

Hướng dẫn lâm sàng về Sử dụng Buprenorphine trong Điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện

Phác đồ cải
thiện điều trị
TIP
40

BỘ Y TẾ VÀ DỊCH VỤ XÃ HỘI HOA KỲ
Cục Quản lý Dịch vụ Điều trị Nghiện và Sức khỏe Tâm thần
Trung tâm Quản lý Điều trị Nghiện
www.samhsa.gov

BP
Buprenorphine
Hướng dẫn lâm sàng



Hướng dẫn lâm sàng về Sử dụng Buprenorphine trong điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện

TIP40

Hướng dẫn lâm sàng về Sử dụng Buprenorphine trong điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện

TS. BS. Laura McNicholas
Chủ tịch Hội đồng chuyên gia

Phác đồ cải thiện điều trị

TIP 40

BỘ Y TẾ VÀ DỊCH VỤ XÃ HỘI HOA KỲ
Cục Quản lý Dịch vụ Điều trị Nghiện và Sức khỏe Tâm thần

Trung tâm Quản lý Điều trị Nghiện

Số 1 đường Cherry Choke,
Rockville, MD 20857

Dịch bởi Trung tâm Chuyển giao Công nghệ Điều trị Nghiện chất và HIV Việt Nam (VHATTC)
Hiệu đính bởi Bs. Hoàng Nam Thái (CDC), Bs. Vũ Huy Hoàng (SAMHSA), Bs. Nguyễn Xuân Đông
(FHI360). VHATTC và các cán bộ hiệu đính chịu trách nhiệm về tính chính xác của phiên bản tiếng Việt
này.

Lời cảm ơn

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn sự đóng góp của rất nhiều người trong phát triển tài liệu này (xem thêm trang ix, xi, và Phụ lục J). Tài liệu này do Viện Nghiên cứu Hoa Kỳ (AIR), Trung tâm Quản lý Điều trị nghiện (CSAT) (số hợp đồng 277-00-6401), Cơ Quan Quản Lý Dịch Vụ Sức Khỏe Tâm Thần và Lạm Dụng Thuốc (SAMHSA) (số hợp đồng 277-99-6400) và Bộ Y tế & Dịch vụ xã hội Hoa Kỳ (DHHS) xuất bản. Những cán bộ tham gia biên soạn tài liệu này là TS. Susanne Caviness, BS. Angel A. González, và Raymond Hylton (cán bộ văn phòng dự án chính phủ CSAT); BS. Anton C. Bizzell và ThS. BS. Alan Trachtenberg (ban biên tập Y khoa CSAT); Christina Currier (trưởng nhóm phát triển phác đồ điều trị CSAT); BS. Elizabeth F. Howell (biên tập viên Y khoa cao cấp CSAT); ThS. Wayne Brvæs (biên tập viên Y khoa của AIR); Janet Carrese (Phó giám đốc dự án của AIR). Các tác giả khác gồm cán bộ của AIR là Susan Bratten (biên tập viên cao cấp); ThS. Susan Keller (trưởng ban đảm bảo chất lượng); và Patricia Louthian (chuyên viên xuất bản). Cùng với sự tham gia của các cán bộ thuộc Trung tâm Nghiên cứu chính sách y tế (CHPS) gồm: ThS. Roy Walker (tư vấn viên), ThS. Kimberly Stern, ThS. Elly Gilbert, và Ji Kim (ban hỗ trợ biên soạn và hiệu đính). Các tác giả tài liệu bao gồm TS. Margaret Boone; Nancy J. Brown; Mary A. Moon; Deborah J. Schuman; ThS. Josephine Thomas; và TS. Denise L. Wright.

Miễn trừ trách nhiệm

Nội dung của tài liệu này là ý kiến thống nhất của ban biên soạn và không đại diện cho quan điểm của CSAT, SAMHSA, hoặc DHHS. CSAT, SAMHSA hoặc DHHS không hỗ trợ chính thức hoặc khuyến cáo việc sử dụng và tham khảo những quan điểm,

công cụ, phần mềm hoặc nguồn mô tả trong tài liệu này. Hướng dẫn trong tài liệu này không thay thế được các quyết định về chăm sóc và điều trị với từng khách hàng cụ thể.

Sử dụng thông tin trong hướng dẫn này

Tất cả nội dung của hướng dẫn này, trừ những thông tin được trích dẫn trực tiếp từ những tài liệu có bản quyền, là tài liệu thuộc lĩnh vực công và có thể được sao chép hoặc in lại tự do mà không cần phải xin phép SAMHSA/CSAT hoặc các tác giả. Nghiêm cấm sử dụng tài liệu này vào mục đích thương mại nếu chưa được sự cho phép của Văn phòng Liên Lạc của SAMHSA.

Truy cập bản điện tử và nhận bản in

Bản in được cung cấp miễn phí tại Văn phòng thông tin về Sử dụng rượu và chất gây nghiện của SAMHSA (NCADI), số điện thoại (800) 729-6686 hoặc (301) 468-2600; hoặc TDD (cho người khiếm thính), (800) 487-4889; hoặc truy cập bản điện tử từ trang <http://www.kap.samhsa.gov/products/manuals/index.htm>.

Trích dẫn tài liệu này

Center for Substance Abuse Treatment.
Clinical Guidelines for the Use of Buprenorphine in the Treatment of Opioid Addiction. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 40. DHHS Publication No. (SMA) 04-3939. Rockville, MD: Substance Abuse và Mental Health Services Administration, 2004.

Địa chỉ liên hệ

Khoa Dược trị liệu, Trung tâm
Quản lý Điều trị nghiện,
Cục Quản lý Dịch vụ Điều
trị Nghiện và Sức khỏe Tâm
thần

,Số 1 đường Choke Cherry, Rockville, MD
20857.

DHHS số xuất bản. (SMA) 04-3939
Năm in 2004

Mục lục

Phác đồ cải thiện điều trị (TIP) là gì?	vii
Hội đồng chuyên gia	ix
Hội đồng chuyên gia Buprenorphine	xi
Lời mở đầu	xiii
Tóm tắt	xv
Chương 1 Giới thiệu	1
Hướng dẫn thực hành cho Bác sỹ	1
Nghiện các chất dạng thuốc phiện (CDTP) tại Hoa Kỳ hiện nay	3
Thực trạng điều trị nghiện CDTP	4
Các phác đồ điều trị nghiện CDTP bằng thuốc	5
Buprenorphine: Một lựa chọn điều trị nghiện mới	6
Tóm tắt và Đại cương hướng dẫn	9
Chương 2 Dược lý	11
Tổng quan	11
Tổng quan về dược lý các chất dạng thuốc phiện	11
Dược lý Buprenorphine	14
Buprenorphine: Độ an toàn, Tác dụng phụ và Tương tác thuốc	18
Hiệu quả điều trị bằng Buprenorphine	20
Phối hợp thuốc Buprenorphine/ Naloxone	23
Dùng sai mục đích và sai các biệt dược Buprenorphine hoặc Phối hợp Buprenorphine/naloxone	23
Tổng kết	24
Chương 3 Đánh giá bệnh nhân	25
Tổng quan	25
Sàng lọc và Đánh giá rối loạn do sử dụng chất dạng thuốc phiện	25
Xác định tính phù hợp của điều trị nghiện bằng Buprenorphine	41
Chương 4 Các phác đồ điều trị	49
Tổng quan	49
Điều trị duy trì bằng Buprenorphine	51
Điều trị cắt cơn bằng Buprenorphine	58
Quản lý bệnh nhân	63

Chương 5 Quản thể có nhu cầu chăm sóc đặc biệt.....	67
Tổng quan.....	67
Bệnh nhân mắc bệnh khác đi kèm.....	67
Phụ nữ mang thai và trẻ sơ sinh	68
Vị thành niên/thanh niên	71
Người cao tuổi.....	73
Bệnh nhân có các vấn đề tâm thần	73
Lạm dụng nhiều chất gây nghiện	74
Bệnh nhân điều trị giảm đau	74
Bệnh nhân vừa ra khỏi môi trường có kiểm soát.....	77
Cán bộ y tế lạm dụng chất gây nghiện dạng thuốc phiện.....	78
Chương 6 Chính sách và Quy trình triển khai	79
Tổng quan.....	79
Đạo luật DATA 2000	79
Chuẩn bị điều trị nghiện bằng Buprenorphine tại cơ sở y tế.....	81
Sự riêng tư và tính bảo mật	83
Sử dụng Buprenorphine trong Chương trình Điều trị CDTP (OTP)	84
Phụ lục A Tài liệu tham khảo.....	87
Phụ lục B Các công cụ Sàng lọc và Đánh giá	101
Phụ lục C Tài liệu DSM-IV-TR.....	115
Phụ lục D Đồng thuận tiết lộ thông tin theo Tiêu đề 42 , Phần 2, Bộ luật các Quy định Liên bang	119
Phụ lục E Bộ công cụ Lâm sàng: Chương 3 Thông tin bổ sung	121
Phụ lục F Liên đoàn các Hội đồng Y khoa Tiểu bang — Hướng dẫn mô hình Chính sách về Điều trị nghiện CDTP trong cơ sở Y tế	131
Phụ lục G Các giai đoạn thay đổi.....	139
Phụ lục H Thỏa thuận/Hợp đồng Điều trị mẫu	147
Phụ lục I Tờ vụng.....	149
Phụ lục J Danh sách các tác giả hiệu đính theo lĩnh vực	153
Bảng mục lục.....	163

Hình

1-1	Các dạng bào chế hiện tại của Buprenorphine có tại Hoa Kỳ.....	8
2-1	Minh họa tác động của các loại CDTP khác nhau theo Liều	13
2-2	Sinh khả dụng của Buprenorphine	16
2-3	Danh mục một số thuốc được chuyển hóa bởi enzyme của hệ thống Cytochrome P450 3A4.....	21
3-1	Các yếu tố cần thiết để một bác sỹ điều trị nghiện hiệu quả	28
3-2	Các câu hỏi mở về sử dụng ma túy và rượu	28
3-3	Các câu hỏi định lượng để phỏng vấn.....	29
3-4	Đánh giá toàn diện về lạm dụng chất gây nghiện	29
3-5	Những dấu hiệu gợi ý về tình trạng nghiện hoặc các biến chứng	30
3-6	Dấu hiệu của nhiễm độc và quá liều CDTP	31
3-7	Giai đoạn và mức độ của hội chứng cai CDTP	32
3-8	Bảng kiểm đánh giá tình trạng tâm thần	32
3-9	Khuyến cáo về các xét nghiệm cận lâm sàng cho người nghiện CDTP	34
3-10	DSM-IV-TR (Mã ICD-9) về rối loạn do sử dụng CDTP	36
3-11	Một số rối loạn sức khỏe do sử dụng Rượu và các chất gây nghiện khác.....	38
3-12	Bảng kiểm điều trị nghiện bằng Buprenorphine	44
3-13	Các chống chỉ định có thể được cân nhắc trong việc điều trị nghiện cho bệnh nhân bằng Buprenorphine...45	
4-1	Khởi liệu trong ngày 1-2	53
4-2	Ngày thứ 2 và điều trị tiếp theo.....	55
4-3	Giai đoạn phục hồi	57
4-4	Cắt cơn CDTP có tác dụng ngắn	60
4-5	Sử dụng Buprenorphine để ngừng điều trị nghiện bằng chất đồng vận (OAT)	62
5-1	Đặc điểm lâm sàng phân biệt sử dụng CDTP để giảm đau và để điều trị nghiện CDTP	75
6-1	Các chính sách, quy trình và nội dung cần thực hiện trước khi bắt đầu điều trị nghiện CDTP tại phòng khám	83
6-2	Các vấn đề riêng tư và bảo mật trong điều trị nghiện	84

Phác đồ cải thiện điều trị (TIP) là gì?

Phác đồ cải thiện điều trị (TIP) là những hướng dẫn thực hành tốt nhất trong việc điều trị các rối loạn do sử dụng chất gây nghiện. TIP được Cục Quản Lý Dịch Vụ Sức Khỏe Tâm Thần và Lạm Dụng Thuốc (SAMHSA) và Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện (CSAT) cung cấp. Văn phòng Đánh giá, Phân tích và Tổng hợp Khoa học của CSAT dựa trên những kinh nghiệm và kiến thức về lâm sàng, nghiên cứu và chuyên gia hành chính để đưa ra các TIP này. TIP được ngày càng chia sẻ rộng rãi tới các cơ sở và cá nhân trên toàn Hoa Kỳ. Vì các rối loạn do lạm dụng rượu và các chất gây nghiện đang trở thành một vấn đề lớn, nhiều độc giả của các TIP là các cơ sở công và tư điều trị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện.

Sau khi một chủ đề được lựa chọn, CSAT đã thành lập một Hội đồng nguồn gồm các cán bộ từ các văn phòng liên bang và cơ quan chính phủ có liên quan để đưa ra các gợi ý cho những lĩnh vực cụ thể cần quan tâm và nguồn lực cần thiết để phát triển nội dung của TIP. Những khuyến nghị này sẽ được chuyển đến Hội đồng chuyên gia, gồm các chuyên gia được bầu chọn bởi các đồng nghiệp. Hội đồng tham gia vào nhiều cuộc thảo luận. Những thông tin và khuyến nghị được thống nhất là cơ sở phát triển nội dung các TIP. Các thành viên của từng Hội đồng chuyên gia đại diện cho các chương trình điều trị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện tại các bệnh viện, trạm y tế, chương trình tư vấn, văn phòng về quản lý tội phạm và chăm sóc trẻ em, và các cán bộ trong dịch vụ tư nhân. Một chủ tịch hội đồng (hoặc các đồng chủ tịch) đảm bảo rằng hướng dẫn phản ánh kết quả của sự phối hợp làm việc của các thành viên.

Sau đó, một nhóm gồm nhiều các chuyên gia thuộc các lĩnh vực khác nhau sẽ rà soát chi tiết nội dung tài liệu. Hội đồng chuyên gia về Buprenorphine, gồm các chuyên gia hàng đầu về lạm dụng chất gây nghiện trong các lĩnh vực có liên quan như chăm sóc sức khỏe ban đầu, sức khỏe tâm thần và dịch vụ xã hội, sẽ làm việc cùng với Hội đồng chuyên gia và Khoa dược trị liệu của CSAT để đưa ra những thay đổi và cập nhật cho các chủ đề của TIP dựa trên nhu cầu thực tế về thông tin và các hướng dẫn. Sau khi đáp ứng được các góp ý của những các cán bộ trong cộng đồng, TIP sẽ được hoàn thiện và đưa vào xuất bản, có cả bản in và bản điện tử.

Các TIP đều có thể tải về hoặc đọc trực tuyến (online) từ trang web:

<http://www.kap.samhsa.gov/products/manuals/index.htm>. Vì được ấn bản dưới dạng tài liệu điện tử, các TIP có thể được cập nhật dễ dàng và tiếp tục được sử dụng trong cộng đồng với thông tin mới nhất. Mặc dù mỗi TIP đều là những bằng chứng khoa học được áp dụng vào trong thực hành như các chuyên gia đã khuyến nghị, CSAT hiểu rằng lĩnh vực điều trị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện có tiến bộ liên tục và các nghiên cứu thường có độ trễ so với các phát minh mới trong điều trị. Nhiệm vụ chính của từng TIP là đưa ra các thông tin “tuyến đầu” một cách nhanh chóng và có trách nhiệm. Vì lý do này, các khuyến cáo trong TIP đều được trích dẫn bởi kinh nghiệm của các chuyên gia trong hội đồng hoặc từ các nguồn tài liệu tham khảo tin cậy. Các thông tin đưa ra đều được trích dẫn nguồn nếu có nghiên cứu hỗ trợ.

Tài liệu TIP này, *Hướng dẫn lâm sàng về Sử dụng Buprenorphine trong điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện*, cung cấp hướng dẫn thống nhất dựa trên bằng chứng về sử dụng Buprenorphine, một lựa chọn mới cho điều trị nghiện chất dạng

thuốc phiện. Mục tiêu của TIP này là cung cấp thông tin cho bác sĩ để đưa ra các quyết định điều trị và thực hành dựa trên bằng chứng khi sử dụng Buprenorphine trong điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện (CDTP). Hướng dẫn này cung cấp thông tin về nhiều chủ đề liên quan đến sử dụng Buprenorphine, bao gồm sinh lý học và dược lý của CDTP, nghiện các CDTP và điều trị bằng Buprenorphine; sàng lọc và đánh giá vấn đề liên quan đến nghiện các CDTP; phác đồ chi tiết điều trị nghiện CDTP bằng Buprenorphine; quản lý các Quản thể có nhu cầu chăm sóc đặc biệt; và chính sách và quá trình liên quan đến điều trị nghiện CDTP tại phòng khám theo mô hình được xây dựng dựa trên Luật Điều trị nghiện Ma túy năm 2000. TIP này là một bước của CSAT nhằm đạt được mục tiêu của mình trong hỗ trợ các lãnh đạo của quốc gia đi đến tiếng nói chung trong phát triển điều trị nghiện CDTP tại Hoa Kỳ.

Các TIP khác có thể yêu cầu trực tiếp qua Văn phòng thông tin về Sử dụng rượu và chất gây nghiện của SAMHSA (NCADI), (800) 729-6686 hoặc (301) 468-2600; TDD (cho người khiếm thính), (800) 487-4889. Xem thêm tại: <http://www.kap.samhsa.gov/products/manuals/index.htm>.

Hội đồng chuyên gia

Chủ tịch

Laura McNicholas, M.D., Ph.D. Clinical Assistant Professor Department of Psychiatry University of Pennsylvania Treatment Research Center Philadelphia, Pennsylvania

Thành viên

Tony Aguilar, L.M.F.T. Legislative Consultant California Department of Social Services Sacramento, California

Daniel Alford, M.D., M.P.H. Association for Medical Education and Research in Substance Abuse (AMERSA) Assistant Professor of Medicine Boston University School of Medicine Clinical Addiction Research and Education Unit Boston, Massachusetts

Catherine T. Baca, M.D. Clinical Supervisor Center on Alcoholism, Substance Abuse, and Addictions Albuquerque, New Mexico

Thomas J. Croce, Jr., R.Ph. (replacing Jann B. Skelton) Senior Manager Strategic Alliances American Pharmaceutical Association Philadelphia, Pennsylvania

George De Leon, Ph.D. Director Center for Therapeutic Community Research of the National Development and Research Institutes New York, New York

Elizabeth F. Howell, M.D. Senior Medical Editor Atlanta, Georgia

Martin Iguchi, Ph.D. Senior Behavioral Scientist Director Drug Policy Research Center Rand Corporation Santa Monica, California

Herbert D. Kleber, M.D. Professor of Psychiatry Director The Division on Substance Abuse Columbia University New York, New York

Ervin Lewis, M.D. Area Chief Medical Officer Albuquerque Area Indian Health Service Albuquerque, New Mexico

James J. Manlandro, D.O. Medical Director Family Addiction Treatment Services Rio Grande, New Jersey

Andrew J. Saxon, M.D.

Professor
Department of Psychiatry and Behavioral
Sciences
University of Washington
Center of Excellence in Substance Abuse
Treatment and Education
VA Puget Sound Health Care System
Seattle, Washington

Charles R. Schuster, Ph.D.

Professor
Department of Psychiatry and Behavioral
Neuroscience
Wayne State University School of Medicine
Detroit, Michigan

Audrey Sellers, M.D.

Medical Director
Bay Area Addiction Research and
Treatment, Inc.
San Francisco, California

Jann B. Skelton, R.Ph., M.B.A.

Vice President
U.S. Wellness, Inc. Gaithersburg,
Maryland

David E. Smith, M.D.

President and
Founder Haight Ashbury Free
Clinic San Francisco, California

Eric C. Strain, M.D.

Professor
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland

Joycelyn Woods, M.A.

President
National Alliance of Methadone Advocates
New York, New York

Hội đồng chuyên gia Buprenorphine

Chủ tịch

Eric C. Strain, M.D.

Professor
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland

Leslie Amass, Ph.D.

Principal Investigator
Friends Research Institute, Inc.
Los Angeles, California

David Fiellin, M.D.

Associate Professor of Medicine
Yale University School of Medicine
Primary Care Center
Yale-New Haven Hospital
New Haven, Connecticut

R. E. Johnson, Pharm.D.

Professor
Department of Psychiatry and Behavioral
Sciences
Behavioral Pharmacology Research Unit
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland

Thomas R. Kosten, M.D.

Professor of Psychiatry
Yale University School of Medicine
Deputy Chief of Psychiatry Research
VA Connecticut Healthcare System
West Haven, Connecticut

James J. Manlandro, D.O.

Medical Director
Family Addiction
Treatment Services Rio Grande, New Jersey

Elinore F. McCance-Katz, M.D.,

Ph.D. Professor
of Psychiatry and Chair Addiction Psychiatry
Medical College of Virginia
Virginia Commonwealth University Richmond,
Virginia

Joe Merrill, M.D., M.P.H.

Research Scientist
Division of General Medicine Harborview
Medical Center Seattle,
Washington

Geoff Mumford, Ph.D.

American Psychological
Association Washington,
District of Columbia

Richard T. Suchinsky, M.D.

Associate Director for Addictive Disorders and
Psychiatric Rehabilitation
U.S. Department of Veterans Affairs
Veterans Health Administration Washington,
District of Columbia

Lời mở đầu

Trong những năm gần đây, Hoa Kỳ đã có những tiến bộ vượt bậc trong việc chăm sóc bệnh nhân có rối loạn do sử dụng nghiện chất. Chúng ta biết nhiều hơn về các phương pháp điều trị phục hồi cho người lạm dụng chất gây nghiện với chất lượng chăm sóc và dịch vụ được cải thiện đáng kể. Từ đó, chúng ta đạt được các mục tiêu về cải thiện chất lượng sống cho những người lạm dụng chất gây nghiện và triển khai được hệ thống CSSK ở từng cộng đồng trên cả nước. Chúng ta hướng đến một cuộc sống cộng đồng cho tất cả mọi người.

Bộ Phác đồ cải thiện điều trị (TIP) để tăng cường và hỗ trợ việc điều trị cho người có rối loạn do sử dụng chất gây nghiện. TIP cung cấp cho chúng ta những kiến thức và thực hành tốt nhất từ các bác sĩ, cán bộ chương trình và người chi trả cho điều trị. Bộ sách là kết quả làm việc nghiêm túc của các chuyên gia dựa trên các kết quả nghiên cứu về dịch vụ y tế và thực hành lâm sàng có liên quan, những kinh nghiệm được đúc kết và yêu cầu từ thực tế. Với từng chủ đề của TIP, một hội đồng chuyên gia (gồm các nghiên cứu viên về lâm sàng thuộc cơ quan tư nhân, bác sĩ, người quản lý chương trình và bệnh nhân) đưa ra các chủ điểm và thảo luận những thực hành tốt nhất cho đến khi đạt được thống nhất chung.

Bằng tài năng, sự tận tụy và nỗ lực làm việc hết mình, các chuyên gia trong hội đồng và nhóm biên soạn đã đưa ra tài liệu này để làm cầu nối từ kết quả của các nghiên cứu đến nhu cầu thực tiễn trong công việc của các bác sĩ và người quản lý. Xin chân thành cảm ơn những cá nhân đã làm việc cùng chúng tôi để cải thiện việc điều trị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện.

Hy vọng rằng tài liệu này sẽ cung cấp cho các bạn nhiều thông tin hữu ích và bạn sẽ đồng hành cùng chúng tôi với mục tiêu giúp đỡ tất cả những công dân Hoa Kỳ có rối loạn do sử dụng chất gây nghiện được khỏe mạnh, cải thiện cuộc sống của mình trong các cộng đồng trên toàn quốc.

Charles G. Curie, M.A., A.C.S.W.

Administrator

Substance Abuse and Mental Health Services Administration

H. Westley Clark, M.D., J.D., M.P.H., CAS, FASAM

Director, Center for Substance Abuse Treatment

Substance Abuse and Mental Health Services Administration

Tóm tắt hướng dẫn

Luật liên bang, Luật Điều trị Nghiện ma túy năm 2000 (DATA 2000), đã đưa ra những quy định mới trong hỗ trợ điều trị nghiện CDTP bằng thuốc tại Hoa Kỳ. Theo đạo luật DATA 2000, việc sử dụng các thuốc dạng thuốc phiện (Opioid) để điều trị nghiện Các chất dạng thuốc phiện (CDTP) chỉ được phép khi có sự đồng ý từ Liên bang thông qua Chương trình điều trị nghiện CDTP (OTP) (ví dụ, tại các cơ sở điều trị methadone), và các loại thuốc trong Danh mục II bằng CDTP methadone và levo-alpha-acetyl-methadol (LAAM), chỉ được cấp phát chứ không được kê đơn*. Hiện tại, theo Đạo luật DATA 2000, các bác sỹ có chứng nhận ở các phòng khám và các cơ sở y tế khác ngoài hệ thống OTP có thể kê đơn và/hoặc cấp phát thuốc Opioid trong Danh mục III, IV, và V để điều trị nghiện CDTP nếu các loại thuốc này được đồng ý sử dụng với mục đích điều trị nghiện bởi Cục quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA). (Toàn văn Đạo luật DATA 2000 có thể xem tại <http://www.Buprenorphine.samhsa.gov/fulllaw.html>.)

Vào tháng 10/2002, FDA đã phê duyệt 2 loại thuốc dùng dưới lưỡi trong Danh mục III về Buprenorphine là thuốc bán đồng vận Opioid trong điều trị nghiện CDTP. Các thuốc này, Subutex® (Buprenorphine) và Suboxone® (Buprenorphine/naloxone), là những thuốc đầu tiên cho đến nay trong Danh mục III, IV, hoặc V đã được FDA phê duyệt và có thể sử dụng theo Đạo luật DATA 2000. Điều trị Buprenorphine tại phòng khám giúp cho việc chăm sóc người nghiện là một hoạt động trong chăm sóc y tế ban đầu, do đó tiếp cận với điều trị nghiện được tăng mạnh và mang lại hy vọng cho hàng ngàn người nghiện.

DATA 2000 định hướng cho SAMHSA phát triển các Phác đồ cải thiện điều trị (TIP), tài liệu bao gồm các hướng dẫn tốt nhất cho thực hành và

* Do nhiều nguyên nhân, trong đó có sự lo ngại về nguy cơ gây Rối loạn nhịp tim của LAAM ở một số ít bệnh nhân, vào 1/1/2004, nhà sản xuất duy nhất của loại thuốc này đã tạm ngừng sản xuất thuốc..

điều trị nghiện CDTP. Tài liệu *Hướng dẫn lâm sàng về Sử dụng Buprenorphine trong điều trị nghiện CDTP*, là một trong những ấn phẩm nhằm cải thiện chất lượng điều trị. Tài liệu được SAMHSA và một nhóm các chuyên gia độc lập trong lĩnh vực điều trị lạm dụng chất gây nghiện, với sự tư vấn của Viện Nghiên cứu Lạm Dụng Chất gây nghiện Quốc Gia (NIDA), Cục Phòng chống ma túy (DEA) và FDA xây dựng. Mục tiêu của TIP này là cung cấp cho bác sĩ các hướng dẫn thực hành dựa trên bằng chứng về việc sử dụng Buprenorphine trong điều trị nghiện CDTP. Vì vậy, những độc giả đầu tiên của TIP này là các bác sĩ quan tâm đến việc sử dụng Buprenorphine trong điều trị nghiện CDTP.

Trong quá trình phát triển TIP này, hội đồng chuyên gia, gồm các chuyên gia nghiên cứu và lâm sàng trong lĩnh vực điều trị nghiện CDTP, nhận ra rằng trong khi Buprenorphine là một niềm hy vọng mới cho nhiều bệnh nhân, chỉ điều trị bằng thuốc đơn thuần, về lâu dài, thường sẽ không thành công. Vì thế, hướng dẫn này nhấn mạnh rằng để đạt được kết quả tối ưu chúng ta cần quan tâm giải quyết đồng thời các vấn đề y tế và tâm lý xã hội cho mỗi cá nhân người bệnh.

TIP này bao gồm 6 Chương và 10 phụ lục, bao gồm một danh sách đầy đủ các tài liệu tham khảo (Phụ lục A, Tài liệu tham khảo). Chương 1, Giới thiệu, mô tả các dữ liệu cơ bản về nghiện CDTP, các cách tiếp cận điều trị cũ, và mới theo quy định Đạo luật DATA 2000.

Chương 2 về Dược lý trình bày chi tiết về sinh lý và dược lý học của CDTP nói chung, và Buprenorphine nói riêng. Chương này cũng cung cấp tổng quan tài liệu y văn về độ an toàn và hiệu quả của việc Sử dụng Buprenorphine trong điều trị nghiện CDTP.

Chương 3, Đánh giá bệnh nhân, tổng hợp các cách tiếp cận để sàng lọc và đánh giá người

nghiện CDTP và ai sẽ được điều trị bằng thuốc Buprenorphine.

Chương 4, Phác đồ điều trị, trình bày các phác đồ điều trị chi tiết bằng Buprenorphine trong điều trị nghiện CDTP, bao gồm cả các cách tiếp cận điều trị duy trì và điều trị cắt cơn.

Chương 5, Quản thể có nhu cầu chăm sóc đặc biệt, thảo luận về các nhóm quản thể đặc thù và cần cân nhắc kỹ lưỡng trước khi tiến hành điều trị bằng Buprenorphine. Điều trị cho các nhóm quản thể này cần phải hiểu rõ các nguồn lực hiện có và thường cần sự phối kết hợp điều trị với các chuyên gia trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe khác.

Chương 6, Chính sách và Quy trình triển khai, thảo luận các vấn đề và quy định pháp lý liên quan đến điều trị nghiện CDTP, bao gồm các quy trình thực hành và hoạt động đánh giá năng lực cần thiết của bác sĩ như được đề cập trong DATA 2000 để cung cấp điều trị nghiện CDTP tại phòng khám, các chính sách và quy trình thực hành gợi ý, độ an toàn và tính bảo mật các thông tin về điều trị nghiện CDTP, và sử dụng Buprenorphine trong các OTP.

Dưới đây là tổng hợp các nội dung của tài liệu này theo Chương.

Chương 1: Giới thiệu

Chương 1 trình bày tổng quan lạm dụng chất gây nghiện hiện nay ở Hoa Kỳ, bao gồm cả bối cảnh lịch sử liên quan đến việc điều trị hiện tại, quy mô của nghiện CDTP, cách tiếp cận điều trị trước đây và giới thiệu về việc Sử dụng Buprenorphine trong điều trị nghiện CDTP.

Nghiện CDTP không chỉ là sử dụng sai và lạm dụng heroin, mà còn bao gồm một vấn đề ít được đề cập là sử dụng sai và lạm dụng thuốc có CDTP được kê đơn trong điều trị giảm đau như hydrocodone, oxycodone và meperidine.

