đánh giá kết quả điều trị. Có biện pháp thích hợp làm giảm tỷ lệ tái sử dụng ma túy bất hợp pháp.

- Thông thường làm 2 xét nghiệm bất kỳ trong 1 tháng (tìm chất dạng thuốc phiện trong nước tiểu).

e. Các biện pháp kết hợp khác

Phỏng vấn, dự phòng tái phát, tư vấn, huấn luyện các kỹ năng về liệu pháp gia đình, liệu pháp nhận thức tập tính, trợ giúp việc làm, tài chính. Nói chung các biện pháp thực hiện trên cơ sở bệnh nhân tự nguyện mới đem lại kết quả.

g. Cấp phát thuốc uống tại nhà

- + Nói chung là không nên. Tuy nhiên trong những trường hợp đặc biệt (như lễ tết hoặc lý do chính đáng) cũng có thể cấp, dựa trên sự đánh giá của thầy thuốc và gia đình bệnh nhân trong quá trình điều trị.
- + Chỉ cấp phát thuốc uống tại nhà từ 1 - 3 ngày.

h. Bỏ uống và sử dụng lại methadone

- + Bỏ 1 ngày: không thay đổi liều.
- + Bỏ 2 ngày: nếu không có biểu hiện nhiễm độc vẫn liều bình thường.
- + Bỏ 3 ngày: cho nửa liều đồng thời bác sĩ khám lại.
- + Bỏ 4 ngày: bệnh nhân phải được bác sĩ khám lại và uống 1/2 liều.

84. Ch VIII. Điều trị thay thế nghiện heroin bằng methadone

- + Bỏ ≥ 5 ngày: xử trí như bệnh nhân mới vào điều trị methadone.

i. Cắt giảm liều trong điều trị duy trì bằng methadone

- + Bệnh nhân được khuyến cáo **cần điều trị duy trì ít nhất 12 tháng** (trung bình từ 1 - 3 năm) để đạt được kết quả tốt, để có thể thay đổi nhận thức tập tính và lối sống.
- + **Tiến trình cắt giảm methadone với những bệnh nhân tự nguyện:**
 - Liều methadone $> 40\text{mg}$ ngày: giảm $10\text{mg}/1$ lần/ 1 tuần.
 - Liều methadone $< 40\text{mg}$ ngày: giảm $5\text{mg}/1$ lần/ 1 tuần.
 - Tỷ lệ giảm cần phải thông báo cho bệnh nhân.
 - Ngừng hoàn toàn methadone ngay lập tức có thể làm khi cho methadone $< 40\text{mg}$ (kết hợp với điều trị hội chứng cai bằng catapressan và các thuốc điều trị triệu chứng khác).
 - Cần tiếp tục chăm sóc hỗ trợ: ít nhất 6 tháng sau khi ngừng điều trị methadone.
 - Với những bệnh nhân mới ra viện, tái nhập viện điều trị methadone có thể được áp dụng.
- + **Tiến trình cắt giảm methadone với những bệnh nhân không tự nguyện:**

- Qui trình như trên.
- Ngừng ngay lập tức khi bệnh nhân kích động, tấn công nhân viên hoặc các bệnh nhân khác.

k. Chuyển đổi điều trị ngừng dùng methadone'

+ Từ methadone sang naltrexone

Phải cai nghiện methadone: ít nhất sau 10 ngày không còn sử dụng methadone hoặc bất cứ chất dạng thuốc phiện nào khác mới được dùng naltrexone.

+ Từ methadone sang buprenorphine:

- Bệnh nhân đang điều trị methadone chuyển sang dùng buprenorphine có thể xuất hiện hội chứng cai.
- Bệnh nhân ở liều methadone < 30mg dung nạp tốt, chuyển đổi nhẹ nhàng.
- Liều rất thấp buprenorphine (2mg) thì không phù hợp cho phương thức thay thế methadone, trong khi liều cao (≥ 8 mg) thường thúc đẩy hội chứng cai.
- 24 giờ sau của liều methadone cuối cùng mới dùng buprenorphine. Tăng luân phiên giữa liều methadone cuối cùng và liều đầu tiên buprenorphine có thể giảm hội chứng cai.

4. Những vấn đề thường gặp trong quá trình điều trị

a. Tai biến quá liều

+ Các biểu hiện của tai biến quá liều methadone:

- Co cứng tử.
- Yên dịu, có thể hôn mê.
- Dáng đi loạng choạng, nói líu ríu.
- Hạ huyết áp, nhịp tim chậm.
- Suy hô hấp.

+ Các triệu chứng có thể kéo dài trên 24 giờ. Tử vong chủ yếu do suy hô hấp.

- Nên uống methadone buổi sáng để đảm bảo đỉnh huyết tương xảy ra khi bệnh nhân còn tỉnh táo và mọi người có thể biết được.
- Naloxone có thể được tiêm truyền trong khi điều trị tai biến quá liều methadone.
- Bệnh nhân có tai biến quá liều methadone phải được theo dõi lâu dài.

b. Các trường hợp dễ nhiễm độc

- Các bệnh nhân đang có biểu hiện nhiễm độc các thuốc gây yếu suy hệ thần kinh trung ương không được cho uống methadone hoặc mang methadone về nhà.
- Nếu nhiễm độc nhẹ thầy thuốc có thể cho 1/2 liều methadone đang dùng.

c. Các trường hợp cần dùng thuốc giảm đau và gây mê

- + Dùng thuốc giảm đau không có chất dạng thuốc phiện.
- + Giải quyết đau cấp tính ở bệnh viện cho bệnh nhân đang điều trị duy trì methadone.
 - Điều trị như các bệnh nhân khác (uống, tiêm, được kiểm tra giảm đau).
 - Không dùng buprenorphine để tránh xuất hiện hội chứng cai.
- + Bệnh nhân điều trị duy trì methadone đòi hỏi liều giảm đau cao hơn nhất là khi nhổ răng hoặc phẫu thuật.

d. Nguy cơ tai biến methadone sẽ giảm thiểu bởi các biện pháp sau

- Uống methadone dưới sự giám sát bắt buộc của nhân viên.
- Chọn lựa cẩn thận và theo dõi bệnh nhân đủ tư cách để giao thuốc về nhà với sự ổn định, tiến bộ trong điều trị.
- Hạn chế số lần tiên tiếp mang thuốc về nhà uống.

đ. Có thai và cho con bú

Sản sóc trước và sau sinh phải được làm với sự kết hợp của các bác sĩ sản khoa có kinh nghiệm trong quá trình thai nghén.

- **Không nên sử dụng naloxone cho người nghiện mang thai** vì có thể gây sảy thai hoặc đẻ non (do thúc đẩy hội chứng cai).
- **Người nghiện mang thai có thể được duy trì liều methadone thích hợp** để làm ổn định và dự phòng tái phát hoặc tiếp tục sử dụng ma túy bất hợp pháp.
- Giảm liều methadone hoặc cai nghiện có thể được tiến hành trong thời gian mang thai nhưng ở tháng thứ 2 của thai kỳ, nếu thai ổn định. Giảm liều từ 2,5 - 5mg /1 tuần được coi là an toàn.
- Đáp ứng sinh học của methadone giảm ở giai đoạn cuối của thai nghén. Có thể chia liều hàng ngày, có thể tăng liều trong 3 tháng cuối thai kỳ.
- Sữa mẹ chỉ chứa 1 lượng nhỏ methadone và người mẹ có thể được động viên cho con bú.
- Chăm sóc trẻ sơ sinh được tiến hành với sự giúp đỡ của chuyên gia sản khoa và nhi khoa có kinh nghiệm.

e. Đa nghiện

Lưu ý đến những bệnh nhân đa nghiện, nhất là các chất gây yên dịu.

g. Nhiễm HIV, viêm gan B, C

- + Với bệnh nhân HIV (+): bệnh nhân phải được sự chăm sóc đồng thời của các bác sĩ chuyên khoa trong phạm vi sức khỏe bệnh nhân cho phép.
- + Bệnh nhân bị viêm gan B cấp hoặc mạn phải được khám và điều trị bởi các bác sĩ chuyên khoa tiêu hóa, truyền nhiễm nhằm đánh giá mức độ và theo dõi tiếp.
- + Bệnh nhân bị viêm gan C kháng thể (+) được theo dõi và điều trị như viêm gan B.

h. Các bệnh tâm thần đồng thời

Nhiều người nghiện chất dạng thuốc phiện có các triệu chứng lo âu, trầm cảm trong giai đoạn điều trị, nhưng chúng thường được cải thiện sau vài tuần điều trị bằng thuốc hướng thần.

Nếu có biểu hiện trầm cảm có thể chỉ định thuốc chống trầm cảm (thí dụ: SSRIs).

III. NHỮNG ƯU ĐIỂM VÀ NHƯỢC ĐIỂM CỦA MÔ HÌNH ĐIỀU TRỊ THAY THẾ BẰNG METHADONE TẠI CỘNG ĐỒNG

1. Ưu điểm:

- + Giảm tác hại do những người nghiện heroin gây ra cho bản thân, gia đình và xã hội.
- + Chi phí thấp, hiệu quả cao so với mô hình điều trị tập trung. Theo NIDA (Viện Nghiên cứu quốc gia về lạm dụng ma túy Hoa Kỳ), nếu một người nghiện không được điều trị tiêu tốn 43.000 USD/năm, điều trị trong các trại giam tốn 34.000 USD/năm, điều trị

90. Ch VIII. Điều trị thay thế nghiện heroin bằng methadone

bằng các phương pháp khác tốn 11.000 USD/năm, điều trị thay thế bằng methadone tốn 2.400 USD/năm.

- + Huy động được sự đóng góp của cộng đồng và gia đình người nghiện, giảm chi phí quá nặng cho ngân sách nhà nước.
- + Kết hợp với các liệu pháp tâm lý khác như tư vấn, liệu pháp gia đình, nhận thức hành vi (giải mã cảm có hệ thống, củng cố dương tính, âm tính) cho kết quả tốt.
- + Giúp bệnh nhân đề kháng với môi trường ô nhiễm ma túy.

2. Nhược điểm:

- + Đây vẫn là **giải pháp tình thế** với **mục tiêu giảm hại** chứ chưa phải là **chữa khỏi hẳn** nghiện heroin.
- + Phải quản lý chương trình methadone theo qui chế quản lý chất độc nghiện do Bộ Y tế ban hành, tránh rò rỉ sinh ra buôn bán methadone bất hợp pháp.
- + Do đặc tính dung nạp chéo nên bệnh nhân **uống methadone vẫn có thể sử dụng đồng thời các chất dạng thuốc phiện**. Điều này có thể gây ra nhiễm độc tâm thần cấp hoặc tai biến quá liều gây tử vong. Việc bất ngờ xét nghiệm tìm heroin trong nước tiểu là cần thiết để có biện pháp giáo dục bệnh nhân, buộc họ phải từ bỏ hoàn toàn heroin nếu muốn được tiếp tục điều trị thay thế bằng methadone.

- + Bệnh nhân phải tới uống thuốc hàng ngày kể cả ngày lễ và cuối tuần vì dễ có nguy cơ bỏ vài ngày điều trị (lý do cá nhân) và tái sử dụng heroin trong những ngày bỏ điều trị.
- + Thông thường khi có tiền bệnh nhân lén lút đi sử dụng heroin, hết tiền thì quay lại uống methadone nên chương trình methadone phải quản lý hết sức chặt chẽ.

CHƯƠNG IX

ĐIỀU TRỊ ĐỐI KHÁNG NGHIỆN HEROIN BẰNG NALTREXONE

I. NALTREXONE (ABERNIL)

- Naltrexone là chất đối kháng với các chất dạng thuốc phiện, được Martin sử dụng từ năm 1973, để loại trừ trạng thái phụ thuộc về mặt tâm thần của các đối tượng nghiện chất dạng thuốc phiện (thèm cảm giác sáng khoái).
- Naltrexone vào hệ thần kinh trung ương tìm đến các thụ thể của các chất dạng thuốc phiện, cạnh tranh với chất dạng thuốc phiện chủ vận ở đây, đẩy chất chủ vận ra ngoài hay triệt tiêu tác dụng của chất này ngay tại thụ thể.

- Khi đối tượng đang nghiện chất dạng thuốc phiện (heroin) mà sử dụng naltrexone thì cơ chế tác động nêu trên sẽ gây trạng thái cai chất dạng thuốc phiện 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 chất dạng thuốc phiện.**

- Một điểm cần lưu ý nữa là các đối tượng đang điều trị bằng naltrexone không được dùng đồng thời các **chất dạng thuốc phiện** vì có thể gây ngộ độc chất dạng thuốc phiện cấp có nguy cơ tử vong.

Tuy nhiên đối với những **đối tượng có động cơ mạnh** (điều trị để tiếp tục được học, được hành nghề hay khỏi bị giam) thì **liệu pháp naltrexone đã mang lại nhiều kết quả.**

- Liệu pháp naltrexone đã được áp dụng trên thế giới từ trên 30 năm nay, qui mô khác nhau ở từng nước và kém được phổ biến hơn liệu pháp methadone. Tuy nhiên từ năm 2000 trở lại đây liệu pháp naltrexone đang được các nước xem xét, đánh giá lại và phát triển ở nhiều nước trên thế giới nhằm đáp ứng nhu cầu điều trị rất đa dạng của người nghiện chất dạng thuốc phiện và cho những kết quả hứa hẹn.

II. HƯỚNG DẪN LÂM SÀNG VÀ QUI TRÌNH SỬ DỤNG NALTREXONE (ABERNIL®) TRONG ĐIỀU TRỊ DUY TRÌ CHỐNG TÁI NGHIỆN CHẤT DẠNG THUỐC PHIỆN TẠI CÔNG ĐỒNG

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 chất dạng thuốc phiện) duy trì **chống tái nghiện**.
- Hiệu quả đạt được cao khi phối hợp với các liệu pháp tâm lý khác như: liệu pháp thể chế, liệu pháp nhận thức tập tính, liệu pháp gia đình.

1. Dược lý lâm sàng của naltrexone

a. Đặc điểm dược lý chính

- + Hấp thu: **hấp thu nhanh qua đường uống** (Gonzalez, 1988).
- + Phân bố: **đỉnh huyết tương** khoảng 1 giờ sau uống, **thời gian bán hủy** khoảng 4 giờ.
- + **Chuyển hóa**: ở gan thành 6 - β - naltrexol và thời gian bán hủy của chất chuyển hóa này khoảng 10 giờ và cũng có tác dụng đối kháng chất dạng thuốc phiện. 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 - β - naltrexol qua chu trình tái hấp thu ở ruột và gan, được bài tiết chủ yếu qua thận. Dưới 1% naltrexone được bài tiết dưới dạng không đổi.
- + Mặc dù cả naltrexone và 6 - β - naltrexol có thời gian bán hủy tương đối ngắn nhưng thời gian chúng phong tỏa các điểm tiếp nhận chất dạng thuốc phiện ở não lâu hơn rất nhiều. Một liều lượng uống 50mg naltrexone đã phong tỏa được 80% và liên kết tới 72 giờ qua đánh dấu phóng xạ Carfentanyl (Lee và cộng sự, 1998).

b. 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, giảm năng lượng, đau bụng, đau cơ khớp.

c. Độ an toàn

Nguy cơ tử vong do tai biến quá liều chất dạng thuốc phiện với những bệnh nhân đang sử dụng naltrexone mà đồng thời tái sử dụng chất dạng thuốc phiện hoặc bỏ điều trị naltrexone dùng lại chất dạng thuốc phiện (do mất dung nạp đối với chất dạng thuốc phiện).

2. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng điều trị naltrexone

a. Hiệu quả của điều trị naltrexone

+ **Hiệu quả tốt:**

- Với đối tượng có động cơ cao, mong muốn chữa bệnh.

- Với đối tượng tuân thủ qui chế điều trị.
- Khi có kết hợp với các liệu pháp tâm lý thích hợp: liệu pháp thể chế, liệu pháp nhận thức tập tính, liệu pháp gia đình. .

+ Hiệu quả hạn chế:

- Với đối tượng thiếu động cơ, **không muốn chữa bệnh**.
- Với đối tượng bỏ cuộc sớm, tái sử dụng chất dạng thuốc phiện trong khi đang điều trị naltrexone.

b. Chỉ định

Có nhiều chỉ định nhưng chỉ định chính cho các bệnh nhân đã cai nghiện chất dạng thuốc phiện và **mong muốn được sử dụng naltrexone** để giúp duy trì chống tái nghiện.

c. Chống chỉ định với các đối tượng:

- Vẫn còn nghiện chất dạng thuốc phiện hoặc đang cai nghiện.
- Có viêm gan cấp, suy gan nặng, suy thận nặng.
- Dị ứng với naltrexone.

d. Thận trọng với các đối tượng:

- Phụ nữ có thai, cho con bú.
- Bệnh nhân nghiện đồng thời nhiều loại ma túy.
- Có rối loạn chức năng thận do naltrexone và chất chuyển hóa thải trừ qua nước tiểu.
- Có các bệnh tâm thần nặng, trầm cảm.
- Dưới 18 tuổi.

d. Những điểm chính cần xem xét và thực hiện trước khi điều trị naltrexone

- + **Đánh giá động cơ, lý do xin được điều trị naltrexone**
- + **Bệnh sử nghiện chất dạng thuốc phiện:**
 - Mức độ nghiện (liều/lần, số lần/uống, đường sử dụng).
 - Thâm niên nghiện.
 - Số lần cai nghiện.
 - Nghiện các chất ma túy khác.
 - Hiện đã cai nghiện chất dạng thuốc phiện chưa, bao lâu.
- + **Tiền sử bệnh cơ thể và tâm thần: lưu ý**
 - Bệnh gan, tim thận.
 - Các bệnh nhân tâm thần nặng, trầm cảm.
- + **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).
 - Sức khỏe chung.
 - Tình hình thai sản.

- Xét nghiệm: máu, chức năng gan, thận.
- Nghiệm pháp naloxone.
- + Thông báo cho bệnh nhân và gia đình:
 - Nội qui, quy trình điều trị, nguy cơ tử vong, cam kết của bệnh nhân và gia đình.
- + Kiểm tra trước khi cho uống naltrexone.
 - Đã hoàn thành cai nghiện chất dạng thuốc phiện ít nhất 7 ngày (với methadone ít nhất 10 ngày).
 - SGOT, SGPT bình thường.
 - Nghiệm pháp naloxone.