Tỷ lệ lạm dụng nghiện chất CDTP được kê đơn có xu hướng tăng. Tỷ lệ cấp cứu liên quan đến dùng thuốc có CDTP trong điều trị giảm đau đã tăng gấp 2 lần trong giai đoạn từ 1994 đến 2001. Số liệu gần đây cho thấy ít nhất 15 khu vực đô thị, hơn hai thuốc giảm đau có chứa nghiện chất - chủ yếu là oxycodone, hydrocodone và codeine - được xếp trong 10 loại thuốc thường gặp nhất trong các ca tử vong do lạm dụng thuốc (SAMHSA 2002b).

Tỷ lệ nghiện heroin ở Hoa Kỳ cũng tăng trong thời gian qua và hiện đang ở mức cao nhất từ thập kỷ 1970. Văn Phòng Chính Sách Kiểm Soát Ma Túy Quốc Gia (ONDCP) dự đoán có tới 810.000 đến 1.000.000 người nghiện heroin trong năm 2000 tại Hoa Kỳ (ONDCP 2003).

Các chương trình điều trị duy trì bằng methadone (gồm các hoạt động: tư vấn, định hướng nghề nghiệp, chuyển gửi, và theo dõi việc sử dụng nghiện chất đã làm giảm rõ rệt tỷ lệ sử dụng CDTP và phạm tội có liên quan, giảm tỷ lệ thất nghiệp và giảm tỷ lệ lây nhiễm HIV do dùng chung bơm kim tiêm. Hơn thế nữa, điều trị trong những chương trình này giúp cải thiện sức khỏe, thể chất và trí tuệ cũng như làm giảm tỷ lệ tử vong do sử dụng CDTP. Tuy nhiên, Chương trình điều trị duy trì bằng methadone không đáp ứng được tốc độ tăng nhanh chóng về số người nghiện CDTP.

Hơn 20 năm trước đây, Buprenorphine đã được xác định là một loại thuốc có khả năng được sử dụng trong điều trị duy trì cho người nghiện CDTP. Các nghiên cứu trong hơn hai thập kỷ vừa qua đã chứng minh được độ an toàn và hiệu quả của Buprenorphine trong điều trị. Việc ban hành Đạo Luật DATA 2000 đã giúp cho các bác sỹ có thể đề xuất sử dụng các loại thuốc chiết xuất từ Buprenorphine trong điều trị nghiện CDTP.

Chương 2: Dược lý

Buprenorphine có các đặc tính dược lý độc đáo giúp nó trở thành một loại thuốc hiệu quả và được chấp nhận trong danh mục các thuốc được sử dụng để điều trị nghiện CDTP. Chương này trình bày tổng quan về dược lý của thuốc đối vận và thuốc đồng vận CDTP, cũng như thành phần của Thuốc bán đồng vận CDTP Buprenorphine.

Thuốc kích thích Thụ thể CDTP trên các nơ ron được gọi là *thuốc đồng vận với CDTP*). Heroin và methadone là các thuốc đồng vận CDTP. Sử dụng nhiều lần các thuốc đồng vận CDTP dẫn đến lệ thuộc thuốc và gây ra hiện tượng dung nạp. *Lệ thuộc thuốc về mặt thể chất* có biểu hiện rõ thông qua hội chứng cai và các biểu hiện do hiện tượng giảm, ngừng hoặc mất hoạt tính của chất tại các thụ thể. Ngược lại, *nghiện*, là các rối loạn về *hành vi* có đặc điểm lệ thuộc vào chất gây nghiện thông qua nỗ lực cố gắng tìm kiếm hoặc sử dụng dù biết nó có hại về xã hội, tâm trí, và/hoặc thể chất. Nghiện CDTP thường, nhưng không phải luôn luôn, có đủ các biểu hiện kết hợp hiện tượng dung nạp, lệ thuộc thuốc và các hội chứng cai.

Chất gắn với các thụ thể CDTP nhưng ức chế thay vì kích thích các thụ thể này được gọi là *thuốc đối vận với CDTP*. Ví dụ các thuốc đối vận là naltrexone và naloxone.

Thuốc bán đồng vận CDTP là những thuốc kích thích thụ thể, nhưng với mức độ thấp hơn các thuốc đồng vận toàn phần. Tăng liều của các thuốc bán đồng vận cũng không làm tăng tác dụng kích thích giống như các thuốc đồng vận toàn phần. Tác động đồng vận của thuốc này đạt mức cao nhất ở một liều trung bình và không tăng lên dù tăng liều. *Buprenorphine là Thuốc bán đồng vận CDTP*. Và do đặc tính đồng vận bán phần này, Buprenorphine là một loại thuốc an toàn và một lựa chọn hiệu quả trong điều trị nghiện CDTP. Buprenorphine có đầy đủ các đặc tính của Thuốc đồng vận CDTP nên nó có tác động điều trị tích cực và dễ chịu khi dùng điều trị cho

những người đã từng dùng và có trải nghiệm về CDTP nhưng chưa bị lệ thuộc. Chính những tác động tích cực này hỗ trợ việc tuân thủ điều trị bằng Buprenorphine ở người nghiện CDTP.

Buprenorphine chiếm giữ các thụ thể CDTP nhờ ái lực mạnh vì vậy nó chặn tác động của các chất đồng vận toàn phần. Buprenorphine phân ly chậm khỏi thụ thể CDTP. Do vậy, Buprenorphine cho phép dùng hàng ngày hoặc thưa hơn, có thể chỉ sử dụng thuốc 3 lần một tuần như một số nghiên cứu đã cho thấy.

Buprenorphine có thể bị lạm dụng do tác dụng đồng vận tới thụ thể CDTP. Tuy nhiên, khả năng bị lạm dụng của Buprenorphine thấp hơn nếu so với các CDTP đồng vận toàn phần. Phác đồ điều trị phối hợp thuốc Buprenorphine/ Naloxone đã được sử dụng để giảm nguy cơ lạm dụng thuốc qua đường tiêm. Bác sỹ kê đơn hoặc cấp phát Buprenorphine hoặc Buprenorphine/naloxone cần phải giám sát việc tuân thủ điều trị và sử dụng thuốc sai mục đích.

Do tương tác thuốc có thể gây ra những hậu quả nghiêm trọng, Buprenorphine cần phải được sử dụng rất cẩn trọng khi dùng chung với các loại thuốc khác, đặc biệt là với benzodiazepine, các thuốc ngủ, thuốc đối vận CDTP, thuốc đồng vận CDTP và thuốc bị chuyển hóa bởi hệ Cytochrome P450 3A4.

Chương 3: Đánh giá bệnh nhân

Chương 3 trình bày các cách tiếp cận để sàng lọc, đánh giá, và chẩn đoán liên quan đến nghiện CDTP giúp đưa ra quyết định phù hợp để sử dụng Buprenorphine trong điều trị. Các bước đầu tiên cần thực hiện để tiến hành quản lý điều trị nghiện CDTP là:

(1) Sử dụng công cụ sàng lọc phù hợp để xác định bệnh nhân có vấn đề về nghiện CDTP (2) đánh giá bổ sung để mô tả rõ ràng các vấn đề liên quan nghiện CDTP của người bệnh. Khi chỉ định điều trị, phải cân nhắc cách tiếp cận điều trị phù hợp nhất, địa điểm điều trị

và liệu điều trị dựa trên thông tin về nhu cầu, sở thích của người bệnh, tiền sử nghiện, các bệnh và rối loạn tâm thần kèm theo, và mức độ sẵn sàng thay đổi. Buprenorphine là một lựa chọn điều trị cho nhiều người nhưng không phải cho tất cả mọi người.

Sàng lọc

Trong Hướng dẫn lâm sàng về Sử dụng Buprenorphine trong điều trị nghiện CDTP, Hội đồng chuyên gia khuyến nghị rằng các bác sỹ cần sàng lọc thường xuyên và định kỳ *tất cả* bệnh nhân lạm dụng chất gây nghiện và các vấn đề liên quan đến lạm dụng chất gây nghiện, không chỉ những bệnh nhân có biểu hiện nghiện đặc trưng. Có nhiều bộ công cụ đã được chuẩn hóa dùng để sàng lọc. Nội dung chi tiết của các bộ công cụ sàng lọc được lựa chọn này xin xem trong Phụ lục B, Các công cụ Đánh giá và Sàng Lọc.

Đánh giá

Nếu kết quả sàng lọc cho thấy người bệnh có rối loạn do sử dụng CDTP, họ cần được đánh giá bổ sung để mô tả rõ ràng vấn đề liên quan đến nghiện CDTP của họ, xác định tình trạng sức khỏe hoặc biến chứng hoặc tâm thần, quyết định nơi điều trị và cường độ điều trị phù hợp cho bệnh nhân. Đánh giá tổng thể có thể cần qua nhiều lần khám nhưng các xử trí ban đầu cũng nên được tiến hành trong giai đoạn này.

Tài liệu hướng dẫn này đưa ra các khuyến nghị về kỹ thuật phỏng vấn hiệu quả và đánh giá tiền sử toàn diện của bệnh nhân, thăm khám, và khuyến nghị các xét nghiệm cận lâm sàng ban đầu cho bệnh nhân nghiện CDTP.

Hội đồng chuyên gia khuyến cáo rằng cần tiến hành sàng lọc ban đầu và sàng lọc trong khi sử dụng để phát hiện hoặc xác nhận tình trạng đang sử dụng đồng thời các chất gây nghiện (ví dụ, rượu, benzodiazepine, barbiturate), có thể làm cho việc quản lý bệnh nhân trở nên phức tạp. Xét nghiệm nước tiểu thường được sử dụng và được xem như là biện pháp có tính chi phí hiệu quả cao nhất.

Chẩn đoán Rối loạn do sử dụng CDTP

Sau khi đã đánh giá toàn diện bệnh nhân, nên đưa ra chẩn đoán chính thức. Nguyên tắc chung là trước khi quyết định điều trị duy trì bằng Buprenorphine, bệnh nhân cần được chẩn đoán về sự phụ thuộc vào CDTP, như định nghĩa trong *Sổ Tay Chẩn Đoán và Thống Kê các Rối Loạn Tâm Thần*, Ấn bản lần 4 (DSM-IV-TR) (Hiệp Hội Tâm Thần Học Hoa Kỳ 2000). Chẩn đoán này không chỉ dựa trên sự phụ thuộc về thể chất mà cả tình trạng lệ thuộc buộc phải sử dụng CDTP dù biết nó có hại (Xem DSM- IV-TR tiêu chuẩn chẩn đoán trong Phụ lục C, DSM-IV-TR.)

Quyết định tính phù hợp của Điều trị bằng Buprenorphine

Cách tiếp cận cụ thể để quyết định tính phù hợp điều trị của Buprenorphine cho người có rối loạn do sử dụng chất gây nghiện được trình bày trong Hướng dẫn. Đánh giá bao gồm việc đưa ra quyết định nếu bệnh nhân có động cơ phù hợp và cả các chống chỉ định do các bệnh đồng diễn về nội khoa và tâm thần.

Bệnh nhân có tiêu chí phù hợp để sử dụng Buprenorphine trong điều trị là những người:

- Quan tâm đến điều trị nghiện CDTP
- Không có chống chỉ định sử dụng điều trị Buprenorphine
- Có khả năng tuân thủ điều trị
- Hiểu được lợi ích và nguy cơ của việc điều trị bằng Buprenorphine
- Sẵn sàng tuân theo những cảnh báo về tính an toàn khi điều trị bằng Buprenorphine
- Đồng ý tham gia vào điều trị sau khi đã nghe thông tin đầy đủ về các lựa chọn biện pháp điều trị khác nhau

Những bệnh nhân không nên được điều trị bằng Buprenorphine *tại phòng khám* là những

cá nhân có một hay nhiều tiêu chí sau:

- Đồng thời lệ thuộc benzodiazepine liều cao hoặc các chất ức chế thần kinh trung ương khác (bao gồm cả rượu)
- Các rối loạn tâm thần đồng diễn chưa được điều trị
- Có ý định hoặc đã từng nhiều lần chủ động tự tử hoặc giết người
- Từng điều trị nhiều lần trước đây liên quan đến rối loạn do sử dụng chất gây nghiện và tái nghiện nhiều lần (khác các trường hợp nếu bệnh nhân từng nhiều lần cố gắng *cắt cơn nghiện* và sau đó lại tái nghiện, những bệnh nhân đạt tiêu chí quan trọng trong tham gia điều trị *duy trì* lâu dài)
- Đáp ứng không tốt với lần điều trị bằng Buprenorphine trước đó
- Có nguy cơ cao về khả năng bị các biến chứng.

Chương 4: Các phác đồ điều trị

Chương này cung cấp phác đồ điều trị bằng Buprenorphine trong điều trị nghiện CDTP. Rất nhiều các yếu tố lâm sàng được đánh giá, bao gồm cả việc bệnh nhân lệ thuộc CDTP có thời gian bán hủy nhanh hay chậm, và các tiếp cận điều trị là duy trì hay điều trị cắt cơn (**phải** kết hợp với điều trị trên nguyên tắc kiêng nhịn lâu dài hoặc dùng thuốc đối vận naltrexone có thể phù hợp với các bệnh nhân này).

Điều trị duy trì

Điều trị duy trì bằng Buprenorphine cho người nghiện CDTP bao gồm 3 giai đoạn: (1) Dò liều, (2) Ổn định, và (3) Duy trì. Dò liều là giai đoạn đầu tiên của điều trị bằng Buprenorphine bao gồm việc giúp đỡ bệnh nhân chuyển từ lạm dụng CDTP sang dùng Buprenorphine. Mục đích của giai đoạn Dò liều là tìm ra liều Buprenorphine tối thiểu để bệnh nhân ngừng hoặc giảm đáng kể việc sử dụng CDTP và không gặp các triệu chứng

cai, giảm thiểu các tác dụng phụ và không có biểu hiện thêm nhớ. Hội đồng chuyên gia khuyến cáo rằng việc sử dụng phối hợp thuốc Buprenorphine/ Naloxone có thể thực hiện trong giai đoạn Dò liều (và cho cả giai đoạn Ổn định và duy trì) với hầu hết bệnh nhân. Hội đồng cũng khuyến cáo thêm rằng những liều đầu tiên trong giai đoạn Dò liều cần được giám sát; những liều sau đó có thể được cho qua kê đơn.

Để giảm thiểu nguy cơ vã thuốc đột ngột, bệnh nhân chuyển từ các CDTP có tác động dài hạn (ví dụ, methadone, morphine phóng thích chậm, oxycodone phóng thích chậm) sang Buprenorphine cần được khởi liều bằng phác đồ đơn trị liệu Buprenorphine, nhưng sẽ chuyển sang phác đồ phối hợp thuốc Buprenorphine/ Naloxone ngay sau đó. Do nguy cơ gây vã thuốc đột ngột của naloxone ở bà mẹ và thai nhi, phụ nữ mang thai thích hợp với điều trị bằng Buprenorphine cần được khởi liều và duy trì bằng phác đồ đơn trị liệu Buprenorphine.

Giai đoạn Ổn định được bắt đầu khi bệnh nhân không có biểu hiện của Hội chứng cai, có ít hoặc không có biểu hiện tác dụng phụ và có thể kiểm soát được việc thèm thuốc đồng vận CDTP. Có thể cần điều chỉnh liều trong thời gian đầu của giai đoạn này, và việc thường xuyên tương tác với bệnh nhân có thể làm tăng tuân thủ điều trị.

Giai đoạn dài nhất là giai đoạn điều trị duy trì bằng Buprenorphine. Thời gian điều trị duy trì có thể khó xác định. Trong giai đoạn này, cần lưu ý các vấn đề tâm lý xã hội và gia đình mà đã được xác định là có ảnh hưởng đến lạm dụng chất gây nghiện của bệnh nhân.

Điều trị Hội chứng cai trên lâm sàng (Cắt cơn)

Buprenorphine có thể sử dụng để điều trị cắt cơn cho bệnh nhân dùng CDTP và các bệnh nhân nghiện CDTP đang được điều trị bằng các thuốc đồng vận như methadone hoặc LAAM.

Mục tiêu của việc sử dụng Buprenorphine trong điều trị cắt cơn CDTP là để giúp bệnh nhân ngừng dùng CDTP hoặc thuốc thay thế CDTP từ tình trạng lệ thuộc thể chất, trong khi giảm thiểu các triệu chứng của Hội chứng cai (và tránh được các tác dụng không mong muốn của Buprenorphine).

Điều trị cắt cơn bằng Buprenorphine bao gồm giai đoạn Khởi liều và giai đoạn Giảm liều. Hội đồng chuyên gia khuyến cáo rằng bệnh nhân lệ thuộc vào các CDTP có tác dụng ngắn (ví dụ, hydromorphone, oxycodone, heroin) nên được khởi liều có giám sát lâm sàng trực tiếp bằng phối hợp thuốc Buprenorphine/ Naloxone. Sử dụng Buprenorphine (phác đồ đơn hoặc phối hợp thuốc Buprenorphine/ naloxone) để cắt cơn các CDTP tác dụng dài (như methadone và LAAM) chỉ nên dùng cho bệnh nhân có sức khỏe và tâm lý ổn định, và cần được tiến hành phối kết hợp với cơ sở điều trị nghiện đang điều trị cho bệnh nhân.

Các liệu pháp không dùng thuốc

Chỉ điều trị bằng thuốc là chưa đủ trong điều trị nghiện. Với đa phần bệnh nhân, tư vấn về lạm dụng chất gây nghiện – cá nhân hoặc theo nhóm – và tham gia vào chương trình tương hỗ là những cấu phần quan trọng của điều trị nghiện toàn diện. Một phần của tập huấn điều trị nghiện CDTP là các bác sỹ cần đạt được kiến thức tối thiểu về các can thiệp ngắn giúp bệnh nhân khi tái nghiện. Bác sỹ điều trị nghiện cần phải đảm bảo tư vấn cho người bệnh hoặc giới thiệu đến các chuyên gia tâm lý uy tín. Thực tế, Đạo luật DATA 2000 quy định rằng khi bác sỹ đăng ký với SAMHSA để tiến hành điều trị nghiện ngoài các cơ sở điều trị nghiện, họ phải chứng minh được khả năng chuyển gửi bệnh nhân đến cơ sở tư vấn phù hợp và hiểu được các liệu pháp không dùng thuốc khác.

Theo dõi điều trị

Bệnh nhân và các bác sĩ cần cùng nhau thống nhất mục tiêu điều trị và xây dựng kế hoạch điều trị dựa trên vấn đề và nhu cầu cụ thể của bệnh nhân. Trong giai đoạn điều trị ổn định, thời gian đầu bệnh nhân điều trị duy trì cần được khám ít nhất một lần mỗi tuần. Khi đã có liều điều trị Buprenorphine ổn định và các xét nghiệm thể hiện bệnh nhân không còn sử dụng ma túy, bác sĩ có thể quyết định giảm số lần khám (hai tuần hoặc một tháng một lần). Trong quá trình điều trị nghiện CDTP bằng Buprenorphine, xét nghiệm xác định sử dụng ma túy nên được tiến hành ít nhất 1 lần/tháng.

Chương 5: Quần thể có nhu cầu chăm sóc đặc biệt

Chương này thảo luận về cách tiếp cận với bệnh nhân thuộc quần thể có nhu cầu chăm sóc đặc biệt hoặc có vấn đề sức khỏe hoặc hành vi cần phải xem xét kỹ lưỡng khi đánh giá và điều trị nghiện CDTP.

Bệnh nhân mắc bệnh khác kèm theo

Người nghiện CDTP thường có các vấn đề sức khỏe khác đi kèm do hậu quả các hành vi nguy cơ cao và do tác động trực tiếp của độc tính ngắn hạn hoặc dài hạn của chất gây nghiện. Với người nghiện CDTP được điều trị bằng Buprenorphine, chúng ta cần sàng lọc và quản lý các vấn đề sức khỏe thường gặp đi kèm và để dự đoán trước các nguy cơ tương tác thuốc.

Phụ nữ có thai và trẻ sơ sinh

Không có nhiều bằng chứng về tác dụng có hại của thuốc lên phụ nữ mang thai và trẻ sơ sinh khi điều trị bằng Buprenorphine nhưng đây là những kết quả từ những nghiên cứu trường hợp

chứ không phải từ các nghiên cứu có đối chứng. Methadone hiện được sử dụng là loại thuốc tiêu chuẩn trong điều trị nghiện cho phụ nữ mang thai tại Hoa Kỳ. Phụ nữ mang thai khi điều trị nghiện nên được chuyển đến các cơ sở điều trị chuyên biệt trong chương trình điều trị duy trì bằng methadone. Nếu không có dịch vụ chuyên biệt hoặc bản thân người phụ nữ từ chối nhận dịch vụ này, điều trị duy trì bằng Buprenorphine có thể được cân nhắc như một giải pháp thay thế.

Vị thành niên/Thanh niên

Buprenorphine có thể là một lựa chọn hữu ích trong điều trị nghiện cho vị thành niên. Tuy nhiên, việc điều trị cho nhóm này có thể phức tạp do các vấn đề liên quan đến y tế, pháp luật và chuẩn mực xã hội. Các bác sĩ có ý định điều trị cho vị thành niên cần phải nắm rõ luật và quy định của tiểu Bang liên quan đến sự đồng ý của cha mẹ. Bác sĩ không chuyên về điều trị nghiện nên cân nhắc giới thiệu vị thành niên đến các chuyên gia. Hơn nữa, các cơ quan bảo vệ trẻ em của tiểu Bang cũng là nguồn tham khảo quý giá khi giúp định hướng điều trị nghiện cho vị thành niên.

Người cao tuổi

Gần như không có y văn hiện có về sử dụng Buprenorphine trong điều trị nghiện cho người cao tuổi. Do sự khác biệt trong chuyển hóa và hấp thu so với nhóm người trẻ, việc điều trị bằng Buprenorphine nên tiến hành một cách cẩn thận.

Bệnh nhân có những rối loạn về tâm thần

Bệnh tâm thần và mức độ trầm trọng của bệnh cần được đánh giá trước khi tiến hành điều trị bằng Buprenorphine, và quyết định chuyển bệnh nhân

đến dịch vụ chăm sóc đặc thù là cần thiết. Các rối loạn tâm thần thường gặp ở người nghiện CDTP là rối loạn do sử dụng chất gây nghiện, trầm cảm, rối loạn sau sang chấn, các rối loạn tâm thần do nghiện chất gây ra, và rối loạn nhân cách chống đối xã hội và rối loạn lưỡng cực.

Cũng như với các bệnh thực thể, cần phải tìm hiểu các loại thuốc mà bệnh nhân đang sử dụng để điều trị các rối loạn về tâm thần. Đánh giá tương tác thuốc là một phần bắt buộc trong quá trình điều trị.

Lạm dụng nhiều chất gây nghiện

Lạm dụng nhiều chất gây nghiện ở người nghiện CDTP là vấn đề thường gặp. Buprenorphine để điều trị nghiện CDTP không có tác dụng với các dạng chất gây nghiện khác bệnh nhân đang sử dụng. Việc chỉ định buprenorphine cho bệnh nhân nghiện rượu và bệnh nhân lạm dụng thuốc an thần gây ngủ (đặc biệt là benzodiazapine) cần được cân nhắc một cách kỹ lưỡng do khả năng tương tác thuốc nghiêm trọng.

Vấn đề giảm đau

Bác sĩ cần lưu ý đến những trường hợp phức tạp liên quan đến lạm dụng và nghiện CDTP trong điều trị đau. Một số bệnh nhân chuyển từ việc cần sử dụng CDTP để giảm đau sang lạm dụng CDTP. Bác sĩ quan tâm đến sự thay đổi về chẩn đoán này có thể sử dụng Buprenorphine để hỗ trợ cắt cơn có kiểm soát để quản lý sự lệ thuộc thuốc trên người bệnh không cần sử dụng CDTP để điều trị giảm đau.

Bệnh nhân có nhu cầu điều trị giảm đau mà không phải nhu cầu điều trị nghiện CDTP nên được điều trị tại một cơ sở nội hoặc ngoại khoa.

Không nên chuyển những bệnh nhân này đến chương trình điều trị nghiện các CDTP chỉ vì họ đã trở lên lệ thuộc vào các CDTP được kê đơn để điều trị đau.

Bệnh nhân đang điều trị nghiện có thể bị đau do các bệnh đồng diễn hoặc chấn thương không liên quan đến tình trạng nghiện. Trong trường hợp này, các thuốc giảm đau không phải là CDTP nên được xem như lựa chọn ban đầu.

Nếu triệu chứng trên bệnh nhân đang được điều trị Buprenorphine không thuyên giảm bằng các thuốc giảm đau không có chứa CDTP, họ cần được kê các thuốc giảm đau có thể chứa CDTP tác dụng ngắn. Nên dùng Buprenorphine trong khi bệnh nhân đang dùng thuốc giảm đau có chứa CDTP. Việc dùng lại Buprenorphine cho bệnh nhân không nên bắt đầu cho đến khi thuốc giảm đau dạng thuốc phiện được đào thải khỏi cơ thể biểu hiện bằng một số dấu hiệu cai sớm ở bệnh nhân để tránh hiện tượng bị vã thuốc đột ngột. Bệnh nhân đang sử dụng CDTP tác dụng kéo dài để giảm đau mãn tính không nên được điều trị bằng Buprenorphine do ảnh hưởng có giới hạn lên tính chất giảm đau của Buprenorphine.

Bệnh nhân vừa ra khỏi môi trường có kiểm soát

Có rất nhiều vấn đề cần quan tâm khi quyết định mô hình điều trị phù hợp nhất cho những bệnh nhân vừa ra khỏi môi trường có kiểm soát (như nhà tù) và có rối loạn do sử dụng chất gây nghiện. Điều trị bằng Buprenorphine cho các đối tượng này phải được giám sát chặt và bác sĩ điều trị cần liên hệ để xác minh và giải thích phác đồ điều trị (ví dụ, đến giám thị và cán bộ quản lý nhà tù); theo dõi tuân thủ điều trị; và liên lạc với cán bộ pháp lý, người sử dụng lao động, và những người có liên quan. Bác sĩ cũng nên xem xét việc chuyển gửi bệnh nhân đến cơ sở điều trị nghiện CDTP chuyên biệt (OTP) như một giải pháp thay thế và lưu ý các rào cản trong việc chuyển gửi.

Cán bộ y tế nghiện CDTP

Tình trạng nghiện các CDTP được kê đơn ở bác sĩ và cán bộ y tế khác, đặc biệt là cán bộ ở một số chuyên ngành, là một vấn đề đáng quan tâm. Nghiện CDTP được kê đơn có thể coi là một nguy cơ nghề nghiệp trong ngành y. Cán bộ y tế lạm dụng chất gây nghiện cần được có sự chăm sóc và điều trị chuyên sâu đặc biệt.

Chương 6: Chính sách và Quy trình triển khai

Chương này trình bày các thông tin liên quan đến quản lý và quy định việc sử dụng các chất gây nghiện có kiểm soát trong việc điều trị nghiện CDTP. Nhiều quy định về trách nhiệm y tế và pháp luật trong thực hành điều trị nghiện vượt ra ngoài khuôn khổ qui định về y tế thông thường. Bác sĩ cần phải biết và nắm vững các vấn đề này trước khi tiến hành điều trị nghiện.

Đạo luật DATA 2000

Để tiến hành điều trị nghiện tại phòng khám theo quy định của DATA 2000, các bác sĩ cần được cấp phép từ bản đăng ký đặc biệt được xây dựng từ Đạo luật Điều trị nghiện năm 1974 và các quy định liên quan hiện hành. Để được cấp phép theo DATA 2000, bác sĩ phải khai báo với SAMHSA về dự định phát thuốc và/hoặc kê đơn điều trị. Mẫu khai báo Dự định điều trị phải chứa các thông tin về bằng cấp và trình độ của bác sĩ cũng như các chứng chỉ theo yêu cầu, bao gồm cả cam kết bác sĩ (hoặc nhóm bác sĩ điều trị) sẽ không điều trị nghiện đồng thời cho 30 người. Mẫu khai báo Dự định điều trị có thể được điền và chuyển trực

tuyến tại trang web của SAMHSA về Buprenorphine <http://www.Buprenorphine.samhsa.gov>. Hoặc, bác sĩ có thể in đơn này và chuyển qua bưu điện hoặc fax. (Trang có thông tin chi tiết về Buprenorphine, quy định của DATA 2000 và quy trình cấp phép cho bác sĩ). Các bác sĩ đạt tiêu chuẩn theo DATA 2000 sẽ được SAMHSA cấp phép với một số nhận dạng đặc biệt của DEA.

Để được cấp phép theo DATA 2000, các bác sĩ phải tham gia ít nhất 8 tiếng vào một chương trình tập huấn về điều trị nghiện hoặc có chứng chỉ chứng minh năng lực theo quy định (ví dụ, kinh nghiệm nghiên cứu lâm sàng, chứng chỉ về điều trị nghiện) và phải chứng minh được họ có thể cung cấp hoặc chuyển bệnh nhân đến các dịch vụ tâm lý xã hội sẵn có khi cần. Hội đồng chuyên gia khuyến cáo rằng bác sĩ có dự định tham gia điều trị nghiện bằng Buprenorphine cần tham gia khóa tập huấn 8 tiếng về Buprenorphine để được cấp phép theo DATA 2000. SAMHSA duy trì danh sách các chương trình tập huấn trên website. Các thông tin bổ sung về DATA 2000 và Buprenorphine có thể được cung cấp qua liên hệ trực tiếp với Văn phòng thông tin về Buprenorphine của SAMHSA qua số điện thoại 866-BUP-CSAT (866-287-2728) hoặc e-mail info@Buprenorphine.samhsa.gov.

Chuẩn bị cho việc điều trị nghiện

Trước khi tiến hành điều trị, phòng khám chưa có kinh nghiệm về mô hình điều trị này, cần tiến hành chuẩn bị cẩn thận để đảm bảo chất lượng điều trị tốt nhất cho bệnh nhân và nhân viên. Cán bộ nhân viên cần được đào tạo và thực hành một cách phù hợp để có kinh nghiệm và làm quen với việc điều trị nghiện CDTP. Cơ sở nên xây dựng các mối quan hệ với các chuyên gia y tế và tâm thần khác để đảm bảo

tính liên tục trong điều trị và sự sẵn có các dịch vụ toàn diện, dựa vào cộng đồng và dịch vụ tâm lý xã hội.