3. Quy trình và hướng dẫn điều trị bằng naltrexone

a. Liều lượng và thời gian điều trị naltrexone (Abernil^R):

- Ngày đầu: uống 25mg lần đầu, sau 1 giờ nếu không xuất hiện hội chứng cai cho tiếp 25mg.
- Những ngày tiếp theo uống cách nhật với liều sau:

Thứ 2: 100mg	hoặc	Thứ 3: 100mg
Thứ 4: 100mg	hoặc	Thứ 5: 100mg
Thứ 6: 150mg	hoặc	Thứ 7: 150mg

b. Thời gian điều trị duy trì: càng lâu càng tốt (tối thiểu 6 tháng).

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 với bệnh nhân và gia đình.

c. Các biện pháp kết hợp khác

- Tư vấn, giáo dục.

- Liệu pháp thể chế, liệu pháp nhận thức tập tính.
- Can thiệp gia đình.
- Kết hợp với gia đình phục hồi chức năng tâm lý xã hội và chức năng lao động.
- Điều trị kết hợp các bệnh khác nếu có.

d. Giám sát và kiểm tra

- **Xét nghiệm nước tiểu chất dạng thuốc phiện:** 2 lần/1 tháng nếu có thể.
- Xét nghiệm kiểm tra chức năng gan: 3 tháng/1 lần. Nếu có bất thường cần kiểm tra 15 ngày hoặc 1 tháng 1 lần tùy từng trường hợp để quyết định vẫn tiếp tục hay ngừng điều trị hoặc kết hợp với điều trị bệnh gan.
- Giám sát và xử lý kịp thời những bệnh nhân vi phạm qui chế uống thuốc (xét nghiệm chất dạng thuốc phiện trong nước tiểu dương tính).
- Đề ra các giải pháp phù hợp với từng trường hợp cụ thể (với sự thỏa thuận của bệnh nhân và gia đình).
- Đánh giá nhận xét của gia đình và bệnh nhân 1 lần/tháng, đặc biệt đánh giá thường xuyên trong tháng đầu điều trị.

đ. Tái sử dụng lại naltrexone

- Nếu bỏ điều trị naltrexone ≥ 5 ngày và dùng lại heroin hàng ngày, cần phải bắt đầu lại qui trình điều trị như 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 heroin hoặc chỉ dùng 1 - 2 lần thì làm test naloxone để xác định lời khai.
- An toàn nhất là chỉ cho phép bệnh nhân **được uống lại naltrexone sau 7 ngày liên tiếp không sử dụng heroin** (tính từ lần sử dụng heroin cuối cùng).

e. Chuyển đổi điều trị ngừng dùng naltrexone sang methadone hay buprenorphine

- Cho liều methadone hay buprenorphine đầu tiên sau 72 giờ ngừng naltrexone.
- Liều methadone dưới 20mg trong 3 ngày đầu do dung nạp thấp.
- Liều buprenorphine khởi đầu dưới 4mg

4. Những vấn đề thường gặp trong quá trình điều trị

+ Phải 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.

102. Ch IX. Điều trị đôi kháng nghiện heroin bằng naltrexone

- 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 chất dạng thuốc phiện khác, vì nguy cơ gây hội chứng cai cấp nghiêm trọng hơn là hội chứng cai thông thường.
- + **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.
- + Trong giai đoạn đầu: naltrexone có thể có một số tác dụng phụ cần phải được điều trị kết hợp:
 - Nôn, buồn nôn: metoclopramide (Primperan).
 - Đau bụng, đi rửa: Spasfon, thuốc chống đi rửa không có chất dạng thuốc phiện.
 - Đau cơ xương khớp: paracetamol.
 - Nếu có trầm cảm: dùng thuốc chống trầm cảm.
- + Lưu ý: ở những bệnh nhân **cần phẫu thuật phải ngừng naltrexone trước 72 giờ.**
- + Bệnh nhân đang uống naltrexone sẽ không có đáp ứng với thuốc giảm đau dạng thuốc phiện, nên dùng thuốc **giảm đau không có chất dạng thuốc phiện.**
- + Trong cấp cứu: cần liên hệ với thầy thuốc chuyên khoa đang điều trị bằng naltrexone.

- + **Phụ nữ có thai:** nên thận trọng, không dùng naltrexone 3 tháng đầu. Nếu bệnh nhân vẫn muốn uống phải có đơn yêu cầu của bệnh nhân và gia đình.

III. NHỮNG ƯU ĐIỂM VÀ NHƯỢC ĐIỂM CỦA LIỆU PHÁP NALTREXONE

1. Ưu điểm:

- + **Hiệu quả chống tái nghiện cao,** bệnh nhân không thể tái nghiện được nếu vẫn uống naltrexone.
- + Phục hồi chức năng tâm lý xã hội và chức năng lao động nhanh.
- + Bệnh nhân không còn thèm heroin nữa.
- + Hiệu quả giảm hại mạnh hơn methadone.
- + Phí tổn điều trị thấp hơn, hiệu quả điều trị cao hơn so với điều trị tập trung tại các trung tâm cai nghiện.
- + Không bắt buộc phải xét nghiệm nước tiểu tìm chất dạng thuốc phiện trong quá trình điều trị như ở chương trình methadone. Do tác dụng đối kháng của naltrexone nên khi bệnh nhân tái sử dụng heroin không những không có hiệu quả mà còn gây khó chịu (thậm chí tử vong nếu cố tình dùng chất dạng thuốc phiện liều cao).
- + Bệnh nhân chỉ phải tới cơ sở điều trị 3 lần/1 tuần nên có thời gian lao động, xa nhà ngắn ngày v.v.
- + Đơn giản trong sử dụng, **dễ dàng trong quản lý điều trị.**

2. Nhược điểm:

- + **Đễ bỏ cuộc** do không thích thú, nhất là những người có động cơ điều trị yếu
- + Nguy cơ tử vong nếu sử dụng đồng thời chất dạng thuốc phiện.
- + Cần phải kiểm tra chức năng gan (SGOT, SGPT) trước và trong quá trình điều trị do độc tính với gan
- + Giá thuốc đắt hơn methadone tuy nhiên nếu bệnh nhân theo đuổi điều trị thì hiệu quả điều trị tốt hơn.

IV. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU "SO SÁNH HIỆU QUẢ CỦA ĐIỀU TRỊ DUY TRÌ BẰNG NALTREXONE VỚI ĐIỀU TRỊ DUY TRÌ BẰNG METHADONE TRONG 6 THÁNG ĐIỀU TRỊ"

Đề tài được thực hiện tại đơn vị nghiên cứu điều trị nghiện ma túy - Viện Sức khỏe tâm thần

Kết quả của đề tài này đã được báo cáo tại các hội nghị trong nước và quốc tế và đăng trong tạp chí nước ngoài bằng tiếng Anh. (xem báo cáo chi tiết ở phụ lục III).

Ở đây xin tóm tắt một số **hiệu quả chủ yếu** của điều trị bằng naltrexone so với điều trị bằng methadone:

- Tỷ lệ bỏ cuộc giảm nhiều nhờ kết hợp với các liệu pháp tâm lý và sự hợp tác chặt chẽ của gia đình.
- Hành vi sai phạm trong phạm vi gia đình bị loại trừ hoàn toàn sau 1 - 2 tháng đầu điều trị.
- Hành vi có nguy cơ cao (tiêm chích ma túy, tình dục không an toàn) ngừng hẳn sau 1 tháng điều trị.

- Đặc biệt việc **phục hồi chức năng tâm lý xã hội và chức năng lao động** được cải thiện rõ rệt: **phục hồi một cách nhanh chóng** ngay từ tháng đầu, nhanh và tốt hơn so với điều trị bằng methadone.

CHƯƠNG X

LIỆU PHÁP TÂM LÝ TRONG ĐIỀU TRỊ NGHIỆN HEROIN

I. VAI TRÒ CỦA LIỆU PHÁP TÂM LÝ TRONG ĐIỀU TRỊ NGHIỆN HEROIN

1. Định nghĩa liệu pháp tâm lý

Định nghĩa mở rộng:

Liệu pháp tâm lý bao gồm toàn bộ những liệu pháp không sử dụng các nhân tố lý hóa mà sử dụng các **phương tiện và kỹ thuật tác động tâm lý**.

Định nghĩa chính xác hơn (Wolberg):

Liệu pháp tâm lý là một cách điều trị sử dụng các phương tiện tác động tâm lý, trong đó một nhà điều trị thiết lập mối quan hệ hành nghề với một hay nhiều bệnh nhân **nhằm 3 mục tiêu**:

- (1) Làm giảm hay mất các triệu chứng hiện có.
- (2) Làm thay đổi các tập tính không thích ứng.
- (3) Tạo thuận lợi cho nhân cách bệnh nhân phát triển hài hòa.

2. Nhu cầu về liệu pháp tâm lý của bệnh nhân nghiện heroin (liên hệ với 3 mục tiêu của Wolberg)

- (1) Bệnh nhân nghiện heroin có **nhều biểu hiện tâm thần** có thể điều trị có kết quả bằng liệu pháp tâm lý: lo âu, trầm cảm, mất tự tin, không tin tưởng vào gia đình, cộng đồng và thầy thuốc, thiếu động cơ chữa bệnh, từ chối chữa bệnh v.v.
- (2) Nghiện heroin là một bệnh tập nhiễm hình thành theo cơ chế phản xạ có điều kiện thực thi. Tập tính này cần và có thể loại trừ bằng các kỹ thuật khử điều kiện và khử tập nhiễm.
- (3) **Nhân cách người nghiện thường biến đổi**, không còn thích ứng với gia đình và cộng đồng nữa. Biến đổi do cơ chế đồng hóa với các thành viên nghiện khác trong nhóm, do thoát khỏi ảnh hưởng điều hòa của gia đình và bạn tốt. Phải áp dụng các liệu pháp tâm lý thích hợp, bền bỉ mới có thể **giúp nhân cách trở lại hoạt động hài hòa** như trước khi nghiện.

II. CÁC LIỆU PHÁP TÂM LÝ THƯỜNG ĐƯỢC ÁP DỤNG TRONG ĐIỀU TRỊ NGHIỆN HEROIN

Từ xưa đến nay có rất nhiều liệu pháp tâm lý ra đời dựa vào các cơ sở lý thuyết khác nhau nhiều khi mâu thuẫn với nhau. Ba phần tư đầu của thế kỷ 20 đã chứng kiến những cuộc bút chiến liên miên giữa các trường phái về liệu pháp tâm lý. Mãi đến một

phần tư cuối của thế kỷ 20, trên cơ sở những kết quả lâm sàng rõ rệt đạt được của từng liệu pháp, đa số các tác giả dần dần theo **quan điểm chiết trung và lồng ghép.**

Nhà điều trị tâm lý hiện đại tìm hiểu và **áp dụng các kỹ thuật có hiệu quả của tất cả các liệu pháp tâm lý** chứ không gò bó như trước trong khuôn khổ một liệu pháp mà mình tin tưởng và gắn bó từ lâu. Và khi thực hành, nhà điều trị có thể **lồng ghép nhiều liệu pháp tâm lý** khác nhau cho một bệnh nhân hay một nhóm bệnh nhân chứ không cứng nhắc chỉ dùng một liệu pháp. Các liệu pháp tâm lý thường được lồng ghép để điều trị nghiện heroin bao gồm: **liệu pháp nâng đỡ, liệu pháp gia đình, liệu pháp nhận thức, liệu pháp tập tính, liệu pháp tâm lý nhóm, liệu pháp thư giãn luyện tập ...v.v.**

Trước kia trong liệu pháp tâm lý nhóm nhất là trong cộng đồng điều trị, nhiều tác giả chủ trương không kết hợp với thuốc men. Nhưng hiện nay trong chống tái nghiện đa số tác giả thường **kết hợp với liệu pháp thay thế methadone hay liệu pháp đối kháng naltrexone.** Kết quả thực tế đã minh chứng cho quan điểm này.

Trong bất kỳ liệu pháp tâm lý nào, điều quan trọng bậc nhất là thiết lập được mối quan hệ thầy thuốc - bệnh nhân tốt từ đó bệnh nhân sẽ tự nguyện bộc lộ nội tâm và tuân thủ những chỉ dẫn của thầy thuốc. Thứ đến là áp dụng liệu pháp nâng đỡ (uấn an, giải thích, hướng dẫn, khuyến khích, lắng nghe v.v) rồi cuối cùng mới áp dụng các liệu pháp tâm lý đặc hiệu.

110. Ch X. Liệu pháp tâm lý trong điều trị nghiện heroin

Sau đây xin lần lượt trình bày các liệu pháp gia đình, liệu pháp nhận thức tập tính và cộng đồng điều trị là những liệu pháp đặc hiệu được quan tâm hàng đầu trong điều trị nghiện heroin ở nhiều nước trên thế giới hiện nay.

III. LIỆU PHÁP GIA ĐÌNH

Liệu pháp gia đình cũng như các liệu pháp nhận thức - tập tính, liệu pháp tâm lý nhóm là những lĩnh vực chuyên sâu cần được đào tạo lâu dài về lý thuyết và thực hành mới có thể đem lại kết quả tối đa. Trong hoàn cảnh nước ta, thầy thuốc chuyên sâu về liệu pháp tâm lý đang còn ít nên ở đây chỉ đề cập đến các nguyên tắc điều trị chuyên sâu và giới thiệu qua các liệu pháp thông thường và giản đơn cho các thầy thuốc không chuyên sâu. Trong **liệu pháp gia đình** cũng có nhiều cách tiếp cận khác nhau. Đối với nghiện ma túy, 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.

1. 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 quy luật của một hệ thống.
- **Gia đình là một nhân tố thúc đẩy** quá trình nghiện ma túy. Nghiện ma túy thường xuất hiện vào những thời điểm gia đình có vấn đề gây stress (ly dị, ly thân, xung đột, kiện cáo, tai nạn v.v).

- Đối tượng nghiện ma túy tác động trở lại các thành viên trong gia đình, gây các rối loạn về chức năng, ranh giới, trật tự v.v... đặc biệt làm mất cân bằng trong sự hằng định nội môi của gia đình.
- Như vậy liệu pháp gia đình nhằm điều trị gia đình như một hệ thống chứ không riêng thành viên nghiện ma túy, phải cùng các thành viên tìm các nhân tố chủ yếu gây mất cân bằng nội môi và tìm các biện pháp lập lại sự cân bằng này.

2. Cách tiếp cận theo mô hình gia đình bị bệnh

- Cách tiếp cận này xem nghiện ma túy 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 v.v... 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 nghiện ma túy (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 heroin (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 v.v).

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 đối với các thành viên khác và cả đối với bản thân.

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

3. Các nguyên tắc điều trị chuyên sâu

Liệu pháp gia đình là một loại liệu pháp tâm lý rất khó thực hiện vì phải tiếp xúc riêng với từng thành viên và họp 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 tâm 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 nội môi 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 (thí dụ: biện pháp tách rời ảnh hưởng giữa thành viên nghiện và thành viên cùng lệ thuộc).
- Phải dần dần đưa thành viên nghiện và các thành viên khác 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.

Muốn đạt được các nguyên tắc hay mục tiêu nêu ra ở trên nhà điều trị tâm lý phải sử dụng nhiều phương pháp và kỹ năng tâm lý (không có điều kiện mô tả ở đây).

4. Các biện pháp không chuyên sâu

Các biện pháp này không thực hiện riêng lẻ mà thường kết hợp với liệu pháp methadone hay naltrexone để đạt kết quả cao. Có thể do thầy thuốc không chuyên khoa tâm thần thực hiện.

- a. Trong điều trị ngoại trú tại cộng đồng, đối với mỗi bệnh nhân nghiện heroin, yêu cầu phải có một thành viên gia đình đi kèm. Thành viên này phải chọn trong những người mà bệnh nhân tôn trọng và tín nhiệm.
- b. Thành viên gia đình đến mấy lần trong tuần và mỗi lần trong thời gian bao lâu sẽ được quy định thông qua bàn bạc giữa thầy thuốc và thành viên gia đình.

- c. 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.
- d. Bệnh nhân và thành viên gia đình phải được thầy thuốc giải thích đầy đủ về:
- Tác hại của nghiện heroin.
 - Nhu cầu cấp thiết phải sớm được điều trị và điều trị lâu dài.
 - Các điều kiện cần thiết để có thể bỏ hẳn heroin.
 - Các bước trong kế hoạch điều trị.
 - Những điều mà bệnh nhân và thành viên gia đình nhất thiết phải tuân thủ thực hiện.
- đ. 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 quy điều trị của Trung tâm.
- e. Thành viên gia đình và bệnh nhân được thông báo về các hình thức khen thưởng khi bệnh nhân thực hiện tốt nội quy điều trị và xử phạt khi không thực hiện. Gia đình có phần đóng góp trong các hình thức khen thưởng và xử phạt này.
- g. 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 tại cộng đồng nhất là hành vi sử dụng lại heroin.

- h. 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 (mất tôn ti trật tự, thành viên không thực hiện chức năng của mình, trở ngại và bế tắc trong tiếp xúc giữa các thành viên v.v) và yêu cầu phát hiện và thông báo đầy đủ các hiện tượng và rối loạn nói trên.**
- i. Thầy thuốc cùng thành viên gia đình bàn bạc về kế hoạch giải quyết dần dần từng bước các hiện tượng và rối loạn trên bằng những biện pháp phù hợp với các điều kiện cụ thể của gia đình.**

IV. LIỆU PHÁP NHẬN THỨC TẬP TÍNH

Lúc đầu liệu pháp tập tính và liệu pháp nhận thức là **hai liệu pháp tâm lý riêng biệt**, do những tác giả khác nhau khởi xướng, mỗi liệu pháp được xây dựng trên những cơ sở lý thuyết riêng.

Về sau qua quá trình thực hành trong nhiều thập kỷ, đa số tác giả nhận thấy hai liệu pháp này có tác dụng bổ sung cho nhau và có thể kết hợp chặt chẽ với nhau nên **lồng ghép vào nhau** và đặt tên chung là **liệu pháp nhận thức - tập tính**.

1. Liệu pháp tập tính đối với nghiện heroin

Các nhà điều trị tập tính xem **ngihtien ma túy 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 nghiện ma túy có thể loại trừ bằng các kỹ thuật khử điều kiện và khử tập nhiễm.