Sự riêng tư và Bảo mật thông tin

Sự riêng tư và bảo mật liên quan đến thông tin cá nhân của người nghiện ma túy và rượu được đảm bảo theo Điều 42, phần 2 trong quy định về bảo mật theo Bộ điều lệ liên bang (phần 2, 42 C.F.R.). Quy định này yêu cầu các thông tin về điều trị nghiện được lưu giữ tại cơ sở điều trị nghiện cần phải được bảo mật nghiêm ngặt hơn những thông tin về y tế nói chung khác. Trong các đề mục, quy định 42 C.F.R. yêu cầu các bác sỹ điều trị cần phải có giấy đồng ý cho phép tiết lộ trước khi công bố thông tin cá nhân của bệnh nhân cho một bên thứ ba có liên quan. Yêu cầu về

biên bản thỏa thuận áp dụng cho cả các hoạt động như gọi điện hoặc fax về đơn thuốc điều trị đến hiệu thuốc, vì những thông tin này có thể tiết lộ danh tính người nghiện. Một mẫu đồng ý với tất cả các thông tin yêu cầu của 42 C.F.R. được trình bày trong Phụ lục D, Mẫu đồng ý cho phép tiết lộ thông tin 42 C.F.R. Phần 2.

Sử dụng Buprenorphine trong Cơ sở điều trị Nghiện CDTP (OTP)

Vào tháng 5/2003, Quy định liên bang về Chương trình điều trị nghiện CDTP (42 C.F.R. Phần 8) công bố việc đưa Subutex® và Suboxone® vào danh sách các CDTP được phép sử dụng ở các Cơ sở điều trị nghiện CDTP đã đăng ký (ví dụ như ở các cơ sở điều trị methadone). về Chương trình điều trị nghiện CDTP sử dụng Subutex® và Suboxone® trong điều trị nghiện phải tuân thủ các tiêu chuẩn điều trị Liên bang cho tất cả các loại thuốc như quy định 42 C.F.R. Phần 8.

1 Giới thiệu

L,

Trong Chương này...

Hướng dẫn thực hành cho Bác sĩ

Nghiện CDTP tại Hoa Kỳ hiện nay

Thực trạng điều trị nghiện CDTP

Các biện pháp điều trị nghiện CDTP bằng thuốc hiện nay

Buprenorphine: Một biện pháp điều trị nghiện CDTP mới

Tóm tắt và Tổng quan Hướng dẫn

Hướng dẫn thực hành cho Bác sĩ

Sử dụng *Hướng dẫn lâm sàng về Sử dụng Buprenorphine trong điều trị nghiện CDTP* giúp các bác sĩ đưa ra các quyết định có tính thực tiễn dựa trên những thông tin khoa học về điều trị nghiện CDTP bằng Buprenorphine. Tài liệu này đưa ra hướng dẫn từng bước của quá trình ra quyết định điều trị nghiện CDTP. Sử dụng các thông tin trong tài liệu, các bác sĩ có thể (1) thực hiện sàng lọc và đánh giá ban đầu tình trạng nghiện CDTP trên bệnh nhân, (2) quyết định mức độ phù hợp với điều trị bằng buprenorphine của bệnh nhân nghiện CDTP, (3) cung cấp điều trị nghiện CDTP bằng buprenorphine theo phác đồ đã được xây dựng, (4) đánh giá mức độ sẵn có và sắp xếp các dịch vụ điều trị thích hợp để điều trị các vấn đề sức khỏe và tâm lý xã hội đồng diễn, và (5) quyết định khi nào cần chuyển tuyến điều trị hoặc tư vấn chuyên sâu.

Lịch sử việc điều trị nghiện CDTP là nền tảng quan trọng cho các quyết định của bác sĩ khi sử dụng buprenorphine trong điều trị. Ra quyết định điều trị dựa trên bằng chứng cần phải được coi là một nghệ thuật của điều trị nghiện CDTP và các dịch vụ hỗ trợ điều trị hiện có để hỗ trợ tốt nhất cho cả bệnh nhân và bác sĩ.

Bối cảnh lịch sử

Từ những năm 1960, việc đưa methadone vào sử dụng trong điều trị nghiện CDTP là một bước đột phá trong lĩnh vực điều trị này. Điều trị duy trì bằng methadone đã được chứng minh là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả và mang lại cuộc sống hữu ích cho bệnh nhân – điều thường không đạt được nếu chỉ sử dụng các cách tiếp cận không dùng thuốc. Tuy nhiên, chỉ trong một vài năm sau khi methadone được sử dụng, Hoa Kỳ đã đưa vào nhiều luật và quy định mới, bao gồm Quy định điều trị bằng Methadone năm 1972 và Đạo luật Điều trị Nghiện Ma túy năm 1974, nhằm giới hạn việc điều trị bằng methadone trong các cơ sở của Chương trình điều trị nghiện CDTP (OTP) (ví dụ, cơ sở điều trị methadone). Những luật và quy định này đưa ra hệ thống phân phối khép kín Methadone yêu cầu cấp phép đặc biệt bởi lãnh đạo Liên bang và Tiểu bang.

Hệ thống mới khiến cho các bác sỹ gặp rất nhiều khó khăn trong việc sử dụng methadone trong điều trị nghiện CDTP ở các phòng khám hoặc thậm chí trong các chương trình phục hồi nghiện chất nói chung. Để được điều trị duy trì bằng methadone, bệnh nhân phải tham gia vào

một Chương trình điều trị nghiện CDTP, và phải đến phòng khám hàng ngày.

Mục tiêu của Đạo luật DATA

2000 là giảm sự kỳ thị trong điều trị nghiện và giúp các bác sỹ có chuyên môn cung cấp các dịch vụ điều trị nghiện...

Sự kỳ thị và bất tiện trong việc nhận điều trị duy trì bằng methadone tại cơ sở của Chương trình điều trị nghiện CDTP là một nguyên nhân dẫn đến tình trạng hiện nay ở Hoa Kỳ, chỉ có dưới 25% người nghiện CDTP được nhận bất cứ hình thức điều trị nào (Tuyên bố chung của các Viện y tế quốc gia Hoa Kỳ 1997). Một hệ quả khác của hệ thống phân phối khép kín là hầu hết các bác sỹ Hoa Kỳ không phát triển được kinh nghiệm và chuyên môn liên quan đến

điều trị nghiện CDTP. Sự chấp thuận của FDA cho thuốc đồng vận CDTP tác dụng kéo dài levo-alpha-acetyl-methadol (LAAM) trong những năm 1990 chỉ có tác dụng rất ít đến tình trạng này* (Các thông tin thêm về số liệu thống kê về lạm dụng chất và mức độ sẵn có các dịch vụ điều trị tại Hoa Kỳ có thể tìm trong trang web của Văn phòng Ứng dụng kết quả Nghiên cứu (OAS) của SAMHSA <http://www.oas.samhsa.gov/>).

Những nỗ lực để đưa chương trình điều trị nghiện CDTP vào hệ thống chăm sóc y tế bắt đầu được khởi động và nhận được nhiều sự quan tâm vào những năm 1990. Vào tháng 10/2000, Luật Bảo Vệ Sức Khỏe Trẻ Em 2000 (P.L. 106-310)

được công bố. Chương XXXV của Luật quy định “Cho phép các Bác sỹ được phân phối hoặc kê đơn một số Thuốc hướng thần để điều trị duy trì hoặc cắt cơn cho bệnh nhân lệ thuộc CDTP”. Quy định này của Luật được biết đến là Luật Điều trị Nghiện ma túy năm 2000 (DATA 2000; Clark 2003).

Theo quy định của DATA 2000, các bác sỹ đủ tiêu chuẩn có thể xin cấp phép từ bản đăng ký đặc biệt được xây dựng từ Luật Điều trị Ma túy 1974, và các quy định liên quan hiện hành, để điều trị nghiện CDTP theo Danh mục Thuốc dạng thuốc phiện III, IV, và V đã được phê duyệt bởi FDA cho mục đích điều trị, và kê đơn và/hoặc phát thuốc này ở các cơ sở điều trị khác chứ không chỉ trong cơ sở của Chương trình điều trị nghiện CDTP. Ngày 8/10/2002, hai hợp chất dạng đặt dưới lưỡi của *buprenorphine*, một chất bán đồng vận với CDTP, Subutex® (Buprenorphine) và Suboxone® (Buprenorphine/naloxone), trở thành loại thuốc đầu tiên, và duy nhất cho đến nay trong Danh mục thuốc III, IV, hoặc V được FDA chấp nhận.

Để đủ tiêu chuẩn được cấp phép theo DATA 2000, các bác sỹ phải tham gia ít nhất 8 giờ trong một chương trình tập huấn được công nhận về điều trị nghiện CDTP

hoặc có chứng chỉ chứng minh năng lực như quy định (ví dụ, kinh nghiệm nghiên cứu lâm sàng với loại thuốc điều trị, chứng chỉ về điều trị nghiện) và phải chứng minh được họ có thể cung cấp hoặc chuyển bệnh nhân đến các dịch vụ tâm lý xã hội sẵn có khi cần. (Chương 6 thảo luận chi tiết về các tiêu chuẩn này của DATA 2000 và quy trình xin cấp phép)

Bác sỹ có được giấy phép theo DATA 2000 có thể điều trị nghiện bằng Subutex® hoặc Suboxone® tại các phòng khám phù hợp và họ được quyền cung cấp điều trị bằng thuốc này. Mục tiêu của Đạo luật DATA

2000 là loại bỏ sự kỳ thị khi điều trị nghiện CDTP và giúp các bác sỹ đủ tiêu chuẩn quản lý tình trạng nghiện CDTP trong thực hành hàng ngày,

* Do nhiều nguyên nhân, trong đó có sự lo ngại về nguy cơ gây Rối loạn nhịp tim của LAAM ở một số ít bệnh nhân, vào 1/1/2004, nhà sản xuất duy nhất của loại thuốc này đã tạm ngừng sản xuất thuốc..

vì thế nó đã góp công rất lớn vào tăng thêm các biện pháp điều trị hiện có và tăng tính sẵn có của dịch vụ điều trị nói chung.

Hướng dẫn mới

Hướng dẫn mới cung cấp thông tin về sử dụng buprenorphine trong điều trị dựa trên (1) những kết quả nghiên cứu hiện có về buprenorphine và (2) kinh nghiệm lâm sàng về sử dụng buprenorphine trong điều trị nghiện. Hướng dẫn này là kiến thức đầy đủ nhất của các thành viên trong Hội đồng Chuyên gia về Hướng dẫn Lâm sàng về Sử dụng Buprenorphine trong điều trị nghiện CDTP. Vì thế, hướng dẫn này cung cấp cơ sở hợp lý cho các thực hành tốt nhất trong điều trị. Các bác sĩ cũng cần lưu ý rằng hướng dẫn không nhằm trả lời tất cả các vấn đề có thể xảy ra trong điều trị cho bệnh nhân nghiện CDTP. Một số vấn đề không thể trả lời được trong hướng dẫn này do thiếu các nghiên cứu có đối chứng và hạn chế về kinh nghiệm của Hoa Kỳ trong sử dụng Buprenorphine tại các phòng khám. Các bác sĩ được khuyến cáo mạnh mẽ nên tìm lời khuyên từ các chuyên gia điều trị nghiện uy tín nếu họ có câu hỏi mà hướng dẫn chưa trả lời đầy đủ, và cần tham gia vào các khóa tập huấn hoặc đọc thêm thông tin về sử dụng buprenorphine được xuất bản sau khi tài liệu này phát hành. Những thông tin này được đăng tải thường xuyên trên trang web của SAMHSA về Buprenorphine:
<http://www.buprenorphine.samhsa.gov>.

Nghiện CDTP tại Hoa Kỳ

Nghiện CDTP

Nghiện các CDTP là hội chứng hành vi thần kinh có đặc điểm là hành vi tìm kiếm hoặc sử dụng một CDTP lặp đi lặp lại, mang tính bắt buộc, dù biết nó có hại về xã hội, tâm lý, và/hoặc thể chất.

Nghiện thường (nhưng không phải luôn luôn) có các biểu hiện lệ thuộc về cơ thể, hội chứng cai, và dung nạp. *Lệ thuộc cơ thể* được định nghĩa là tình trạng sinh lý khi thích nghi với một chất gây nghiện, mà nếu thiếu chất này sẽ dẫn đến các biểu hiện và triệu chứng cai. *Hội chứng cai* gồm một nhóm các biểu hiện và triệu chứng có thể được dự đoán trước khi xuất hiện do ngừng đột ngột, hoặc giảm nhanh liều thường dùng của một chất hướng thần. Hội chứng cai thường đặc trưng bởi sự ức chế các hưng phấn quá mức của các chức năng sinh lý có được từ việc sử dụng các chất gây nghiện. *Dung nạp* là tình trạng một chất làm giảm dần khả năng tạo đáp ứng sinh học hoặc hành vi của cơ thể; có nghĩa là, người dùng phải tăng liều để đạt được cùng tác động như họ đã trải nghiệm khi dùng thuốc trước đó.

Một người bị lệ thuộc cơ thể vào một chất không nhất thiết phải nghiện chất đó và ngược lại (Nelson và cộng sự 1982). Một ví dụ về lệ thuộc cơ thể vào chất mà không nghiện chất là bệnh nhân ung thư có hiện tượng dung nạp và lệ thuộc thể chất với các CDTP được kê đơn để quản lý đau. Bệnh nhân này có thể gặp hội chứng cai nếu ngừng liều thuốc đang dùng nhưng bệnh nhân sẽ không bị tổn hại về xã hội, tâm lý, hoặc thể chất do sử dụng thuốc và cũng sẽ không tìm kiếm thuốc để sử dụng khi không cần giảm đau nữa (Jacox và cộng sự 1994). Một ví dụ khác về nghiện CDTP mà không bị lệ thuộc thể chất vào thuốc là một bệnh nhân nghiện oxycodone mà vừa được cắt cơn. Trong tình huống này, bệnh nhân có thể không còn gặp các triệu chứng cai hoặc dung nạp nhưng có thể vẫn thêm nhớ mãnh liệt và nhiều khả năng sẽ tái nghiện nếu không được điều trị.

Các yếu tố góp phần vào quá trình nghiện CDTP bao gồm đặc tính củng cố và sự sẵn có của chất dạng thuốc phiện, tác động của gia đình và bạn bè, yếu tố môi trường xã hội và văn hóa, nhân cách và các rối loạn tâm thần hiện mắc. Yếu tố di truyền cũng là những yếu tố

tăng nguy cơ gây nghiện rượu, và có thể cả nghiện thuốc lá và các chất khác (Goldstein 1994).

Tỷ lệ nghiện

Theo báo cáo vào tháng 01/2003 của Mạng lưới cảnh báo lạm dụng ma túy (DAWN) được OAS, SAMHSA xuất bản, tỷ lệ mắc mới của lạm dụng các thuốc giảm đau dạng thuốc phiện trong danh mục thuốc kê đơn (hay còn gọi là các chất giảm đau hướng thần), như hydrocodone, oxycodone, meperidine, và propoxyphene, đã tăng mạnh trong những năm gần đây (Crane 2003). Tỷ lệ nhập viện cấp cứu liên quan đến những chất gây nghiện này đã tăng mạnh từ những năm 1990 và tăng hơn gấp hai lần trong giai đoạn 1994 đến 2001 (Crane 2003). Vào năm 2001, dự đoán có 90.232 ca nhập viện cấp cứu do lạm dụng các thuốc giảm đau dạng thuốc phiện, tăng

Tỷ lệ sử dụng heroin tăng mạnh và trở thành một vấn đề nhức nhối của Hoa Kỳ

117% so với năm 1994. Trên toàn quốc, các thuốc giảm đau dạng thuốc phiện chiếm 14% tổng số ca cấp cứu liên quan đến lạm dụng chất vào 2001 (SAMHSA 2002b). Theo Báo cáo tử vong của DAWN vào 2002 (SAMHSA 2002c),

hydrocodone nằm trong 10 chất gây nghiện gây tử vong hàng đầu tại 18 thành phố, bao gồm Detroit (63), Las Vegas (46), Dallas (36), New Orleans (33), và Oklahoma City (31). Oxycodone nằm trong 10 chất gây nghiện thường gặp tại 19 thành phố, bao gồm Philadelphia (88), Baltimore (34), Boston (34), Phoenix (34), và Miami (28).

Theo Văn Phòng Chính Sách Kiểm Soát Chất Gây Nghiện Quốc Gia (ONDCP), dự đoán từ 810.000 đến 1.000.000 người nghiện heroin tại Hoa Kỳ vào năm 2000 – con số cao nhất tính từ giữa đến cuối thập kỷ 1970 (ONDCP 2003). Nhiều yếu tố gây ra tình trạng này. Theo dữ kiện lịch sử, người dùng

độ tinh khiết của Heroin ít hơn 10%. Tuy nhiên vào cuối thập niên 1990, độ tinh khiết của heroin nằm trong khoảng 50-80%. Việc tăng độ tinh khiết khiến heroin dễ sử dụng theo các đường không tiêm chích như hít và hút hơn. Bởi vì một người có thể nghiện hoặc quá liều heroin theo bất kỳ đường dùng nào, việc gia tăng hình thức và số lượng đường sử dụng đã dẫn đến tăng các trường hợp nghiện heroin mới ở tất cả các nhóm dân cư trong xã hội.

Nhiều người nghiện có thể chuyển sang tiêm chích khi việc sử dụng heroin của họ tiếp tục tăng lên, hoặc nếu độ tinh khiết trong heroin giảm. Việc tăng số người tiêm chích làm tăng rõ rệt tỷ lệ nhiễm mới HIV, viêm gan B và C, và các bệnh truyền nhiễm khác.

Tỷ lệ sử dụng heroin tăng mạnh và trở thành một vấn đề nhức nhối của Hoa Kỳ. Số trường hợp tử vong do quá liều heroin đã tăng mạnh và tương tự là các trường hợp nhập viện cấp cứu có liên quan đến heroin. Số liệu nhập viện cấp cứu gần đây nhất của SAMHSA theo báo cáo DAWN, có thể tìm thấy trong trang web: <http://dawninfo.samhsa.gov/> hoặc <http://www.nida.nih.gov/CEWG/DAWN.html>.

Thực trạng điều trị nghiện CDTP

Có hai mô hình điều trị nghiện CDTP chính là: liệu pháp điều trị bằng thuốc và liệu pháp điều trị tâm lý xã hội. Phác đồ điều trị nghiện CDTP bằng thuốc hiện có bao gồm (1) Điều trị đồng vận duy trì với methadone; (2) Điều trị bán đồng vận duy trì với buprenorphine hoặc phức hợp thuốc buprenorphine/naloxone; (3) Điều trị đối vận duy trì với naltrexone; và (4) sử dụng các thuốc điều trị hội chứng cai “cắt cơn” (ví dụ, methadone, buprenorphine, và/hoặc clonidine) trong giai đoạn ngắn và giảm dần rồi dừng lại để hỗ trợ bệnh nhân tham gia vào điều trị không dùng thuốc hoặc điều trị bằng thuốc đối vận.

Tiếp cận tâm lý xã hội (ví dụ, cộng đồng trị liệu nội trú), chương trình tương hỗ (ví dụ, Người nghiện ma túy ẩn danh), và chương trình điều trị 12 bước hoặc không dùng thuốc là những mô hình quan trọng trong điều trị nghiện heroin và các CDTP khác, cho dù triển khai như can thiệp độc lập hay kết hợp với điều trị bằng thuốc.

Vào năm 2003, hơn 200.000 người đã được điều trị duy trì bằng methadone hoặc LAAM tại Hoa Kỳ (SAMHSA 2002a). Mặc dù không có con số chính xác, ước tính có ít hơn 5.000 người tham gia vào điều trị nghiện CDTP duy trì bằng naltrexone. Số người tham gia vào chương trình 12-bước hiện chưa thống kê được bởi vì chương trình này ẩn danh và đảm bảo bí mật danh tính cho người tham gia. Số bệnh nhân tham gia chương trình cộng đồng trị liệu xác định CDTP là chất họ lạm dụng chủ yếu theo dự đoán thấp nhất ở trong khoảng 3,000-4,000. (Con số dự đoán được tính từ nhiều nguồn, cả tài liệu đã xuất bản như Nghiên cứu về kết quả điều trị Nghiện chất [DATOS], và tài liệu chưa xuất bản như các báo cáo về Chương trình cộng đồng trị liệu, từ website:

<http://www.drugabuse.gov/about/organization/despr/DATOS.html> và <http://www.therapeuticcommunitiesofamerica.org>.)

Các biện pháp điều trị nghiện CDTP bằng thuốc hiện nay

Có 3 biện pháp điều trị nghiện CDTP bằng thuốc truyền thống được mô tả ngắn gọn trong phần này bao gồm: (1) điều trị bằng thuốc đồng vận (ví dụ, điều trị methadone), (2) điều trị bằng thuốc đối vận (ví dụ, naltrexone), và (3) sử dụng các chất trên và các chất khác (ví dụ, clonidine) để hỗ trợ trong hội chứng cai như là một cách để đưa người bệnh vào chương trình

điều trị. Cuối cùng là phần thảo luận về biện pháp điều trị sử dụng buprenorphine.

Liệu pháp điều trị bằng chất đồng vận

Methadone là thuốc phổ biến nhất trong điều trị nghiện CDTP tại Hoa Kỳ. Các chương trình điều trị duy trì bằng methadone – với việc quản lý sử dụng CDTP, dịch vụ tư vấn (tư vấn cá nhân, nhóm, gia đình), hỗ trợ nghề nghiệp và chuyển gửi đã được chứng minh có hiệu quả làm giảm sử dụng heroin và các vụ phạm tội liên quan, giảm thất nghiệp và tăng cường sức khỏe thể chất và tâm trí cho người bệnh (McLellan và cộng sự 1993), và giảm đáng kể tử vong (xem trong TIP tiếp theo *Điều trị nghiện CDTP bằng thuốc*), cũng như tỷ lệ dùng chung bơm kim tiêm (Metzger và cộng sự 1991) và lây nhiễm HIV (Metzger và cộng sự 1993). Methadone làm giảm Hội chứng cai CDTP, ngăn chặn tác động của các CDTP khác và giảm thêm nhớ.

Liệu pháp điều trị bằng chất đối vận

Naltrexone là một chất đối vận của CDTP có tác dụng chặn tác động của heroin và hầu hết các CDTP khác. Thuốc không gây nghiện hay gây lệ thuộc về cơ thể, cũng như không gây dung nạp. Thuốc có thời gian bán thải dài và tác động trị liệu có thể kéo dài đến 3 ngày. Naltrexone không phải là biện pháp điều trị có thể khiến người bệnh bị kỳ thị. Nó cũng làm giảm nguy cơ tái nghiện rượu nếu được dùng để điều trị nghiện rượu.

Nếu xét trên quan điểm dược lý thuần túy, naltrexone có đầy đủ tính chất để dùng trong điều trị nghiện CDTP. Tuy nhiên, tác dụng điều trị của nó bị giới hạn do một số vấn đề. Thứ nhất, đó là nhiều bệnh nhân nghiện không thích dùng Naltrexone bởi vì không như methadone và LAAM, nó không có tác dụng như các đồng vận của CDTP.

† Một số TIP có thể tìm tại trang web <http://www.kap.samhsa.gov/products/manuals/index.htm>. Phòng thông tin về Sử dụng rượu và chất gây nghiện của SAMHSA thông qua truy cập danh sách điện tử <http://store.health.org/catalog/> hoặc gọi đến số 1-800-729-6686. Bạn có thể yêu cầu tối đa 5 bản in bằng cách sử dụng số yêu cầu của NCADI.

Bệnh nhân vẫn có cảm giác thèm nhớ vì vậy họ không có động lực để tuân thủ theo phác đồ điều trị. Thứ hai là, bệnh nhân nghiện CDTP cần phải ngừng sử dụng CDTP hoàn toàn trong 2 tuần trước khi bắt đầu được điều trị bằng naltrexone. Không may là trong thời gian 2 tuần này, nhiều bệnh nhân tái sử dụng CDTP và không thể bắt đầu điều trị bằng naltrexone. Hơn nữa, một khi bệnh nhân đã bắt đầu được điều trị bằng naltrexone, nguy cơ tử vong do sốc thuốc có thể tăng lên nếu bệnh nhân tái nghiện.

Naltrexone được chứng minh có hiệu quả với một số nhóm bệnh nhân nghiện có động cơ mạnh và được hỗ trợ tâm lý xã hội để điều trị và tuân thủ điều trị (ví dụ, cán bộ y tế, người điều hành kinh doanh, bệnh nhân trẻ, bệnh nhân làm trong hệ thống tư pháp hình sự). Bởi vì hầu hết người nghiện đều không tự nguyện sử dụng naltrexone, số người duy trì dùng thuốc cũng ở mức thấp. Các nghiên cứu đang được tiến hành đối với naltrexone dạng tiêm, phóng thích chậm trong nỗ lực nhằm tăng tỷ lệ tuân thủ, đặc biệt trong giai đoạn đầu điều trị.

Các thuốc hỗ trợ trong hội chứng cai CDTP

Cắt cơn CDTP dưới giám sát y tế là cấu phần bắt buộc đầu tiên của nhiều chương trình điều trị. Tuy nhiên, cắt cơn đơn thuần không phải là điều trị nghiện. Có nhiều thuốc và liệu pháp hỗ trợ cắt cơn CDTP. Những liệu pháp này có thể kể đến sử dụng methadone với liều giảm dần, sử dụng clonidine và các thuốc đồng vận alpha-adrenergic khác để giảm dấu hiệu và triệu chứng cai và liệu pháp cắt cơn nhanh (ví dụ, kết hợp naltrexone hoặc naloxone và clonidine và, thường dùng hơn gần đây là buprenorphine). Mỗi liệu pháp này có ưu và nhược điểm. Nếu sử dụng đúng cách, nhiều thuốc có thể giúp quá trình cắt cơn CDTP an toàn và bớt khó chịu hơn.

Tuy nhiên, do mức độ tinh khiết ngày càng tăng của heroin trên thị trường, các bác sỹ báo cáo rằng việc quản lý hội chứng cai của bệnh nhân bằng clonidine và các chất đồng vận với alpha-adrenergic giờ trở nên khó hơn.

Rất tiếc, hầu hết người nghiện CDTP đã tái nghiện CDTP sau khi cắt cơn dù họ có sử dụng liệu pháp điều trị cắt cơn nào đi chăng nữa. Thông thường, bác sỹ và cơ sở điều trị sử dụng liều giảm dần và chỉ cắt cơn mà không có các dịch vụ hỗ trợ và điều trị thích hợp để làm giảm tỷ lệ tái nghiện và cần thiết để phục hồi dài hạn (Thông tin chi tiết hơn về các thuốc hỗ trợ điều trị và cắt cơn xem trong TIP tiếp theo *Điều trị nghiện CDTP bằng thuốc*).

Buprenorphine: Một biện pháp điều trị nghiện CDTP mới

Với tính chất dược lý an toàn (xem Chương 2), Buprenorphine là một lựa chọn điều trị đầy hứa hẹn cho bệnh nhân nghiện CDTP cũng như cho các bác sỹ tham gia điều trị. Buprenorphine là một chất bán đồng vận tại thụ thể μ (muy) của CDTP và đối vận tại thụ thể kappa. Nó có ái lực cao và hoạt tính nội tại thấp tại thụ thể μ và nó đẩy morphine, methadone, và các chất đồng vận toàn phần với CDTP khác khỏi các thụ thể này. Tác động đồng vận bán phần của buprenorphine cho nó nhiều đặc tính dược lý lý tưởng khác bao gồm: khả năng lạm dụng thuốc thấp, độ lệ thuộc cơ thể thấp (ít cảm giác khó chịu khi cắt cơn), và có *trần tác động* dù dùng ở liều cao, và độ an toàn cao hơn khi dùng quá liều so với các chất đồng vận toàn phần với CDTP.

Ở cùng mức liều dùng giảm đau, buprenorphine có tác dụng gấp 20-50 lần so với morphine. Khác với những chất đồng vận toàn phần với CDTP, vì có hoạt tính nội tại thấp ở thụ thể μ , nên khi liều tăng lên, tác động đồng vận của buprenorphine đạt trần và không tiếp tục tăng dù có tăng liều sử dụng - *tác động trần*.

Vì thế dù có dùng quá liều, buprenorphine ít gây ra suy hô hấp dẫn tới tử vong so với quá liều các chất đồng vận toàn phần CDTP khác tại thụ thể μ .

Trong các biện pháp điều trị nghiện CDTP bằng thuốc, vì là một chất bán đồng vận CDTP, nên buprenorphine được coi như nằm giữa các chất đồng vận CDTP toàn phần (ví dụ, methadone, LAAM) và chất đối vận CDTP (ví dụ, naltrexone, nalmefene). Nó có đủ đặc tính của chất đồng vận nên người nghiện CDTP nhận thấy tác động củng cố của thuốc và họ thường mô tả mình vẫn có cảm giác “bình thường”. Ở liều cao hơn, trong một số tình huống nhất định, tác động đối vận có thể gây ra hội chứng cai đột ngột nếu được sử dụng trên người đang lệ thuộc thể chất và vẫn đang duy trì đủ liều một chất đồng vận toàn phần. Trong trường hợp này, buprenorphine thay thế chất đồng vận toàn phần ở thụ thể μ nhưng nó không kích hoạt thụ thể với mức độ tương tự, dẫn đến tác dụng đồng vận bị giảm rõ rệt và gây ra hội chứng cai (xem Chương 2).

Hơn thế nữa, do có ái lực mạnh với thụ thể CDTP, hội chứng cai do sử dụng buprenorphine gây ra sẽ khó xử trí và thuyên giảm. Buprenorphine chặn tác động của các chất đồng vận CDTP đưa vào cơ thể theo cách đáp ứng phù hợp với liều. Tác động này đặc biệt phù hợp với những bệnh nhân có động cơ vì nó làm mất khoái cảm khi tiếp tục sử dụng CDTP.

Buprenorphine có thể gây khoái cảm, đặc biệt khi được sử dụng bằng đường tiêm. Buprenorphine gây ra lệ thuộc thể chất, dù mức độ lệ thuộc thấp hơn so với các chất đồng vận toàn phần CDTP. Người bệnh có vẻ dễ dừng sử dụng buprenorphine khi kết thúc điều trị hơn.

Buprenorphine có nhiều công dụng dược lý. Nó là một thuốc giảm đau mạnh và được sử dụng ở nhiều quốc gia với dạng viên đặt dưới lưỡi (Temgesic[®]) hàm lượng 0.3–0.4 mg

. Cho tới năm 2002, chỉ một biệt dược của Buprenorphine được cấp phép lưu hành trên thị trường Hoa Kỳ và đó là biệt dược đầu tiên được dùng để giảm đau (Buprenex[®]). Vào năm 2002, hai biệt dược của buprenorphine, dạng viên đặt dưới lưỡi đã được FDA phê duyệt để sử dụng trong điều trị nghiện CDTP là: biệt dược chỉ có buprenorphine (Subutex[®]) và phức hợp thuốc Buprenorphine/ Naloxone với tỷ lệ 4:1 (Suboxone[®]). Cả hai thuốc này đều nằm trong Danh mục III CDTP và vì vậy có thể sử dụng trong điều trị nghiện CDTP theo Đạo luật DATA 2000. Hình 1–1 trình bày các dạng bào chế hiện tại của Buprenorphine tại Hoa Kỳ. Đáng chú ý là, cho tới ngày tài liệu này được xuất bản, Subutex[®] và Suboxone[®] là hai biệt dược duy nhất của buprenorphine được chỉ định và được sử dụng hợp pháp trong điều trị nghiện CDTP tại Hoa Kỳ - Buprenex[®] và các biệt dược tương đương khác đều không được sử dụng để điều trị nghiện CDTP.

Có rất nhiều các nghiên cứu lâm sàng lớn về sử dụng buprenorphine trong điều trị nghiện CDTP tại Hoa Kỳ đã được tiến hành

với nguồn đồng tài trợ của Viện nghiên cứu quốc gia về Lạm dụng chất (NIDA) và Reckitt Benckiser, công ty giữ bản quyền Buprenorphine. Kinh nghiệm lâm sàng tốt nhất về sử dụng buprenorphine cho điều trị nghiện CDTP là tại Pháp, nơi bắt đầu điều trị nghiện bằng buprenorphine tại các phòng khám từ tháng Hai năm 1996. Ở Pháp, buprenorphine có thể được kê đơn

Vào năm 2002, hai biệt dược của buprenorphine, dưới dạng viên đặt dưới lưỡi đã được FDA phê duyệt để sử dụng trong điều trị nghiện CDTP...

Dạng bào chế hiện tại của Buprenorphine tại Hoa Kỳ (tháng 7/2004)

Tên thuốc	Tên biệt dược	Dạng bào chế	Chỉ định	Công ty sản xuất	Được FDA chấp nhận trong điều trị nghiện CDTP
Buprenorphine	Subutex®	2- hoặc 8-mg Viên đặt dưới lưỡi	Nghiện CDTP	Reckitt Benckiser	Có
Phức hợp thuốc Buprenorphine/ Naloxone	Suboxone®	2- hoặc 8-mg Viên đặt dưới lưỡi với tỷ lệ Buprenorphine/ naloxone 4:1	Nghiện CDTP	Reckitt Benckiser	Có
Buprenorphine	Buprenex®	Tiêm (theo ống)	Đau trung bình đến nghiêm trọng	Reckitt Benckiser	Không
Buprenorphine	Buprenorphine dạng tiêm (tổng hợp)	Tiêm (theo ống)	Đau trung bình đến nghiêm trọng	Abbott Laboratories	Không

trong điều trị duy trì bởi cả bác sỹ chuyên khoa điều trị nghiện và bác sỹ đa khoa. Ước tính có gần 70.000 bệnh nhân đang được điều trị duy trì bằng buprenorphine tại Pháp.

Liều dùng buprenorphine trong điều trị nghiện CDTP thường được nghiên cứu trong khoảng 1-2 mg đến 16-32 mg, phụ thuộc vào dạng thuốc (dạng dung dịch so với dạng viên), và thời gian điều trị có thể từ vài tuần cho tới nhiều năm. Đo lường hiệu quả điều trị thông qua ghi nhận việc sử dụng CDTP bất hợp pháp, mức độ duy trì điều trị, và đánh giá tác dụng không mong muốn, nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng điều trị buprenorphine giúp giảm sử dụng CDTP, duy trì bệnh nhân trong điều trị, ít tác dụng phụ và được hầu hết bệnh nhân chấp nhận (Johnson 1992; Johnson 2000; Ling 1996; Ling 1998; O'Connor 2000).

Mặc dù buprenorphine đã bị lạm dụng và tiêm chích bởi người nghiện CDTP ở các nước mà viên đặt dưới lưỡi được sử dụng với mục đích giảm đau, khả năng lạm dụng thuốc thấp hơn nhiều so với các chất đồng vận toàn phần với CDTP. Để giảm nguy cơ bị lạm dụng, viên đặt dưới lưỡi phối hợp buprenorphine và naloxone đã được hình thành bởi NIDA và công ty Reckitt Benckiser.

Phức hợp buprenorphine/naloxone giúp giảm nguy cơ bị lạm dụng so với buprenorphine đơn thuần trong nhiều nghiên cứu trên người nghiện CDTP. Nó hoạt động trên nguyên tắc là naloxone thường có tác dụng gấp 10-20 lần khi dùng qua đường tiêm so với đường đặt dưới lưỡi. Vì thế, nếu phức hợp được dùng qua đường đặt dưới lưỡi như hướng dẫn, hàm lượng nhỏ

naloxone sẽ không ảnh hưởng tới tác dụng của buprenorphine. Nếu người nghiện CDTP hòa tan phức hợp này và tiêm, các đặc tính sinh khả dụng của naloxone sẽ tăng thông qua đường hấp thu chủ yếu có thể gây ra hội chứng cai CDTP.

Tổng kết và Đại cương của Hướng dẫn

Buprenorphine là một thuốc, khi được sử dụng trong những bối cảnh phù hợp, là một lựa chọn mới trong điều trị nghiện CDTP tại Hoa Kỳ. Buprenorphine có ưu điểm do những đặc tính dược lý độc đáo và tính an toàn cao, giúp tăng tuân thủ điều trị và giảm nguy cơ lạm dụng hoặc dùng quá liều. Bởi vì những đặc tính của buprenorphine không thường gặp, các bác sĩ có thể cần hỏi thêm các chuyên gia điều trị nghiện để hiểu rõ hơn đặc tính bán đồng vận với CDTP của thuốc và những lợi ích có được khi sử dụng thuốc trong điều trị nghiện CDTP. Mặc dù, buprenorphine có những ưu điểm nổi trội với nhiều bệnh nhân, nó không phù hợp cho tất cả mọi người. Trước khi điều trị, cần tiến hành đánh giá toàn diện từng bệnh nhân và xây dựng một kế hoạch điều trị thực tế cho từng người được chấp nhận để điều trị bằng buprenorphine.

Chương 2 sẽ cung cấp thêm các thông tin về đặc tính dược lý của các CDTP nói chung và Buprenorphine nói riêng cùng với các khuyến cáo để sử dụng an toàn (đặc biệt khi có tương tác thuốc). Chương 3 trình bày tầm quan trọng của các hướng dẫn sàng lọc và các công cụ cụ thể để đánh giá ban đầu người bệnh.

Chương 4 đưa ra hướng dẫn từng bước cụ thể để bắt đầu tiến hành, duy trì điều trị và phát triển một kế hoạch điều trị. Chương 5 bàn về hướng dẫn sử dụng buprenorphine trong Quần thể có nhu cầu chăm sóc đặc biệt, bao gồm phụ nữ mang thai, vị thành niên, người vừa ra khỏi môi trường “môi trường có kiểm soát”

(ví dụ, nhà tù), và cho cán bộ y tế mắc nghiện CDTP.

Chương 6 đề cập đến các thông tin quan trọng về chính sách và quy trình triển khai liên quan đến điều trị nghiện CDTP theo quy định của Đạo luật DATA 2000. Tài liệu tham khảo (xem Phụ lục A) cung cấp cho các bác sĩ nguồn tham khảo để họ có thể sử dụng trong xây dựng kế hoạch điều trị tốt nhất cho từng bệnh nhân.

®

Cho tới ngày tài liệu này được xuất bản, Subutex® và Suboxone® là hai biệt dược duy nhất của Buprenorphine được FDA cho phép sử dụng trong điều trị nghiện CDTP tại Hoa Kỳ. Trong suốt những phần còn lại của tài liệu này, thuật ngữ *buprenorphine* sẽ được sử dụng cho cả hai biệt dược của buprenorphine dùng theo đường đặt dưới lưỡi này và cho bất cứ các biệt dược nào khác có thể được FDA cấp phép cho sử dụng trong tương lai. Khi trình bày về biệt dược chỉ có buprenorphine hoặc phức hợp thuốc buprenorphine/ naloxone, chúng tôi sẽ sử dụng tên theo thuốc gốc, hoặc tên thương mại của các sản phẩm hiện đã được phê duyệt (với ý nghĩa gồm tất cả các biệt dược tương tự từ thuốc gốc có thể được phê duyệt trong tương lai) hoặc bằng công thức đầy đủ.

Hội đồng chuyên gia lưu ý rằng hướng dẫn này đại diện cho một cách tiếp cận, nhưng không nhất thiết là cách tiếp cận duy nhất trong điều trị nghiện CDTP bằng buprenorphine. Hướng dẫn này không phải là những quy định bắt buộc và phải áp dụng trong mọi trường hợp, mà nên được xem xét trong quá trình đánh giá và điều trị từng bệnh nhân. Bởi vì mỗi bệnh nhân đều có những điểm riêng và bởi vì hiểu biết khoa học và những thực hành lâm sàng tốt nhất thay đổi theo thời gian, việc áp dụng các hướng dẫn này trong điều trị một bệnh nhân cụ thể cần điều chỉnh theo nhu cầu của người bệnh, sự thay đổi của kiến thức khoa học và lâm sàng, và nhận định lâm sàng của bác sĩ.

2 Dược lý

Trong Chương này...

Tổng quan về dược lý chất gây nghiện dạng thuốc phiện

Dược lý của Buprenorphine

Buprenorphine: Độ an toàn, Tác dụng không mong muốn và Tương tác thuốc

Hiệu quả của điều trị nghiện bằng Buprenorphine

Phối hợp thuốc Buprenorphine/ Naloxone

Dùng sai mục đích và sai cách

Buprenorphine/naloxone

Tóm tắt chương

Tổng quan

5 chủ đề chính liên quan đến Tổng quan về dược lý CDTP được trình bày trong phần đầu của Chương này là: (1) Thụ thể CDTP; (2) Chức năng của CDTP tại các Thụ thể; (3) Hậu quả của việc dùng nhiều lần và dùng sử dụng CDTP; (4) Ái lực, hoạt tính nội tại và phân tách của CDTP khỏi thụ thể; và (5) đặc điểm chung của các CDTP bị lạm dụng. Các chủ đề này được trình bày dưới đây thông qua việc rà soát chi tiết tổng quan về dược lý của Buprenorphine.

Tổng quan về dược lý chất gây nghiện dạng thuốc phiện

Thụ thể CDTP

Thụ thể CDTP là những phân tử trên bề mặt của tế bào mà CDTP (opioid) gắn vào và qua đó phát huy tác dụng. Trong não, có nhiều dạng thụ thể CDTP khác nhau. Thụ thể chịu tác động chính trong vấn đề lạm dụng hoặc điều trị bằng CDTP là thụ thể mu (μ). Thông qua kích hoạt thụ thể mu mà các chất gây nghiện phát huy tác dụng giảm đau, tạo khoái cảm, và gây nghiện. Hiện chưa rõ vai trò của các thụ thể CDTP khác trong não (nghĩa là, các thụ thể khác ngoài thụ thể mu) trong quá trình nghiện.

Chức năng của CDTP tại các Thụ thể

CDTP có thể tương tác với thụ thể theo các cách khác nhau. Trong chương này, ba cách tương tác giữa thuốc/thụ thể được mô tả là: đồng vận (đồng vận toàn phần), đối vận, và bán đồng vận.

Chất đồng vận toàn phần

Chất kích thích thụ thể trong não được gọi là *Chất đồng vận*. Chất đồng vận gắn vào các thụ thể và kích thích chúng – từ đó chúng tạo ra tác động

tới cơ quan trong cơ thể. Chất đồng vận CDTP toàn phần kích thích thụ thể muý. Tăng liều sử dụng các chất đồng vận CDTP toàn phần làm tăng tác động cho tới khi tác động này đạt mức độ lớn nhất hoặc thụ thể được kích thích đến mức cực đại. Các chất gây nghiện dạng chất đồng vận CDTP toàn phần có nguy cơ bị lạm dụng cao nhất (ví dụ, morphine, heroin, methadone, oxycodone, hydromorphone).

Chất đối vận

Chất đối vận CDTP cũng gắn vào thụ thể nhưng thay vì kích thích thì nó lại ức chế các thụ thể này. Chất đối vận CDTP không kích thích thụ thể và nó còn ngăn thụ thể bị kích thích bởi các chất đồng vận CDTP. Vì thế, chất đối vận CDTP như chiếc chìa khóa được tra vừa vào ổ khóa nhưng không phải để mở mà để ngăn những chiếc chìa khóa khác tra vào ổ khóa đó. Ví dụ các chất đối vận CDTP như naltrexone và naloxone.

Chất đồng vận bán phần

Chất đồng vận CDTP từng phần có các đặc điểm của cả chất đồng vận CDTP toàn phần và chất đối vận CDTP. Chất đồng vận CDTP bán phần gắn với thụ thể và kích thích chúng nhưng không ở mức độ kích thích mạnh như chất đồng vận CDTP toàn phần. Ở mức liều thấp và với người không phụ thuộc vào chất gây nghiện, chất đồng vận Opioid toàn phần và chất đồng vận Opioid bán phần có tác động tương đương. Khi tăng liều lên thì tác động của cả hai loại CDTP này đều tăng lên. Tuy vậy, khi đạt một ngưỡng nhất định như trong Hình 2-1, chất đồng vận CDTP bán phần đạt mức *tác động trần* và không thể tăng hơn nữa dù liều có tăng lên. Hình vẽ cũng thể hiện các tác động gián tiếp bởi các thụ thể muý (ví dụ, giảm đau, khoái cảm, ức chế hô hấp). Ở liều cao, chất đồng vận CDTP bán phần có đặc tính như chất đối vận CDTP – liên kết với thụ thể nhưng không kích thích chúng (hoặc chỉ kích thích ở mức độ nhất định) trong khi đó chúng chiếm chỗ hoặc ngăn không cho các chất đồng vận CDTP toàn phần tiếp xúc với thụ thể. Buprenorphine là một ví dụ của chất bán đồng vận trên thụ thể muý, và nó có đầy đủ tính năng như được mô tả dưới đây.

Hậu quả của việc dùng nhiều lần và dùng sử dụng các chất dạng thuốc phiện

Tác động lặp lại của chất đồng vận CDTP lên thụ thể muý gây ra trạng thái dung nạp và lệ thuộc về mặt thể chất theo liều dùng. *Hiện tượng dung nạp* biểu hiện qua việc giảm các đáp ứng chủ quan và khách quan theo thời gian đối với cùng lượng chất gây nghiện đưa vào cơ thể hoặc cần phải tăng liều dùng để đạt được tác dụng như mong muốn. Trong trường hợp lạm dụng hay nghiện, tác dụng mong muốn điển hình là cảm giác hưng phấn. *Lệ thuộc về mặt thể chất* có biểu hiện rõ thông qua các dấu hiệu cai thuốc và các hội chứng đáp ứng với hiện tượng giảm, ngừng hoặc mất hoạt tính của hợp chất tại các thụ thể (hội chứng cai).

Triệu chứng và biểu hiện điển hình của *Hội chứng cai* gồm chảy nước mắt, nước mũi, tiêu chảy, nổi da gà, ngáp, vật vã, giãn đồng tử và vã mồ hôi. Một người nghiện không nhất thiết phải có tất cả những triệu chứng này. Hội chứng cai, với các đặc điểm cho thấy sự bức bách, có thể bao gồm cả việc thèm thuốc và phải tìm cách có thuốc cũng như có mối liên hệ chặt chẽ với việc tái nghiện.

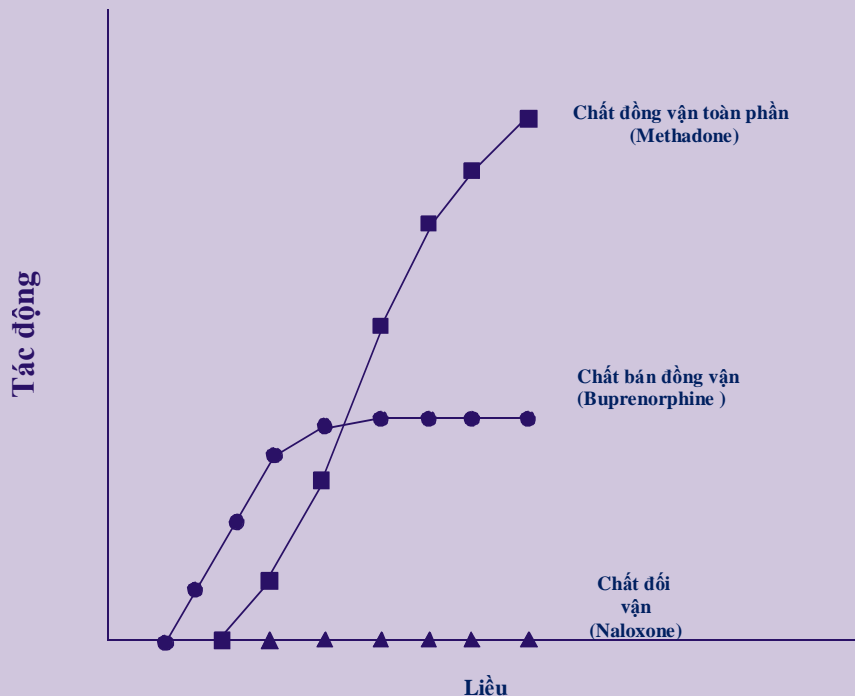
Nếu không có các bệnh đồng diễn khác (ví dụ, không có tiền sử bệnh về tim mạch), hội chứng cai không đe dọa đến tính mạng người bệnh. Những bệnh nhân có tiền sử bệnh tim mạch hoặc từng mắc các bệnh nghiêm trọng khác cần được điều trị đồng thời bởi bác sỹ có chuyên ngành phù hợp cũng như được tư vấn bởi chuyên gia điều trị nghiện.

Có hai loại Hội chứng cai liên quan đến thụ thể muý của các chất đồng vận CDTP là Hội chứng cai tự nhiên và Hội chứng cai xuất hiện do dùng thuốc đối vận.

Hội chứng cai tự nhiên do ngừng dùng thuốc

Hội chứng cai do ngừng dùng thuốc xảy ra khi một người đang lệ thuộc vào CDTP (ví dụ, người đang sử dụng CDTP hàng ngày)

Minh họa Tác động và Liều lượng của CDTP đồng vận, Bán đồng vận và Đối vận *



*Đây chỉ là hình vẽ có tính minh họa, không sử dụng với mục đích xác định liều điều trị

ngừng dùng thuốc đột ngột. Hội chứng cai tự nhiên cũng có thể xảy ra ở người nghiện bị đột ngột giảm liều dùng hàng ngày.

Ở những người nghiện heroin, hội chứng cai do ngừng dùng thuốc thường bắt đầu trong khoảng 6 - 12 giờ sau lần dùng cuối và đạt đỉnh điểm trong khoảng 36 - 72 giờ. Hội chứng cai có thể kéo dài tới khoảng 5 ngày, mặc dù sau đó những triệu chứng này vẫn có thể kéo dài lâu hơn. Các loại CDTP có tác dụng ngắn, như oxycodone và hydrocodone, có dược động và thời gian có triệu chứng cai tương tự như heroin. Các CDTP có thời gian tác dụng kéo dài vì thời gian bán hủy dài, thời điểm xuất hiện các triệu chứng cai do ngừng dùng thuốc

đến muộn hơn (ví dụ, 24 - 72 giờ với methadone) và thời điểm các triệu chứng nặng nhất cũng xuất hiện muộn hơn.

Hội chứng cai đột ngột do dùng thuốc đối vận

Hội chứng cai đột ngột do dùng thuốc đối vận cũng xảy ra ở người nghiện CDTP liên quan đến thụ thể μ . Hội chứng cai do dùng thuốc đối vận thường xảy ra đột ngột. Hiện tượng cai cấp tính do dùng chất đối vận không xuất hiện ở người không lệ thuộc CDTP. Nhưng với người lệ thuộc CDTP, chất đối vận CDTP có thể

gây ra hội chứng cai tương tự như hội chứng cai do ngừng dùng thuốc (mặc dù có thể khác về thời gian xuất hiện và phục hồi phụ thuộc vào tốc độ bán thải của thuốc đối vận CDTP). Một trong những lý giải về cơ chế của hội chứng cai này là thuốc đối vận CDTP thay thế chiếm chỗ thuốc đồng vận CDTP, nhưng vì nó không tạo được tác động ở các thụ thể nên làm giảm đột ngột tác động của CDTP và gây ra hội chứng cai.

Hội chứng cai này cũng có thể xảy ra khi dùng chất đồng vận bán phần. Nếu người nghiện dùng một liều bán đồng vận CDTP, chất này có thể thay thế chất đồng vận toàn phần tại thụ thể và không tạo tác động mạnh như CDTP đồng vận toàn phần. Việc giảm CDTP tại thụ thể biểu hiện bằng giảm tác động của CDTP và hội chứng cai xuất hiện đột ngột. Hội chứng cai này thường gặp ở người nghiện có mức

Buprenorphine có ái lực cao, nhưng hoạt tính nội tại ở thụ thể mu thấp.

độ lệ thuộc cao hơn (ví dụ, dùng liều CDTP cao hàng ngày), ở người dùng bán đồng vận CDTP ngay sau khi dùng đồng vận toàn phần, và/hoặc dùng liều cao bán đồng vận CDTP. Những điểm này được thảo luận kỹ hơn dưới đây

và có liên quan đến việc khởi liệu điều trị bằng Buprenorphine.

Ái lực, hoạt tính nội tại và sự phân tách

Mức độ gắn kết của một thuốc với thụ thể của nó được gọi là *ái lực*. Mức độ kích thích thụ thể của nó được gọi là *hoạt tính nội tại*. Ái lực và hoạt tính nội tại là hai đặc tính quan trọng của một thuốc. Một thuốc có thể có ái lực cao nhưng lại không kích thích thụ thể (ví dụ, các chất đối vận CDTP). Chất đồng vận toàn phần,

chất bán đồng vận và chất đối vận CDTP có ái lực khác nhau.

Ngoài ái lực và hoạt tính nội tại, chất gây nghiện cũng có độ *phân tách* khỏi thụ thể khác nhau. Độ phân tách là một thước đo khả năng phân ly của thuốc từ thụ thể. Phân tách không hoàn toàn giống ái lực – một thuốc có thể có ái lực cao (khó đẩy nó khỏi các thụ thể bằng thuốc khác một khi nó đã hiện diện) nhưng theo qui luật sẽ phân tách khỏi các thụ thể. Độ phân tách chậm đã góp phần kéo dài tác dụng của Buprenorphine.

Đặc điểm của các chất bị lạm dụng

Tốc độ phát huy tác động dược lý của thuốc, có mối tương quan đến nguy cơ bị lạm dụng sẽ phụ thuộc bởi nhiều yếu tố.

Một trong các yếu tố quan trọng cần phải tính đến là

đường dùng, thời gian bán hủy và khả năng xâm nhập mô mỡ (quyết định thời gian thuốc tác động đến não). Những đặc điểm như đường sử dụng giúp thuốc tác động nhanh (ví dụ, tiêm, hút), thời gian bán thải ngắn và khả năng bắt đầu có tác động đến sớm làm thuốc sẽ có nguy cơ bị lạm dụng cao. Với tất cả các chất gây nghiện đã được xếp loại, lạm dụng thuốc có mối liên quan chặt chẽ với tính đơn giản khi dùng, giá thuốc và sự trải nghiệm nhanh của phê sướng như mong muốn sau khi dùng. Xét trên khía cạnh này, heroin có khả năng bị lạm dụng cao vì giá rẻ, có thể hít, hút hoặc tiêm và nó tạo cảm giác phê bốc nhanh chóng ngay sau khi dùng.

Dược lý Buprenorphine

Tổng quan

Buprenorphine là nhóm dẫn xuất của alkaloid của CDTP và được xếp vào nhóm chất gây nghiện hợp pháp. Buprenorphine được sử dụng ở nhiều nước như là một loại thuốc giảm đau. Khi sử dụng để giảm đau, Buprenorphine thường sử dụng qua đường

tiêm, đặt dưới lưỡi hoặc miếng dán qua da và liều dùng thường ở mức rất thấp nếu so với liều dùng trong điều trị nghiện. Liều dùng điển hình của Buprenorphine trong điều trị giảm đau là 0,3 – 0,6 mg (tiêm bắp hoặc tĩnh mạch), và tác dụng giảm đau của nó thường kéo dài trong 6 tiếng.

Buprenorphine là chất đồng vận CDTP bán phần và nó có tác dụng kích thích thụ thể mu. Như đã đề cập trong phần trước, tác dụng gây nghiện của Buprenorphine thấp hơn các chất đồng vận CDTP toàn phần, và đạt *trần* khi liều dùng đạt một ngưỡng nhất định. Do nó là một chất đồng vận CDTP bán phần, khi dùng liều cao Buprenorphine thường ít gây các tác dụng không mong muốn (ví dụ, tác dụng suy hô hấp) so với việc dùng liều các chất đồng vận CDTP toàn phần. Khi đến một ngưỡng *trần*, dù liều dùng có tăng nhưng Buprenorphine cũng không tăng tác dụng dược lý lên người sử dụng nhưng sẽ kéo dài thời gian xuất hiện các triệu chứng cai và tác dụng khóa thụ thể.

Ở liều thấp, Buprenorphine có tác động mạnh hơn nhiều lần so với morphine. Ở những người chưa lệ thuộc nhưng đã quen cảm giác do tác dụng của CDTP thường có cảm thấy dễ chịu khi dùng một liều Buprenorphine. Những tác động chủ quan này giúp duy trì việc tuân thủ điều trị bằng buprenorphine ở các bệnh nhân nghiện CDTP.

Ái lực, hoạt tính nội tại và phân tách

Buprenorphine có ái lực cao nhưng hoạt tính nội tại thấp khi tương tác với thụ thể mu. Buprenorphine chiếm vị trí của morphine, methadone, và các chất đồng vận CDTP toàn phần tại các thụ thể. Vì vậy nó ngăn chặn tác động của các CDTP lên thụ thể (Bickel và cộng sự 1988; Rosen và cộng sự 1994; Strain và cộng sự 2002). Do có ái lực lớn nên các chất đồng vận CDTP toàn phần không thể chiếm vị trí của nó và vì vậy sẽ không tác động gây nghiện lên thụ thể đã bị Buprenorphine chiếm chỗ. Tác động này phụ thuộc vào liều dùng, như nghiên cứu của Comer và cộng sự (2001), thì khi được sử dụng bằng cách đặt dưới lưỡi ở liều 16 mg

Buprenorphine có hiệu quả hơn so với liều 8 mg trong việc khóa tác động của heroin. Tương tự như vậy, thuốc đối vận CDTP (ví dụ, naloxone) sẽ khó chiếm được vị trí của Buprenorphine và gây hội chứng cai đột ngột.

Buprenorphine có hệ số phân tách chậm khởi thụ thể mu, điều này giúp các triệu chứng cai đến muộn hơn và ngăn tác động của các CDTP ngoại sinh khác. Do vậy, người bệnh điều trị Buprenorphine có số lần dùng thuốc ít hơn so với điều trị bằng thuốc đồng vận CDTP toàn phần (Amass và cộng sự 1994*a,b*, 1998, 2000, 2001). Số lần dùng thuốc Buprenorphine trong 1 tuần có thể chỉ bằng 1/3 so với các thuốc khác trong một số nghiên cứu (Amass và cộng sự 2001; Perez de los Cobos và cộng sự 2000; và Schottenfeld và cộng sự 2000). Hiệu quả của Buprenorphine trong điều trị nghiện là sử dụng hàng ngày hoặc thưa hơn khác với tác dụng ngắn hạn của nó khi được dùng để giảm đau.

Sinh khả dụng

Buprenorphine có tính sinh khả dụng thấp ở đường tiêu hóa (Brewster và cộng sự 1981; Walter và Inturrisi 1995), và có sinh khả dụng khá tốt ở dạng viên đặt dưới lưỡi (Xem hình 2-2.). Dạng thuốc được FDA phê duyệt trong điều trị nghiện là dạng viên đặt dưới lưỡi và được hấp thu qua niêm mạc lưỡi. Nghiên cứu về hấp thu Buprenorphine qua đường niêm mạc lưỡi đã được tiến hành bằng cách uống thuốc loại dung dịch thuốc đệm còn hoặc thuốc dưới dạng viên. Kết luận được dựa vào các kết quả nghiên cứu về hiệu quả của Buprenorphine ở các liều dùng khác nhau do các thử nghiệm lâm sàng ban đầu thường cho các bệnh nhân dùng thuốc dưới dạng dung dịch dưới lưỡi, trong khi trên thị trường Hoa Kỳ Buprenorphine được sử dụng dưới dạng viên đặt dưới lưỡi. Các nghiên cứu cho thấy tính sinh khả dụng của Buprenorphine khi đặt dưới lưỡi thường thấp hơn – chỉ bằng 50-70% - so với dạng dung dịch (Nath và cộng sự 1999; Schuh và Johanson 1999), vì thế liều dùng dạng viên Buprenorphine đặt dưới lưỡi cần cao hơn liều dùng dạng

Sinh khả dụng của Buprenorphine

Cách dùng	Sinh khả dụng của Buprenorphine tương ứng khi tiêm tĩnh mạch	Sinh khả dụng của Buprenorphine tương ứng khi tiêm bắp	Sinh khả dụng của Buprenorphine tương ứng của dung dịch dưới lưỡi
Tiêm tĩnh mạch	100%	—	—
Tiêm bắp	70%	100%	—
Dung dịch uống	49%	70%	100%
Viên đặt dưới lưỡi	29%	42%	50–70%

Nguồn: Brewster và cộng sự 1981; Kuhlman và cộng sự 1996; Lloyd-Jones và cộng sự 1980; Nath 1999; Schuh và Johanson 1999; Strain và Stitzer 1999; Weinberg và cộng sự 1988

dung dịch để đạt được hiệu quả điều trị tương đương.

Lạm dụng thuốc

Nghiên cứu dịch tễ học và nghiên cứu trong phòng thí nghiệm trên người đều kết luận rằng Buprenorphine có thể bị lạm dụng. Đây là kết luận chung của các CDTP do khả năng tác động lên thụ thể mu. Tuy nhiên, nguy cơ bị lạm dụng của Buprenorphine thấp hơn nhiều nếu so với các thuốc đồng vận CDTP toàn phần vì Buprenorphine chỉ có tác động bán đồng vận và *tác động trần*. Dù sao đi nữa, việc lạm dụng Buprenorphine sử dụng trong điều trị giảm đau thông qua đường tiêm đã được báo cáo tại nhiều nước:

- Anh (Strang 1985)
- Ireland (O'Connor và cộng sự 1988)
- Scotland (Gray và cộng sự 1989; Morrison 1989; Sakol và cộng sự 1989)
- Ấn Độ (Chowdhury và Chowdhury 1990; Singh và cộng sự 1992)
- New Zealand (Robinson và cộng sự 1993)

Buprenorphine có thể bị lạm dụng qua cả đặt dưới lưỡi và hít qua mũi nhưng chủ yếu là đường tiêm chích từ viên đặt dưới lưỡi. Một nghiên cứu tại Pháp (Obadia và cộng sự 2001) cho thấy khả năng bị lạm dụng tiêm chích xảy ra đối với viên dưới lưỡi chỉ chứa Buprenorphine (Subutex®).