Từ đó nhiều kỹ thuật tập tính đã được áp dụng có kết quả trong điều trị nghiện heroin ở nhiều nước trên thế giới.

Tuy nhiên một nhược điểm của liệu pháp tập tính là quá chú trọng vào biểu hiện bề mặt của tập tính lệch lạc và không quan tâm đúng mức đến nhân tố chiều sâu là nguồn gốc nhận thức của rối loạn tập tính. Chính vì thế mà nó cần được liệu pháp nhận thức bổ sung.

2. Liệu pháp nhận thức đối với nghiện heroin

Các nhà điều trị nhận thức cho rằng mọi **tập tính (hay 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 (hay tập tính). Một thí dụ: một bà nội trợ đang từ nhà đi ra chợ bỗng thấy mây đen kéo trời sinh ra ý nghĩ "trời sắp mưa to" (nhận thức) rồi cảm thấy lo lắng về quần áo đang phơi ở nhà (cảm xúc) và chạy vội về nhà (hành vi).

Tập tính sử dụng heroin cũng như những hành vi lệch lạc trong quá trình điều trị (từ chối, chống đối, bỏ cuộc, sử dụng lại heroin v.v...) 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 tiêm nhiễm 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 hóa quá rộng, trừu tượng hóa chọn lọc, phóng đại hay thu nhỏ quá mức, liên hệ vào mình vô căn cứ v.v...
- Có những **ý nghĩ lệch lạc khó nhận dạng** nên xem như là tự phát (hay tự động). 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 v.v).

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

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 tập tính. Đó cũng là lý do cần sát nhập hai liệu pháp này.

3. Các kỹ thuật nhận thức và tập tính chuyên sâu

a. Các kỹ thuật nhận thức

- Hướng dẫn bệnh nhân **phân tích cái hại** khi sử dụng heroin.
- 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 heroin.
- Hướng dẫn bệnh nhân quy kết trách nhiệm nghiện heroin 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 heroin và thay thế dần bằng những hình ảnh tích cực, lạc quan, dễ chịu.

b. Các kỹ thuật tập tính

- Phương pháp gây ghét sợ heroin (dùng kích thích điện hay apomorphine).
- Giải cảm ứng có hệ thống (đối với cảm giác nhớ và thèm heroin).
- Huấn luyện thư giãn luyện tập (của Viện Sức khỏe Tâm thần) nhằm giải lo âu và giảm thèm heroin.
- Liệt kê và giám sát hoạt động hằng ngày có dính líu đến heroin.
- Thử nghiệm các ý tưởng lệch lạc (mà bệnh nhân tin là đúng) về sử dụng heroin.
- Lập lại tập tính (hay đóng vai diễn) nhằm loại trừ dần tập tính lệch lạc và hình thành những phương thức ứng xử có hiệu quả.
- Giao làm bài tập ở nhà có nhiều mức độ (thí dụ: 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 (hay củng cố) dương tính (thí dụ: khen thưởng) và tăng cường âm tính (thí dụ: phê bình, xử phạt).
- Huấn luyện phương pháp khẳng định bản thân (nhằm ứng phó với sự lôi kéo của bạn nghiện trong nhóm).

4. Các biện pháp tâm lý không chuyên sâu

a. Các biện pháp nhận thức

- Áp dụng **phương pháp giải thích hợp lý** thông dụng và đơn giản nhằm chỉnh lý những nhận thức lệch lạc và bổ sung những nhận thức đúng cho bệnh nhân nghiện heroin.
- Giải thích phải hợp lý có nghĩa là nội dung giải thích phải phù hợp với các đặc điểm bệnh lý, đặc điểm nhân cách và trình độ tiếp thu của bệnh nhân.
- Tùy trường hợp có thể giải thích riêng cho một bệnh nhân hay giải thích cho cả nhóm trong buổi sinh hoạt chung.
- **Nội dung giải thích** có thể đề cập đến những vấn đề như:
 - + Tác hại nhiều mặt của nghiện heroin.
 - + Có thể từ bỏ hẳn heroin và những điều kiện để từ bỏ hẳn.
 - + Những nguyên nhân thường gây trở ngại cho việc từ bỏ hẳn heroin.
 - + Vai trò quyết định của bản thân bệnh nhân trong quá trình từ bỏ heroin (ý muốn từ bỏ, quyết tâm từ bỏ và kiên trì từ bỏ).
 - + Những ý tưởng lệch lạc (mà bệnh nhân tin là đúng) có liên quan đến nghiện heroin và điều trị nghiện heroin.

b. Các biện pháp tập tính

- Áp dụng liệu pháp thư giãn luyện tập (có thể tham gia tập luyện tại Viện Sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai).
- Giao cho bệnh nhân thực hiện bài tập ở nhà (thí dụ: tập các giai đoạn tìm bạn mới để thay thế bạn nghiện cũ, tập cách trả lời trước sự lôi kéo của bạn nghiện cũ).
- Áp dụng phương pháp tăng cường dương tính (thí dụ: khen thưởng trong sinh hoạt nhóm) và tăng cường âm tính (thí dụ: phê bình hay xử phạt trong sinh hoạt nhóm) nhất là đối với những người sử dụng lại heroin.
- Thảo luận nhóm về cách giải quyết những khó khăn có liên quan đến nghiện heroin.

V. PHƯƠNG PHÁP CỘNG ĐỒNG ĐIỀU TRỊ

Phương pháp (hay chương trình) cộng đồng điều trị được phân loại vào nhóm tự giúp nhau (self - help group) chứ **không xếp vào nhóm liệu pháp tâm lý đích thực và đặc hiệu** vì vai trò chủ yếu ở đây là các bệnh nhân tự tác động qua lại với nhau còn thầy thuốc không có vai trò gì hoặc chỉ có vai trò tư vấn ăn. Chương trình cộng đồng điều trị đầu tiên do Diederich khởi xướng vào cuối năm 1954.

1. Cơ sở lý thuyết của phương pháp

- Bệnh nhân nghiện ma túy được xem như là những nhân cách chưa trưởng thành và có tập tính xâm phạm.

- Do đó cần được đưa vào một tổ chức có cấu trúc và hoạt động chặt chẽ nhằm **động viên khía cạnh tích cực của nhân cách** để biến đổi tập tính tai hại (sử dụng chất ma túy).

2. Chỉ định điều trị chính

- Những bệnh nhân nghiện ma túy mà **nhân cách còn có khía cạnh tích cực**, đã được điều trị bằng các phương pháp khác nhưng không có kết quả.

3. Mục tiêu điều trị

- Rèn luyện nhân cách và biến đổi nếp sống.
- Đề cao tinh thần trách nhiệm đối với cộng đồng.
- Khai thác và tăng cường các khía cạnh hướng thiện của bệnh nhân.
- Xây dựng dần và củng cố quyết tâm từ bỏ chất ma túy.

4. Nguyên tắc tổ chức và hoạt động

- Bệnh nhân tự nguyện xin vào sống trong cộng đồng từ 6 đến 18 tháng.
- **Điều khiển chương trình là những bệnh nhân cũ** đã điều trị thành công tại cộng đồng điều trị này và tự nguyện ở lại phục vụ.

5. Sinh hoạt và hoạt động

- Các thành viên của cộng đồng điều trị phải tham gia các dịch vụ phục vụ đời sống của cộng đồng.
- Còn phải tham gia các hoạt động phục hồi chức năng tâm lý xã hội và các sinh hoạt nhóm trong cộng đồng.

6. Nội dung sinh hoạt nhóm

- Sinh hoạt nhóm mang tính chất đối đầu: phân tích và phê phán những tập tính và thái độ sai trái của các thành viên trong cộng đồng.
- Đối đầu nhưng vẫn phải đáp ứng các yêu cầu sau:
 - + Thông cảm với hoàn cảnh của nhau.
 - + Biểu hiện tình cảm thân thiết như những người trong cùng một gia đình.
 - + Luôn tôn trọng nhân cách và tự do cá nhân của các thành viên khác.
 - + Bảo đảm sinh hoạt vật chất đầy đủ.
- **Nghiêm cấm**
 - + Dùng lại chất ma túy.
 - + Gây gổ hay xâm phạm thành viên khác.
 - + Nếu vi phạm sẽ phải chịu kỷ luật do tập thể bỏ phiếu (từ phê bình đến loại trừ ra khỏi cộng đồng).
- Các thành viên tự điều khiển chương trình, không có vai trò của thầy thuốc. Nếu có, chỉ là vai trò tư vấn ẩn phía sau.
- **Không sử dụng các liệu pháp sinh học.**

7. Kết quả điều trị của phương pháp này trong thời kỳ đầu

- + 90 ngày đầu: 50% bỏ cuộc.
- + 6 tháng đầu: 70% bỏ cuộc.
- + 12 tháng đầu: 90% bỏ cuộc.

8. Các cải tiến gần đây

- Chính phủ nhiều nước áp dụng chính sách mềm dẻo đối với các đối tượng vi phạm pháp luật nhẹ: nếu đến điều trị tại các cộng đồng điều trị thì khỏi bị giam; nếu điều trị khỏi thì được trở về nhà không phải chịu án hình sự.
- Nhiều cộng đồng điều trị không áp dụng phương thức đối đầu cứng rắn nhất là đối với thanh thiếu niên.
- Do vậy, hiện nay **chương trình cộng đồng điều trị vẫn tồn tại ở nhiều nước, số người xin vào ngày càng tăng, số người bỏ cuộc ngày càng giảm.**
- **Ở nước ta**, phương thức điều trị bắt buộc tại các trung tâm Lao động thương binh xã hội có một số điểm gần gũi với chương trình cộng đồng điều trị, có thể nghiên cứu mô hình này nhằm cải tiến tổ chức và phương pháp điều trị để kết quả đạt được cao hơn.

VI. CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ KHÁC CÓ TÁC ĐỘNG TÂM LÝ

Thông tư liên bộ Y tế Lao động thương binh xã hội còn đề cập đến một số phương pháp sau đây cũng có ảnh hưởng đến trạng thái tâm lý các bệnh nhân nghiện heroin cần được tham khảo áp dụng:

- Liệu pháp tâm lý tập thể (giáo dục phục hồi hành vi, nhân cách).
- Liệu pháp tâm lý nhóm (trao đổi tâm tư thắc mắc giúp nhau sửa chữa sai lầm).
- Liệu pháp tâm lý cá nhân (hoạt động tư vấn cho từng bệnh nhân).

124. Ch X. Liệu pháp tâm lý trong điều trị nghiện heroin

- Liệu pháp lao động, dạy nghề, tạo việc làm.
 - Tổ chức thể thao thể dục, vui chơi giải trí.
- (xem chi tiết ở phụ lục II).

CHƯƠNG XI

DỰ PHÒNG NGHIỆN HEROIN

I. DỰ PHÒNG DỰA THEO NGUYÊN NHÂN GÂY BỆNH

Như đã trình bày nghiện heroin là kết quả tác động qua lại của 3 nhân tố: Cá nhân (có khuynh hướng lam dụng chất), chất ma túy và môi trường sinh sống. Nói cách khác, nghiện ma túy có cả nguyên nhân bên trong (cá nhân) lẫn nguyên nhân bên ngoài (heroin và môi trường "bị ô nhiễm" ma túy).

Chính vì lẽ đó mà các hoạt động **dự phòng đều phải tác động vào 3 nhân tố** nêu trên:

1. Tác động vào cá nhân

- Giáo dục cá nhân về trách nhiệm bảo vệ sức khỏe của chính mình trước sự quyến rũ của chất ma túy.

- Giáo dục các kỹ năng sống tự chủ, khẳng định bản thân, có trách nhiệm đối với gia đình và xã hội, có các hành vi thích ứng với các sự kiện xảy ra, học cách vượt qua các khó khăn trong cuộc sống mà không cần đến sự trợ giúp của các chất ma túy.

2. Đấu tranh loại trừ, kiểm soát chặt chẽ chất ma túy (cả hợp pháp lẫn bất hợp pháp)

- Đây là một nhiệm vụ vô cùng khó khăn mà Nhà nước đã giao cho các cơ quan chức năng.
- Phấn đấu giảm cung chất ma túy thông qua việc cấm sản xuất, buôn bán, tàng trữ chất ma túy, kiểm soát chặt chẽ các dược phẩm gây nghiện trên thị trường, phấn đấu thực hiện một môi trường xã hội trong sạch, "không có ma túy".

3. Tác động vào môi trường sinh sống

- Liên tục thúc đẩy công tác thông tin đại chúng nhằm liên kết mọi tầng lớp nhân dân trong công tác phòng chống ma túy.
- Đối với thanh thiếu niên cải thiện môi trường sống trong gia đình cũng như ngoài xã hội, chống lại lối sống buông thả, thiếu đạo đức hoặc lối sống buồn tẻ, đơn điệu hoặc lối sống bạo lực, xâm phạm.

- Phát triển các nguồn lực văn hóa xã hội như tạo ra các sân chơi lành mạnh cho thanh thiếu niên (thư viện, thể thao, phim ảnh, truyền hình, văn nghệ giải trí v.v theo hướng tác động tích cực).
- Giữ gìn và phát huy bản sắc văn hóa dân tộc phù hợp với luân lý, đạo đức truyền thống của nước ta.
- Nâng cao chất lượng cuộc sống "cộng đồng" đề cao lối sống có trách nhiệm và tương trợ lẫn nhau, phản đối lối sống cá nhân, vị kỷ.

II. DỰ PHÒNG THEO CẤP ĐỘ

1. Dự phòng cấp độ 1 (dự phòng tuyệt đối): dự phòng cho toàn dân không ai nghiện ma túy

- Chống sản xuất, buôn bán, tàng trữ, heroin trong phạm vi toàn quốc (giảm cung). Trách nhiệm chủ yếu thuộc về các ngành Công an, Bộ đội biên phòng, Hải quan, Kiểm sát, Tòa án, chính quyền các cấp.
- Các biện pháp giáo dục và xã hội đối với thanh thiếu niên và học sinh, sinh viên. Trách nhiệm chủ yếu thuộc Bộ Giáo dục và Đào tạo, Bộ Lao động thương binh xã hội, Đoàn Thanh niên, Hội Phụ nữ v.v.
- Các biện pháp tuyên truyền, thông tin đại chúng thường xuyên và từng chiến dịch. Trách nhiệm thuộc về Bộ Văn hóa thông tin.
- Tránh cho thuốc gây nghiện sai chỉ định, sai nguyên tắc. Trách nhiệm chủ yếu thuộc về Bộ Y tế.

2. Dự phòng cấp độ 2 (dự phòng tương đối): dự phòng cho những đối tượng có nguy cơ cao nghiện ma túy

- Áp dụng biện pháp ngăn chặn kịp thời những đối tượng mới bắt đầu sử dụng heroin.
- Một khi phát hiện được, cần có thái độ bình tĩnh, không nên làm cho vấn đề trầm trọng quá cũng như căng thẳng quá. Ngược lại cũng không nên coi thường. Phải tìm hiểu, giải thích phân tích, giáo dục giúp đối tượng nhận thức ra được hành vi lệch lạc của mình, tác động và tác hại của heroin cũng như hậu quả của nghiện heroin đối với bản thân, gia đình và xã hội (đối với thanh thiếu niên cần nhấn mạnh tác hại của heroin ở hai điểm: một là mất tự do vì bị lệ thuộc vào heroin, hai là nghiện heroin sẽ dẫn tới một cơ thể tàn tạ, suy kiệt).
- Tăng cường tiếp xúc với đối tượng và gia đình, tư vấn giúp đối tượng giải quyết những vướng mắc, khó khăn gặp phải trong cuộc sống, lao động và học tập.
- Cần lưu ý đến khủng hoảng tâm lý riêng của lứa tuổi thanh thiếu niên, sự chưa hoàn thiện của nhân cách, cũng như những khó khăn trong hoàn cảnh gia đình (các sự kiện như ly hôn, ly thân, thiếu quan tâm của bố mẹ v.v.).

3. Dự phòng cấp độ 3: dự phòng cho những đối tượng đã nghiện

- Trách nhiệm chủ yếu thuộc về Bộ Y tế và Bộ Lao động thương binh xã hội.

- Trọng tâm là **điều trị cắt cơn (cai nghiện) và chủ yếu là chống tái nghiện**. Cần có các dịch vụ y tế tại cộng đồng cũng như ở các trung tâm cai nghiện đáp ứng được nhu cầu điều trị cho đối tượng này về số lượng cũng như về chất lượng.
- Áp dụng các giải pháp điều trị có hiệu quả, đa dạng để người bệnh có thể lựa chọn cho phù hợp với các điều kiện của bản thân. Đó là những liệu pháp đã trình bày chi tiết ở các chương trước: liệu pháp methadone, liệu pháp naltrexone, các liệu pháp tâm lý và phục hồi lao động, tâm lý xã hội.

III. CHIẾN LƯỢC DỰ PHÒNG

Dự phòng nghiện ma túy nói chung và nghiện heroin nói riêng đòi hỏi sự tham gia của toàn xã hội và sự kết hợp chặt chẽ của nhiều phương thức.

1. Thông tin tuyên truyền

Công tác này nhằm cung cấp những kiến thức về bản chất và mức độ ảnh hưởng của các chất ma túy khi sử dụng, lạm dụng và bị nghiện và hậu quả của chúng đối với cá nhân, gia đình và cộng đồng. Đồng thời cung cấp các kiến thức về chiến lược dự phòng, chương trình và các dịch vụ phòng chống ma túy.

2. Giáo dục phòng chống nghiện ma túy

- Giáo dục sâu rộng và liên tục tại các trường học, các tổ chức Đoàn của thanh thiếu niên, các cơ quan thông tin đại chúng.

- Qua giáo dục thúc đẩy các hoạt động phê bình và tự phê bình và hình thành các kỹ năng xã hội (biết ra quyết định, biết cách từ chối, biết phân tích, phán đoán, lựa chọn v.v).

3. Lựa chọn hoạt động

- Cung cấp cho thanh thiếu niên nhiều cơ hội tham gia vào các hoạt động đa dạng như: phong trào thanh thiếu niên nói không với ma túy, các hoạt động rèn luyện sức khỏe, các hoạt động văn nghệ giải trí v.v.
- Giúp thanh thiếu niên chọn hoạt động phù hợp và tránh lạm dụng của chất ma túy.
- Công tác phát hiện và can thiệp này nhằm phát hiện sớm những thanh thiếu niên mới bắt đầu sử dụng heroin hoặc sàng lọc những người có xu hướng lạm dụng chất và giới thiệu đến các cơ sở điều trị dự phòng để giúp kìm hãm khuynh hướng này.

4. Nâng cao năng lực của cộng đồng

Công tác này nhằm tổ chức và lập kế hoạch tăng cường hiệu lực và hiệu quả của các dịch vụ, sự hợp tác giữa các ban ngành trong hoạt động phòng chống ma túy tại cộng đồng, mục tiêu lý tưởng là xây dựng một cộng đồng lành mạnh, không có nghiện ma túy.

IV. NHẬN ĐỊNH CHUNG

Dự phòng nghiện ma túy, đặc biệt **dự phòng nghiện heroin** là một công tác cực kỳ khó khăn, đòi hỏi sự chỉ đạo chặt chẽ và

cương quyết của chính quyền các cấp, sự thực hiện đầy đủ trách nhiệm của các ngành chức năng và của các đoàn thể và sự tham gia nhiệt tình của mọi tầng lớp nhân dân trong cộng đồng.

Đó là cơ sở để thực hiện mục tiêu dự phòng cấp độ 1 nhằm loại trừ nghiện ma túy ra khỏi đời sống của cộng đồng, nhưng đó là một mục tiêu lý tưởng và tuyệt đối **rất khó thực hiện**. Lịch sử nghiện các chất dạng thuốc phiện (trong đó có heroin) trên thế giới và ở nước ta đã minh chứng điều này.

Dự phòng cấp độ 2 có mục tiêu thấp hơn: phát hiện các đối tượng mới sử dụng chất ma túy trong cộng đồng và có biện pháp ngăn chặn không để tiến tới nghiện nặng.

Đây cũng là một mục tiêu **không dễ thực hiện** nhưng một số gia đình và một số cộng đồng có thể có điều kiện thuận lợi để làm có kết quả.

Tuy nhiên thực tế ở nước ta cũng như ở các nước khác trên thế giới, số người mới nghiện heroin vẫn tiếp tục tăng, đặc biệt số người tái nghiện tăng cao với tỷ lệ từ 80 đến 90%. Và dự phòng cấp độ 3 vẫn phải đặt ra tuy mục tiêu khá khiêm tốn: **điều trị tích cực để phòng chống tái nghiện**. Đó cũng là nội dung chủ yếu của các chương trước trong tập sách này.

LỜI KẾT

Nghiện các chất dạng thuốc phiện nói chung và nghiện heroin nói riêng, hiện nay đã trở thành hiểm họa của nước ta cũng như của nhiều nước trên thế giới.

Trong phạm vi toàn cầu, cuộc đấu tranh chống tệ nạn nghiện thuốc phiện đã tiến thành từ nhiều thế kỷ trước đây nhưng cho đến nay vẫn chưa đạt được kết quả mong muốn.

Riêng đối với heroin, chất gây nghiện mạnh nhất và nhanh nhất trong các chất dạng thuốc phiện, cuộc đấu tranh phòng chống ngày càng quyết liệt từ sau thế chiến thứ 2 cho đến bây giờ. Diễn hình là cuộc đấu tranh ở Mỹ với nhiều chiến lược thay thế nhau lần lượt.

Trước tiên, là **chiến lược khoan nhượng**: phân phát rộng rãi chất dạng thuốc phiện cho đối tượng nghiện nhằm giảm tác hại cho xã hội do các hành vi tìm kiếm sử dụng heroin gây ra. Và chiến lược này đã thất bại.

Tiếp đến, là **chiến lược quyết liệt**: điều trị bắt buộc và tập trung nhằm phong tỏa chắc chắn hơn các hành vi gây hại. Chiến lược này cũng không thành công.

Cuối cùng, cho đến ngày nay là **chiến lược giảm hại**: giảm hại bằng liệu pháp thay thế methadone kết hợp với liệu pháp tâm lý và phục hồi chức năng tâm lý xã hội và lao động.

Riêng đối với những đối tượng có động lực chữa bệnh mạnh (còn muốn tiếp tục làm việc hay học tập), hay đối tượng phạm pháp nhẹ (đi điều trị thì khỏi vào trại giam) dùng liệu pháp naltrexone (Abernil) sẽ đạt nhiều kết quả.

Liệu pháp naltrexone cũng cần kết hợp với các liệu pháp tâm lý và phục hồi chức năng. Đó là **mô hình hiện đại chống tái nghiện heroin** đang áp dụng ở nhiều nước công nghiệp phát triển cũng như đang phát triển.

Ở nước ta liệu pháp methadone được nghiên cứu có kết quả ở Viện Súc khỏe Tâm thần Quốc gia (Hà Nội) đã được đúc kết kinh nghiệm và báo cáo lên Bộ Y tế.

Liệu pháp naltrexone (Abernil) cũng được nghiên cứu áp dụng ở Viện Súc khỏe Tâm thần Quốc gia từ năm 2001 đến nay, đã mang

lại nhiều kết quả đáng khích lệ và đã được báo cáo tại các hội thảo khoa học ở Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh.

Các liệu pháp gia đình và nhận thức - tập tính dưới dạng không chuyên sâu cũng đã áp dụng kết hợp với liệu pháp methadone và naltrexone.

Như vậy, **mô hình hiện đại chống tái nghiện heroin** đã có những điều kiện cần thiết để có thể áp dụng có kết quả ở nước ta.

Chúng tôi hy vọng tập sách này có thể cung cấp những thông tin bổ ích, cũng như cách tiếp cận thích hợp cho tất cả bạn đọc quan tâm đến vấn đề nghiện heroin, cho các cấp hữu trách phòng chống nghiện ma túy luôn mong muốn đóng góp vào kết quả của chiến lược giảm tỷ lệ mới mắc, cũng như tái nghiện heroin hiện nay của nước ta.

PHỤ LỤC I

HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ NGHIỆN MA TÚY (thuốc phiện và các chất dạng thuốc phiện) **BẰNG CÁC THUỐC HƯỚNG THẦN**

Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia, 1992
Bộ Y tế ban hành kèm theo công văn số 4358. Đtr,
ngày 23-6-1995

I. QUI ĐỊNH CHUNG CỦA ĐIỀU TRỊ CẮT CƠN

A. Điều kiện cần có của một đơn vị điều trị cắt cơn nghiện ma túy

- Đặt trong một cơ sở khép kín, tránh được mọi can thiệp và xâm phạm từ bên ngoài.
- Có trang bị đủ thuốc và phương tiện để khám chữa bệnh và cấp cứu.
- Có y, bác sĩ được tập huấn về lý thuyết và thực hành để sử dụng hướng dẫn điều trị và có thể xử trí những trường hợp cấp cứu thường gặp, có sự chỉ đạo của bác sĩ chuyên khoa tâm thần phụ trách về điều trị nghiện ma túy.

- Bảo đảm các điều kiện ăn, ở, vệ sinh thuận lợi cho bệnh nhân (thời gian cắt cơn trung bình 10 ngày).
- Có khả năng tự làm hoặc liên hệ với các cơ quan khác làm các xét nghiệm cần thiết (morphin trong nước tiểu, HIV...).

B. Tiêu chuẩn nhận bệnh nhân

- Chỉ nhận những bệnh nhân tự nguyện xin điều trị.
- Bệnh nhân phải có đủ các tiêu chuẩn chẩn đoán trạng thái nghiện và hội chứng cai.
- **Trạng thái nghiện (theo bảng phân loại bệnh quốc tế 10):** có ít nhất 3 trong 6 hiện tượng sau đây:
 - + Thèm muốn mãnh liệt dùng chất ma túy (CMT).
 - + Sau khi thôi dùng CMT từ (6 - 18 giờ) sẽ xuất hiện hội chứng cai, buộc phải dùng CMT trở lại.
 - + Khó khăn trong việc kiểm tra tập tính sử dụng CMT.
 - + Có hiện tượng dung nạp CMT (liều dùng ngày càng tăng).
 - + Sao nhãng các thích thú cũ.
 - + Biết rõ tác hại của CMT nhưng vẫn tiếp tục dùng.
- **Hội chứng cai (theo Viện Sức khỏe Tâm thần Việt Nam và DSM3-R):** có ít nhất 4 trong 12 triệu chứng sau đây:
 - + Thèm CMT, buồn nôn hay nôn, đau các cơ, chảy nước mắt nước mũi, nổi da gà, toát mồ hôi, đi rửa, dãn đồng tử, ngáp, ngáy ngáy sốt, mất ngủ, cảm giác ròi bỏ trong xương.

C. Những trường hợp không nhận điều trị

- Không có đủ các tiêu chuẩn chẩn đoán trạng thái nghiện và hội chứng cai.
- Có chống chỉ định với các thuốc hướng thần sử dụng trong hướng dẫn này.
- Không chấp hành nội quy của đơn vị điều trị.
- Các trường hợp sau đây cần chuyển đến các khoa tâm thần hoặc bệnh viện tâm thần:
 - + Bệnh nhân có bệnh cấp tính.
 - + Bệnh nhân có bệnh cơ thể nặng đang tiến triển.
- Phụ nữ có thai.
- Người già và trẻ em dưới 16 tuổi.

D. Yêu cầu đối với bệnh nhân thực hiện nội quy của đơn vị điều trị

- Bệnh nhân phải có đơn xin được điều trị và đơn của gia đình nếu có thể, theo những yêu cầu sau:
 - + Chấp nhận hoàn cảnh cách ly với môi trường xã hội bên ngoài (trung bình 10 ngày) để điều trị có hiệu quả.
 - + Chấp nhận cho nhân viên của đơn vị điều trị kiểm tra tư trang và thân thể để tìm chất ma túy ẩn dấu.
 - + Tuân theo mọi chỉ định của y, bác sĩ.
 - + Không dùng chất ma túy nào dưới bất kỳ hình thức nào.

- + Đồng ý cho đơn vị điều trị tiến hành các xét nghiệm (máu, nước tiểu...) để làm chẩn đoán, theo dõi và đánh giá kết quả.
- + Tôn trọng tài sản, giữ gìn trật tự trong đơn vị điều trị không có hành vi gây gổ, tấn công người khác.
- + Mọi vi phạm nội qui sẽ chịu các hình thức kỷ luật khác nhau của đơn vị điều trị theo mức độ nặng, nhẹ (phê bình, cảnh cáo, không nhận điều trị tiếp, phạm tội nghiêm trọng có thể bị truy tố theo pháp luật hiện hành).

II. QUY TRÌNH SỬ DỤNG THUỐC HƯỚNG THẦN

A. Thuốc giải lo âu: dẫn xuất benzodiazepin như diazepam (Seduxen, Valium)

Trạng thái lo âu (nôn nao, bồn chồn) là trạng thái tâm thần cơ bản thường xuyên có và tăng cường các triệu chứng thần kinh thực vật của hội chứng cai. Những người cai nhiều lần, do nhớ lại những nhận cảm đau khổ trong những lần cai trước càng lo âu nhiều hơn. Do vậy thuốc giải lo âu cần sử dụng trước tiên và liên tục nhất là trong 1 - 2 ngày đầu.

Không cho diazepam, nếu có các chống chỉ định sau: dị ứng với diazepam, suy hô hấp mất bù, nhược cơ.

Cách cho thuốc diazepam (Seduxen, Valium), viên nén 5mg

- + Hai ngày đầu: uống 4 viên mỗi lần: cách 4 giờ lại cho uống 1 lần cho đến khi hết bồn chồn và ngủ yên.
- + Sau khi tỉnh giấc nếu vẫn còn lo âu thì tiếp tục cho thuốc như trên.
- + Ngày thứ 3 và thứ 4 bắt đầu giảm liều: 2 viên một lần, cách 6 - 8 giờ cho thêm 1 lần.
- + Ngày thứ năm cắt hẳn thuốc để tránh khả năng gây nghiện diazepam.

B. Thuốc an thần: levomepromazin (Tisercin, Nozinan)

- Đa số các biểu hiện của hội chứng cai và các rối loạn thần kinh thực vật có thể thanh toán bằng diazepam.
- Nếu có một số triệu chứng nặng hơn (thí dụ: vật vã, kích động) hay phức tạp (thí dụ: cảm giác đòi bò trong xương) thì mới sử dụng levomepromazin, một loại an thần an dịu mạnh.
- Không dùng levomepromazin nếu có các chống chỉ định sau: dị ứng với levomepromazin, glaucome góc đóng, bí tiểu tiện do u tuyến tiền liệt, có tiền sử mất bạch cầu nhiễm độc.
- **Liều lượng:** phụ thuộc vào trạng thái tiếp thu của cơ thể và mức độ nghiện của từng bệnh nhân. Sau đây là phương thức sử dụng trung bình.
- Cách cho thuốc: levomepromazin viên nén 25mg.
 - + Lần đầu cho uống 2 viên.

- + Lần 2: sau một giờ nếu chưa an dịu và huyết áp tối đa bằng hay cao hơn 100mmHg thì cho uống thêm 4 viên.
- + Lần 3: sau một giờ nếu vẫn chưa an dịu và huyết áp như trên thì cho uống thêm 4 viên.
- + Lần 4 và những lần sau: đợi sau 2 giờ nếu chưa an dịu và huyết áp như trên thì cho uống thêm 2 viên.
- Kết quả nghiên cứu của Viện Sức khỏe tâm thần cho thấy: sau 2 - 6 giờ (từ 4 - 16, trung bình 10 viên) thì bệnh nhân an dịu và ngủ ngon (có thể ngủ đến 16 hay 20 giờ liên tục).
- Khi bệnh nhân ngủ dậy vẫn yên tĩnh thì không cần cho thêm levomepromazin cần bố trí người săn sóc và theo dõi liên tục để bệnh nhân khỏi ngã khi đứng dậy hay di chuyển.
- Đặc biệt cần theo dõi huyết áp thường xuyên, nhất là trước khi cho uống thêm levomepromazin. Nếu huyết áp hạ cần cho phối hợp thêm thuốc nâng huyết áp.

C. Thuốc nâng huyết áp: heptaminol (Hept A-Myl)

- Chỉ sử dụng khi huyết áp tối đa dưới 100mmHg.
- Thường gặp khi dùng levomepromazin liều cao hay ở những bệnh nhân tiêm chích sai thuốc phiện.
- Hept A-Myl viên nén 0,2g: uống 2 - 3 lần trong 24 giờ.
- Có thể dùng từ 3 - 8 ngày sau khi phát hiện hạ huyết áp và thôi dùng khi huyết áp trở lại bình thường.

- Nếu huyết áp tụt nhiều cần sử trí cấp cứu và dùng thuốc tiêm thay thuốc viên.
- Hept A-Myl ống 5ml (0,3g) mỗi lần 1 -2 ống: 2 - 3 lần trong 24 giờ. Tiêm bắp hay tiêm tĩnh mạch chậm hoặc truyền tĩnh mạch trong dung dịch natriclorid 0,9% hoặc dung dịch glucoza 5% $\times$ 500ml.

D. Thuốc giảm đau paracetamol

- Nếu bệnh nhân đau nhức cơ bắp nhiều có thể dùng thêm thuốc giảm đau.
- Paracetamol viên nén 0,5g.
- Uống mỗi lần 2 viên, uống từ 2 - 3 lần trong 24 giờ.
- Có thể dùng trong 3 ngày đầu.

E. Thuốc chống co thắt: pholoropglucinol (Spasfon)

- Nếu bệnh nhân có triệu chứng đau quặn ở bụng do co thắt các nội tạng đường tiêu hóa cần dùng thêm thuốc chống co thắt.
- Spasfon viên nén 80mg, uống mỗi lần 2 viên, uống từ 2 - 3 lần trong 24 giờ.
- Có thể dùng từ 1 - 3 ngày.
- Nếu không có spasfon, có thể dùng alverine (Spasmaverine) viên nén 40mg: uống mỗi lần 1 - 2 viên, ngày uống 3 - 4 lần.

G. Thuốc chống tiêu chảy và mất nước

- Tiêu chảy và nôn trong hội chứng cai thường do tăng nhu động ruột, có thể dùng Spasfon với liều lượng ở trên cũng chữa khỏi.

- Nếu tiêu chảy kéo dài kèm theo vã mồ hôi, gây trạng thái mất nước, cần cho uống thêm dung dịch oresol (dung dịch uống glucosa - điện giải).
- Một gói (theo công thức của Tổ chức y tế thế giới) hòa với một lít nước đun sôi để nguội.
- Cho uống từ 3 - 4 lít trong 24 giờ chia làm nhiều lần.

H. Thuốc gây ngủ: alimemazin (Théralène)

- Hầu hết các trường hợp dùng diazepam và levomepromazin với liều lượng kể trên đã làm cho bệnh nhân yên tĩnh, ngủ ngon và ngủ lâu.
- Sau khi cắt diazepam và levomepromazin nếu vẫn còn mất ngủ thì dùng alimemazin một loại thuốc ngủ không gây nghiện, có thể dùng lâu dài.
- Alimemazin viên nén 5mg: uống 2 - 4 viên trước giờ ngủ; có thể cho uống thêm từ 3 - 4 viên nữa nếu bệnh nhân chưa ngủ được.
- Dùng thuốc đến khi giấc ngủ trở lại bình thường thì giảm liều tới cắt hẳn.

III. ĐIỀU TRỊ TOÀN DIỆN

Ở các phần trên chỉ mới đề cập đến các thuốc hướng thần nhằm chữa các biểu hiện chủ yếu của hội chứng cai.

Để thực hiện phương châm điều trị toàn diện.

1. Cần đặc biệt chú trọng đến chế độ dinh dưỡng nhất là trong những ngày đầu (ăn mềm, có chất đạm và sinh tố). Nếu cơ thể suy sụp cần tiếp nước và điện giải, cho thêm vitamin C và vitamin nhóm B uống.