Nghiên cứu trong phòng thí nghiệm trên bệnh nhân nội trú cho thấy hai quần thể sau có nhiều nguy cơ lạm dụng thuốc Buprenorphine: (1) người bệnh có tiền sử lạm dụng CDTP nhưng chưa lệ thuộc thuốc và (2) người lệ thuộc CDTP.

Lạm dụng trong nhóm Chưa lệ thuộc CDTP

Trong nhóm này, liều dùng đột ngột không qua đường tiêu hóa của Buprenorphine có tác động đồng vận đặc trưng lên thụ thể mu (có đồng tử, hưng phấn nhẹ), cho thấy quần thể này có thể lạm dụng Buprenorphine (Jasinski

và cộng sự 1978, 1989; Pickworth và cộng sự 1993). Tác động tương tự có thể xảy ra trong quần thể này khi Buprenorphine được dùng qua các đường khác bao gồm cả đặt dưới lưỡi (Jasinski và cộng sự 1989; Johnson và cộng sự 1989; Walsh và cộng sự 1994). Strain và cộng sự (2000) gần đây đã khẳng định lại tác dụng tương tự CDTP của Buprenorphine dùng đặt dưới lưỡi trong quần thể này. Ngoài ra, nghiên cứu cũng chỉ ra rằng trong những đối tượng chưa lệ thuộc việc đưa naloxone (trong viên phối hợp Buprenorphine/naloxone) không làm giảm tác động của Buprenorphine qua đường đặt dưới lưỡi. Tuy vậy, tác động thể hiện qua đường đặt dưới lưỡi thường xuất hiện chậm hơn tác động không qua đường tiêu hóa. Điều này gợi ý rằng nguy cơ lạm dụng Buprenorphine khi dùng qua đường lưỡi thấp hơn khi dùng qua đường khác.

Khả năng lạm dụng ở những người lệ thuộc CDTP

Nguy cơ lạm dụng thuốc Buprenorphine ở những người lệ thuộc các CDTP tùy thuộc vào: (1) mức độ lệ thuộc, (2) khoảng thời gian dùng CDTP đồng vận toàn phần và dùng Buprenorphine, và (3) liều dùng Buprenorphine.

Mức độ lệ thuộc. Người bệnh có mức độ lệ thuộc cao (ví dụ, những người sử dụng lượng lớn CDTP hàng ngày), Buprenorphine có thể gây ra hội chứng cai đột ngột khi được dùng trong khi CDTP vẫn có tác động của hay khi các thụ thể bị kích thích. Nghiên cứu về mối quan hệ giữa lệ thuộc và hội chứng cai đột ngột do Buprenorphine chủ yếu được tiến hành ở nhóm bệnh nhân đang được duy trì bằng methadone. Ví dụ, bệnh nhân đang sử dụng 60 mg methadone hàng ngày có thể xuất hiện hội chứng cai nếu dùng đột ngột liều Buprenorphine qua đường dưới lưỡi (Walsh và cộng sự 1995). Ngược lại, người có mức độ lệ thuộc thuốc thấp (ví dụ, bệnh nhân có liều thấp hơn 30 mg methadone/ngày), Buprenorphine có thể gây tác động kiểu CDTP toàn phần, điều này có thể lý giải nguy cơ bị lạm dụng.

Khoảng thời gian. Nguy cơ lạm dụng thuốc Buprenorphine ở bệnh nhân nghiện CDTP cũng tùy thuộc vào khoảng thời gian dùng đồng vận CDTP và dùng Buprenorphine. Nếu khoảng thời gian này ngắn (ví dụ, 2h sau khi sử dụng methadone), Buprenorphine có thể đột ngột gây ra hội chứng cai – kể cả khi mức độ lệ thuộc thuốc thấp (Strain và cộng sự 1995). Nếu khoảng thời gian dài hơn, bệnh nhân sẽ ít có nguy cơ chịu hội chứng cai (nghĩa là, tương tự như giả dược [Strain và cộng sự 1992]) hoặc có tác dụng tương đương với thuốc đồng vận CDTP.

Liều Buprenorphine đột ngột. Cuối cùng, liều dùng Buprenorphine có thể ảnh hưởng đến nguy cơ lạm dụng thuốc. Tiêm Buprenorphine liều thấp (ví dụ, ≤ 2 mg) ít ảnh hưởng trên người nghiện CDTP và được xác định tương đương với tác dụng của giả dược (Strain và cộng sự 1992), cho dù có ít nhất một nghiên cứu báo cáo về hội chứng cai đột ngột (Banys và cộng sự 1994).

Với liều cao, Buprenorphine có thể gây nghiện tương tự như các thuốc đồng vận Opioid toàn phần, đặc biệt với một khoảng thời gian đáng kể sau khi dùng lần cuối chất gây nghiện (ví dụ, 24 tiếng hoặc hơn) và nếu bệnh nhân có độ phụ thuộc thấp (ví dụ, 30 mg methadone hàng ngày).

Mặc dù Buprenorphine có thể gây ra hội chứng cai trong một số hoàn cảnh nhất định, nó thường không gây ra các dấu hiệu cai đột ngột nghiêm trọng.

Nguy cơ lệ thuộc thuốc

Việc sử dụng Buprenorphine liên tục có thể gây ra lệ thuộc thuốc. Tuy nhiên, do Buprenorphine là một chất đồng vận CDTP bán phần, mức độ lệ thuộc thuốc thường thấp hơn so với các thuốc đồng vận CDTP toàn phần (Eissenberg và cộng sự 1996). Hơn nữa, hội chứng cai do ngừng dùng Buprenorphine thường không nặng và việc xuất hiện các

triệu chứng và biểu hiện thường chậm hơn thuốc đồng vận CDTP toàn phần (Eissenberg và cộng sự 1997; Jasinski và cộng sự 1978; Mello và cộng sự 1982; San và cộng sự 1992). Hiện chưa có giải thích đầy đủ lý do việc xuất hiện muộn các triệu chứng cai nhưng có thể do tốc độ phân tách thấp của Buprenorphine từ thụ thể mu. Giảm liều Buprenorphine từ từ thậm chí còn làm giảm hội chứng cai tới mức rất nhẹ khi ngừng thuốc.

Chuyển hóa và đào thải

Hầu hết Buprenorphine gắn với các protein huyết tương và được chuyển hóa trong gan bởi enzyme cytochrome P450 3A4 thành norbuprenorphine và các sản phẩm khác (Iribarne và cộng sự 1997; Kobayashi và cộng sự 1998). Chuyển hóa do hấp thu của Buprenorphine liên quan đến tính sinh khả dụng và thời gian bán thải huyết tương thấp. (Xem thêm giới thiệu về Buprenorphine đề hiệu rõ hơn về cơ chế chuyển hóa và đào thải)

Tác dụng phụ

Các tác dụng phụ phổ biến của Buprenorphine tương tự như của các đồng vận CDTP khác trên thụ thể mu (v.d. buồn nôn, nôn, táo bón), nhưng mức độ của các tác dụng phụ này có thể ít hơn tác dụng phụ của thuốc đồng vận toàn phần.

Buprenorphine: Độ an toàn, Tác dụng không mong muốn và Tương tác thuốc

Uống nhầm và uống quá liều

Do Buprenorphine có sinh khả dụng thấp ở đường tiêu hóa, nuốt nhầm thuốc sẽ khiến tác dụng của thuốc thấp hơn là đặt dưới lưỡi (Theo tính toán, tác dụng Buprenorphine khi nuốt chỉ bằng khoảng 1/5 so với đặt dưới lưỡi). *Tác động trần* của Buprenorphine cũng giúp tăng độ an toàn trong vấn đề quá liều do vô tình hay có chủ ý. Các nghiên cứu trước khi ứng dụng thuốc vào điều trị chỉ ra rằng sử dụng đột ngột liều cao Buprenorphine (tương tự như dùng quá liều) không gây ra suy hô hấp và các triệu chứng nguy hiểm đến tính mạng (ví dụ, suy tuần hoàn). Tuy nhiên, dùng quá liều Buprenorphine khi kết hợp với các thuốc khác có thể làm tăng nguy cơ tử vong và các biến chứng như được đề cập ở phần sau đây.

Suy hô hấp

Trái ngược với thuốc đồng vận CDTP toàn phần, dùng quá liều Buprenorphine không gây ra hiện tượng suy hô hấp nguy hiểm đến tính mạng người dùng. Cùng kết quả này, một nghiên cứu tiền lâm sàng về Buprenorphine cho thấy liều dùng đầu tiên làm tăng pCO₂ (nồng độ CO₂ trong động mạch) tương ứng với liều - đáp ứng theo hình chuông của Buprenorphine (Cowan và cộng sự 1977). Mặc dù thử nghiệm trên bệnh nhân ngoại trú không ghi nhận được các trường hợp suy hô hấp do Buprenorphine so với methadone hoặc giả dược, có một số trường hợp biểu hiện suy hô hấp trên đối tượng chưa bị lệ thuộc CDTP (Gal 1989; Thörn và cộng sự 1988). Hơn thế nữa, Buprenorphine khi kết hợp với các thuốc ngủ, có thể gây ra suy hô hấp (Xem phần “Tương tác thuốc”).

Tác động lên Nhận thức và Vận động

Đã có các bằng chứng cho thấy bệnh nhân dùng Buprenorphine thay thế không làm giảm khả năng nhận thức và vận động (Walsh và cộng sự 1994).

Tác động lên gan

Tăng enzyme gan (AST và ALT) đã được báo cáo trong nhiều trường hợp sử dụng Buprenorphine (Lange và cộng sự 1990; Petry và cộng sự 2000). Các nghiên cứu cũng chỉ ra mối liên quan giữa sử dụng Buprenorphine qua đường tĩnh mạch và nhiễm độc gan (Berson và cộng sự 2001). Xem thêm nghiên cứu do Johnson và cộng sự 2003b. Việc tăng nhẹ enzyme trong gan cũng được lưu ý khi điều trị cai nghiện dài ngày bằng Buprenorphine cho bệnh nhân bị viêm gan (Petry 2000).

Tác động lên thai nhi

Hiện có rất ít bằng chứng lâm sàng về tác hại của Buprenorphine lên phụ nữ mang thai nghiện CDTP. Đa phần các báo cáo chỉ là các nghiên cứu trường hợp, hồi cứu và các nghiên cứu không làm mù. Tuy nhiên, chưa có thử nghiệm lâm sàng không có đối chứng ngẫu nhiên nào được thực hiện (Johnson và cộng sự 2003b). Xem thêm “Phụ nữ mang thai và Trẻ sơ sinh” trong Chương 5.

Hội chứng cai đột ngột do Buprenorphine

Sử dụng Buprenorphine có thể gây ra Hội chứng cai đột ngột. Mặc dù, đáp ứng với Buprenorphine rất đa dạng, Hội chứng cai do Buprenorphine thường nhẹ hơn so với thuốc đồng vận CDTP toàn phần và thường không cần phải can thiệp hay điều trị. Trong các nghiên cứu có đối chứng, Buprenorphine được sử dụng ở các bệnh nhân nghiện CDTP, hội chứng cai thường nhẹ và người bệnh có thể tự vượt qua được (Strain và cộng sự 1995).

Tuy nhiên, trong một thử nghiệm nhỏ không làm mù sử dụng liều Buprenorphine thấp, một bệnh nhân đã gặp các triệu chứng cai mức độ nặng và khó thuyên giảm (Banys và cộng sự 1994). Nguy cơ có hội chứng cai này có thể giảm thiểu bằng cách giảm liều sử dụng thuốc đồng vận CDTP toàn phần trước khi bắt đầu điều trị bằng Buprenorphine, tăng khoảng cách thời gian từ liều cuối cùng thuốc đồng vận CDTP toàn phần và liều Buprenorphine đầu tiên, và bắt đầu điều trị với liều Buprenorphine thấp.

Tương tác thuốc

Benzodiazepine và các loại thuốc gây ngủ khác

Có nhiều báo cáo về các trường hợp tử vong do tiêm chích Buprenorphine kết hợp benzodiazepine và/hoặc các thuốc an thần khác (ví dụ, rượu) qua qua đường tiêm chích (Reynaud và cộng sự 1998a,b). Gaulier và cộng sự (2000) ghi nhận một trường hợp tử vong do sử dụng quá liều Buprenorphine và các chất chuyển hóa của nó, cũng như các chất chuyển hóa của flunitrazepam. Mặc dù chưa rõ cơ chế tương tác dược lực học,

Ibrahim và cộng sự (2000) và Kilicarslan và Sellers (2000) cho rằng khả năng ức chế hệ thống cytochrome P450 3A4 của Buprenorphine yếu, các tác động có thể là do dược lực học. Điều quan trọng là tác động này

... quá liều

Buprenorphine (chỉ mình nó) không gây suy hô hấp nghiêm trọng gây chết người ở các bệnh nhân không có các bệnh đồng diễn.

nhấn mạnh cảnh báo cho bác sỹ khi kê đơn Buprenorphine kết hợp với benzodiazepines, cũng như sử dụng Buprenorphine để điều trị BN nghiện CDTP và đồng thời đang lạm dụng hoặc nghiện benzodiazepines. Chúng ta cần thận trọng khi đưa ra các khuyến cáo tương tự khi sử dụng Buprenorphine kết hợp với các thuốc an thần khác, bao gồm rượu và thuốc ngủ nhóm barbiturates.

Thuốc đối vận CDTP

Không nên sử dụng Buprenorphine kết hợp với thuốc đối vận CDTP khác (ví dụ, naltrexone).

Nhiều người sử dụng CDTP đồng thời cũng nghiện rượu. Mặc dù naltrexone có thể làm giảm tái nghiện rượu, bệnh nhân sử dụng CDTP thay thế không nên dùng naltrexone để phòng tái nghiện rượu vì naltrexone có thể gây ra hội chứng cai đột ngột trên các bệnh nhân đang điều trị duy trì bằng Buprenorphine. Vì thế, các bác sỹ không nên kê naltrexone cho bệnh nhân đang được điều trị nghiện CDTP bằng Buprenorphine.

Các thuốc được chuyển hóa bởi hệ thống Cytochrome P450 3A4

Buprenorphine được chuyển hóa bởi hệ thống enzyme cytochrome P450 3A4. Các thuốc khác nếu có liên quan với hệ enzyme này cần phải được dùng rất cẩn trọng trên bệnh nhân đang được dùng Buprenorphine. Chưa có bất cứ nghiên cứu đối chứng nào về tương tác dược động học giữa các thuốc và Buprenorphine. Hình 2–3 liệt kê một số loại thuốc được chuyển hóa bởi hệ thống Cytochrome P450 3A4. Trong một số trường hợp, những thuốc này có thể làm tăng hoặc giảm tác động của Buprenorphine thông qua các tương tác với hệ thống Cytochrome P450 3A4.*

Thuốc đồng vận CDTP

Trong thực hành lâm sàng, có thể một bệnh nhân đang điều trị Buprenorphine cần phải sử dụng một thuốc đồng vận CDTP toàn phần, ví dụ như trong điều trị giảm đau. Mặc dù tương tác thuốc này chưa được điều tra tường tận, đặc điểm dược lý của Buprenorphine cho thấy rằng thuốc đồng vận CDTP toàn phần khó có thể đạt được tác dụng giảm đau tốt nhất trên bệnh nhân đang được duy trì bằng Buprenorphine.

Số liệu không cụ thể về Buprenorphine chỉ ra rằng bệnh nhân đang được điều trị duy trì bằng methadone trong thời gian dài, liều cấp tính thuốc đồng vận CDTP

toàn phần để giảm đau có thể có hiệu quả. Nếu thực sự cần phải sử dụng thuốc đồng vận CDTP toàn phần để giảm đau cho bệnh nhân đang điều trị bằng Buprenorphine, nên tạm dừng Buprenorphine cho đến khi việc điều trị đau kết thúc. Cần lưu ý, điều trị giảm đau bằng thuốc đồng vận CDTP toàn phần sẽ tăng nguy cơ dung nạp và lệ thuộc thuốc. Xem thêm “Bệnh nhân cần điều trị giảm đau” trong Chương 5.

Hiệu quả điều trị bằng Buprenorphine

Buprenorphine có thể sử dụng trong điều trị duy trì lâu dài hoặc điều trị cắt cơn. Tuy nhiên, bằng chứng khoa học và kinh nghiệm lâm sàng cho thấy điều trị duy trì có khả năng thành công cao hơn nhiều so với các mô hình điều trị nghiện khác. Trong bất cứ tình huống nào, mục tiêu trước mắt của điều trị bằng Buprenorphine là giúp bệnh nhân ổn định và họ ngừng sử dụng các CDTP bất hợp

Điều trị duy trì

Nhiều thử nghiệm lâm sàng đã khẳng định hiệu quả điều trị của Buprenorphine trong điều trị duy trì cho người nghiện CDTP. Các thử nghiệm đã tiến hành so sánh Buprenorphine với giả dược (Johnson và cộng sự 1995; Ling và cộng sự 1998; Fudala và cộng sự 2003), cũng như với methadone (ví dụ, Johnson và cộng sự 1992; Ling và cộng sự 1996; Pani và cộng sự 2000; Petitjean và cộng sự 2001; Schottenfeld và cộng sự 1997; Strain và cộng sự 1994a, 1994b) và

*Cần phải lưu ý kết quả quan sát trong ống nghiệm có thể không dự báo được những gì thực sự xảy ra trên cơ thể người và có thể làm cho các bác sỹ giảm việc theo dõi tương tác của thuốc trên bệnh nhân và các triệu chứng không mong muốn khác.

Danh mục một số thuốc được chuyển hóa bởi hệ men Cytochrome P450 3A4

Chất ức chế (có thể làm tăng nồng độ Buprenorphine trong máu)	Chất nền		Chất kích thích (có thể làm giảm nồng độ Buprenorphine trong máu)
Amiodarone	Alprazolam	Loratadine	Carbamazepine
Clarithromycin	Amlodipine	Losartan	Dexamethasone
Delavirdine	Astemizole	Lovastatin	Efavirenz
Erythromycin	Atorvastatin	Miconazole	Ethosuximide
Fluconazole	Carbamazepine	Midazolam	Nevirapine
Fluoxetine	Cisapride	Navelbine	Phenobarbital
Fluvoxamine	Clindamycin	Nefazadone	Phenytoin
Grapefruit Juice	Clonazepam	Nelfinavir	Primadone
Indinavir	Cyclobenzaprine	Nicardipine	Rifampin
Itraconazole	Cyclosporine	Nifedipine	
Ketoconazole	Dapsone	Nimodipine	
Metronidazole	Delavirdine	Ondansetron	
Miconazole	Dexamethasone	Oral	
Nefazadone	Diazepam	Contraceptives	
Nelfinavir	Diltiazem	Paclitaxel	
Nicardipine	Disopyramide	Prednisone	
Norfloxacin	Doxorubicin	Progestins	
Omeprazol	Erythromycin	Quinidine	
Paroxetine	Estrogens	Rifampin	
Ritonavir	Etoposide	Ritonavir R-	
Saquinavir	Felodipine	Warfarin	
Sertraline	Fentanyl	Saquinavir	
Verapamil	Fexofenadine	Sertraline	
Zafirlukast	Glyburide	Simvastatin	
Zileuton	Ifosfamide	Tacrolimus	
	Indinavir	Tamoxifen	
	Ketoconazole	Verapamil	
	Lansoprazole	Vinblastine	
	Lidocaine	Zileuton	

levo-alpha-acetyl-methadol (LAAM) (Johnson và cộng sự 2000). Kết quả của những nghiên cứu này khuyến nghị rằng đặt dưới lưỡi 8 - 16 mg Buprenorphine/ngày có tác dụng tương đương với uống 60 mg methadone/ngày, mặc dù vậy với liều này hiệu quả của Buprenorphine không bằng liều điều trị hiệu quả methadone (ví dụ, 120 mg/ ngày) cho những bệnh nhân cần dùng liều cao thuốc đồng vận CDTP.

Nghiên cứu phân tích so sánh Buprenorphine và methadone (Barnett và cộng sự 2001) kết luận rằng Buprenorphine hiệu quả hơn methadone ở liều 20-35 mg nhưng không trội hơn với methadone liều 50-80 mg – tương tự như các nghiên cứu khác.

Tính chất bán đồng vận của Buprenorphine làm bệnh nhân có cảm giác dễ chịu nhẹ khuyến khích bệnh nhân tuân thủ điều trị.

Đây là ưu điểm so với các thuốc như naltrexone, cũng có tác dụng ngăn cản hay khóa tác dụng của đồng vận CDTP nhưng lại không có bất cứ tác dụng đồng vận nào. Vì những thuốc như naltrexone không có tác dụng đồng vận nên tuân thủ điều trị thấp. Naltrexone cũng làm tăng nguy cơ tử vong do quá liều nếu bệnh nhân tái nghiện CDTP sau khi ngừng dùng thuốc đối vận này.

Cắt cơn có giám sát y tế

Dù còn ít thử nghiệm lâm sàng có đối chứng về sử dụng Buprenorphine để điều trị cắt cơn,

Độ an toàn và hiệu quả của viên đặt dưới lưỡi bằng phối hợp thuốc Buprenorphine/ Naloxone tương đương với viên chỉ có Buprenorphine....

một số nghiên cứu đã được tiến hành (Parran và cộng sự 1994). Nhìn chung, Buprenorphine được sử dụng theo 3 cách để điều trị cắt cơn: điều trị dài ngày (>30 ngày), thường là tại các phòng khám ngoại trú; điều trị với thời gian trung bình (>3 ngày nhưng <30 ngày), tại các phòng khám ngoại trú; và điều trị ngắn ngày (<3 ngày), thường tiến hành điều trị nội trú. Các bằng chứng hiện nay về

Buprenorphine và methadone cho thấy hiệu quả của điều trị dài ngày cao hơn điều trị với thời gian trung bình và ngắn ngày nhưng tất cả điều trị cắt cơn kém hiệu quả hơn nếu so với điều trị duy trì (Amass và cộng sự 1994a,b; Sees và cộng sự 2000).

Điều trị dài ngày. Dù chỉ có ít số liệu về điều trị bằng Buprenorphine để cắt cơn từ từ trong thời gian nhiều tháng, y văn liên quan đến khuyến

cáo điều trị cắt cơn có thể được sử dụng. Sử dụng Buprenorphine để cắt cơn từ từ hiệu quả hơn sử dụng Buprenorphine để cắt cơn nhanh nếu xét trên tiêu chí tuân thủ điều trị và tái nghiện CDTP. Những kết quả này cũng tương tự với các nghiên cứu trên bệnh nhân điều trị bằng methadone được giảm liều trong 10 tuần bằng (ví dụ, giảm 10%/tuần). Trên những bệnh nhân này, kết quả xét nghiệm CDTP dương tính trong nước tiểu cao hơn so với những bệnh nhân được giảm liều trong 30 tuần (nghĩa là, 3%/ tuần) và việc điều trị bị ngắt quãng hơn ở nhóm giảm liều trong thời gian ngắn (Senay và cộng sự 1977).

Điều trị với thời gian trung bình. Một số nghiên cứu sử dụng Buprenorphine để cắt cơn cai các CDTP bất hợp pháp với thời gian cắt cơn trung bình (từ 3 đến 30 ngày). Điều trị với thời gian trung bình làm giảm triệu chứng

và hội chứng cai, được bệnh nhân chấp nhận và an toàn. Ví dụ, một nghiên cứu so sánh điều trị 10 ngày bằng Buprenorphine với điều trị bằng clonidine cho thấy Buprenorphine vượt trội so với clonidine trong việc giảm các triệu chứng và hội chứng cai (Nigam và cộng sự 1993). Tuy nhiên, kết quả của điều trị cắt cơn với thời gian trung bình cho hiệu quả thấp hơn so với điều trị cắt cơn dài ngày (Amass và cộng sự 1994a,b).

Điều trị ngắn ngày. Dung dịch thuốc Buprenorphine đã được sử dụng nghiên cứu điều trị cắt cơn trong thời gian ngắn (ví dụ, trong 3 ngày) (Armenian và cộng sự 1999). Trong những nghiên cứu này, liều dùng Buprenorphine thường thấp (so với liều dùng thay thế) và thường uống từ 2 – 3 lần/ngày, tiêm hoặc ngậm dưới lưỡi (Lưu ý rằng đây là Buprenorphine dạng lỏng không được phép sử dụng ngoài nghiên cứu nhưng hiện cũng không được sử dụng vì sự hiện diện của 2 biệt dược viên là Subutex® và Suboxone® đã được FDA phê duyệt)

Các báo cáo chỉ ra rằng Buprenorphine đã được bệnh nhân chấp nhận trong điều trị ngắn ngày để cắt cơn và các biểu hiện và triệu chứng cai đều giảm (DiPaula và cộng sự 2002; và Bickel và cộng sự 1988).

Khi so sánh với clonidine trong điều trị cắt cơn nhanh, Buprenorphine được nhiều bệnh nhân chấp nhận sử dụng và hiệu quả thuyên giảm triệu chứng cai khá hơn (Cheskin và cộng sự 1994). Tuy vậy, vẫn chưa có báo cáo về kết quả lâu dài của điều trị cắt cơn bằng Buprenorphine nhưng nghiên cứu về các mô hình điều trị cắt cơn cho thấy điều trị cắt cơn ngắn ngày không có tác dụng lâu dài (Simpson và Sells 1989). Bệnh nhân thường tái nghiện CDTP.

Phối hợp thuốc Buprenorphine/ Naloxone

Có nhiều báo cáo từ các nước về lạm dụng Buprenorphine qua đường tiêm chích. Vì lý do này, phối hợp thuốc Buprenorphine/ Naloxone đã được sản xuất tại Hoa Kỳ để giảm nguy cơ lạm dụng thuốc thông qua đường tiêm. Viên đặt dưới lưỡi naloxone có tính sinh khả dụng thấp (Preston và cộng sự 1990), trong khi viên đặt dưới lưỡi Buprenorphine có tính sinh khả dụng tốt (nhưng cả Naloxone và Buprenorphine đều có tính sinh khả dụng thấp qua đường tiêu hóa). Vì vậy, nếu phối hợp thuốc Buprenorphine/ Naloxone được sử dụng trực tiếp – ví dụ, qua đường lưỡi – tác dụng chủ yếu sẽ là của Buprenorphine. Tuy nhiên, nếu người nghiện pha thuốc thành dung dịch để tiêm, tác động đối vận của naloxone sẽ là chủ đạo bởi vì tính sinh khả dụng của nó cao hơn so với dùng qua đường tiêu hóa (Stoller và cộng sự 2001). Trong trường hợp như vậy, người dùng sẽ bị hội chứng cai đột ngột. Vì thế, viên phối hợp sẽ làm giảm việc sử dụng sai và lạm dụng thuốc theo đường 3. tiêm.

Độ an toàn và hiệu quả của việc sử dụng viên phối hợp Buprenorphine/naloxone dưới lưỡi là tương đương với viên chỉ chứa Buprenorphine (Harris và cộng sự 2000). Hiện nay, chưa có báo cáo về phản ứng phụ khi sử dụng viên phối hợp nhưng viên này không được khuyến cáo dùng cho phụ nữ mang thai. Nếu Buprenorphine được sử dụng cho phụ nữ

mang thai, nên sử dụng đơn trị liệu bằng biệt dược chứa Buprenorphine (Xem thêm “Phụ nữ mang thai và trẻ sơ sinh” trong Chương 5.)

Dùng sai mục đích và không đúng cách Buprenorphine hoặc Phối hợp Buprenorphine/ Naloxone

Giống như khi kê đơn bất cứ mọi CDTP, bác sỹ kê đơn hoặc phát thuốc chỉ chứa Buprenorphine hoặc chứa Phối hợp Buprenorphine/naloxone cần giám sát việc sử dụng sai mục đích các loại thuốc này. Như lưu ý ở trên, naloxone dùng kết hợp với Buprenorphine để giảm nguy cơ lạm dụng của người bệnh qua đường tiêm chích. Có bốn dạng lạm dụng thuốc chỉ chứa Buprenorphine hoặc chứa Phối hợp Buprenorphine/naloxone không theo đường tiêu hóa là:

Những người đang sử dụng CDTP bất hợp pháp (ví dụ, heroin). Bệnh nhân sử dụng theo đường tiêm chích viên phối hợp Buprenorphine/naloxone sẽ làm cho khả năng xuất hiện hội chứng cai đột ngột cao hơn nhiều so với tiêm chích thuốc Buprenorphine đơn thuần.

Những người đang sử dụng liều pháp điều trị bằng thuốc đồng vận CDTP toàn phần khác (ví dụ, oxycodone, methadone). Bệnh nhân sử dụng theo đường tiêm chích dạng phối hợp

Buprenorphine/naloxone sẽ làm cho bệnh nhân có khả năng bị vã thuốc đột ngột cao hơn nhiều so với thuốc chỉ có Buprenorphine.

Những người lạm dụng thuốc chỉ chứa Buprenorphine hoặc chứa Phối hợp Buprenorphine/naloxone được kê đơn để tiêm chích. Những người này có cảm nhận tác dụng của Buprenorphine chứ không phải của naloxone, do bệnh nhân đang duy trì bằng Buprenorphine nên cần phải dùng liều lớn thuốc đối vận CDTP thì mới bị vã đột ngột

(Eissenberg và cộng sự 1996). Mặc dù tác động đồng vận của Buprenorphine có thể bị giảm bớt do dùng cùng lúc với naloxone, tác dụng đồng vận CDTP nhất thời vẫn được cảm nhận cho dù bệnh nhân dùng thuốc chỉ chứa Buprenorphine hay phối hợp Buprenorphine/naloxone.

4. *Những người lạm dụng CDTP nhưng không lệ thuộc.* Trong nhóm này, cả naloxone và buprenorphine đều không gây ra hội chứng cai đột ngột. Việc sử dụng Buprenorphine đặt dưới lưỡi hay tiêm chích sẽ cho cảm giác của CDTP, nhưng cảm giác hưng phấn sẽ chỉ ở mức trung bình.

Tổng kết chương

Hiểu biết về dược lý nói chung của CDTP và tính chất dược lý của Buprenorphine rất quan trọng cho các bác sĩ tham gia điều trị nghiện bằng Buprenorphine.

Buprenorphine có những đặc tính dược lý độc đáo qua đó giúp cho nó là một lựa chọn an toàn và hiệu quả trong các liệu pháp sử dụng thuốc để điều trị nghiện. Phối hợp thuốc Buprenorphine/ Naloxone, một thuốc đối vận CDTP, làm tăng tính an toàn khi sử dụng Buprenorphine và làm giảm – tuy không thể ngăn chặn hoàn toàn – việc dùng thuốc sai mục đích và cách thức.

3 Đánh giá bệnh nhân

Trong Chương này...

Sàng lọc và đánh giá rối loạn do sử dụng CDTP

Quyết định tính phù hợp của điều trị bằng Buprenorphine

Tổng quan

Chương này trình bày hướng dẫn về sàng lọc rối loạn do sử dụng CDTP và đánh giá bổ sung những bệnh nhân có vấn đề sau sàng lọc. Hướng dẫn này nhằm hỗ trợ việc ra quyết định nếu điều trị nghiện bằng Buprenorphine là một lựa chọn phù hợp cho người sử dụng CDTP. Các thông tin bổ sung trong chương này có trong Phụ lục E.

Sàng lọc và Đánh giá rối loạn do sử dụng chất CDTP

Sàng lọc

Hội đồng chuyên gia xây dựng *Hướng dẫn lâm sàng về Sử dụng Buprenorphine trong điều trị nghiện CDTP* khuyến cáo rằng các bác sỹ cần sàng lọc định kỳ và thường xuyên *tất cả* bệnh nhân xem họ có sử dụng và có các vấn đề liên quan đến sử dụng chất gây nghiện không, không chỉ những bệnh nhân có biểu hiện nghiện đặc trưng. Dù nghiện ma túy và nghiện rượu là thường gặp, hiện nay dưới 1/3 các bác sỹ tại Hoa Kỳ sàng lọc kỹ để phát hiện người nghiện (Trung tâm quốc gia về Nghiện và Lạm dụng Nghiện chất 2000).

Tiến hành sàng lọc liên tục và thường xuyên việc lạm dụng chất gây nghiện là một phần trong chăm sóc y tế nhằm xác định sớm, can thiệp và điều trị sớm tình trạng nghiện. Đánh giá thường kỳ về lạm dụng, nghiện và các tác hại thường đặc biệt hữu ích khi các bác sỹ hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe ban đầu (CSSKBĐ) định kê đơn CDTP cho mục đích điều trị giảm đau. Các bác sỹ tại phòng khám có thể tiến hành đánh giá bổ sung cho những bệnh nhân và đưa ra quyết định ai là người phù hợp để tiến hành điều trị tại phòng khám. Hoặc nếu cần, bệnh nhân có thể được chuyển đến điều trị ở một cơ sở khác.

Mục đích sàng lọc

Mục đích của sàng lọc và đánh giá nghiện là để:

- Xác định các cá nhân có nguy cơ mắc các vấn đề do ma túy hoặc rượu
- Xác định các cá nhân người có thể đang có vấn đề do ma túy hoặc rượu hoặc nghiện
- Xác định những cá nhân cần đánh giá bổ sung về y tế hoặc nghiện
- Chẩn đoán nghiện hoặc các rối loạn do sử dụng chất gây nghiện
- Đưa ra các khuyến nghị và kế hoạch điều trị phù hợp
- Đánh giá nhu cầu tâm sinh lý của bệnh nhân nghiện

Sàng lọc ban đầu

Sàng lọc ban đầu bao gồm sử dụng các công cụ sàng lọc khách quan, xét nghiệm cận lâm sàng và phỏng vấn. Nếu bác sĩ nghi ngờ có các vấn đề nghiện, sau khi sàng lọc ban đầu, họ sẽ tiến hành đánh giá bổ sung.

Để quyết định tính phù hợp của điều trị nghiện tại phòng khám hoặc các cách điều trị bằng chất đồng vận CDTP, cần phải đánh giá tổng thể người bệnh

Phỏng vấn sâu và đánh giá tiêu chuẩn là những phương tiện hiệu quả nhất để thu thập thông tin.

Nhiều công cụ sàng lọc nghiện có giá trị đã được phát triển. Hơn nữa, nhiều bác sĩ xây dựng bộ công cụ của riêng mình để đánh giá tình trạng sức khỏe.

Các bộ câu hỏi sàng lọc có thể áp dụng với tất cả bệnh nhân được bác sĩ khám, không chỉ với những người bệnh được coi là “có nguy cơ” có vấn đề do ma túy hoặc rượu.

Ví dụ các bộ công cụ sàng lọc nghiện như sau:

- Ma túy:
 - COWS (Thang đo hội chứng cai lâm sàng chất dạng thuốc phiện) (Wesson và cộng sự 1999)
 - SOWS (Thang đánh giá chủ quan hội chứng cai chất dạng thuốc phiện) (Bradley và cộng sự 1987; Gossop 1990; Handelsman và cộng sự 1987)
 - DAST-10 (Test sàng lọc lạm dụng ma túy) (Skinner 1982)
 - CINA (Thang đánh giá Triệu chứng cai ma túy của Viện lâm sàng) (Peachey và Lei 1988)
 - CAGE-AID (Thang CAGE chỉnh sửa để đánh giá nghiện ma túy) (Brown và Rounds 1995)
 - Thang hội chứng cai ma túy (Fultz và Senay 1975)
- Rượu:
 - CAGE (Maisto và cộng sự 2003)
 - AUDIT (Test xác định rối loạn do sử dụng rượu) (Babor và cộng sự 2001)
 - MAST (Test sàng lọc Rượu tại Michigan) (Selzer 1971)
 - SMAST (Test rút gọn sàng lọc Rượu tại Michigan) (Selzer và cộng sự 1975)

Để biết chi tiết hơn về các công cụ này, xem Phụ lục B. Xem thêm TIP 24, *Hướng dẫn cung cấp dịch vụ cho bệnh nhân lạm dụng chất cho BS Chăm sóc Sức khỏe ban đầu* (CSAT 1997).

Xem <http://www.kap.samhsa.gov/products/manuals/index.htm>.

Đánh giá

Nếu sàng lọc cho thấy một khách hàng có biểu hiện rối loạn do sử dụng CDTP, đánh giá bổ sung sẽ được tiến hành để mô tả chi tiết vấn đề của bệnh nhân, xác định các bệnh đồng diễn hoặc các biến chứng y tế hoặc rối loạn tâm thần

để từ đó ra quyết định về nơi điều trị và cường độ điều trị phù hợp với bệnh nhân. Để quyết định sự phù hợp của điều trị tại phòng khám hoặc các hình thức điều trị nghiện khác, cần phải đánh giá tổng

thể bệnh nhân. Việc đánh giá có thể được tiến hành qua nhiều giai đoạn, trong khoảng từ 3 – 4 tuần, kể từ khi bắt đầu tiến hành điều trị và thu thập dần dần các thông tin chi tiết. Bệnh nhân có thể cần đến thăm khám nhiều lần để cung cấp toàn bộ thông tin giúp cho đánh giá tổng thể và xây dựng kế hoạch điều trị phù hợp, hoặc có thể đánh giá trong một lần đến khám nhưng phải khám trong thời gian dài hơn nếu bệnh nhân yêu cầu. Tuy nhiên, không nên trì hoãn điều trị trong thời gian đợi để có kết quả đánh giá tổng thể.

Mục tiêu đánh giá

Mục tiêu đánh giá y tế bệnh nhân nghiện CDTP là:

- Định hướng chẩn đoán hoặc chẩn đoán
- Quyết định biện pháp điều trị phù hợp
- Đưa ra các khuyến nghị điều trị ban đầu
- Xây dựng kế hoạch điều trị ban đầu
- Lên kế hoạch điều trị tâm lý xã hội
- Đảm bảo phương pháp điều trị được khuyến nghị không phải là chống chỉ định với người bệnh
- Đánh giá để xác định các vấn đề hoặc tình trạng y tế cần phải quan tâm trong giai đoạn đầu điều trị
- Đánh giá để xác định các vấn đề tâm thần hoặc tâm lý xã hội cần phải quan tâm của người bệnh trong giai đoạn đầu điều trị

Các cấu phần của Đánh giá

Các cấu phần đánh giá người nghiện CDTP

- Tiền sử lâm sàng đầy đủ
- Thăm khám thực thể
- Khám tình trạng tâm thần
- Xét nghiệm cận lâm sàng liên quan
- Đánh giá chuyên khoa về tâm thần (nếu được chỉ định)

Để xây dựng một khung đánh giá, các bác sỹ cần đặt các câu hỏi đánh giá theo hướng dẫn mới nhất của Hội Y học Nghiện Hoa Kỳ - Tiêu chí

đánh giá bệnh nhân (ASAM PPC) và phân loại theo Chi số đánh giá mức độ nghiện (ASI) (Mee-Lee 2001; McLellan và cộng sự 1992). Mẫu ASAM PPC có thể tìm thấy tại ASAM

<http://www.asam.org>. Chi tiết bộ công cụ ASI có thể tải về từ website của Viện Nghiên cứu điều trị <http://www.tresearch.org>.

Thu thập tiền sử bệnh nhân – Phỏng vấn người nghiện

Thái độ của bác sỹ. Cách tiếp cận và thái độ của bác sỹ với người nghiện rất quan trọng. Bệnh nhân thường không sẵn sàng chia sẻ tình trạng sử dụng chất gây nghiện của mình. Người nghiện thường cảm thấy không thoải mái, xấu hổ, sợ, mất niềm tin, mất hy vọng và mong muốn tiếp tục sử dụng chất gây nghiện thường không được người nghiện chia sẻ cởi mở với bác sỹ (Trung Tâm Quốc Gia về Nghiện và Lạm Dụng nghiện chất 2000). Bệnh nhân đang điều trị giảm đau có thể cảm thấy sợ vì sẽ mất thuốc điều trị và liệu họ có nên cho bác sỹ biết mối quan ngại của họ về việc họ có thể bị nghiện. Các bác sỹ cần phải tiếp cận với bệnh nhân với sự trung thực và tôn trọng, giống như họ tiếp cận với bệnh nhân khác đến khám. Trách nhiệm của bác sỹ là phải cư xử thích hợp với thái độ và cảm xúc phù hợp. Để việc đánh giá được thực hiệu quả, cần loại bỏ các định kiến cá nhân và ý kiến chủ quan về sử dụng chất gây nghiện và người nghiện, hành vi tình dục, lối sống và những cảm xúc tiêu cực hoặc cần phải thảo luận các vấn đề đó cởi mở hay mang định hướng điều trị.

Một số đặc điểm cá nhân của bác sỹ điều trị hỗ trợ hiệu quả trong đánh giá và điều trị nghiện và những đặc điểm này có thể học được qua quá trình làm việc của các bác sỹ khi lên kế hoạch điều trị bệnh nhân nghiện (CSAT 1999b; Miller và cộng sự 1993; Najavits và Weiss 1994). Những đặc điểm này được mô tả trong hình 3-1.

Hình 3-1

Yếu tố cần thiết để trở thành một bác sỹ điều trị nghiện hiệu quả

- Khả năng xây dựng một mạng lưới hỗ trợ
- Có kỹ năng giao tiếp tốt
- Gần gũi
- Thân thiện
- Chân thật
- Tôn trọng
- Lạc quan
- Biết thấu cảm
- Có phong cách hỗ trợ
- Phương pháp lấy người bệnh làm trung tâm
- Biết lắng nghe có phản hồi

Các câu hỏi mở, có chủ đích như trong hình 3-2 về sử dụng nghiện CDTP và rượu sẽ giúp thu thập nhiều thông tin hơn các câu hỏi đơn giản, câu hỏi đóng, “Có” hay “Không” hay câu hỏi chỉ có một câu trả lời. Xem thêm TIP 34, *Can thiệp và trị liệu ngắn gọn cho người lạm dụng chất gây nghiện* (CSAT 1999a) tại <http://www.kap.samhsa.gov/products/manuals/index.htm> để biết thêm các ví dụ về những câu hỏi này.

Hầu hết bệnh nhân sẵn sàng và có thể cung cấp thông tin hợp lý và trung thực về tình trạng sử dụng chất gây nghiện. Tuy nhiên, nhiều người không biết lý do hoặc động cơ sử dụng chất gây nghiện của mình. Một cuộc phỏng vấn hiệu quả nên tập trung vào

việc sử dụng, cách sử dụng, hậu quả, những nỗ lực điều trị nghiện trước đây, tiền sử bệnh và tiền sử tâm lý (câu hỏi “cái gì, ai, khi nào, ở đâu”) – chứ không phải các câu hỏi lý do nghiện (“tại sao”). Các câu hỏi nên được hỏi một cách thẳng thắn, sử dụng ngôn ngữ dễ hiểu và tránh dùng các từ suông sã. Các câu hỏi giả định hoặc định lượng như Hình 3-3 có thể giúp ta có câu trả lời chính xác hơn trong phỏng vấn.

Các yếu tố Tiền sử bệnh nhân. Cần phải thu thập tiền sử chi tiết và toàn diện về y tế, xã hội và tiền sử sử dụng chất gây nghiện ở tất cả bệnh nhân được đánh giá để xác định rối loạn do sử dụng chất gây nghiện.

Hình 3-2

Câu hỏi mở về sử dụng chất gây nghiện và rượu

- “Heroin đã ảnh hưởng đến cuộc sống của bạn như thế nào?”
- “Hydrocodone đã ảnh hưởng đến cuộc sống của bạn như thế nào?”
- “Trước đây, yếu tố nào giúp bạn dừng sử dụng?”
- “Bạn hiện đang có mỗi bữa khoản, lo ngại cụ thể gì?”

Các câu hỏi định lượng để phỏng vấn

- “Bạn sử dụng rượu và các loại chất gây nghiện khác lần đầu khi bao nhiêu tuổi?”
- “Bạn uống rượu bao nhiêu ngày trong tuần?”
- “Bạn dùng heroin thường xuyên như thế nào (bao lâu một lần)?”
- “Lần cuối cùng bạn phê là lúc nào?”
- “Bạn dùng bao nhiêu lần tháng trước?”

Xem hình 3-4 về tất cả các yếu tố của tiền sử bệnh nhân.

Thăm khám

Thăm khám nên tập trung vào tình trạng sức khỏe người bệnh liên quan đến nghiện chất. Đánh giá này có thể giúp bác sỹ nghi ngờ tình trạng nghiện ở người bệnh khi họ phủ nhận việc sử dụng ma túy hoặc kết quả sàng lọc chưa rõ ràng.

Hình 3-5 liệt kê các kết quả thăm khám mà có thể gợi ý tình trạng nghiện hoặc biến chứng của nó. Biến chứng sức khỏe do nghiện CDTP cần được xác định và điều trị như một phần trong kế hoạch điều trị tổng thể.

Đánh giá tình trạng nhiễm độc và dùng quá liều.
Điều tối quan trọng là đánh giá các dấu hiệu nhiễm độc CDTP, dùng quá liều hoặc hội chứng cai trong khi thăm khám

Các yếu tố trong đánh giá toàn diện tiền sử lạm dụng chất gây nghiện

- Tiền sử sử dụng chất gây nghiện (ví dụ: tuổi bắt đầu sử dụng; chất gây nghiện đã sử dụng; thay đổi tác động của chất gây nghiện theo thời gian; tiền sử dùng nạp, quá liều, hội chứng cai; những lần ngừng sử dụng trước đây; cảm giác bắt buộc phải sử dụng và thèm nhớ)
- Tiền sử điều trị nghiện (ví dụ, điều trị nghiện trước đây, các hình thức điều trị, kết quả của điều trị)
- Tiền sử rối loạn tâm thần (ví dụ, chẩn đoán, điều trị tâm thần được khuyến cáo/nỗ lực, kết quả điều trị)
- Tiền sử gia đình (ví dụ, tiền sử gia đình về rối loạn do sử dụng chất gây nghiện và tiền sử rối loạn tâm thần)
- Tiền sử y tế (ví dụ, tiền sử toàn diện về bệnh tật/giải phẫu, tiền sử về tình dục [với phụ nữ, để quyết định khả năng có thai], các thuốc đã hoặc đang được sử dụng, tiền sử đau)
- Tiền sử xã hội (ví dụ, chất lượng môi trường hồi phục, môi trường gia đình/sống, có người thân/bạn bè sử dụng chất gây nghiện)
- Mức độ sẵn sàng thay đổi (ví dụ, hiểu biết của bệnh nhân về các vấn đề liên quan sử dụng chất gây nghiện, Giai đoạn thay đổi của bệnh nhân [Xem Phụ lục G], mối quan tâm của bệnh nhân đến điều trị hiện nay, việc điều trị là bắt buộc hay tự nguyện)

Kết quả thăm khám gợi ý về tình trạng nghiện hoặc các biến chứng

- Tổng thể:
 - Hơi thở có mùi rượu
 - Quần áo có mùi cần sa
 - Hơi thở hoặc quần áo có mùi nicotine hoặc thuốc
 - Tình trạng dinh dưỡng kém
 - Tình trạng vệ sinh kém
- Hành vi:
 - Say/phê khi khám
 - Nói nín lưỡi
 - Dáng đi lảo đảo
 - Có vết xước
- Da:*
 - Có dấu hiệu chấn thương
 - Bầm tím
 - Rách
 - Xước
 - Vết bong
 - Vết trích
 - Áp xe da
 - Viêm biểu mô
 - Vàng da
 - Ban đỏ ở gan bàn tay
 - Rụng tóc
 - Chảy mồ hôi
 - Phát ban
 - Tay sưng
- Đầu, Mắt, Tai, Mũi và Họng
 - Viêm kết mạc
 - Viêm niêm mạc mũi
 - Vách mũi có lỗ thủng
 - Vách mũi nhợt
 - Tổn thương ở xoang
 - Viêm lợi
 - Vết loét ở lợi
 - Viêm mũi
 - Viêm xoang
 - Niêm mạc nhợt nhạt
 - Vết bong ở khoang miệng
- Đường tiêu hóa:
 - Gan to
 - Tổn thương gan
 - Phân chứa máu
- Hệ thống miễn dịch:
 - U hạch bạch huyết
- Hệ tim mạch:
 - Cao huyết áp
 - Nhịp tim nhanh
 - Loạn nhịp tim
 - Có tiếng thổi trong tim
 - Phù
 - Tim to
- Hệ hô hấp:
 - Thở khò khè, tiếng rale, ran khô
 - Ho
 - Suy hô hấp
- Cơ quan sinh dục/nội tiết nữ:
 - Viêm xương chậu
 - Tiết dịch âm đạo
- Cơ quan sinh dục/nội tiết nam:
 - Teo tinh hoàn
 - Tiết dịch niệu đạo
 - Vú to
- Thần kinh:
 - Rối loạn cảm giác
 - Rối loạn trí nhớ
 - Rối loạn vận động
 - Liệt vận nhãn
 - Liệt cơ
 - Bệnh thần kinh
 - Run
 - Thiếu năng nhận thức
 - Rối loạn điều nhiệt
 - Đông tử co hoặc giãn

* Để biết thêm thông tin chi tiết, xin xem trong ấn bản CSAT: *Phân loại thương tổn da của người nghiện chích ma túy: Một phương pháp đánh giá nguy cơ bệnh*, Số yêu cầu NCADI là AVD 154, Số xuất bản DHHS (SMA) 02-3753, In vào năm 2002. Yêu cầu tại: <http://store.health.org/>.

Sử dụng CDTP quá liều có thể cần phải điều trị cấp cứu. Hình 3–6 liệt kê các dấu hiệu nhiễm độc và dùng quá liều CDTP.

Đánh giá Hội chứng cai CDTP. Hội chứng cai CDTP có thể được đánh giá khách quan bằng các sử dụng các công cụ sau:

- COWS (Thang đo hội chứng cai lâm sàng chất dạng thuốc phiện) (Wesson và cộng sự 1999)
- SOWS (Thang đo hội chứng cai chủ quan chất dạng thuốc phiện) (Bradley và cộng sự 1987; Gossop 1990; Hvälensman và cộng sự 1987)
- CINA (Thang đánh giá Triệu chứng cai ma túy - Viện lâm sàng) (Peachey và Lei 1988)
- Thang hội chứng cai ma túy (Fultz và Senay 1975)

Chi tiết xin xem trong Phụ Lục B. Hình 3–7 cho thấy các giai đoạn và mức độ nặng của hội chứng cai chất dạng thuốc phiện.

Đánh giá hội chứng cai hoặc nhiễm độc khác. Các công cụ đánh giá hội chứng cai rượu và benzodiazepine gồm:

- CIWA-Ar (Thang đánh giá hội chứng cai rượu cho các Viện lâm sàng, Bản sửa) (Sullivan và cộng sự 1989)
- CIWA-B (Thang đánh giá hội chứng cai Benzodiazepine cho các Viện lâm sàng) (Busto và cộng sự 1989)

Thăm khám tâm thần

Cùng với việc quan sát hành vi bệnh nhân khi hỏi tiền sử và thăm khám thực thể, đánh giá chính thức tình trạng tâm thần (MSE) cần được tiến hành, bao gồm các phần như hình 3–8.

Thông tin từ phỏng vấn và đánh giá tình trạng tâm thần có thể cho biết các vấn đề tâm thần hiện nay và trước đây của người bệnh.

Hình 3–6

Biểu hiện của nhiễm độc và dùng quá liều CDTP

Hội chứng	Dấu hiệu thực thể
Nhiễm độc CDTP	Tỉnh táo Buồn ngủ, uể oải Nói nhịu “Gật gù” hoặc ngủ gật Quên Tâm trạng từ bình thường đến phê Đồng tử co nhỏ
Dùng quá liều CDTP	Bất tỉnh Đồng tử co nhỏ Thở chậm, nông; nhịp thở dưới 10 lần/phút Nhịp tim dưới 40 lần/phút Ba triệu chứng: ngừng thở, hôn mê, đồng tử định ghim (thiếu oxy huyết: đồng tử giãn và không đổi)

Giai đoạn và mức độ nặng của Hội chứng cai CDTP

Giai đoạn	Mức độ	Biểu hiện thực thể
Giai đoạn sớm (8–24 giờ sau lần sử dụng cuối)	Độ 1	Chảy nước mắt và/hoặc nước mũi Toát mồ hôi Ngáp Bồn chồn Mất ngủ
	Độ 2	Đông tử giã Nổi da gà Co rút cơ Đau cơ Đau khớp Đau bụng
Hội chứng cai nặng (1–3 ngày sau lần sử dụng cuối)	Độ 3	Tim đập nhanh Tăng huyết áp Thở dốc Sốt Biếng ăn hoặc buồn nôn Đứng ngồi không yên
	Độ 4	Tiêu chảy và/hoặc nôn Mất nước Tăng đường huyết Giảm huyết áp Co rút người

Bảng kiểm đánh giá tình trạng tâm thần

- Đánh giá tổng quát
- Hành vi và tương tác với người phỏng vấn
- Lời nói và âm điệu
- Vận động
- Tâm trạng và tình cảm
- Nhận thức
 - Ảo giác
- Quá trình suy nghĩ
- Ý nghĩ:
 - Ý định tự tử
 - Ý định giết người
 - Hoang tưởng
- Nội tâm
- Nhận định
- Động lực và mức độ sẵn sàng thay đổi
 - Mục đích và mong đợi của người bệnh
- Chức năng nhận thức
 - Định hướng
 - Trí nhớ
 - Khả năng chú ý
 - Khả năng tập trung
 - Nguồn thông tin
 - Kỹ năng ngôn ngữ
 - Tư duy trừu tượng
 - Trí thông minh
- Các đặc điểm cá nhân
- Cơ chế tự vệ

Tùy thuộc vào chuyên môn của bác sĩ và khả năng điều trị rối loạn tâm thần, việc chuyển bệnh nhân đến chuyên gia tâm thần hoặc tâm lý để đánh giá tâm thần tổng thể và/hoặc chẩn đoán tâm thần có thể phải tiến hành trước khi tiến hành điều trị nghiện.

Đánh giá cận lâm sàng

Đánh giá cận lâm sàng cũng là một phần rất quan trọng trong đánh giá người nghiện. Đánh giá cận lâm sàng không thể đưa ra chẩn đoán nghiện nhưng nhiều đánh giá cận lâm sàng rất có ích trong việc đánh giá tổng thể người nghiện.

Khuyến cáo đánh giá cận lâm sàng cơ bản cho người nghiện CDTP được trình bày như trong Hình 3–9.

Những đánh giá cận lâm sàng bổ sung cần xem xét như sau:

- Nồng độ cồn trong máu (sử dụng test qua đường thở hoặc trên mẫu máu)
- Đánh giá các bệnh truyền nhiễm:
 - Xét nghiệm HIV
 - Sàng lọc viêm gan B (HBV) và viêm gan C (HCV)
 - Xét nghiệm huyết thanh để tìm kháng thể giang mai - Phản ứng huyết thanh VDRL
 - Xét nghiệm protein (PPD) để xác định tình trạng mắc lao, thường xét nghiệm trên da (test bì)

Bên cạnh đó, các đánh giá cận lâm sàng có thể được chỉ định khi khai thác tiền sử bệnh hoặc khám thực thể bệnh nhân. Cần tư vấn những thông tin thích hợp cho bệnh nhân và cần được bệnh nhân đồng ý trước khi xét nghiệm một bệnh truyền nhiễm nhất định (ví dụ, HIV, HCV). Những dấu hiệu bất thường hoặc vấn đề sức khỏe phát hiện qua đánh giá cận lâm sàng cần được giải quyết giống như với bệnh nhân không nghiện.

Nhiều kết quả cận lâm sàng có thể cảnh báo nguy cơ biến chứng khi sử dụng Buprenorphine. Sử dụng rượu có thể gây ra biến chứng khi điều trị bằng Buprenorphine; các chỉ số gián tiếp về lạm dụng rượu bao gồm tăng thể tích trung bình của hồng cầu (MCV) và men Gamma Glutamyl Transpeptidase (GGT). Men gan bất thường cũng gợi ý các bệnh gan do ngộ độc, truyền nhiễm hoặc các yếu tố khác. Các chỉ điểm y sinh học khác như định lượng CDT (Carbohydrate-Deficient Transferrin) có thể cung cấp thêm các thông tin khách quan cho sàng lọc và khẳng định việc sử dụng rượu gần đây hay sử dụng quá liều, tái sử dụng rượu, lạm dụng rượu và suy giảm chức năng cơ thể do sử dụng rượu. Hướng dẫn về các bệnh của gan với người sử dụng CDTP có thể tìm thấy tại Khoa Liệu pháp Dược lý của SAMHSA(DPT) tại website: <http://www.dpt.samhsa.gov>.

Như mô tả ở phần trước, có thai, điều trị HIV và viêm gan hay các bệnh về gan cũng có thể gây ra các biến chứng khi điều trị bằng Buprenorphine. Điều trị bằng Buprenorphine thường không phải là tối ưu cho phụ nữ mang thai sử dụng CDTP. Nhiễm HIV+ không làm ảnh hưởng việc điều trị Buprenorphine, vì hiện chưa có nhiều bằng chứng cho thấy tương tác thuốc giữa các thuốc ARV và Buprenorphine có thể ảnh hưởng đến điều trị. Nếu xét nghiệm cho thấy cơ thể người bệnh có kháng thể của HBV, người bệnh có thể đang mắc viêm gan B thể hoạt động. Các xét nghiệm bổ sung (ví dụ, chuỗi enzyme) cần được thực hiện để biết liệu mắc HBV có gây ra biến chứng khi điều trị bằng Buprenorphine. Thông tin về viêm gan B cho cán bộ y tế có thể được tìm thấy từ trang web của Trung tâm Dự phòng và Kiểm soát Bệnh tật Hoa Kỳ (CDC) <http://www.cdc.gov/ncidod/diseases/hepatitis/b/index.htm>.

Nếu xét nghiệm khẳng định cho thấy cơ thể người bệnh có kháng thể của HCV, người bệnh có thể đang hoặc đã mắc viêm gan C. Bệnh nhân mắc HCV

Khuyến cáo về các xét nghiệm cận lâm sàng cơ bản cho người nghiện CDTP

- Điện giải đồ
- Billirubin và creatinine
- Công thức máu toàn phần, tồng phần và số lượng tiểu cầu
- Xét nghiệm chức năng gan (GGT, AST, ALT, Protein hoặc INR, albumin)
- Mỡ máu
- Phân tích nước tiểu
- Xét nghiệm tình trạng thai nghén (cho phụ nữ độ tuổi sinh đẻ)
- Xét nghiệm xác định các loại chất gây nghiện đang sử dụng
- Sàng lọc viêm gan B và C

cần được đánh giá và điều trị dựa trên những hướng dẫn mới nhất. Cán bộ y tế có thể học về viêm gan C trên trang web của CDC http://www.cdc.gov/ncidod/diseases/hepatitis/c_training/edu/default.htm. Tuyên bố chung của Viện Y tế Quốc gia vào năm 2002 về kiểm soát viêm gan C có thể tìm thấy tại website http://consensus.nih.gov/cons/116/116cdc_intro.htm. Các tài liệu khác về viêm gan C có thể tìm thấy từ website của Cơ quan Chất lượng và Nghiên cứu chăm sóc sức khoẻ tại <http://www.ahrq.gov/clinic/epcsums/hepcsum.htm>.

Xét nghiệm huyết thanh học dương tính với giang mai có thể cho thấy tình trạng đang hoặc đã nhiễm *Treponema pallidum*. Tất cả bệnh nhân có xét nghiệm giang mai dương tính cần phải được điều trị tại phòng khám hoặc chuyển đến các cơ sở khám chữa bệnh tại địa phương để đánh giá và điều trị. Tuy vậy, cần lưu ý rằng tình trạng dương tính giả với xét nghiệm huyết thanh học xác định nhiễm giang mai khá phổ biến ở người tiêm chích nghiện chất. Chỉ những bệnh nhân khẳng định là dương tính với xét nghiệm FTA-ABS mới có thể khẳng định mắc giang mai. Những phương pháp thường sử dụng để điều trị giang mai và các bệnh đường tình dục khác (STD)

có thể tìm thấy trên trang chủ của CDC tại <http://www.cdc.gov/std/>.

Bệnh nhân có kết quả xét nghiệm dương tính có thể đang hoặc đã nhiễm lao. Những bệnh nhân này cũng cần được chuyển đến các cơ sở khám chữa bệnh tại địa phương để đánh giá và điều trị. Các thông tin khác về lao và điều trị có thể tìm thấy trên trang web của CDC tại <http://www.cdc.gov/nchstp/tb/links.htm>. Các bác sỹ cần phải nắm rõ các yêu cầu báo cáo bệnh truyền nhiễm thường gặp tại tiểu Bang của mình.

Đánh giá sử dụng chất gây nghiện

Xét nghiệm sử dụng chất gây nghiện chưa đủ để chẩn đoán nghiện chất và nó không thể thay thế phỏng vấn lâm sàng và đánh giá y tế người bệnh (Casavant 2002). Hammett-Stabler và cộng sự (2002) chỉ ra rằng kết quả *sàng lọc ma túy* dễ bị sai lệch do không thể xét nghiệm tìm các loại chất ma túy thường xuyên. Bác sỹ cần phải quyết định những ma túy nào là cần được xét nghiệm tại phòng khám của mình, bao gồm cả điều trị Buprenorphine.