2. Đối với bất cứ loại bệnh nào trong khi điều trị vẫn có thể có các trường hợp cấp cứu xảy ra. Do vậy, đơn vị điều trị phải được trang bị thuốc cấp cứu các phương tiện và phác đồ cấp cứu. Y bác sĩ của đơn vị phải biết sử dụng các phác đồ cấp cứu nội và ngoại khoa thường gặp.
3. Từ ngày thứ 5 trở đi, cần đưa bệnh nhân vào các hoạt động phục hồi chức năng, tâm lý, lao động của đơn vị (học nghề, thể dục, văn hóa, trao đổi nhóm...).
4. Để chống tái nghiện sau cai, cùng bệnh nhân thảo luận và vạch ra kế hoạch điều trị lâu dài toàn diện và dựa vào cộng đồng, phù hợp với hoàn cảnh gia đình và xã hội của từng người.

IV. PHƯƠNG HƯỚNG ĐIỀU TRỊ NGHIỆN MA TÚY LÂU DÀI, TOÀN DIỆN, DỰA VÀO CỘNG ĐỒNG

Phương hướng hữu hiệu hiện đang được Viện Sức khỏe Tâm thần nghiên cứu thí điểm. Trong khi chờ đợi đúc kết kinh nghiệm thực tế, Bộ đề ra một số nguyên tắc sau:

1. Về tổ chức

- Trong tình hình hiện nay, cần được chỉ đạo thực hiện từ tuyến huyện, do có trung tâm y tế và phòng lao động thương binh và xã hội là 2 cơ quan có trách nhiệm và có điều kiện thực hiện phương hướng này. Trong tương lai, nơi nào có điều kiện có thể thực hiện ở tuyến xã, phường.
- Lãnh đạo đảng và chính quyền các cấp cần đứng ra trực tiếp chỉ đạo thực hiện.

- Muốn thực hiện cần huy động tiềm lực của các đoàn thể trong cộng đồng (thanh niên, phụ nữ, hội chữ thập đỏ, hội cựu chiến binh...).
- Tuy nhiên ngành Y tế và ngành Lao động là 2 thành phần chủ yếu cần phối hợp với nhau. Ngành Y tế phụ trách công tác điều trị duy trì lâu dài, các liệu pháp tâm lý chuyên biệt. Ngành Lao động phụ trách công tác phục hồi chức năng lao động xã hội sau cai (học nghề, lao động, sản xuất), liệu pháp tâm lý nâng đỡ.

2. Điều trị duy trì bằng thuốc hướng thần

- Để phòng chống tái nghiện có hiệu quả, cắt cơn xong phải chuyển ngay sang điều trị duy trì lâu dài (9 tháng).
- Trong khi chờ đợi nghiên cứu áp dụng điều trị bằng methadone, bệnh nhân cần được khám và theo dõi về mặt tâm thần để phát hiện và điều trị kịp thời bằng các thuốc hướng thần, các hội chứng cai thường gặp:
 - + Hội chứng trầm cảm: amitriptyline viên nén 25mg: mỗi ngày uống 2 - 4 viên cho đến khi hết trầm cảm.
 - + Trạng thái mất ngủ: alimemazin viên nén 5mg: mỗi tối uống 2 - 4 viên, cho đến khi giấc ngủ trở lại bình thường.
 - + Các biểu hiện tâm thần khác do bác sĩ tâm thần chỉ định điều trị.

3. Về liệu pháp tâm lý

- Dùng liệu pháp gia đình và câu lạc bộ người thân động viên và hướng dẫn gia đình tích cực tham gia vào quá trình ngăn chặn bệnh nhân tái nghiện.
- Dùng liệu pháp tâm lý cá nhân và tâm lý nhóm (câu lạc bộ bệnh nhân sau cai) động viên nhân tố tích cực và hướng thiện của bệnh nhân nhằm thanh toán hậu quả các sang chấn tâm lý và xây dựng quyết tâm từ bỏ chất ma túy.

4. Về các biện pháp xã hội

- Cán sự xã hội (thuộc ngành LĐTB- XH) thành lập đơn vị "tìm kiếm việc làm" có chức năng liên hệ với chính quyền, các đoàn thể trong cộng đồng, các cơ sở sản xuất, các trung tâm dạy nghề, tìm nơi học nghề và lao động sản xuất cho bệnh nhân đã cắt cơn.
- Các đoàn thể trong cộng đồng tìm các biện pháp linh hoạt và thích hợp nhằm tách bệnh nhân đã cắt cơn ra khỏi sự lôi kéo dùng lại chất ma túy của bạn xấu, nhóm xấu.
- Chính quyền và các ngành chức năng trong cộng đồng cương quyết triệt phá các ổ buôn lậu và tiêm, hút ma túy.

GHI CHÚ

- Hướng dẫn điều trị này đã được nghiên cứu áp dụng từ tháng 11/1994 ở 7 tỉnh thành phía Bắc (Vĩnh Phú, Thái

148. Phụ lục I. Hướng dẫn điều trị nghiện ma túy...

Nguyên, Hà Nội, Hà Tây, Hải Phòng, Yên Bái, Ninh Bình) trên hơn 300 bệnh nhân.

- Không có tai biến đặc biệt xảy ra.
- Đảm bảo an toàn, hiệu quả, kinh tế, (khoảng 50.000đ tiền thuốc cho 10 ngày điều trị cắt cơn).

PHỤ LỤC II

HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH CAI NGHIỆN, PHỤC HỒI SỨC KHỎE, NHÂN CÁCH CHO NGƯỜI NGHIỆN MA TÚY

**Thông tư liên tịch số 31/1999/TTLT/BLĐTBXH-BYT
Ngày 20-12-1999 của Bộ Lao động Thương binh và
xã hội - Bộ Y tế**

Căn cứ Nghị quyết số 06/CP ngày 29-01-1993 của Chính phủ về tăng cường chỉ đạo công tác phòng chống, kiểm soát ma túy;

Căn cứ Quyết định số 139/TTg ngày 31-7-1998 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Kế hoạch hành động phòng, chống ma túy giai đoạn 1998-2000;

Để công tác cai nghiện, phục hồi sức khỏe, nhân cách người nghiện ma túy đạt hiệu quả, Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội, Bộ Y tế hướng dẫn như sau:

I. QUY ĐỊNH CHUNG

- 1. Cai nghiện, phục hồi sức khỏe, nhân cách cho người nghiện ma túy bao gồm những hoạt động: y học, tâm lý, xã hội. Sau**

150. Phụ lục II. Hướng dẫn quy trình cai nghiện...

khi người nghiện được cai nghiện, phục hồi sức khỏe, nhân cách sẽ không sử dụng lại ma túy và hòa nhập cộng đồng. Quy trình cai nghiện được chia thành 5 giai đoạn sau:

- Tiếp nhận phân loại;
- Điều trị cắt cơn, giải độc;
- Giáo dục phục hồi hành vi, nhân cách;
- Lao động trị liệu, chuẩn bị tái hòa nhập cộng đồng, chống tái nghiện;
- Quản lý lâu dài dựa vào cộng đồng.

2. Đối tượng áp dụng

- Cơ sở chữa bệnh được thành lập theo Nghị quyết số 20/CP ngày 14-4-1996 của Chính phủ.
- Cơ sở y tế của Nhà nước có chức năng cai nghiện ma túy.
- Người nghiện ma túy.

3. Cơ quan Lao động Thương binh và Xã hội chủ trì phối hợp với cơ quan y tế, công an và các cơ quan có liên quan tham mưu để Ủy ban nhân dân các cấp xây dựng kế hoạch và tổ chức thực hiện việc cai nghiện, phục hồi sức khỏe, nhân cách cho người nghiện ma túy theo từng giai đoạn đạt hiệu quả cao.

II. NHỮNG QUY ĐỊNH CỤ THỂ

A. Cai nghiện, phục hồi sức khỏe, nhân cách người nghiện ma túy tại các cơ sở chữa bệnh thực hiện Nghị định số 20/CP

Thực hiện Nghị định số 20/CP, việc cai nghiện, phục hồi sức khỏe, nhân cách người nghiện ma túy tại các cơ sở chữa bệnh được tiến hành theo 5 giai đoạn sau:

1. Tiếp nhận, phân loại

- 1.1. Tư vấn cho người nghiện, gia đình người nghiện về phương pháp cai nghiện; vai trò, trách nhiệm của gia đình để động viên người thân họ sẵn sàng cai nghiện.
- 1.2. Làm hồ sơ bệnh án: phải khám sức khỏe ban đầu và làm các thủ tục như bệnh nhân vào điều trị tại các bệnh viện (theo mẫu bệnh án).
- 1.3 Kiểm tra đồ dùng cá nhân, loại trừ các chất ma túy kể cả thuốc gây nghiện (nếu có).
- 1.4. Xét nghiệm bệnh nhân phát hiện chất ma túy, các xét nghiệm khác theo chỉ định của bác sĩ.
- 1.5. Hướng dẫn thực hiện các quy định và nội quy của cơ sở chữa bệnh, yêu cầu người nghiện ma túy và gia đình cam kết thực hiện các quy định đó.
- 1.6. Căn cứ vào đặc điểm khai thác tại bệnh án, các kết quả xét nghiệm, cán bộ tiếp nhận phân loại đối tượng theo mức độ nghiện và loại ma túy sử dụng, tình trạng sức khỏe... v.v, để bố trí vào các khu điều trị và lên kế hoạch điều trị phù hợp với từng người.

2. Điều trị cắt cơn, giải độc

- 2.1. Áp dụng bài thuốc và phác đồ Bộ Y tế đã ban hành.
- 2.2. Thực hiện các biện pháp tâm lý, vật lý trị liệu, giúp cho người nghiện bớt lo âu, làm giảm hội chứng cai.
- 2.3. Trong thời gian điều trị cắt cơn phải thực hiện nghiêm túc các quy định của Bộ Y tế về điều trị cắt cơn, giải độc.
Giai đoạn điều trị cắt cơn, giải độc: thực hiện từ 10 - 20

ngày, sau đó tổ chức xét nghiệm, nếu kết quả xét nghiệm là âm tính chuyển sang giai đoạn tiếp, nếu kết quả xét nghiệm là dương tính thì tiếp tục điều trị.

3. Giáo dục, phục hồi hành vi, nhân cách

3.1. Thực hiện liệu pháp tâm lý tập thể, nhằm phục hồi toàn diện về nhân cách, sức khỏe, tâm lý cho người nghiện như: giao ban buổi sáng, hội thảo về các chủ đề đạo đức, trách nhiệm, với gia đình và xã hội. Các hoạt động phải phong phú, thể hiện tình thương yêu của tập thể với cá nhân và trách nhiệm của cá nhân với tập thể đó như một gia đình. Đồng thời, qua các hoạt động giáo dục tập thể sẽ giúp cho người nghiện nhận thức rõ những hành vi sai trái của mình. Tổ chức cho người nghiện học tập về pháp luật, đạo đức, tác phong, lối sống lành mạnh, có trách nhiệm, tự tin. Ngoài ra có thể dùng các phương pháp trị liệu tâm lý khác như tâm năng dưỡng sinh, "thiền" trong trị liệu tập thể.

3.2. Liệu pháp tâm lý nhóm: tổ chức người nghiện thành từng nhóm: nhóm cùng hoàn cảnh, nhóm cùng tiến bộ... Tại nhóm, người nghiện có thể bày tỏ những tâm tư, vướng mắc, lo âu để mọi người trong nhóm cùng chia sẻ, tìm cách giúp đỡ và sửa chữa những lỗi lầm, xóa bỏ sự cô độc, mặc cảm. Qua các hoạt động nhóm sẽ thúc đẩy sự tôn trọng lẫn nhau, sự cởi mở và vui vẻ giữa mọi người. Hoạt động này phải được duy trì thường xuyên (hàng ngày, hàng tháng).

3.3 Liệu pháp tâm lý cá nhân: tổ chức hoạt động tư vấn cho từng người nghiện, lắng nghe những tâm tư, lo lắng về bệnh tật, về gia đình mà người nghiện tâm sự. Từ đó tư vấn giúp người nghiện sửa chữa lỗi lầm hiện tại, giúp họ định hướng đúng trong tương lai.

- Liệu pháp lao động: tổ chức cho người nghiện tham gia các hoạt động lao động hàng ngày như dọn vệ sinh, nấu ăn, trồng cây... nhằm giúp người nghiện hiểu được giá trị của sức lao động.
- Tổ chức thể dục thể thao, vui chơi giải trí: cơ sở chữa bệnh phải tổ chức cho người nghiện tham gia thể dục thể thao, vui chơi giải trí như: đá bóng, bóng chuyền, văn hóa, văn nghệ, xem tivi...

Những hoạt động trị liệu trên được lặp lại hàng ngày, xen kẽ với lao động trị liệu, duy trì hàng ngày từ 6 giờ đến 22 giờ.

4. Lao động trị liệu, chuẩn bị hòa nhập cộng đồng chống tái nghiện

4.1. Lao động trị liệu

- Sự phân công lao động phải phù hợp với tuổi, sức khỏe, giới tính, trình độ, nghề nghiệp của từng người và theo đúng quy định tại Nghị định số 20/CP ngày 13-4-1996 của Chính phủ..
- Tổ chức, quản lý, phân công lao động một cách hợp lý, lao động từ nhẹ đến nặng, từ đơn giản đến phức tạp, đảm bảo an toàn lao động.

4.2. Dạy nghề, tạo việc làm

Tùy theo cơ sở vật chất, kinh phí, nhu cầu của người nghiện, cơ sở chữa bệnh có thể mở các lớp dạy nghề, tạo việc làm cho người nghiện, hoặc gửi đến các trung tâm xúc tiến việc làm để học nghề; đặc biệt chú trọng đến các nghề truyền thống, đơn giản để thực hành lao động sản xuất tại cơ sở chữa bệnh.

4.3. Chuẩn bị tái hòa nhập cộng đồng

- Kiểm tra lại sức khỏe, tổng kết bệnh án, lập sổ theo dõi sau cai nghiện.
- Biên bản bàn giao người nghiện về cộng đồng gồm những nội dung cơ bản: tình hình sức khỏe, nhân cách, tâm lý.

Giai đoạn giáo dục, phục hồi hành vi, nhân cách và giai đoạn lao động trị liệu phải được hoạt động xen kẽ, trong ngày làm việc (8 giờ) phải có 30% thời gian giáo dục, phục hồi hành vi nhân cách, 70% thời gian lao động trị liệu. Nghiêm cấm các cơ sở cai nghiện chỉ sử dụng người nghiện vào việc lao động trị liệu mà không thực hiện nội dung giáo dục phục hồi nhân cách.

Thời gian thực hiện hai giai đoạn từ 12 tháng đến 18 tháng.

5. Quản lý lâu dài dựa vào cộng đồng

Đây là giai đoạn người nghiện đã ra khỏi cơ sở chữa bệnh để về với gia đình, địa phương. Cơ sở chữa bệnh cần phải tư vấn (trực tiếp hoặc gián tiếp bằng văn bản) cho chính quyền địa

phương và gia đình để họ sẵn sàng cam kết, đón nhận những người sau giai đoạn cai nghiện ở cơ sở chữa bệnh về tái hòa nhập cộng đồng.

5.1. Gia đình

- Cam kết thực hiện đầy đủ trách nhiệm của gia đình đối với người nghiện như: không mặc cảm với quá khứ của người nghiện, thương yêu, gần gũi, giúp đỡ họ.
- Quan tâm theo dõi nếp sống sinh hoạt, các quan hệ bạn bè, nhân cách hàng ngày để từ đó có thể trở lại dùng ma túy, động viên khích lệ những hành vi tích cực.
- Tạo các điều kiện cần thiết về vật chất, tinh thần cho người nghiện có việc làm, học nghề, tham gia văn nghệ, thể dục thể thao...

5.2. Chính quyền

Quản lý hành chính: tạm vắng, tạm trú, Ủy ban nhân dân xã có sổ theo dõi sự di biến động của người nghiện.

- Hàng tháng, chính quyền xã nhận xét về sự thay đổi nhân cách, hành vi của người nghiện, kịp thời ngăn chặn những hành vi có thể trở lại dùng ma túy.
- Phối hợp với gia đình, các cơ quan, tổ chức kinh tế, xã hội của địa phương hỗ trợ vay vốn, xóa đói giảm nghèo cho người nghiện và gia đình họ.
- Tổ chức những hoạt động xã hội như văn nghệ, thể dục thể thao hoặc các công tác xã hội khác thu hút người nghiện tham gia.

B. Cai nghiện, phục hồi sức khỏe, nhân cách người nghiện ma túy tại cộng đồng

Khái niệm:

Cai nghiện, phục hồi sức khỏe, nhân cách người nghiện ma túy tại cộng đồng bao gồm những hoạt động y tế, tâm lý, xã hội được tiến hành tại xã, phường nơi người nghiện ma túy cư trú.

Nội dung:

Cai nghiện phục hồi tại cộng đồng do chính quyền các cấp chịu trách nhiệm. Sở Lao động - Thương binh và Xã hội phối hợp với Sở Y tế, Sở Công an và các cơ quan có liên quan xây dựng kế hoạch cai nghiện, phục hồi sức khỏe, nhân cách cho người nghiện ma túy tại cộng đồng để trình Chủ tịch Ủy ban nhân dân tỉnh phê duyệt. Sau khi kế hoạch được phê duyệt, việc thực hiện cai nghiện, phục hồi nhân cách cho người nghiện ma túy tại cộng đồng theo đúng quy trình sau:

1. Phân loại người nghiện ma túy

Trước khi tổ chức cai nghiện, phục hồi sức khỏe, nhân cách tại cộng đồng chính quyền xã, phường phải điều tra phân loại người nghiện một cách cụ thể để áp dụng các hình thức cai nghiện cho phù hợp.

Hình thức cai nghiện phục hồi tại cộng đồng chỉ được áp dụng đối với đối tượng mới sử dụng ma túy, mức độ lệ thuộc vào ma túy còn nhẹ, nhân cách, hành vi chưa thay đổi (chưa có hành vi vi phạm pháp luật) bản thân và gia đình phải tự nguyện, đồng thời phải có sự giám sát, chăm sóc của gia đình, sự hỗ trợ của cộng đồng.

2. Giai đoạn điều trị cắt cơn

Được tổ chức tại địa phương có sự chỉ đạo trực tiếp của chính quyền. Cơ quan y tế tham mưu cho chính quyền phối hợp với các ngành: Công an, Lao động - Thương binh và Xã hội để điều trị cắt cơn, giải độc cho người nghiện ma túy. Việc điều trị cắt cơn phải bảo đảm các yêu cầu sau:

- Phải có sự theo dõi, chỉ định, giúp đỡ của các cơ sở y tế;
- Áp dụng đúng bài thuốc, phác đồ điều trị do Bộ Y tế ban hành;
- Hệ thống sổ sách, thống kê, chế độ báo cáo phải đầy đủ theo quy định của Bộ Y tế;
- Liên hệ với bệnh viện gần nhất để hỗ trợ chuyên môn, cấp cứu khi cần thiết.

3. Tư vấn, giáo dục phục hồi nhân cách, lao động trị liệu

Sau khi tiếp nhận những người nghiện ma túy đã được điều trị cắt cơn giải độc, chính quyền địa phương lên kế hoạch phân công chỉ đạo các cơ quan nghiệp vụ kết hợp với gia đình, vận động các tổ chức xã hội như: Hội Cựu chiến binh, đoàn Thanh niên, Hội Phụ nữ tổ chức giáo dục phục hồi nhân cách hành vi, tạo việc làm theo các hình thức sau:

- Tổ chức các buổi sinh hoạt cho người nghiện tại tổ dân cư, phường, xã, giúp họ nâng cao hiểu biết về pháp luật, nếp sống, đạo đức...
- Thành lập các câu lạc bộ, vận động những người nghiện

tham gia sinh hoạt để họ cùng giúp nhau giải quyết tư tưởng, nêu cao ý chí, tháo gỡ những vướng mắc nhằm sớm phục hồi nhân cách hành vi.

- Tư vấn cho người nghiện, gia đình họ về tâm lý, sức khỏe, việc làm, pháp luật giúp họ có kiến thức phòng ngừa tái sử dụng lại ma túy.
- Chính quyền kết hợp với gia đình tạo điều kiện cho người nghiện học nghề, vay vốn lãi suất thấp hoặc tạo việc làm giúp người nghiện có cuộc sống ổn định.

Từng địa phương căn cứ vào hoàn cảnh cụ thể để tổ chức hình thức lao động cho người nghiện ma túy sau khi đã được điều trị cắt cơn giải độc để giáo dục phục hồi hành vi, nhân cách, sức khỏe.

Thời gian trị liệu phục hồi nhân cách, lao động trị liệu từ 6 tháng đến 12 tháng.

4. Quản lý lâu dài dựa vào cộng đồng

Nội dung được thực hiện theo quy định tại điểm 5 Mục A Chương II của Thông tư này.

III. TỔ CHỨC THỰC HIỆN

- Thông tư này có hiệu lực sau 15 ngày kể từ ngày ký ban hành.
- Liên Bộ giao cho Cục Phòng, chống tệ nạn xã hội - Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội; Thanh tra Bộ Y tế (thường trực Ban Phòng, chống ma túy) chịu trách

nhiệm hướng dẫn, theo dõi, kiểm tra, đôn đốc việc thực hiện Thông tư này.

- Trong quá trình thực hiện có gì khó khăn, vướng mắc đề nghị báo cáo về liên Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội; Thanh tra Bộ Y tế để xem xét và giải quyết

KT. BỘ TRƯỞNG
BỘ LAO ĐỘNG - THƯƠNG BINH
VÀ XÃ HỘI
Thứ trưởng
ĐÀM HỮU ĐẮC

KT. BỘ TRƯỞNG
BỘ Y TẾ
Thứ trưởng
LÊ VĂN TRUYỀN

PHỤ LỤC III

ÁP DỤNG ĐIỀU TRỊ CHỐNG TÁI NGHIỆN CÁC CHẤT DẠNG THUỐC PHIỆN BẰNG NALTREXONE TẠI VIỆN SỨC KHỎE TÂM THẦN

BSCK II. Nguyễn Minh Tuấn

PGS. Trần Viết Nghi

TS. Ngô Thanh Hồi

và cộng sự

Viện Sức khỏe tâm thần Quốc gia

TÓM TẮT

Naltrexone là một thuốc đối kháng với chất dạng thuốc phiện, do vậy có hiệu quả chống tái nghiện chất dạng thuốc phiện. Tuy nhiên tỷ lệ bỏ điều trị cao là một vấn đề quan tâm của nhiều tác giả.

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện ngoại trú tại Viện Sức khỏe tâm thần. Bệnh nhân tới uống thuốc 3 lần trong 1 tuần kết hợp với tư vấn, can thiệp gia đình và liệu pháp nhận thức tập tính trong một thời gian 6 tháng trên một mẫu 46 bệnh nhân nghiện chất dạng thuốc phiện (tất cả đều là nam) đã cắt cơn (7 ngày với heroin, 10 ngày với methadone). Đây là một nghiên cứu ngẫu nhiên, mở, dọc, tự đối chứng trước sau và có so sánh với kết quả nghiên cứu methadone của chúng tôi được thực hiện trước đó.

162. Phụ lục III. Áp dụng điều trị chống tái nghiện...

Kết quả nghiên cứu đã chỉ ra rằng việc cho uống naltrexone 3 lần/1 tuần kết hợp với tư vấn, can thiệp gia đình, liệu pháp nhận thức tập tính đã làm giảm tỷ lệ bỏ cuộc đáng kể (sau 1 tháng 8,16%; sau 3 tháng 14,28% trong đó 4,08% buộc phải ngừng điều trị do SGOT, SGPT tăng cao; sau 6 tháng 36,73% trong đó 24,49% buộc phải ngừng điều trị do SGOT, SGPT tăng cao). Đồng thời các hành vi có nguy cơ cao (tiêm chích ma túy, dùng chung bơm kim tiêm, quan hệ tình dục không an toàn) ngừng hẳn trong suốt quá trình điều trị.

Kết quả phục hồi chức năng tâm lý xã hội và lao động (theo đánh giá của gia đình bệnh nhân) được cải thiện nhanh chóng và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P < 0,001$ (so sánh trước sau). Trong khi đó ở liệu pháp methadone mà chúng tôi đã áp dụng tương tự trước đó (cũng theo đánh giá của gia đình bệnh nhân) thì kết quả phục hồi chức năng tâm lý xã hội và lao động có cải thiện nhưng kém hơn và chậm hơn và sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với $P > 0,05$ (so sánh trước sau).

Nghiên cứu này cũng giúp chúng tôi xác định được là so với liệu pháp methadone, liệu pháp naltrexone áp dụng ở cộng đồng dễ dàng thuận tiện và an toàn hơn cho cả bệnh nhân lẫn thầy thuốc. Tuy nhiên việc lựa chọn phương pháp này hay phương pháp khác luôn phụ thuộc vào điều kiện, hoàn cảnh cụ thể của từng người bệnh, của gia đình họ cũng như của các cơ quan y tế.

MỞ ĐẦU

Nghiện chất dạng thuốc phiện (opioid) là loại hình nghiện ma túy chủ yếu ở Việt Nam trước kia và cả hiện nay (heroin). Theo các báo cáo mới đây có khoảng 180.000 người nghiện chất dạng thuốc phiện trên cả nước (chủ yếu là nghiện heroin). Nhiều trung tâm cai nghiện và phục hồi chức năng đã được thành lập với thời gian điều trị từ 6 tháng tới 2 năm, song kết quả thu được còn nhiều hạn chế: mới đáp ứng được 10% nhu cầu điều trị, tỷ lệ tái nghiện cao sau giải độc (80-90% thậm chí có nơi 100%). Có 85,5% người nghiện phạm pháp, trong đó 40% có liên quan tới các vụ trọng án. Hiện cả nước có trên 70.000 người nhiễm HIV/AIDS trong đó trên 60% liên quan tới tiêm chích chất dạng thuốc phiện (opioid).

Các phương pháp điều trị cho những người nghiện chất dạng thuốc phiện hiện nay ở Việt Nam chủ yếu là điều trị tập trung tại các trung tâm (giải độc và phục hồi chức năng) do Bộ Lao động thương binh xã hội quản lý. Thời gian từ 6 tháng tới 2 năm và hiện nay dự kiến 5 năm (do tỷ lệ tái nghiện cao). Ở thành phố Hồ Chí Minh hiện có khoảng 25.000 người nghiện và ở thành phố Hà Nội có khoảng 5000 người nghiện đang được điều trị tại các trung tâm này. Điều này đã góp phần đáng kể trong việc giữ gìn trật tự an toàn xã hội, một vấn đề bức xúc hiện nay tại các đô thị mà chủ yếu do những người nghiện gây ra.

Các mô hình điều trị tại cộng đồng chủ yếu dừng lại ở giải độc ngắn hạn (detoxification) do vậy có thể nói tỷ lệ tái nghiện là rất

164. Phụ lục III. Áp dụng điều trị chống tái nghiện...

cao (trên 90% - 100%).

Việc áp dụng điều trị duy trì lâu dài tại cộng đồng bằng methadone cho người nghiện chất dạng thuốc phiện nhằm mục đích giảm hại mới chỉ được nghiên cứu áp dụng tại Viện Sức khỏe tâm thần Quốc gia từ 1996 tới 2002 (đã có đánh giá kết quả, triển vọng và đề nghị Bộ Y tế sớm cho triển khai tại cộng đồng). Tuy nhiên việc triển khai này còn phụ thuộc vào nhiều thủ tục hành chính và pháp lý.

Trước đòi hỏi bức xúc cần sớm triển khai các giải pháp điều trị hữu hiệu cho người nghiện chất dạng thuốc phiện tại Việt Nam. Viện Sức khỏe tâm thần Quốc gia tiếp tục nghiên cứu ứng dụng điều trị chống tái nghiện chất dạng thuốc phiện tại cộng đồng bằng naltrexone (Abernil) từ tháng 5/2002 - 3/2003 (đánh giá kết quả sau 6 tháng đầu điều trị). Đây là liệu pháp điều trị đã được áp dụng hơn 30 năm qua trên thế giới. Tuy nhiên tính phổ biến và hiệu quả điều trị còn rất khác nhau theo từng nước trên thế giới cũng như theo từng tác giả. Vì vậy nghiên cứu của chúng tôi nhằm mục đích tìm ra những giải pháp thích hợp (trong hoàn cảnh Việt Nam hiện nay) để nâng cao hiệu quả điều trị và khắc phục những hạn chế nhằm tạo ra nhiều sự lựa chọn hữu hiệu cho người nghiện chất dạng thuốc phiện mong muốn được điều trị có hiệu quả.

Nghiên cứu này cũng nhằm đánh giá hiệu quả của naltrexone kết hợp với liệu pháp tâm lý như liệu pháp nhận thức - tập tính, tư vấn và can thiệp gia đình nhằm nâng cao tỷ lệ theo đuổi điều trị, giảm tỷ lệ tái sử dụng heroin trong quá trình điều trị, đánh giá kết quả

phục hồi chức năng tâm lý và chức năng lao động, nghiên cứu có so sánh trước và sau điều trị cũng như so sánh với liệu pháp thay thế bằng methadone (đã được chúng tôi nghiên cứu trước đó cũng tại Viện Sức khỏe tâm thần Quốc gia, với cùng đội ngũ cán bộ nghiên cứu và cùng phương pháp đánh giá và can thiệp đồng thời).

ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

1. Tiêu chuẩn nhận vào điều trị

- Nghiện chất dạng thuốc phiện đã cắt cơn nghiện: với heroin ít nhất 7 ngày, với methadone ít nhất 10 ngày.
- Bệnh nhân tự nguyện tham gia quá trình điều trị lâu dài.
- Bệnh nhân uống naltrexone (Abernil) tại Viện Sức khỏe tâm thần Quốc gia (ngoại trú) 3 lần/1 tuần.
- Chấp hành các qui trình xét nghiệm máu, nước tiểu khi được yêu cầu.
- Gia đình 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 của đơn vị nghiên cứu theo định kỳ 1 lần/ 1 tháng.
- Bệnh nhân và gia đình tuân thủ nội qui điều trị của đơn vị nghiên cứu.

2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có xét nghiệm HIV dương tính.

- Bệnh nhân có các bệnh cơ thể và rối loạn tâm thần nặng.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Phương thức nghiên cứu ứng dụng lâm sàng, ngẫu nhiên, mở, dọc, tự đối chứng (trước -sau).
- Uống thuốc naltrexone kết hợp với tư vấn, can thiệp gia đình, liệu pháp nhận thức - tập tính.
- So sánh với hiệu quả của liệu pháp thay thế bằng methadone đã được chúng tôi nghiên cứu trước đó tại Viện Sức khỏe tâm thần Quốc gia (phương pháp và cơ sở nghiên cứu, cán bộ nghiên cứu, số lượng bệnh nhân, thời gian nghiên cứu tương tự như nghiên cứu naltrexone này).
- Công cụ theo dõi:
 - Bệnh án mẫu.
 - Các bộ câu hỏi phỏng vấn dành cho bệnh nhân và gia đình trước và trong quá trình điều trị.
 - Các xét nghiệm cơ bản về máu, chức năng gan (SGOT, SGPT), HIV, viêm gan B, C.
 - Xét nghiệm nước tiểu tìm chất dạng thuốc phiện làm đột xuất 2 lần/ tháng, do Viện Khoa học hình sự Bộ Công an làm (bệnh nhân và nhân viên điều trị không biết trước).
- Liều lượng Abernil (naltrexone).

- Bệnh nhân uống Abernil tại Viện Sức khỏe tâm thần Quốc gia 3 lần/1 tuần, thứ 2 (100mg), thứ 4 (100mg), thứ 6 (150mg).
- Các liệu pháp tâm lý kết hợp:
 - Tư vấn.
 - Liệu pháp gia đình: can thiệp gia đình.
 - Liệu pháp nhận thức, tập tính: củng cố âm tính và củng cố dương tính, sửa đổi nhận thức sai lệch về sử dụng ma túy.
- Đánh giá kết quả dựa trên:
 - Kết quả xét nghiệm tìm chất dạng thuốc phiện trong nước tiểu.
 - Kết quả phỏng vấn bệnh nhân và gia đình (theo bộ câu hỏi).
 - Nhận xét của nhóm nghiên cứu.
- Xử lý số liệu thu thập: phần mềm EPI-INFO 6.0.

ĐẶC ĐIỂM NHÂN SỰ CỦA MẪU NGHIÊN CỨU

- Tổng số bệnh nhân vào điều trị: 46 người đều là nam.
- + Tỷ lệ bỏ điều trị là:
 - Sau 1 tháng: 8,16%.
 - Sau 3 tháng: 14,28% (4,08% do SGOT, SGPT tăng cao).
 - Sau 6 tháng: 36,73% (24,49% do SGOT, SGPT tăng cao).

- + Tai biến: 1 bệnh nhân sử dụng heroin quá liều đồng thời với uống Abernil. Gia đình đưa đi cấp cứu và đã bình phục.
- Trình độ học vấn: 7,21% cấp III, 9,3% đại học.
- Nghề nghiệp của bệnh nhân: trước nghiện 58,1% có công việc thường xuyên, hiện nay chỉ 18,6% có công việc thường xuyên ($P < 0,05$).
- Đặc điểm cấu trúc gia đình: 60% chưa lập gia đình; 77,18% có bố, 72,9% có mẹ là cán bộ công nhân viên đang làm việc hay nghỉ hưu; 81,4% sống chung với bố mẹ; 18,6% sống với vợ; 97,7% không có xung đột tâm lý quan trọng trong gia đình trước khi nghiện chất dạng thuốc phiện.

ĐẶC ĐIỂM QUÁ TRÌNH NGHIỆN CHẤT DẠNG THUỐC PHIỆN

- Lứa tuổi sử dụng lần đầu chất dạng thuốc phiện: dưới 20 tuổi: 53,49% (nhiều nhất); 21 - 25 tuổi: 16,28%.
- Lứa tuổi bắt đầu nghiện chất dạng thuốc phiện: nhiều nhất từ 16 - 25 tuổi: 62,79%.
- Thâm niên nghiện chất dạng thuốc phiện: Trung bình 5,14 năm, ít nhất 1 năm, lâu nhất 30 năm.
- Loại chất dạng thuốc phiện sử dụng và đường sử dụng khi vào điều trị: 100% sử dụng heroin; 53,5 hút heroin; 46,5% tiêm chích heroin.
- Số lần cai nghiện trước khi vào điều trị: 2 lần: 20,9%, 3 lần: 23,3%, 4 lần: 16,3%; trên 10 năm: 18,6%.

- Tỷ lệ nhiễm viêm gan B, C và cả B và C: 50% (viêm gan B: 16,66%; viêm gan C: 28,57%; cả viêm gan B và C: 4,76%).

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Phương pháp điều trị của chúng tôi là uống naltrexone kết hợp với tư vấn, liệu pháp gia đình và liệu pháp nhận thức tập tính.

- Tỷ lệ bỏ cuộc sau 1 tháng: 8,16%, sau 3 tháng: 14,28% (trong đó 4,08% buộc phải ngừng điều trị do SGOT, SGPT tăng cao), sau 6 tháng 36,73% (trong đó 24,49% buộc phải ngừng điều trị do SGOT, SGPT tăng cao). So với kết quả của Green Stein, Fudala và O'Brien, năm 1992 thì bỏ cuộc sau 1 tháng là 40% và sau 3 tháng là 60%.

Theo Kleber (1981) naltrexone kết hợp với liệu pháp gia đình có tỉ lệ bỏ cuộc 62%.

Resnick, Washton và Stone-Washton (1981). naltrexone kết hợp tư vấn có tỉ lệ bỏ cuộc sau 1 tháng là 33%. Trong khi đó naltrexone một mình có tỉ lệ bỏ cuộc sau 1 tháng là 77%.

Anton (1981): naltrexone kết hợp liệu pháp gia đình và liệu pháp tập tính tỉ lệ bỏ cuộc sau 6 tháng điều trị là 48%.

- Đánh giá về ảnh hưởng của naltrexone trên chức năng gan (SGOT, SGPT). Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả các trường hợp SGOT, SGPT bình thường trước điều

trị naltrexone đều không thay đổi trong quá trình điều trị.

Những bệnh nhân có men gan tăng trước điều trị naltrexone thay đổi rất thất thường trong quá trình điều trị. Sự tăng men gan trước điều trị và trong quá trình điều trị đều có liên quan với xét nghiệm viêm gan B, C dương tính ở các đối tượng này trước điều trị.

1. Đánh giá về kết quả xét nghiệm nước tiểu tìm chất dạng thuốc phiện trong quá trình điều trị.