Bác sỹ và kỹ thuật viên (KTV) xét nghiệm phải biết hạn chế của các xét nghiệm được sử dụng, các đặc tính được động học của loại ma túy cần xét nghiệm, các chất chuyển hóa của các loại chất gây nghiện và diễn giải kết quả xét nghiệm (Hammett-Stabler và cộng sự 2002). Xét nghiệm tìm chất ma túy có thể được tiến hành với các dịch thể hoặc mô gồm nước tiểu, máu, nước bọt, mô hôi vátóc. Sàng lọc nước tiểu là xét nghiệm phổ biến nhất. Thảo luận toàn diện về xét nghiệm nước tiểu tại các cơ sở CSSKBD có thể tìm thấy trong cuốn *Xét nghiệm nước tiểu để tìm ma túy trong CSSKBD: Giải mã bí mật & xây dựng chiến lược* (Gourlay và cộng sự 2002). Khi lựa chọn xét nghiệm ma túy, các bác sỹ cần cân nhắc chi phí vì xét nghiệm tất cả các ma túy thường rất tốn kém.

Trong điều trị Buprenorphine, xét nghiệm ma túy phù hợp phải được thực hiện như một phần của việc đánh giá bệnh nhân. Bác sỹ cần giải thích vai trò của các xét nghiệm khi bắt đầu điều trị. Nhiều y văn ủng hộ việc xét nghiệm ngẫu nhiên phục vụ điều trị tại các cơ sở điều trị nghiện (Preston và cộng sự 2002). Kết quả xét nghiệm có thể được sử dụng trong quá trình thảo luận giữa bác sỹ và bệnh nhân để củng cố mục tiêu điều trị, đối phó với sự phủ nhận của bệnh nhân và củng cố việc giữ sạch của họ. Xét nghiệm ban đầu và liên tục phải được tiến hành để phát hiện hoặc khẳng định bệnh nhân có sử dụng ma túy gần đây hay không (ví dụ, rượu, benzodiazepine, thuốc an thần). Việc bệnh nhân tiếp tục sử dụng các loại chất gây nghiện gây khó khăn cho quản lý bệnh nhân khi họ tham gia điều trị bằng Buprenorphine.

Khi một bệnh nhân yêu cầu được điều trị bằng Buprenorphine, xét nghiệm có thể giúp xác định xem bệnh nhân thực sự đang sử dụng loại chất gây nghiện không được chỉ định như heroin hay loại thuốc được chỉ định như oxycodone. Xét nghiệm âm tính không có nghĩa là bệnh nhân không sử dụng một CDTP. Điều đó chỉ có nghĩa là bệnh nhân không sử dụng một CDTP

trong một khoảng thời gian đủ để đo lường được lượng chất chuyển hóa hoặc bệnh nhân không sử dụng chất mà họ được xét nghiệm. Vì thế, với bất cứ bệnh nhân nào, bác sỹ cần phải luôn ý thức về chuỗi các khả năng khác nhau có thể diễn ra ở họ và thảo luận với họ dựa trên kết quả xét nghiệm. Nhiều công ty sản xuất các loại sinh phẩm xét nghiệm nước tiểu phối hợp để sử dụng tại cơ sở điều trị. Xét nghiệm tại chỗ cho phép đánh giá nhanh các tham số lâm sàng giúp bác sỹ có thể thông báo kết quả nhanh cho bệnh nhân và thay đổi liệu pháp điều trị kịp thời. Tuy nhiên, với các bác sỹ không làm việc tại các cơ sở có phòng xét nghiệm đạt chuẩn của liên bang thì họ cần phải đảm bảo rằng họ đang sử dụng các sinh phẩm xét nghiệm tại chỗ được chấp nhận và giám sát bởi Luật Điều chỉnh Cải tiến Xét nghiệm Lâm sàng (CLIA) năm 1988. Xem trang web về CLIA tại FDA: <http://www.fda.gov/cdrh/cli/cliawaived.html>. Xem danh sách các loại xét nghiệm nước tiểu tại: www.accessdata.fda.gov/scripts/cdrh/cfdocs/cfClia/testswaived.cfm hoặc tìm trong cơ sở dữ liệu của FDA <http://www.accessdata.fda.gov/scripts/cdrh/cfdocs/cfCLIA/search.cfm>.

Xét nghiệm xác định loại chất gây nghiện lạm dụng nếu thực hiện theo lịch định kỳ thì có thể không hoàn toàn ngẫu nhiên. Tuy nhiên, nó vẫn có giá trị về mặt lâm sàng. Phải lấy mẫu nước tiểu tại nơi mà bệnh nhân không thể pha loãng hoặc làm giả, đồng thời, bệnh nhân không được mang theo va ly, ví, túi hoặc các vật đựng ở bất kỳ dạng nào. Nếu không đảm bảo những điều kiện này, cần kiểm tra nhiệt độ, đương lượng riêng và creatinine mẫu nước tiểu để giảm thiểu mẫu nước tiểu bị pha loãng hoặc làm giả. Nếu không thể thực hiện được đúng yêu cầu lấy mẫu nước tiểu như trên, cần giới thiệu bệnh nhân đến cơ sở có trang bị phương tiện giám sát khi lấy mẫu. Một lựa chọn khác là lấy mẫu nước bọt và gửi đi xét nghiệm.

Việc gửi mẫu đi xét nghiệm và trả kết quả nhanh chóng là phần quan trọng phải được thực hiện trước khi điều trị cho người nghiện CDTP.

Nếu một bệnh nhân cần kết quả xét nghiệm để đi xin việc hoặc giám sát pháp lý, cần phải tuân thủ chặt chẽ quy trình và lấy mẫu nghiêm ngặt và xét nghiệm cần được thực hiện bởi một phòng xét nghiệm do SAMHSA cấp phép. Nếu một bệnh nhân muốn sử dụng kết quả xét nghiệm ma túy cho một mục đích khác, cả bác sĩ và bệnh nhân phải hiểu những hạn chế của xét nghiệm tại chỗ và các yêu cầu khác của xét nghiệm. Ngoài Bộ Y tế và Dịch vụ Con người và Bộ giao thông Hoa Kỳ, xét nghiệm ở các cơ sở tư nhân có thể ít khắt khe hơn. Thông tin chi tiết hơn về xét nghiệm ma túy bằng mẫu nước tiểu và các mẫu bệnh phẩm sinh học khác có trong Phụ lục E.

Chẩn đoán rối loạn do sử dụng chất gây nghiện dạng thuốc phiện

Sau khi đánh giá toàn diện, cần đưa ra chẩn đoán chính thức. Tiêu chí chẩn đoán nghiện chất, như trong *Hướng dẫn Chẩn đoán và Thống kê các Rối loạn tâm thần*,

Phiên bản 4, Bản chỉnh sửa (DSM-IV-TR) (Hiệp hội Tâm thần học Hoa Kỳ 2000)(xem Phụ lục C) hoặc Phân Loại Bệnh Tật Quốc Tế Lần Thứ 9, Chỉnh sửa phần Lâm sàng (ICD-9-CM), có thể sử dụng để chẩn đoán lệ thuộc CDTP (Chẩn đoán này không chỉ gồm đánh giá lệ thuộc CDTP về thể chất mà còn đánh giá tình trạng nghiện CDTP, được thể hiện qua cảm giác bị bắt buộc phải sử dụng bất chấp tác hại)

DSM-IV-TR định nghĩa nhiều mức độ rối loạn do sử dụng CDTP (Xem hình 3–10.) DSM-IV-TR giúp phân biệt liệu có lệ thuộc hay mới chỉ lạm dụng CDTP dựa trên chuỗi tác động hành vi và sinh lý học diễn ra trong một khoảng thời gian cụ thể. Chẩn đoán lệ thuộc vào CDTP thường được ưu tiên thực hiện trước khi chẩn đoán lạm dụng các CDTP. Nguyên tắc chung: để quyết định sử dụng Buprenorphine trong điều trị nghiện, bệnh nhân cần phải đáp ứng được tiêu chuẩn chẩn đoán là lệ thuộc CDTP DSM-IV-TR (xem toàn bộ tiêu chuẩn chẩn đoán trong Phụ lục C). Trong một số tình huống hiếm gặp, bệnh nhân chỉ phụ thuộc về sinh lý với CDTP và đạt tiêu chuẩn lạm dụng CDTP theo DSM-IV-TR mà chưa đạt tiêu chuẩn

Hình 3–10

DSM-IV-TR về rối loạn khi sử dụng các CDTP (ICD-9 Code)

- Lạm dụng CDTP (305.50)
- Lệ thuộc CDTP (304.00)
- Nhiễm độc CDTP (292.89)
- Hội chứng cai CDTP(292.0)
- Mê sảng do nhiễm độc CDTP (292.81)
- Loạn thần do dùng CDTP, có hoang tưởng (292.11)
- Loạn thần do dùng CDTP, có ảo giác(292.12)
- Rối loạn tâm trạng do CDTP (292.84)
- Giảm chức năng tình dục do CDTP (292.89)
- Rối loạn ngủ do CDTP (292.89)
- Rối loạn không đặc trưng do CDTP (292.9)

Nguồn: Phân Loại Bệnh Tật Quốc Tế Lần Thứ 9.Chỉnh sửa Lâm sàng: ICD-9-CM. Tập 1 và 2. Thành phố Salt Lake, UT; Ingenix, Medicode, 2003. 810 trang.

lệ thuộc. Trong trường hợp như vậy, bệnh nhân có thể tham gia điều trị ngắn hạn bằng Buprenorphine để cắt cơn. Không nên điều trị duy trì bằng Buprenorphine cho những bệnh nhân không đạt các tiêu chí theo DSM-IV-TR.

Vấn đề sức khỏe đi kèm

Người nghiện CDTP có thể đồng thời mắc các bệnh mạn tính như các nhóm người khác, vì vậy, cần chẩn đoán điều trị các bệnh kèm theo (ví dụ, tiểu đường, tăng huyết áp). Hơn nữa, họ cũng có thể gặp các vấn đề sức khỏe do nghiện CDTP và các loại ma túy khác. Khi thăm khám và hỏi tiền sử bệnh, bác sỹ có thể phát hiện các bệnh này. Xem thêm hình 3–11 để có chi tiết các vấn đề sức khỏe đi kèm do sử dụng rượu và ma túy.

Các bệnh truyền nhiễm là thường gặp nhất ở những người nghiện, sử dụng bằng đường tiêm chích CDTP hay các loại chất gây nghiện khác. Ví dụ, ở một số khu vực, hơn 50% người nghiện chích có HIV+. Tỷ lệ nhiễm HIV có sự khác biệt lớn giữa các khu vực, ở một số nơi tỷ lệ HIV+ ở nhóm người tiêm chích ma túy là dưới 10%. Do những tác động của HIV lên cuộc sống của người bệnh và tính sẵn có của các phác đồ điều trị hiệu quả, cần phải sàng lọc nhiễm HIV+ trong nhóm bệnh nhân tham gia điều trị nghiện bằng Buprenorphine.

Lao cũng là một bệnh hay gặp ở những người lạm dụng chất. Vào năm 2001, 2,3% các trường hợp mắc lao tại Hoa Kỳ là người tiêm chích ma túy, 7,2% là người sử dụng ma túy không qua tiêm chích và 15,2% là ở nhóm lạm dụng rượu trong vòng 12 tháng trước đó (CDC 2002; <http://www.cdc.gov/nchstp/tb/surv/surv2001/default.htm>. Xem các bảng 28, 29, và 30). Người lạm dụng ma túy và rượu cũng đồng thời thực hiện nhiều hành vi tình dục có nguy cơ cao (ví dụ,

có nhiều bạn tình, quan hệ tình dục không an toàn) và mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục như giang mai, lậu và các STD khác.

Nhóm người nghiện các CDTP, thường có các vấn đề sức khỏe khác gây ra do sử dụng các loại ma túy khác ảnh hưởng nghiêm trọng đến cuộc sống của họ. Những vấn đề sức khỏe này bao gồm suy dinh dưỡng và thiếu máu do thói quen ăn uống ít; bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính do hút thuốc lá; suy giảm chức năng gan hoặc tăng men gan do viêm gan mãn tính (đặc biệt là viêm gan B và C) và sử dụng rượu; và bệnh xơ gan, rối loạn hệ thần kinh, hoặc bệnh tim mãn tính do sử dụng rượu.

Tóm tắt

Sau khi đánh giá tổng thể người bệnh, các bác sỹ cần chuẩn bị để:

- Đưa ra định hướng chẩn đoán hoặc chẩn đoán
- Quyết định biện pháp điều trị phù hợp
- Đưa ra các khuyến nghị điều trị ban đầu
- Xây dựng kế hoạch điều trị ban đầu
- Lên kế hoạch điều trị tâm lý xã hội
- Đảm bảo không có chống chỉ định tuyệt đối ở người bệnh với phương pháp điều trị được khuyến nghị
- Đánh giá các vấn đề hoặc tình trạng sức khỏe cần phải được điều trị trong giai đoạn đầu
- Đánh giá các vấn đề tâm thần hoặc tâm lý xã hội cần phải được điều trị/can thiệp của người bệnh trong giai đoạn đầu

Phản tiếp theo mô tả các phương pháp được sử dụng để xác định tính phù hợp của liệu pháp Buprenorphine để điều trị nghiện CDTP cho người bệnh.

Một số rối loạn sức khỏe do sử dụng rượu và ma túy

Tim mạch	<p><i>Rượu</i>: Bệnh cơ tim, rung nhĩ, tăng huyết áp, loạn nhịp tim, các triệu chứng đau thắt ngực tiềm ẩn, co thắt động mạch vành, thiếu máu cơ tim cục bộ, sung huyết lưu lượng cao, bệnh mạch vành, đột tử.</p> <p><i>Cocaine</i>: Tăng huyết áp, nhồi máu cơ tim, đau thắt ngực, đau ngực, nhịp tim nhanh trên thất, rung tâm thất, bệnh tim mãn tính, trụy tim mạch do võ thuốc (nuốt ma túy để buồn lậu), tắc huyết mạch não gây biến chứng tê liệt, phì đại thất trái, viêm cơ tim, đột tử, tách thành động mạch chủ</p> <p><i>Thuốc lá</i>: Xơ vữa động mạch, đột quy, nhồi máu cơ tim, bệnh mạch máu ngoại biên, tâm phế mạn, rối loạn chức năng cương dương, tăng huyết áp, đau thắt ngực, rối loạn nhịp tim</p> <p><i>Tiêm chích ma túy</i>: Viêm nội tâm mạc, viêm tắc tĩnh mạch huyết khối.</p>
Ung thư	<p><i>Rượu</i>: Đường tiêu hóa trên (môi, khoang miệng, lưỡi, họng, thanh quản, thực quản, dạ dày, đại tràng), ung thư vú, tế bào gan và ống mật.</p> <p><i>Thuốc lá</i>: Khoang miệng, thanh quản, phổi, cổ tử cung, thực quản, tụy, thận, dạ dày, bàng quang.</p> <p><i>Tiêm chích ma túy hoặc hành vi tình dục có nguy cơ</i>: Ung thư biểu mô tế bào gan do viêm gan C.</p>
Hệ sinh sản / Nội tiết	<p><i>Rượu</i>: Hạ đường huyết và tăng đường huyết, tiểu đường, nhiễm toan ceton, tăng triglyceride máu, tăng acid uric máu và gút, teo tinh hoàn, nữ hóa tuyến vú, giảm calci máu và magie máu vì suy tuyến cận giáp đảo ngược, tăng cortisol máu, thưa xương, vô sinh, rối loạn chức năng tình dục.</p> <p><i>Cocaine</i>: nhiễm toan ceton do tiểu đường.</p> <p><i>CDTP</i>: Thưa xương, thay đổi hormon gonadotropins, giảm khả năng vận động tinh trùng, kinh nguyệt không đều.</p> <p><i>Thuốc lá</i>: Bệnh cường giáp trạng, không còn tinh trùng, rối loạn chức năng cương dương, thưa xương, loãng xương, gãy xương, thay đổi estrogen, đề kháng insulin.</p> <p><i>Nghiện bất kỳ chất nào</i>: Mất kinh.</p>
Gan	<p><i>Rượu</i>: Gan nhiễm mỡ, viêm gan mạn và cấp tính (B hoặc C) hoặc nhiễm độc [do acetaminophen], viêm gan do rượu, xơ gan, nguy cơ giãn tĩnh mạch tăng huyết áp và viêm phúc mạc tự phát do vi khuẩn.</p> <p><i>Cocaine</i>: Hoại tử thiếu máu, viêm gan.</p> <p><i>CDTP</i>: u hạt.</p> <p><i>Tiêm chích ma túy hoặc hành vi tình dục nguy cơ cao</i>: Viêm gan B và C (cấp tính và mạn tính) và viêm gan do tác nhân delta.</p>
Huyết học	<p><i>Rượu</i>: Thiếu máu huyết cầu tố, Giảm ba dòng tế bào máu ngoại vi vì nhiễm độc tủy và/hoặc cô lập lách, giảm bạch cầu, giảm tiểu cầu, rối loạn đông máu do bệnh gan, thiếu sắt, thiếu folate, thúc đẩy tế bào thiếu máu, thiếu máu tế bào spur, thiếu máu tế bào burr.</p> <p><i>Thuốc lá</i>: Tăng đông.</p> <p><i>Tiêm chích ma túy hoặc hành vi tình dục nguy cơ cao</i>: Hậu quả về huyết học do bệnh gan, viêm gan C thể cryoglobulinemia and ban xuất huyết.</p>

Một số rối loạn sức khỏe do sử dụng rượu và ma túy (tiếp)

Nhiễm trùng	<p><i>Rượu</i>: Bệnh viêm gan C, viêm phổi, bệnh lao (bao gồm lao màng não), HIV, bệnh lây truyền qua đường tình dục, viêm phúc mạc do vi khuẩn tự sinh, áp xe não, viêm màng não.</p> <p><i>CDTP</i>: Viêm phổi do hít ma túy.</p> <p><i>Thuốc lá</i>: Viêm phế quản, viêm phổi, nhiễm trùng đường hô hấp trên.</p> <p><i>Tiêm chích</i>: Viêm nội tâm mạc, viêm mô tế bào, viêm phổi, viêm tắc tĩnh mạch tự hoại, viêm khớp nhiễm khuẩn (khớp ức đòn), viêm tủy xương (bao gồm cả đốt sống), áp xe ngoài màng cứng và áp xe não, phình động mạch não, áp-xe và nhiễm khuẩn mô mềm, viêm trung thất, sốt rét, uốn ván</p> <p><i>Tiêm chích ma túy hoặc hành vi tình dục nguy cơ cao</i>: Viêm gan B và C (cấp tính và mạn tính) và viêm gan do tác nhân delta, HIV, bệnh lây truyền đường tình dục</p>
Thần kinh	<p><i>Rượu</i>: Bệnh thần kinh ngoại vi và thần kinh tự chủ, co giật, bệnh não do gan, Hội chứng Korsakoff, hội chứng Wernicke, rối loạn chức năng tiểu não, hội chứng Marchiafava-Bignami, Hội chứng tan cầu não trung tâm, bệnh cơ, giảm thị lực, đột quy, hội chứng cai, sáng rượu, ảo giác, não thất trắng do nhiễm độc, tụ máu dưới màng cứng, xuất huyết nội sọ.</p> <p><i>Cocaine</i>: Đột quy, động kinh, tình trạng động kinh, nhức đầu, mê sảng, trầm cảm, chứng ngủ lịm, giảm nhận thức</p> <p><i>CDTP</i>: Co giật (quá liều và tình trạng thiếu oxy), đau thần kinh do chèn ép.</p> <p><i>Thuốc lá</i>: Đột quy, thiếu máu cục bộ và giảm nhận thức.</p> <p><i>Nghiện bất kỳ chất nào</i>: Đau thần kinh do chèn ép.</p>
Dinh dưỡng	<p><i>Rượu</i>: Thiếu vitamin và chất khoáng (B₁, B₆, riboflavin, niacin, vitamin D, magiê, canxi, folate, photphat, kẽm).</p> <p><i>Nghiện bất kỳ chất nào</i>: Suy dinh dưỡng Protein – năng lượng.</p>
Tiêu hóa	<p><i>Rượu</i>: Viêm dạ dày, viêm thực quản, viêm tụy, tiêu chảy, kém hấp thu (do suy tụy ngoại tiết, hoặc thiếu folate hoặc thiếu lactase), phì đại tuyến mang tai, bệnh ác tính, viêm đại tràng, thực quản Barrett, trào ngược dạ dày, hội chứng Mallory-Weiss, xuất huyết tiêu hóa</p> <p><i>Cocaine</i>: Thiếu máu ở ruột cục bộ và viêm đại tràng.</p> <p><i>CDTP</i>: Táo bón, tắc ruột, bán tắc ruột.</p> <p><i>Thuốc lá</i>: Loét dạ dày, trào ngược dạ dày, bệnh ác tính (tuyến tụy, dạ dày).</p> <p><i>Nghiện bất kỳ chất nào</i>: Dùng quá liều do vỡ thuốc khi nuốt.</p>
Giai đoạn mang thai và chu sinh	<p><i>Rượu</i>: Hội chứng và tác động lên thai nhi do rượu.</p> <p><i>Cocaine</i>: Rau bong non, quái thai, kích thích ở trẻ sơ sinh.</p> <p><i>CDTP</i>: Hội chứng cai sơ sinh, bao gồm co giật.</p> <p><i>Thuốc lá</i>: Quái thai, nhẹ cân, sẩy thai, rau bong non, rau tiền đạo, tử vong chu sinh, hội chứng trẻ sơ sinh chết đột ngột, chậm phát triển thần kinh</p>
Giai đoạn chu phẫu	<p><i>Rượu</i>: Hội chứng cai rượu, biến chứng sau phẫu thuật (mê sảng, nhiễm trùng, chảy máu, viêm phổi, chậm lành vết thương, rối loạn nhịp tim), viêm gan, hội chứng gan thận, tử vong.</p> <p><i>Cocaine</i>: Chứng ngủ lịm, biến chứng thần kinh sau phẫu thuật, biến chứng do giảm liều gây ra bệnh tim – phổi.</p> <p><i>CDTP</i>: Hội chứng cai, thiếu thuốc giảm đau</p> <p><i>Thuốc lá</i>: Nhiễm trùng phổi, khó cai sữa, suy hô hấp, giãn phế quản phản ứng.</p>

Một số rối loạn sức khỏe do sử dụng rượu và ma túy (tiếp)

Hô hấp	<p><i>Rượu</i>: sặc, ngừng thở khi ngủ, suy hô hấp, ngừng thở, viêm phổi do hóa chất hoặc viêm phổi do nhiễm trùng.</p> <p><i>Cocaine</i>: Thủng vách ngăn mũi, loét lợi, viêm mũi theo năm, viêm xoang, ho ra máu, tắc nghẽn đường thở trên, xơ hóa, viêm phổi quá mẫn, viêm nắp thanh quản, xuất huyết phổi, tăng áp phổi, phù phổi, khí thũng, viêm phổi mô kẽ xơ hóa, viêm phổi quá mẫn.</p> <p><i>Hít keo</i>: Phù phổi, co thắt phế quản, viêm phế quản phổi, u hạt, bông đường hô hấp.</p> <p><i>CDTP</i>: Suy/giảm hô hấp, khí phế thũng, co thắt phế quản, ngừng thở khi ngủ, phù phổi.</p> <p><i>Thuốc lá</i>: Ung thư phổi, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, giãn phế quản phản ứng, viêm phổi, viêm phế quản, tăng áp phổi, viêm phổi mô kẽ xơ hóa, tràn khí màng phổi.</p> <p><i>Tiêm chích ma túy</i>: Tăng áp phổi, u hạt do talc, thuyên tắc phổi do nhiễm trùng, tràn khí màng phổi, khí phế thũng, tắc mạch do kim tiêm.</p>
Thận	<p><i>Rượu</i>: Hội chứng gan thận, tiêu cơ vân và suy thận cấp, hụt dung lượng dịch ngoại bào và suy trước thận, nhiễm toan, hạ kali máu, giảm phosphate huyết</p> <p><i>Cocaine</i>: Tiêu cơ vân and suy thận cấp tính, viêm mạch, viêm mạch hoại tử, tăng huyết áp nhanh, xơ hóa thận, thiếu máu cục bộ</p> <p><i>CDTP</i>: Tiêu cơ vân, suy thận cấp, tiểu máu giả tạo, tiểu máu giả.</p> <p><i>Thuốc lá</i>: Suy thận, tăng huyết áp.</p> <p><i>Tiêm chích ma túy hoặc hành vi tình dục nguy cơ cao</i>: xơ hóa cầu thận khu trú (HIV, ma túy), viêm cầu thận do viêm gan hoặc viêm nội tâm mạc, suy thận mãn tính, thoái hóa tinh bột, hội chứng thận hư (viêm gan C).</p>
Ngủ	<p><i>Rượu</i>: Ngừng thở lúc ngủ, giật chân trong lúc ngủ, mất ngủ, giấc ngủ bị nhiễu loạn, buồn ngủ vào ban ngày.</p> <p><i>Cocaine</i>: Chứng ngủ lịm do Hội chứng cai.</p> <p><i>CDTP</i>: Mất ngủ.</p> <p><i>Thuốc lá</i>: Mất ngủ, tăng thời gian tiềm tàng giấc ngủ.</p>
Sang chấn	<p><i>Rượu</i>: Tai nạn xe máy, thương tích không/có gãy tử vong, lạm dụng tình dục và thể xác.</p> <p><i>Cocaine</i>: Chết do chơi “Cờ quay Nga”</p> <p><i>CDTP</i>: Tai nạn xe máy, thương tích do các hình thức bạo lực khác.</p> <p><i>Thuốc lá</i>: Bông, bệnh do hít phải khói thuốc.</p> <p><i>Nghiện khác</i>: lạm dụng tình dục và thể xác.</p>
Cơ và xương	<p><i>Rượu</i>: Tiêu cơ vân, hội chứng khoang, bệnh gout, bệnh gút trầm mặt, gãy xương, thưa xương, hoại tử xương.</p> <p><i>Cocaine</i>: Tiêu cơ vân.</p> <p><i>CDTP</i>: Thưa xương.</p> <p><i>Nghiện khác</i>: Hội chứng khoang, gãy xương.</p>

Nguồn: Saitz 2003. Tổng quan về biến chứng giải phẫu và điều trị. Trong Graham, A.W.; Schultz, T.K.; Mayo-Smith, M.F.; Ries, R.K.; và Wilford, B.B. (eds.) *Nguyên tắc điều trị nghiện*, Xuất bản lần 3. Năm 2003, Hội Dược Phẩm Chất gây nghiện Hoa Kỳ, Chevy Chase, MD.
Đã được cấp phép sử dụng

Xác định tính phù hợp của điều trị nghiện bằng Buprenorphine

Có nhiều vấn đề cần cân nhắc khi đánh giá liệu một bệnh nhân có phù hợp với điều trị nghiện CDTP bằng Buprenorphine tại cơ sở điều trị hoặc tại cơ sở khác hay không.

Đầu tiên, bệnh nhân cần phải được chẩn đoán khách quan chắc chắn là họ nghiện các CDTP (buộc phải sử dụng bất chấp tác hại), hay lệ thuộc CDTP theo tiêu chí của DSM-IV-TR của APA (2000). Xem thêm Phụ lục C về tiêu chí chẩn đoán lệ thuộc và lạm dụng CDTP theo DSM-IV-TR. Trong một số tình huống hiếm gặp, bệnh nhân có thể lệ thuộc về sinh lý học với CDTP nhưng chỉ đủ tiêu chí lạm dụng các CDTP theo DSM-IV-TR, nên không lệ thuộc CDTP. Trong trường hợp như vậy, bệnh nhân có thể tham gia điều trị cắt cơn ngắn hạn bằng Buprenorphine. Điều trị duy trì bằng Buprenorphine không được khuyến cáo với những bệnh nhân không đạt các tiêu chí lệ thuộc CDTP theo DSM-IV-TR.

Thứ hai, bệnh nhân phù hợp với điều trị nghiện bằng Buprenorphine phải đạt các tiêu chí tối thiểu như sau:

- Muốn điều trị nghiện CDTP
- Không có chống chỉ định (nghĩa là, quá mẫn với thuốc) với Buprenorphine (hoặc với Naloxone nếu điều trị bằng phối hợp thuốc Buprenorphine/ Naloxone)
- Mong muốn tuân thủ điều trị ở mức hợp lý
- Hiểu được lợi ích và nguy cơ của việc điều trị bằng Buprenorphine
- Sẵn sàng tuân theo những cảnh báo về tính an toàn khi điều trị bằng Buprenorphine
- Đồng ý tham gia vào điều trị sau khi đã nghe thông tin đầy đủ về các biện pháp điều trị khác nhau

Bệnh nhân yêu cầu được điều trị nghiện bằng Buprenorphine hướng tới không sử dụng các CDTP

cần được tham gia điều trị nếu có chỉ định lâm sàng.

Các câu hỏi đánh giá

Để đánh giá toàn diện tính phù hợp của một bệnh nhân trong điều trị nghiện CDTP bằng Buprenorphine, bác sỹ cần phải hỏi những câu sau:

1. **Bệnh nhân đã được chẩn đoán lệ thuộc CDTP chưa?** Người bệnh cần phải được chẩn đoán lệ thuộc CDTP vì Buprenorphine chỉ được chỉ định cho điều trị nghiện CDTP.
2. **Bệnh nhân có biểu hiện phê hoặc có hội chứng cai không? Bệnh nhân liệu có nguy cơ có Hội chứng cai nặng không?** Bác sỹ cần đánh giá các biểu hiện phê hoặc hội chứng cai hiện tại của người bệnh do sử dụng CDTP hay các ma túy khác. Nguy cơ có hội chứng cai nặng cũng cần được đánh giá dù nó không phải là một chống chỉ định điều trị bằng Buprenorphine. Tuy nhiên, hội chứng cai thuốc an thần – gây ngủ có thể ngăn cản việc bắt đầu điều trị bằng Buprenorphine tại phòng khám.
3. **Bệnh nhân có muốn điều trị nghiện bằng Buprenorphine không?** Cần giới thiệu cho người bệnh về thuốc Buprenorphine nếu họ chưa nghe nói hoặc biết về điều trị nghiện bằng thuốc này
4. **Liệu bệnh nhân có hiểu được lợi ích và nguy cơ của việc điều trị bằng Buprenorphine không?** (Xem Chương 2 và Phụ lục H). Cần phải giải thích rằng nhiều bệnh nhân không biết Buprenorphine là một CDTP. Vì vậy, cần phải cho họ biết. Nguy cơ và lợi ích của điều trị nghiện bằng Buprenorphine cần được thảo luận với bệnh nhân và họ hiểu ra sao về các yếu tố này. Bác sỹ cần xem xét độ an toàn, hiệu quả, tác dụng phụ, khoảng thời gian điều trị và các yếu tố khác với từng bệnh nhân.