Tỷ lệ xét nghiệm dương tính sau 1 tháng điều trị là 44%, sau 2 tháng 32,14%, sau 3 tháng 34,14%, sau 4 tháng 43,75%, sau 5 tháng 28%, sau 6 tháng 22,58%. Tỷ lệ xét nghiệm dương tính giảm có ý nghĩa thống kê với $P < 0,05$.

Hiện nay thường xuyên có khoảng 100 bệnh nhân theo đuổi điều trị ngoại trú tại Viện sức khỏe Tâm thần Quốc gia nhưng tỷ lệ xét nghiệm dương tính chỉ là từ 2 - 5% chủ yếu ở những bệnh nhân ở tháng đầu điều trị.

Theo chúng tôi xét nghiệm dương tính lúc đầu của chúng tôi tăng cao là vì một số lý do sau:

- + Đa số bệnh nhân chưa tin rằng naltrexone có thể làm mất hiệu quả của heroin thậm chí có bệnh nhân có tình trạng liều heroin để tìm kiếm hiệu quả dẫn đến tai biến phải đi cấp cứu.
- + Một số bệnh nhân chưa có động cơ đúng đắn khi xin vào điều trị, nên đã cố tình giấu thuốc không uống để lén sử dụng heroin và lôi kéo các bệnh nhân khác làm

theo. Thậm chí có bệnh nhân lên gây nôn sau khi uống naltrexone.

- + Do sơ hở của nhân viên y tế (giao thuốc cho gia đình để cho bệnh nhân uống tại nhà vì lý do này hay lý do khác).

Các biện pháp khắc phục đã được áp dụng như sau:

Kiểm soát nghiêm ngặt, đảm bảo thuốc vào tận bụng bệnh nhân, không cho phép gia đình xin thuốc về nhà cho bệnh nhân uống, tăng cường tư vấn, can thiệp gia đình, liệu pháp nhận thức tập tính, kiên quyết từ chối điều trị những bệnh nhân chưa mong muốn điều trị và coi trường hợp này như bỏ cuộc. Chính vì vậy mà tỉ lệ xét nghiệm dương tính hiện nay thấp (chỉ từ 2 - 5% và chủ yếu ở những bệnh nhân ở tháng đầu điều trị).

2. Đánh giá về các sai phạm trong phạm vi gia đình

Mức độ (1) bán đồ dùng cá nhân, (2) nói dối để lấy tiền, (3) lấy trộm tiền của gia đình, (4) bán đồ đạc của gia đình, (5) đe dọa cưỡng ép người thân để lấy tiền.

Theo đánh giá của các gia đình trước điều trị: 90,62% bệnh nhân có sai phạm trên 25 ngày trong 1 tháng, với các mức độ như 31,25% ở mức độ 1 và 2; 50% ở mức độ 1, 2 và 3, 18,75% ở mức độ 1, 2, 3 và 4.

Tuy nhiên sau 1 tháng điều trị chỉ còn 9,39% còn sai phạm từ 1 - 5 ngày/tháng và sau 2 tháng điều trị không còn ai có sai phạm nữa.

3. Đánh giá về phương thức sử dụng chất dạng thuốc phiện bất hợp pháp trong quá trình điều trị.

Trước điều trị naltrexone của chúng tôi có 46,5% (22 bệnh nhân) bệnh nhân tiêm chích heroin và kể từ tháng thứ 1 tới tháng thứ 6 của liệu trình không ai tiêm chích heroin nữa ($P < 0,001$).

Trong liệu pháp methadone của chúng tôi: trước điều trị có 35,48% (20 bệnh nhân) tiêm chích heroin và tỉ lệ tiêm chích từ tháng thứ 1 tới tháng thứ 6 đều là 3,22% (tháng thứ 3 là 6,45%), ($P < 0,05$).

Trước điều trị naltrexone có 10% bệnh nhân dùng chung bơm kim tiêm và sau 1 tháng điều trị tới tháng thứ 6 không còn ai tiêm chích và dùng chung bơm kim tiêm nữa.

Có 9,3% quan hệ tình dục không an toàn trước điều trị naltrexone và sau 1 tháng điều trị không còn ai nữa.

4. Đánh giá hiệu quả phục hồi chức năng tâm lý xã hội (theo đánh giá khách quan của gia đình)

+ Sự quan tâm thường xuyên của bệnh nhân tới mọi người trước điều trị naltrexone chỉ có 9,36%, sau 6 tháng điều trị tăng lên 75% (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $\chi^2 = 28,891$; $P < 0,001$). Trong liệu pháp methadone của chúng tôi trước điều trị là 16,60% và sau 6 tháng điều trị tăng lên 36,11% (với $\chi^2 = 4,601$; $P > 0,05$).

+ Sự quan tâm thường xuyên của bệnh nhân tới sở thích cá nhân trước điều trị naltrexone là 25% và sau 6

tháng điều trị tăng lên 100% (với $\chi^2 = 40,041$; $P < 0,001$).

Còn ở liệu pháp methadone trước điều trị là 33,33% và sau 6 tháng điều trị tăng lên 52,77% (với $\chi^2 = 3,372$; $P > 0,05$).

- + Tham gia hoạt động giải trí thường xuyên của bệnh nhân trước điều trị naltrexone là 6,25% và sau 6 tháng điều trị tăng lên 60% (với $\chi^2 = 50,135$; $P < 0,001$).

Còn ở liệu pháp methadone của chúng tôi trước điều trị là 8,33% và sau 6 tháng điều trị tăng lên 33,33% (với $\chi^2 = 9,21$; $P < 0,05$).

- + Với bộ câu hỏi tương tự, kết quả tự đánh giá của bệnh nhân đều cao hơn đánh giá của gia đình ở cả 2 liệu trình tương ứng và kết quả ở liệu trình naltrexone luôn cao hơn kết quả ở liệu trình methadone. Điều này thể hiện sự hài lòng của người bệnh.

5. Đánh giá hiệu quả phục hồi chức năng lao động (theo đánh giá khách quan của gia đình)

- + Chủ động lao động, học tập thường xuyên ngoài xã hội trước điều trị naltrexone là 6,25% và sau 6 tháng điều trị tăng lên 35% (với $\chi^2 = 23,645$; $P < 0,001$).

Trong liệu pháp methadone của chúng tôi: trước điều trị là 16,60% và sau 6 tháng điều trị tăng lên 30,55% (với $\chi^2 = 2,95$; $P > 0,05$).

- + Chủ động lao động nghề nghiệp thường xuyên với gia đình trước điều trị naltrexone là 6,25% và sau 6 tháng điều trị tăng lên 50% (với $\chi^2 = 18,801$; $P < 0,001$).

Trong liệu pháp methadone của chúng tôi: trước điều trị là 11,11% và sau 6 tháng điều trị tăng lên 30,55% (với $\chi^2 = 6,67$; $P > 0,05$).

- + Tự phục vụ cá nhân (tắm rửa, giặt quần áo) thường xuyên: trước điều trị naltrexone là 50% và sau 6 tháng điều trị tăng lên 85% (với $\chi^2 = 13,815$; $P < 0,001$).

Trong liệu pháp methadone của chúng tôi: trước điều trị là 27,77% và sau 6 tháng điều trị tăng lên là 50% (với $\chi^2 = 12,842$; $P < 0,01$).

- + Hiệu suất lao động học tập đạt mức trên 80%: trước điều trị naltrexone là 0% và sau 6 tháng điều trị tăng lên là 85% (với $\chi^2 = 40,591$; $P < 0,001$).

Trong liệu pháp methadone của chúng tôi: trước điều trị là 5,26% và sau 6 tháng điều trị tăng lên 57,13% (với $\chi^2 = 25,53$; $P < 0,001$).

- + Với bộ câu hỏi tương tự kết quả tự đánh giá của bệnh nhân đều cao hơn của gia đình ở cả 2 liệu trình tương ứng như trên và ở naltrexone luôn cao hơn methadone.

BÀN LUẬN VÀ KẾT LUẬN

Nghiên cứu này đã giúp chúng tôi tìm ra được những giải pháp hợp lý, giảm được tỉ lệ bỏ điều trị, giảm được tỉ lệ tái sử dụng heroin trong quá trình điều trị. Đó là việc cho uống naltrexone gắn liền với các liệu pháp tâm lý thích hợp như tư vấn, phương pháp can thiệp gia đình và liệu pháp nhận thức - tập tính dựa trên mô hình bệnh tật về nghiện rượu và ma túy do Johnson đề xuất: sửa đổi những nhận thức sai lệch (không chỉ của bệnh nhân mà cả của gia đình) về nguyên nhân nghiện và tái nghiện ma túy, giúp họ lựa chọn và chấp nhận phương pháp điều trị thích hợp, tuân thủ nội quy, tìm ra những giải pháp điều trị thích hợp cho việc sửa đổi hành vi của người bệnh: chấp nhận sự phê phán, kiểm tra, uốn nắn, giáo dục của gia đình cũng như của nhân viên y tế; từ bỏ việc tìm kiếm, sử dụng ma túy dưới bất kỳ lý do nào, dưới bất kỳ hình thức nào. Việc chữa bệnh phải lâu dài, được ưu tiên hàng đầu còn lao động, học tập là cần thiết, nhưng phải đặt sau ưu tiên điều trị (có thể bỏ lao động, học tập để chữa bệnh chứ không được bỏ chữa bệnh vì lao động, học tập).

Phải duy trì tốt mối quan hệ Bệnh nhân - Thầy thuốc - Gia đình, tạo ra niềm tin "có thể chữa khỏi bệnh" cho bệnh nhân và gia đình.

Kết quả nghiên cứu đã chỉ rõ rằng những hành vi sai phạm giới hạn trong phạm vi gia đình cũng bị loại trừ hoàn toàn sau từ 1 tới 2 tháng đầu điều trị.

Những hành vi có nguy cơ cao (tiêm chích ma túy, tình dục không an toàn) cũng ngừng hẳn sau 1 tháng điều trị. Không bệnh nhân nào bị phát hiện xét nghiệm HIV (+) sau 6 tháng điều trị.

Đặc biệt, cũng theo gia đình bệnh nhân đánh giá, kết quả phục hồi chức năng tâm lý xã hội và chức năng lao động đạt được một cách nhanh chóng ngay từ tháng đầu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (so sánh trước và sau điều trị). So sánh các kết quả này giữa 2 liệu pháp naltrexone và methadone đã cho thấy kết quả phục hồi chức năng tâm lý và chức năng lao động ở liệu pháp naltrexone đạt được nhanh và tốt hơn (có ý nghĩa thống kê), trong khi ở liệu pháp methadone kết quả chậm hơn và sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.

Công trình nghiên cứu ứng dụng naltrexone cùng với nghiên cứu ứng dụng methadone của chúng tôi trước đó đã giúp chúng tôi nhìn nhận đầy đủ hơn về những lợi ích và hạn chế của mỗi phương pháp, từ đó khắc phục thiếu sót và đề ra những giải pháp hợp lý, góp phần tạo ra nhiều phương thức điều trị hữu hiệu, giúp cho thầy thuốc, bệnh nhân và gia đình có được những sự lựa chọn điều trị thích hợp với từng người bệnh. Hy vọng kết quả nghiên cứu có thể góp phần giảm thiểu tác hại do nghiện chất dạng thuốc phiện gây ra cho người bệnh, gia đình họ và xã hội, đồng thời cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh, giúp họ hòa nhập lại cuộc sống lao động học tập bình thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

NGUYỄN MINH ĐỨC (2002). *Tìm hiểu Luật phòng chống ma túy*.

NXB Chính trị Quốc gia Hà Nội

HOÀNG TÍCH HUYỀN (1994). *Thuốc phiện Nghiện và cai nghiện*. Hội thảo toàn quốc về điều trị nghiện ma túy, Bộ Y tế, Hà Nội.

TRẦN VIỆT NGHI (2000). *Ảnh hưởng và tác hại của nghiện ma túy*. Tập bài giảng sau đại học, Bộ môn Tâm thần, Đại học Y Hà Nội.

NGUYỄN VIỆT THIÊM (2000). *Quan hệ cung cầu trong nghiện ma túy*. Tập bài giảng sau đại học, Bộ môn Tâm thần, Đại học Y Hà Nội.

- NGUYỄN MINH TUẤN (2000). *Điều trị nghiện ma túy*. Tập bài giảng sau đại học, Bộ môn Tâm thần, Đại học Y Hà Nội.
- NGUYỄN MINH TUẤN (2003). *Áp dụng điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng methadone*. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa II, Đại học Y Hà Nội.
- NGUYỄN MINH TUẤN (2003). *Đánh giá kết quả điều trị chống tái nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng Abernil (naltrexone) sau 6 tháng điều trị*. Hội thảo khoa học về điều trị chống tái nghiện các chất dạng thuốc phiện, Hà Nội.
- NGUYỄN VIỆT và NGUYỄN MINH TUẤN (1994). *Điều trị các chất dạng thuốc phiện bằng methadone*. Hội thảo toàn quốc về điều trị nghiện ma túy, Bộ Y tế, Hà Nội.
- Ủy ban quốc gia phòng chống AIDS và tệ nạn ma túy, mại dâm (2002). *Dự thảo báo cáo chương trình hoạt động 2000- 2010*, Hà Nội.
- BECK AARON et al (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. Guilford Press, New York.
- BERNARD, MACKENZIE (1994). *Basics of group psychotherapy*. Guilford Press, New York.
- CHAMBON, MARIE CARDINE (1999). *Les bases de la psychothérapie*. Drenod, Paris.
- DOLE, NYSWANDER (1965). *A medical treatment for heroin addiction*. JAMA, USA.

- DOLE, JOSEPH (1978). *Long-term outcome of patients treated with methadone maintenance*. Ann. NY Acad. Sci, USA.
- FIELLIN et al (2002). *Treatment of heroin dependence with buprenorphine in primary care*. The Amer. J. of drug and alcohol abuse. New York.
- GONZALEZ and BROGDEN (1988). *Naltrexone. A review of its therapeutic efficacy in the management of opioid Dependence*. ADIS Drug information services, Manchester, England.
- LAURENCE FOLLEN (1996). *30000 toxicomanes bénéficient en France d'un traitement de substitution*. Journal Le Monde, Paris.
- TUCKER, DONOVAN, MARLATT (1999). *Changing addictive behavior*. Guilford Press, New York.
- WASHTON (1995). *Psychotherapy and substance abuse*. Guilford Press, New York.

CHỈ MỤC

Abernili, 93, 95

Áp dụng điều trị chống tái
nghiện các chất dạng
thuốc phiện bằng
naltrexone tại Viện
Sức khỏe tâm thần,
161-176

Bắt đầu xuất hiện hội chứng
cai, 36, 39

Bệnh cảnh lâm sàng nghiện
heroin, 33-38

Bệnh tâm thần và điều trị bằng
methadone, 89

Biện pháp không chuyên sâu
trong liệu pháp gia đình,
113-115
trong liệu pháp nhận thức
tập tính, 119-120

Biện pháp kết hợp trong điều trị
methadone, 83
naltrexone, 99-100

Biểu hiện của tai biến quá liều
heroin, 63-64

- methadone, 85-86
- Biểu hiện sớm của đối tượng
 nghiện heroin, 37-38
- Buprenorphine
 - chuyển sang dùng
 methadone, 81-82
 - trong điều trị thay thế, 72-73
- Cai khô, 64
- Catapressan trong cắt cơn
 nghiện, 65-66
- Các chất được sử dụng trong
 điều trị thay thế, 72-73
- Cách tiếp cận
 - của Veron Johnson về
 nghiện ma túy, 51-55
 - trong liệu pháp gia đình,
 110-112
- Cảm giác do heroin gây ra, 33-
 34
- Cảm giác sáng khoái, 27, 34
- Cảm xúc biến đổi do nghiện
 heroin, 37
- Cắt đứt nguồn cung ma túy
 (chiến lược), 55
- Cắt cơn nghiện, 55
 - bằng các phương pháp khác,
 68
 - bằng Catapressan, 65-66
 - bằng gây mê và naltrexone,
 67-68
 - bằng methadone, 66-67
 - bằng thuốc hướng thần, 64-
 65, 67
- Cắt giảm liều trong điều trị
 bằng methadone, 84-
 85
- Cấp độ dự phòng nghiện
 heroin, 127-129
- Cấu trúc các cơ sở và phương
 pháp điều trị nghiện
 heroin, 57-61
- Chất dạng thuốc phiện, 3-4
 - với sự dung nạp, 4, 5
- Chất gây nghiện, 1
- Chất ma túy, 1-4, 1
 - các loại, 2-4
 - nguyên nhân gây nghiện, 20-
 22
- Chẩn đoán nghiện ma túy, 6, 8
 9
- Chi phí điều trị
 - bằng naltrexone, 103-104

- bằng methadone, 89-90
- Chiến lược điều trị nghiện heroin, 55-57
- Chiến lược dự phòng nghiện heroin, 129-130
- Chiến lược phòng chống ma túy, 55-56
- (ở Mỹ), 133-134
- Chỉ định điều trị methadone, 77
- naltrexone, 97
- Chống chỉ định điều trị methadone, 77
- naltrexone, 97
- Chống tái nghiện, 55, 59-61, 69
- Chống tái nghiện heroin bằng chất đối kháng naltrexone, 48
- mô hình hiện đại, 134, 135
- Chuyển đổi điều trị ngừng dùng methadone, 85
- naltrexone, 101
- sang dùng methadone, 81-82
- Chữa nghiện heroin, 31
- Clonidine trong cắt cơn nghiện, 65-66
- Co đồng tử, 63-64
- Có thai trong điều trị bằng naltrexone, 103
- và cho con bú trong điều trị bằng methadone, 87-88
- Công việc của người nghiện heroin, 41
- Công văn số 4358. Đtr, ngày 23/6/1995, Bộ Y tế, 137-148
- Cơ chế bệnh sinh của nghiện heroin, 26-31
- Cơ chế tác động của naltrexone, 93, 94
- Cơ sở sinh học của trạng thái dung nạp, 27-28
- lệ thuộc về mặt cơ thể, 28-29, 64, 65
- lệ thuộc về mặt tâm thần, 28-31
- Cùng lệ thuộc (hiện tượng) trong gia đình, 112
- Dung nạp chất ma túy, 4-5

- chéo, 4-5
- Dung tủng
 - của người thân đối với đối tượng nghiện heroin 53, 54-55
 - (hiện tượng) trong gia đình, 111, 112
- Dược lý
 - của methadone, 74-77
 - của naltrexone, 95-96
- Dự phòng nghiện heroin, 125-131
 - chiến lược, 129-130
 - nhận định chung, 130-131
 - theo cấp độ, 127-129
 - theo nguyên nhân gây nghiện, 125-127
- Đặc điểm bệnh lý nghiện heroin, 51-55
- Đặc điểm của methadone, 66
- Điểm cần xem xét và thực hiện
 - khi điều trị methadone, 78-80
 - khi điều trị naltrexone, 98-99
- Điều trị bắt buộc, 47
- Điều trị chống tái nghiện (dài hạn), 55
 - đề xuất bổ sung, 59-61
 - lâu dài, 69
- Điều trị cắt cơn
 - (ngắn hạn), 55
 - nghiện heroin. 64-68
- Điều trị duy trì, 71
- Điều trị đối kháng
 - heroin với dung nạp chéo, 5
 - nghiện heroin bằng naltrexone, 93-105
- Điều trị hội chứng cai, 64-68
- Điều trị lâu dài, 55-56, 69
- Điều trị lồng ghép, 56-57
- Điều trị nghiện heroin, 55
 - theo thông tư liên bộ Y tế và Lao động thương binh xã hội, (20/12/1999), 57-59, 145-155
 - trên thế giới, 45-50
 - ở châu Âu, 48-49
 - ở Mỹ, 46-48
 - ở nước ta, 50

- ở các nước Tây Thái Bình Dương, 49-50
- Điều trị sau cắt cơn, 69
- Điều trị tai biến quá liều heroin, 63-64
- Điều trị thay thế
bằng methadone, 47, 74-89
nghiện heroin, 71-89
với dung nạp chéo, 5
- Điều trị trạng thái phụ thuộc về mặt cơ thể, 64-68
- Đỉnh điểm trạng thái cai, 36
- Độ an toàn của methadone, 75
- Đối tượng điều trị
methadone, 77-79
naltrexone, 96-97.
- Đồng tử trong tai biến quá liều heroin, 64
- Gây mê
trong điều trị bằng methadone, 86-87
trong cắt cơn nghiện, 67-68
- Gia đình
đối với người nghiện heroin, 42
- bị bệnh trong liệu pháp gia đình, 111-112
- hệ thống trong liệu pháp gia đình, 110-111
- với nguyên nhân gây nghiện, 24-25
- Giải độc nghiện heroin, 64-68
- Giảm đau
trong điều trị bằng methadone, 86-87
trong điều trị bằng naltrexone, 102
- Giảm cung và giảm cầu (chiến lược), 55-56
- Giảm hại (chiến lược), 56, 134
- Giảm thiệt hại do nghiện heroin, 71, 72, 101
- Giãn đồng tử, 64
- Giáo dục
cá nhân dự phòng nghiện heroin, 125-126
phòng chống nghiện ma túy, 126, 127, 128, 129
- Heroin, 3
lịch sử, 13

- Hiện tượng có tính bệnh lý trong gia đình có người nghiện, 111-112
- Hiện tượng dung nạp chéo, 4-5
- Hiện tượng nghiện, 27, 35
- Hiệu quả của điều trị
naltrexone, 96-97
thay thế, 72
- Hiệu quả do heroin gây ra, 33-34
- Hội chứng cai, 5-7
điều trị, 64-68
- Hướng dẫn điều trị nghiện ma túy bằng các thuốc hướng thần (1992), 137-148
- Hướng dẫn lâm sàng và quy trình sử dụng naltrexone, 95-103
- Hướng dẫn quy trình cai nghiện, phục hồi sức khỏe, nhân cách cho người nghiện ma túy, 149-159
- Khó khăn lớn trong điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện, 8
- Khoan nhượng (chiến lược phòng chống ma túy), 134
- Kết hợp liệu pháp tâm lý với các liệu pháp khác, 109, 113
- Kỹ thuật nhận thức và tập tính chuyên sâu, 117-118
- LAAM trong điều trị thay thế, 72-73
- Lạm dụng chất, 1-2
- Lâm sàng
sử dụng heroin quá liều 34-35
trạng thái cai, 6
heroin, 36-37
- Lệ thuộc
vào chất ma túy, 29, 30
về mặt cơ thể, 5-7, 8
về mặt tâm thần, 7-8, 8
- Liệu pháp
(kỹ thuật) nhận thức chuyên sâu, 117-118

- (kỹ thuật) tập tính chuyên sâu, 118
- cộng đồng điều trị, 56-57
- Liệu pháp gia đình, 110-115
- cách tiếp cận, 110-112
- chuyên sâu, 112-113
- không chuyên sâu, 113-115
- Liệu pháp
- methadone, 47, 48, 49, 50
- để giảm hại, 56
- naltrexone, 48
- nhận thức
- đối với nghiện heroin, 116-117
- không chuyên sâu, 119
- nhận thức tập tính, 115-120
- tập tính
- đối với nghiện heroin, 115-116
- không chuyên sâu, 120
- tâm lý
- định nghĩa, 107
- các liệu pháp thường áp dụng, 109, 110
- kết hợp các liệu pháp khác, 109, 113
- nhu cầu của người nghiện, 108
- quan điểm áp dụng lồng ghép, 109
- trong điều trị nghiện heroin, 107-124
- với người có khuynh hướng nghiện ma túy, 23
- thay thế
- bằng buprenorphine, 48
- bằng LAAM, 48
- Liều
- methadone trong điều trị thay thế, 80-82
- naltrexone trong điều trị đối kháng, 99
- Loại trừ trạng thái phụ thuộc về mặt tâm thần, 93
- Lịch sử nghiện heroin
- trên thế giới, 11-14
- ở nước ta, 14-17
- Lồng ghép các liệu pháp trong điều trị nghiện heroin, 57
- Ma túy, 1, 2

- Mất hội chứng cai, 7
- Methadone
- chỉ định, 77
 - chống chỉ định, 77
 - sang dùng
 - buprenorphine, 85
 - naltrexone, 85
 - đặc điểm, 66
 - đặc điểm dược lý lâm sàng, 74-77
 - ngừng dùng, 67, 84, 85
 - nhược điểm, 90-91
 - quy trình và hướng dẫn điều trị, 80-85
 - tai biến quá liều, 85-86
 - tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng điều trị, 77-79
 - trong điều trị thay thế nghiện heroin, 71-89
 - trong cắt cơn nghiện, 66-67
 - ưu điểm, 89-90
 - và có thai, cho con bú, 87-88
- Mô hình bệnh tật của nghiện heroin, 29-31
- Mô hình điều trị
- nghiện chất dạng thuốc phiện theo bác sĩ
 - Nguyễn Minh Tuấn, 61
 - thay thế bằng methadone tại cộng đồng, 74-89
- Mô hình hiện đại chống tái nghiện heroin, 134, 135
- Mô hình hiện đại nghiện chất dạng thuốc phiện, 15-16
- Môi trường
- dự phòng nghiện heroin, 126-127
 - với nguyên nhân gây nghiện, 23-26
- Morphine, 3
- lịch sử, 13
- Mục tiêu của liệu pháp tâm lý, 107-108
- Naltrexone
- chỉ định, 97
 - chống chỉ định, 97
 - chuyển sang dùng
 - buprenorphine, 101
 - methadone, 82, 101
 - cơ chế tác động, 93-94

- được lý lâm sàng, 95-96
- hướng dẫn lâm sàng và quy trình sử dụng, 95-103
- nhược điểm, 103-104
- quy trình và hướng dẫn điều trị, 99-101
- so sánh hiệu quả điều trị với methadone, 104-105
- tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng điều trị, 96-97
- trong điều trị đối kháng nghiện heroin, 93-105
- trong cắt cơn nghiện, 67-68
- ưu điểm, 103, 104-105
- và có thai, 103
- và nguy cơ quá liều heroin, 35
- Nghiệm pháp naloxone, 9
 - trong điều trị bằng naltrexone, 99
- Nghiện chất
 - dạng thuốc phiện theo mô hình hiện đại, 15-16
 - ma túy, 8-9, 27, 30
- Nghiện heroin, 31, 35
 - bệnh cảnh lâm sàng, 33-38
 - biểu hiện sớm, 37-38
- các liệu pháp tâm lý, 107-124
- cơ chế bệnh sinh, 26-31
- dự phòng, 125-131
- đặc điểm bệnh lý, 51-55
- liệu pháp gia đình, 110-115
- liệu pháp nhận thức, 116-117
- liệu pháp tập tính, 115-116
- phương pháp cộng đồng điều trị, 120-123
- tác hại, 39-43
- ý nghĩ lệch lạc, 116-117
- Nguy cơ
 - sử dụng quá liều heroin, 34-35
 - tử vong trong điều trị bằng naltrexone, 94, 96
- Nguyên nhân nghiện heroin, 19-26
 - dự phòng, 125-127
- Nguyên nhân tái nghiện, 29
- Nguyên tắc điều trị chuyên sâu trong liệu pháp gia đình, 112-113
- Ngừng dùng methadone, 67, 84, 85

- Người có khuynh hướng
nghiện, 22-23
- Người nghiện tác động đến các
thành viên gia đình,
111-112
- Nhận định chung dự phòng
nghiện heroin, 130-
131
- Nhân cách bị biến đổi do
nghiện heroin, 40
- Nhiễm độc heroin cấp, 34-35
mạn tính, 35-36
- Nhớ chất dạng thuốc phiện, 7-8
- Nhu cầu liệu pháp tâm lý của
nghiện heroin, 108
- Nhược điểm
của liệu pháp naltrexone,
103-104
của mô hình điều trị thay thế
bằng methadone, 90-
91
- Noradrenaline trong hội chứng
cai, 65-66
- Phân phát đại trà chất dạng
thuốc phiện, 46-47
- Phương pháp điều trị chống tái
nghiện đề xuất, 59-61
- Phương pháp điều trị khác có
tác động tâm lý, 123-
124
- Phương pháp cộng đồng điều
trị, 120-123
- Phương pháp cắt cơn nghiện
khác, 68
- Quá liều heroin, 34-35
- Quan điểm áp dụng liệu pháp
tâm lý, 109
- Quan hệ giữa thầy thuốc và gia
đình, 25
- Quan niệm đúng về nghiện
heroin, 51, 51-55
- Quy trình và hướng dẫn điều trị
bằng methadone, 80-85
bằng naltrexone, 99-101
- Quyết liệt (chiến lược phòng
chống ma túy), 134
- Rối loạn cơ thể của trạng thái
nhiễm độc heroin mạn
tính, 35-36

- Rối loạn tâm thần do nghiện heroin, 40
- Rút kinh nghiệm từ những thất bại của các phương pháp khác (điều trị nghiện), 46
- Sau cắt cơn, 69
- So sánh hiệu quả điều trị giữa naltrexone và methadone, 104-105
- Sử dụng heroin quá liều, 34-35
- Sức khỏe ở người nghiện heroin, 40
- Tác dụng dược lý
cơ bản của thuốc phiện, 3
của morphine, 6, 27
của methadone, 74-75
- Tác dụng không mong muốn của naltrexone, 96
- Tác dụng phụ trong điều trị bằng methadone, 102
- Tác dụng tương hỗ của methadone, 75-77
- Tác hại của nghiện heroin, 39-43
- Tái nghiện, 29, 31
- Tái sử dụng lại naltrexone, 100-101
- Tai biến quá liều
(chất dạng thuốc phiện) trong điều trị bằng naltrexone, 94, 96
heroin, 63-64
trong điều trị bằng methadone, 85-86
- Tầm quan trọng của chẩn đoán nghiện, 9
- Tâm lý từ chối chữa bệnh của đối tượng nghiện heroin, 53-54
- Test naloxone, 9
- Thanh thiếu niên với khuynh hướng nghiện ma túy, 22-23
- Thận trọng trong điều trị methadone, 77-78
naltrexone, 97
- Thầy thuốc tâm thần với điều trị nghiện, 23
- Thèm trường diễn chất ma túy, 7-8, 30, 31
cơ sở sinh học, 29-31

- Thông tư liên tịch số 31/1999/
TTLT/BLĐTBXH-
BYT, ngày 20/12/1999,
Bộ Lao động thương
binh và xã hội - Bộ Y
tế, 149-159
- Thời gian để hội chứng cai tụt
mất đi, 7
- Thời gian điều trị
methadone, 86
naltrexone, 99
- Thuốc hướng thần trong cắt cơn
nghiện, 65, 67
- Thuốc phiện, 3
lịch sử, 11-13
- Tiêu chuẩn chẩn đoán nghiện,
8-9
quan trọng, 6
- Tình trạng nhiễm độc do nghiện
heroin, 40
- Tổng quan về điều trị nghiện
heroin, 45-61
- Trạng thái cai
chất ma túy, 5-7
cơ sở sinh học, 28-29
heroin, 36-37
- Trạng thái của nghiện, 27
- Trạng thái dung nạp, 4-5, 8
cơ sở sinh học, 27-28
- Trạng thái lệ thuộc
về mặt cơ thể, 5-7
cơ sở sinh học, 28-29
về mặt tâm thần, 7-8
cơ sở sinh học, 29-31
- Trạng thái nhiễm độc heroin
cấp, 33-35
mạn tính, 35-36
- Trạng thái nhớ chất dạng thuốc
phiện, 7-8
- Trạng thái phụ thuộc
về cơ thể (điều trị), 64-68
về mặt tâm thần (loại trừ), 93
- Trạng thái thèm trường diễn
chất ma túy, 7-8, 30
- Triệu chứng của trạng thái cai
chất dạng thuốc phiện,
6
- Từ chối (hiện tượng) trong gia
đình, 111
- Ưu điểm
của liệu pháp naltrexone,
103, 104-105

của mô hình điều trị thay thế
bằng methadone, 89-
90

Vai trò của liệu pháp tâm lý,
107-108

Vấn đề thường gặp
trong quá trình điều trị
methadone, 85-89
trong quá trình điều trị
naltrexone, 101-103

Xã hội

bị thiệt hại do người nghiện
heroin, 42-43

với nguyên nhân gây nghiện,
25-26

Xác định chẩn đoán nghiện hay
không, 9

Xu hướng chung trong điều trị
nghiện, 48-49, 57

Ý nghĩ lệch lạc ở người nghiện
heroin, 116-117

Bác sĩ. NGUYỄN MINH TUẤN

NGHIÊN HEROIN

CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

352, Đội Cấn, Ba Đình, Hà Nội. ĐT : 04.7625922

Chịu trách nhiệm xuất bản

DS. HOÀNG TRỌNG QUANG

BS. NGUYỄN THỊ KIM LIÊN

Biên tập

BS. TÔ ĐÌNH QUỲ

Sửa bản in

CAO HUY ÁI

Sửa bản Laser

TÔ ĐÌNH QUỲ

Soạn chỉ mục

CAO HUY ÁI

Trình bày sách

CAO HUY ÁI

Bìa

QUANG TRUNG

Tổ chức thực hiện

CAO HUY ÁI

ĐT : 04.9870580

MS $\frac{61 - 6103}{YH - 2004}$ 97 - 2004

In 1000 cuốn, khổ 14,5 x 20,5cm. Tại Nhà in Khoa học và Công nghệ.
Giấy chấp nhận đăng ký kế hoạch xuất bản số : 222-97/XB-QLXB, ngày
6-2-2004.

Giấy trích ngang kế hoạch xuất bản số : 166/XBYH, ngày 15-6-2004
In xong và nộp lưu chiểu : Quý II năm 2004

NGHIỆN HEROIN

CÁC PHƯƠNG PHÁP

ĐIỀU TRỊ

Nói không với ma túy!

Bởi ma túy là hiểm họa không dành cho riêng ai và không ai là không biết. Theo một số liệu thống kê, ở nước ta 94% người nghiện ma túy là nghiện heroin.

Vậy nhưng cái cách heroin trở thành hiểm họa, ở góc độ y học, diễn ra như thế nào?

Mọi việc bắt đầu từ chữ “nghiện”. Nghiện là gì? Có thể có nhiều cách định nghĩa nhưng tựu trung phải kể đến ba trạng thái đặc trưng: dung nạp, lệ thuộc cơ thể, lệ thuộc tâm thần mà lệ thuộc tâm thần là yếu tố gây ra đặc tính gần như tất yếu ở người nghiện là tái nghiện. Vậy khi ở một người có xác lập một sự “nhớ” heroin thôi thúc mãnh liệt, triệt tiêu mọi cố gắng kiểm soát của bản thân: Nghiện!

BS. Nguyễn Minh Tuấn trưởng đơn vị nghiên cứu điều trị nghiện ma túy thuộc Viện Sức khỏe tâm thần quốc gia, đã nhiều năm trải qua, đau đớn cùng người nghiện, đã đổ nhiều tâm, nhiều sức vào việc điều trị nghiện heroin, nhờ đó cuốn sách “NGHIỆN HEROIN, CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ” đã được viết nên...

Cuốn sách được viết cho những ai quan tâm đến nghiện heroin: thầy thuốc, nhà giáo, nhà chức trách, người nghiện và thân nhân của họ, cho cả những ai không quan tâm đến nghiện heroin: biết để phòng tránh...

Cụm từ “cai nghiện” không được dùng trong sách này, vì theo quan điểm y học hiện đại, đó là một cụm từ không được tường minh. Nghiện heroin là một tập tính phức tạp, là một bệnh, một bệnh tiến triển và đã là bệnh thì phải được điều trị... Ở đây, các cụm từ chuẩn xác hơn được đưa vào: “điều trị nghiện”, “điều trị cắt cơn nghiện”, “điều trị duy trì chống tái nghiện”...

Điều trị nghiện heroin chủ yếu là điều trị duy trì chống tái nghiện, nhiều chiến lược đã được áp dụng trên thế giới từ “khoan nhượng” đến quyết liệt” và hiện nay là “giảm hại” đang chiếm ưu thế, với nhiều phương pháp để có thể chọn lựa thích ứng cho từng trường hợp.

Một ý thức trách nhiệm của người thầy thuốc cùng một tấm lòng để nói về nghiện heroin, chỉ mong giúp người nghiện giành lại được ý nghĩa cuộc sống và ngăn ngừa đừng có thêm người bị “mắc phải” nghiện heroin.

Nhà xuất bản Y học giới thiệu.



Giá : 25.000 đ