5. **Liệu bệnh nhân có thể tuân thủ kế hoạch điều trị?** Đây sẽ là một đánh giá dựa trên tiền sử của bệnh nhân về tuân thủ điều trị trước đây với các hình thức điều trị nghiện và các điều trị khác, rối loạn tâm thần kèm theo, mức độ ổn định tâm lý xã hội, rối loạn do sử dụng chất gây nghiện khác và những yếu tố khác.
6. **Liệu bệnh nhân có sẵn sàng tham gia và có khả năng tuân thủ quy trình an toàn trong điều trị?** Nếu một bệnh nhân không sẵn sàng hoặc không thể tuân thủ quy trình an toàn của điều trị, hoặc không quan tâm, bệnh nhân đó không phù hợp với điều trị nghiện bằng Buprenorphine tại phòng khám.
7. **Liệu bệnh nhân có đồng ý tham gia điều trị sau khi đã xem xét tất cả lựa chọn?** Điều trị nghiện bằng Buprenorphine

...một bệnh nhân tham gia điều trị nghiện CDTP bằng Buprenorphine được chẩn đoán lệ thuộc CDTP...

là không bắt buộc; bệnh nhân phải đồng ý tham gia điều trị trước khi bắt đầu. Các lựa chọn điều trị (bao gồm không điều trị, giảm liều, điều trị nghiện và các liệu pháp điều trị bằng thuốc khác) và những nguy cơ và lợi ích liên quan cần được xem xét

nhằm giúp bệnh nhân đưa ra quyết định điều trị bằng Buprenorphine.

8. **Liệu những nguồn lực cần thiết cho bệnh nhân có được cung cấp (tại chỗ hoặc tại nơi khác)?** Cần đánh giá nhu cầu của mỗi bệnh nhân. Nếu nguồn lực tại phòng khám hoặc tại nơi khác không đáp ứng được nhu cầu của người bệnh, bệnh nhân đó phải được chuyển đến cơ sở hoặc cán bộ phù hợp.
9. **Tâm thần của người bệnh có ổn định?** Bệnh nhân có ý định tự tử hoặc giết người không?

Bệnh nhân đã từng cố gắng tự tử hoặc giết ai đó gần đây? Liệu tình trạng cảm xúc, hành vi hoặc nhận thức hiện tại của người bệnh có thể có ảnh hưởng xấu đến điều trị không? Bệnh nhân có rối loạn tâm thần đi kèm mà chưa được điều trị không nên cho điều trị nghiện bằng Buprenorphine tại phòng khám. Đánh giá tâm thần học toàn diện sẽ giúp xác định tất cả bệnh nhân có các rối loạn tâm thần kèm theo. Một phần của dịch vụ điều trị nghiện là phải điều trị các bệnh tâm thần kèm theo hoặc chuyển gửi họ đến những nơi phù hợp. Cần lưu ý là các thử nghiệm lâm sàng Buprenorphine cho đến nay vẫn chưa được thực hiện trên bệnh nhân đang điều trị bằng các thuốc chống loạn thần hay điều hòa tâm trạng (ví dụ, lithium), và vì thế chúng ta chưa có thông tin về khả năng tương tác thuốc có thể xảy ra.

10. **Bệnh nhân có đang mang thai không?** Nếu bệnh nhân đang mang thai hoặc có thể có thai trong khi điều trị, Buprenorphine có thể không phải lựa chọn tốt nhất (Xem thêm phần “Phụ nữ mang thai và Trẻ sơ sinh” trong Chương 5.) Hiện nay, điều trị duy trì bằng methadone, nếu sẵn có, là lựa chọn điều trị phù hợp cho phụ nữ mang thai nghiện CDTP.
11. **Bệnh nhân hiện đang nghiện hoặc lạm dụng rượu không?** Bệnh nhân nghiện hoặc lạm dụng rượu, dù đang sử dụng liên tục hoặc định kỳ, có nguy cơ quá liều và tử vong do tương tác giữa Buprenorphine và Rượu. Vì thế, bệnh nhân uống rượu ở mức độ có nguy cơ cao hoặc có hại không phải là đối tượng tốt cho điều trị nghiện bằng Buprenorphine tại phòng khám.
12. **Bệnh nhân hiện có phụ thuộc hoặc lạm dụng Benzodiazepine, Barbiturate, hoặc các thuốc an thần – gây ngủ khác?** Bệnh nhân hiện đang lạm dụng hoặc lệ thuộc vào thuốc an thần – gây ngủ, dù đang sử dụng liên tục hoặc định kỳ, có thể có nguy cơ quá liều và tử vong do tương tác giữa Buprenorphine và các thuốc này.

13. Liệu bệnh nhân có nguy cơ tiếp tục sử dụng CDTP hoặc nghiện không? Người bệnh có tiền sử điều trị nhiều lần hoặc tái nghiện hoặc tái sử dụng CDTP không? Người bệnh có đang sử dụng các chất ma túy khác không?

Nhiều yếu tố có thể làm tăng nguy cơ tiếp tục sử dụng hoặc nghiện CDTP. Một bệnh nhân đang sử dụng các chất gây nghiện không phải là CDTP hoặc có tiền sử điều trị nhiều lần hoặc tái nghiện không phải là đối tượng tốt trong điều trị nghiện bằng Buprenorphine tại phòng khám. Bác sĩ cần đánh giá hiểu biết của bệnh nhân về các vấn đề và yếu tố thúc đẩy tái nghiện cũng như kỹ năng vượt qua cơn thèm nhớ và cảm giác buộc phải sử dụng ma túy của bệnh nhân. Tuy vậy, việc bệnh nhân từng điều trị cắt cơn nhiều lần và có tái nghiện không phải là chống chỉ định của điều trị nghiện bằng Buprenorphine. Ngược lại, tiền sử như vậy lại là chỉ định tốt cho liệu pháp điều trị duy trì bằng thuốc.

14. Bệnh nhân có phản ứng có hại trước đây với Buprenorphine? Những trường hợp có phản ứng quá mẫn cấp hoặc mẫn tính với Subutex® đã được báo cáo cả trong các thử nghiệm lâm sàng và thực tế. Dấu hiệu thường gặp nhất là phát ban, nổi mề đay và ngứa. Một số bệnh nhân còn bị co thắt phế quản, phù mạch thần kinh, và sốc phản vệ. Tiền sử mẫn cảm với Buprenorphine là chống chỉ định sử dụng Subutex® và Suboxone®. Tiền sử mẫn cảm với Naloxone là chống chỉ định sử dụng Suboxone®. (Reckitt Benckiser Healthcare [UK] Ltd. và cộng sự 2002).

15. Bệnh nhân có đang sử dụng loại thuốc khác có thể tương tác với Buprenorphine không? Một số thuốc (ví dụ, naltrexone) là chống chỉ định tuyệt đối trong điều trị bằng Buprenorphine (xem Chương 2) và cần phải ngừng hoặc chuyển sang thuốc khác trong nếu muốn điều trị bằng buprenorphine. Nếu

không thể thay đổi được, không thể điều trị nghiện bằng Buprenorphine cho bệnh nhân. Bệnh nhân đang sử dụng các loại thuốc, như các thuốc được chuyển hóa bởi hệ thống men cytochrome P450 3A4 (ví dụ,azole, kháng sinh macrolide, thuốc chẹn kênh calci, thuốc ức chế tái hấp thu serotonin có chọn lọc [SSRIs]) cần phải được theo dõi chặt chẽ khi dùng chung với Buprenorphine (xem hình 2–3.)

16. Bệnh nhân có bất cứ vấn đề sức khỏe nào là chống chỉ định điều trị bằng Buprenorphine không? Có các vấn đề về sức khỏe có thể gây khó khăn cho điều trị không? Tiền sử bệnh chi tiết và thăm khám thực thể sẽ giúp giải quyết các vấn đề sức khỏe và bác sĩ cần đánh giá tác động của chúng đến việc điều trị nghiện bằng Buprenorphine

17. Môi trường hỗ trợ phục hồi cho bệnh nhân ra sao? Liệu hoàn cảnh tâm lý – xã hội của bệnh nhân có ổn định và hỗ trợ điều trị không? Ngay từ khi bắt đầu, cần giải quyết bất kỳ nguy cơ nào đối với sự an toàn của người bệnh và khả năng tham gia điều trị. Các mối quan hệ và nguồn lực hỗ trợ sẽ tăng khả năng thành công của điều trị.

18. Mức độ động lực tham gia điều trị nghiện của bệnh nhân như thế nào? Bệnh nhân đang ở giai đoạn nào của quá trình thay đổi hành vi? Bác sĩ có thể giúp bệnh nhân tăng cường động lực điều trị. Bác sĩ cần xác định mức độ sẵn sàng thay đổi của người bệnh bằng các công cụ như Thang đo các giai đoạn sẵn sàng thay đổi và sự mong muốn điều trị (SOCRATES) (xem Phụ lục G) và thực hiện các can thiệp giúp bệnh nhân sẵn sàng thay đổi. Bệnh nhân có động lực cá nhân cao hơn sẽ phù hợp hơn với điều trị nghiện bằng buprenorphine tại phòng khám.

Xem hình 3–12 về bảng kiểm xác định tính phù hợp cho điều trị bằng Buprenorphine.

Bảng kiểm điều trị cai nghiện bằng Buprenorphine

1. Bệnh nhân đã được chẩn đoán lệ thuộc CDTP chưa?
2. Bệnh nhân có biểu hiện phê hoặc có hội chứng cai không? Bệnh nhân liệu có nguy cơ có Hội chứng cai nặng không?
3. Bệnh nhân có muốn điều trị nghiện bằng Buprenorphine không?
4. Bệnh nhân có hiểu được lợi ích và nguy cơ của việc điều trị bằng Buprenorphine không?
5. Liệu bệnh nhân có thể tuân thủ kế hoạch điều trị?
6. Liệu bệnh nhân có sẵn sàng tham gia và có khả năng tuân thủ quy trình an toàn trong điều trị?
7. Liệu bệnh nhân có đồng ý tham gia điều trị sau khi đã xem xét tất cả lựa chọn?
8. Liệu những nguồn lực cần thiết cho bệnh nhân có được cung cấp (tại chỗ hoặc tại nơi khác)?
9. Tâm thần của người bệnh có ổn định? Bệnh nhân có chủ động tự tử hoặc giết người? Bệnh nhân có từng cố gắng tự tử hoặc giết ai đó gần đây? Liệu bệnh nhân có tình trạng cảm xúc, hành vi hoặc nhận thức mà có thể có ảnh hưởng xấu đến điều trị?
10. Bệnh nhân có đang mang thai không?
11. Bệnh nhân hiện đang nghiện hoặc lạm dụng rượu không?
12. Bệnh nhân hiện có phụ thuộc hoặc lạm dụng Benzodiazepine, Barbiturate, hoặc các thuốc an thần – gây ngủ khác?
13. Liệu bệnh nhân có nguy cơ tiếp tục sử dụng CDTP hoặc nghiện không? Người bệnh có tiền sử điều trị nhiều lần hoặc tái nghiện hoặc tái sử dụng CDTP không? Người bệnh có đang sử dụng các chất ma túy khác không?
14. Bệnh nhân có phản ứng có hại trước đây với Buprenorphine?
15. Bệnh nhân có đang sử dụng một loại thuốc khác có thể tương tác với Buprenorphine?
16. Bệnh nhân có bất cứ vấn đề sức khỏe nào là chống chỉ định điều trị bằng Buprenorphine không? Có các vấn đề về sức khỏe có thể gây khó khăn cho điều trị không?
17. Môi trường hỗ trợ phục hồi cho bệnh nhân ra sao? Liều hoàn cảnh tâm lý – xã hội của bệnh nhân có ổn định và hỗ trợ điều trị không?
18. Mức độ động lực tham gia điều trị nghiện của bệnh nhân như thế nào? Bệnh nhân đang ở giai đoạn nào của quá trình thay đổi hành vi?

Bệnh nhân không phải là đối tượng phù hợp với điều trị nghiện bằng Buprenorphine tại phòng khám nếu họ hiện hoặc đã từng có những tình trạng được liệt kê trong hình 3–13.

Thận trọng và Chống chỉ định điều trị nghiện bằng Buprenorphine

Cần phải thận trọng khi điều trị bằng buprenorphine hoặc cần có chống chỉ định tương đối với một số tình trạng bệnh, đang sử dụng một số thuốc và lạm dụng ma túy khác hay rượu.

Co giật

Cần thận trọng khi điều trị bằng Buprenorphine cho người bệnh có rối loạn co giật. Khi Buprenorphine được dùng đồng thời với các thuốc chống co giật (ví dụ, phenytoin, carbamazepine, valproic acid và các thuốc khác), sự chuyển hóa Buprenorphine và/hoặc các thuốc chống co giật có thể bị thay đổi.

(Xem hình 2–3). Hơn thế nữa, nguy cơ tương tác thuốc giữa Buprenorphine và thuốc an thần – gây ngủ (ví dụ, phenobarbital, clonazepam) cần phải luôn được lưu ý. Giám sát chặt chẽ nồng độ thuốc chống co giật trong máu cần phải được thực hiện.

Điều trị HIV

Cần thận trọng khi sử dụng Buprenorphine đồng thời với các thuốc ARV trong điều trị HIV vì chúng có thể ngăn, giảm hoặc thay đổi chuyển hóa qua hệ thống men cytochrome P450 3A4 (Xem hình 2–3.) Thuốc ức chế men tổng hợp Protein ức chế men cytochrome P450 3A4. Chuyển hóa Buprenorphine và/hoặc ARV có thể bị thay đổi khi chúng được dùng kết hợp. Trong một số trường hợp, cần giám sát nồng độ thuốc trong máu. Cần chú ý rằng đây chỉ là cảnh báo thận trọng chứ không phải chống chỉ định. Nhiều bệnh nhân nhiễm HIV được điều trị bằng Buprenorphine thành công khi đang điều trị ARV (Berson và cộng sự 2001; Carrieri và cộng sự 2000; McCance-Katz và cộng sự 2001; Moatti và cộng sự 2000).

Hình 3–13

Những tình trạng có thể không phù hợp với điều trị nghiện bằng Buprenorphine tại phòng khám

- Đồng thời lệ thuộc benzodiazepine liều cao hoặc các chất Ức chế thần kinh trung ương khác (bao gồm cả rượu)
- Các bệnh tâm thần đồng diễn nặng không được điều trị
- Có ý định hoặc đã từng nhiều lần tự tử hoặc giết người
- Từng điều trị lạm dụng ma túy nhiều lần nhưng tái nghiện (trừ khi trước đây, bệnh nhân chỉ được cắt cơn nhiều lần và sau đó tái nghiện vì đây là một chỉ định rất tốt cho điều trị duy trì)
- Đáp ứng không tốt với lần điều trị bằng Buprenorphine trước đó
- Có các biến chứng y khoa nặng
- Các tình trạng sức khỏe khác ngoài lĩnh vực chuyên môn của bác sỹ điều trị

Viêm gan và suy giảm chức năng gan

Men gan tăng nhẹ không phải là chống chỉ định với điều trị bằng Buprenorphine. Với trường hợp men gan tăng cao, bệnh nhân cần được đánh giá kỹ và theo dõi thường xuyên. Viêm gan vi-rút (đặc biệt là HBV hoặc HCV) thường gặp ở những người lạm dụng các CDTP. Tình trạng viêm gan cần được đánh giá và điều trị phù hợp.

Mang thai

Buprenorphine được FDA phân loại vào Nhóm C. Và có rất ít nghiên cứu hiện tại về sử dụng Buprenorphine trên nhóm phụ nữ mang thai

Mặc dù việc sử dụng các ma túy khác có thể là chỉ báo cho việc không tuân thủ điều trị, đây không phải là chống chỉ định với điều trị nghiện bằng Buprenorphine.

Nếu một bệnh nhân đang mang thai hoặc có thể có thai khi điều trị, bác sỹ cần cân nhắc liệu Buprenorphine có phải là biện pháp điều trị phù hợp và phải cân nhắc kỹ giữa nguy cơ và lợi ích của điều trị nghiện bằng Buprenorphine so với tiếp tục sử dụng heroin hay các CDTP khác

Tại Hoa Kỳ, methadone là thuốc điều trị tiêu chuẩn cho phụ nữ mang thai đang sử dụng CDTP (Xem “Phụ nữ mang thai và Trẻ sơ sinh” trong Chương 5.)

Sử dụng các Ma túy khác

Buprenorphine là một biện pháp điều trị nghiện CDTP chứ không phải cho các nhóm ma túy khác. Mặc dù việc sử dụng các ma túy khác có thể là chỉ báo cho việc không tuân thủ điều trị, đây không phải là chống chỉ định với điều trị nghiện bằng Buprenorphine (Xem phần dưới đây để thêm chi tiết)

Bác sỹ nên khuyến khích bệnh nhân tránh sử dụng tất cả các loại ma túy trong khi đang điều trị bằng Buprenorphine. Tuy nhiên, lạm dụng hay phụ thuộc vào các loại ma túy khác (ví dụ, Rượu, cocaine, chất kích thích, an thần – gây ngủ, chất gây ảo giác, keo hít) thường gặp trong nhóm người sử dụng nghiện CDTP và tình trạng lạm dụng hay phụ thuộc những chất này của người bệnh có thể ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị.

Bệnh nhân sử dụng hoặc lạm dụng nhiều chất gây nghiện có thể gặp phải nhiều vấn đề đặc thù và cần được chuyển đến cơ sở phù hợp để được điều trị chuyên sâu. Nên khuyến khích bệnh nhân nói thật tình trạng sử dụng chất gây nghiện của mình. Tiền sử sử dụng ma túy gần đây và sàng lọc các chất gây nghiện giúp bác sỹ đánh giá tình trạng sử dụng, lạm dụng và phụ thuộc vào CDTP và các loại ma túy khác. Điều trị cho bệnh nhân sử dụng nhiều chất gây nghiện phụ thuộc rất nhiều vào năng lực của bác sỹ và sự sẵn có của dịch vụ hỗ trợ xã hội và tư vấn cũng như sự sẵn có của các hình thức điều trị khác (Xem thêm “Lạm dụng nhiều chất gây nghiện trong Chương 5.)

Thuốc an thần – gây ngủ

Sử dụng thuốc an thần – gây ngủ (benzodiazepine, barbiturate và thuốc an thần khác) là một chống chỉ định tương đối với điều trị nghiện bằng Buprenorphine vì một số trường hợp tử vong (do quá liều) khi dùng kết hợp các thuốc này đã được báo cáo gần đây

(Reynaud và cộng sự 1998a,b). Kết hợp thuốc Buprenorphine với các thuốc an thần- gây ngủ làm tăng tác dụng ức chế hệ thần kinh trung ương.

Nếu cần phải điều trị bằng cả Buprenorphine và thuốc an thần – gây ngủ, liều dùng của cả hai loại thuốc có thể phải giảm bớt. Các bác sỹ phải đánh giá việc sử dụng, nhiễm độc và hội chứng cai của các thuốc an thần – gây ngủ. Điều không may là, việc sử dụng một loại Benzodiazepine và các chất an thần khác có thể không phát hiện được thông qua xét nghiệm sàng lọc định kỳ. Các bác sỹ cần xác định chỉ điểm cụ thể về cận lâm sàng để phát hiện việc sử dụng thuốc an thần – gây ngủ.

Rượu

Do rượu là một chất an thần – gây ngủ, bệnh nhân cần phải được khuyến cáo kiêng rượu trong khi điều trị bằng buprenorphine. Rất ít khi người nghiện rượu phù hợp với điều trị nghiện bằng Buprenorphine. (Có thể điều trị những bệnh nhân như vậy tại các dịch vụ chuyên sâu nhằm giúp cắt cơn rượu cho bệnh nhân đồng thời với khởi liều buprenorphine [ví dụ, với cơ sở điều trị nội trú hoặc cơ sở điều trị cộng đồng].)

Bệnh nhân có thể có Hội chứng cai của các loại ma túy khác xuất hiện cùng lúc với hội chứng cai CDTP. Buprenorphine sẽ không giúp kiểm soát cơn co giật xuất hiện do cắt cơn rượu

hoặc các thuốc an thần – gây ngủ khác. Benzodiazepine và barbiturate, các thuốc thường được sử dụng trong điều trị co giật do hội chứng cai rượu và các thuốc an thần – gây ngủ khác, phải được sử dụng thận trọng khi đang điều trị bằng buprenorphine do chúng làm tăng nguy cơ ức chế hệ thần kinh trung ương và hệ hô hấp.

Tổng kết

Bệnh nhân phù hợp với điều trị nghiện CDTP bằng buprenorphine phải là những người được chẩn đoán khách quan có nghiện các CDTP, những người có hiểu biết và động cơ điều trị nghiện bằng Buprenorphine thích hợp và những người không có chống chỉ định về sức khỏe hoặc tâm thần. Chương này đã cung cấp thông tin về câu hỏi, thận trọng và chống chỉ định cần cân nhắc khi quyết định một bệnh nhân có phù hợp với điều trị nghiện bằng buprenorphine hay không. Chương 4 mô tả những bước tiếp theo trong điều trị nghiện CDTP bằng buprenorphine.

4 Quy trình điều trị

Trong chương này...

Điều trị duy trì bằng Buprenorphine

Điều trị cắt cơn bằng Buprenorphine

Quản lý bệnh nhân

Tổng quan

Điều trị nghiện CDTP tại phòng khám chưa được cung cấp tại Hoa Kỳ kể từ đầu những năm 1900. Do vậy, hầu hết các bác sĩ tại Hoa Kỳ hiện nay có rất ít hoặc không có kinh nghiệm trong việc điều trị nghiện CDTP. Do vậy, các bác sĩ thường chỉ điều trị các rối loạn liên quan đến sử dụng chất gây nghiện (ví dụ, các bệnh truyền nhiễm) mà không đủ năng lực để điều trị chính tình trạng rối loạn do sử dụng do chất gây nghiện. Với sự ra đời của buprenorphine, hiện nay các bác sĩ tại phòng khám có khả năng điều trị cả các biến chứng và chính tình trạng nghiện CDTP. (Ấn bản phẩm liên quan đến quản lý bệnh nhân nghiện CDTP tại phòng khám, tham khảo các bài báo của Fiellin và cộng sự năm 2001, 2002; O'Connor và cộng sự năm 1996, 1998).

Các bác sĩ sử dụng Buprenorphine để điều trị nghiện CDTP phải cân nhắc toàn bộ quá trình điều trị, từ lúc dò liều, đến ổn định liều và cuối cùng là duy trì liều. Ở mỗi giai đoạn điều trị, bác sĩ phải cân nhắc nhiều yếu tố khác nhau để có thể điều trị nghiện CDTP toàn diện với hiệu quả tối đa. Các bác sĩ nên tiến hành đánh giá toàn diện để hiểu được bản chất vấn đề nghiện của người bệnh, đặc biệt là loại CDTP. Trước khi bắt đầu điều trị bằng Buprenorphine, các bác sĩ nên xin phép công bố thông tin (xem 42 C.F.R., phần 2) của bệnh nhân hiện đang tham gia vào các Chương trình điều trị nghiện CDTP hay các chương trình khác (42 C.F.R Phần 2 2001). (Xem thêm mục “Sự riêng tư và bảo mật” trong chương 6). Chương này cung cấp quy trình điều trị chi tiết nghiện CDTP bằng Buprenorphine. Phần đầu của chương trình bày về một số vấn đề chung liên quan đến điều trị bằng Buprenorphine.

Liệu pháp Buprenorphine đơn và liệu pháp phối hợp thuốc Buprenorphine/Naloxone

Hội đồng chuyên gia khuyến cáo rằng dạng phối hợp thuốc Buprenorphine/ Naloxone nên được sử dụng trong giai đoạn dò liều (và cho cả giai đoạn ổn định và điều trị thay thế) với hầu hết bệnh nhân. Tuy nhiên với phụ nữ mang thai nên được điều trị bằng đơn trị liệu với biệt dược chỉ chứa Buprenorphine. Ngoài ra, với bệnh nhân muốn chuyển từ điều trị bằng các thuốc có tác dụng kéo dài (ví dụ bằng methadone, levo-alpha-acetyl-methadol [LAAM] sang Buprenorphine

nên dò liều bằng thuốc chỉ có Buprenorphine*. Nếu Buprenorphine đơn được sử dụng cho giai đoạn dò liều, thì bệnh nhân (không mang thai) nên chuyển sang sử dụng dạng thuốc phối hợp Buprenorphine/ Naloxone càng sớm càng tốt để hạn chế nguy cơ lạm dụng Subutex qua đường tiêm chích.

Hội đồng chuyên gia khuyến cáo rằng thuốc dạng phối hợp Buprenorphine/ Naloxone nên được sử dụng trong giai đoạn dò liều đối với hầu hết bệnh nhân

Khi dò liều bằng Buprenorphine đơn thuần, các chuyên gia khuyến cáo rằng không nên sử dụng đơn trị liệu quá 2 ngày trước khi chuyển sang điều trị bằng thuốc phối hợp Buprenorphine/ Naloxone (đối với bệnh nhân không mang thai).

Nếu sử dụng Buprenorphine đơn thuần trong một thời gian dài, số liều được kê đơn cần được giới hạn và việc sử dụng đơn trị liệu cần được nêu rõ trong hồ sơ bệnh án.

Mặc dù chưa có thử nghiệm đối chứng so sánh hiệu quả điều trị bằng Buprenorphine đơn thuần với điều trị bằng thuốc phối hợp Buprenorphine/ Naloxone ở giai đoạn Dò liều, thử nghiệm lâm sàng tại phòng khám của NIDA cho thấy rằng các bác sỹ cảm thấy thoải mái khi bắt đầu điều trị bệnh nhân bằng bất cứ liệu pháp điều trị nào, đơn trị liệu hoặc phối hợp thuốc. Và không có các tác dụng có hại khi người bệnh dò liều bằng thuốc phối hợp Buprenorphine/ Naloxone. Các bác sỹ cần tự xác định mức độ thoải mái khi dò liều với mỗi phác đồ. Hội đồng chuyên gia cho

rằng không có chống chỉ định về việc sử dụng phối hợp thuốc Buprenorphine/ Naloxone để dò liều điều trị Buprenorphine, ngoại trừ với các trường hợp như trình bày ở trên.

Hội chứng cai CDTP khi Dò liều Buprenorphine

Vì Buprenorphine (và đặc biệt là dạng phối hợp Buprenorphine/ Naloxone) có thể gây ra Hội chứng cai CDTP với bệnh nhân lệ thuộc CDTP và bệnh nhân có các thụ thể đang bị CDTP chiếm chỗ. Bệnh nhân cần phải không còn trong tình trạng nhiễm độc (phê) CDTP hay có bất kỳ tác động do CDTP nào từ liều dùng CDTP cuối cùng trước khi dò liều bằng Buprenorphine.

Do quá trình điều trị này yêu cầu bệnh nhân phải ngừng sử dụng CDTP trước khi bắt đầu điều trị nghiệm bằng Buprenorphine nên nhiều bệnh nhân sẽ trải qua triệu chứng sớm của Hội chứng cai khi Dò liều Buprenorphine, trừ khi họ đang ở giai đoạn điều trị thay thế kéo dài bằng một thuốc đồng vận với CDTP

* Do nhiều nguyên nhân, trong đó có sự lo ngại về nguy cơ gây Rối loạn nhịp tim của LAAM ở một số ít bệnh nhân, vào 1/1/2004, nhà sản xuất duy nhất của loại thuốc này đã tạm ngừng sản xuất thuốc.

(ví dụ methadone). Nếu có các triệu chứng này, các thụ thể CDTP sẽ không bị chiếm giữ hoàn toàn. Vì thế, bệnh nhân sẽ không bị vã thuốc đột ngột và hiệu quả điều trị bằng Buprenorphine trong điều trị nghiện sẽ dễ dàng được đánh giá hơn.

Hội chứng cai có thể xảy ra nếu như sử dụng quá nhiều hoặc quá ít Buprenorphine (ví dụ, *vã thuốc do ngừng dùng thuốc* xảy ra khi sử dụng liều buprenorphine thấp, *vã thuốc đột ngột* thường xảy ra khi các thụ thể CDTP bị một chất đồng vận CDTP kích thích ở liều cao). Do vậy, các bác sĩ phải rất cẩn trọng ở giai đoạn dò liều buprenorphine. Cần phải cân nhắc cẩn thận các tiền sử và mối quan ngại của bệnh nhân, và cần nhấn mạnh về các tác dụng phụ tiềm tàng do sử dụng liều cao buprenorphine (đặc biệt là khi kết hợp với các thuốc nhóm benzodiazepines) hay sử dụng không đủ liều (ví dụ, xuất hiện lại tình trạng đói thuốc) khi tư vấn cho bệnh nhân. Trước khi tiến hành điều trị nghiện CDTP bằng buprenorphine, các bác sĩ cần nắm và hiểu rõ các dấu hiệu, triệu chứng cũng như thời gian xảy ra Hội chứng cai CDTP (Xem hình 3-7)

Đường dùng Buprenorphine

Viên Buprenorphine nên được đặt dưới lưỡi cho đến khi thuốc tan hết. Nếu phải dùng hơn hai viên, bệnh nhân cần đặt tất cả các viên dưới lưỡi cùng lúc hoặc nếu họ cảm thấy không thoải mái khi dùng nhiều viên cùng lúc, hãy đặt hai viên cùng lúc. Dù bằng cách nào, các viên ngậm đều phải được đặt dưới lưỡi cho đến khi chúng tan ra, còn nếu dùng đường uống sẽ làm giảm tính sinh khả dụng của thuốc. Để đảm bảo sinh khả dụng nhất quán, bệnh nhân chỉ nên sử dụng thuốc theo một cách duy nhất. Mặc dù thời gian thuốc tan trong miệng khác nhau, nhưng trung bình thì các viên đặt dưới lưỡi cần khoảng 5-10 phút để tan.

Tiếp cận điều trị

Nhìn chung có hai cách tiếp cận điều trị nghiện CDTP bằng thuốc là (1) Điều trị thay thế CDTP, và (2) Điều trị cắt cơn bằng CDTP (ví dụ như methadone) hoặc thuốc không chứa CDTP (ví dụ, clonidine).

Vì trước đây việc điều trị thay thế CDTP và điều trị cắt cơn chưa được chấp nhận ngoài cơ sở điều trị nghiện CDTP chuyên biệt nên nhiều bệnh nhân không biết rằng các liệu pháp điều trị này hiện nay đã sẵn có tại các cơ sở y tế. Do đó, cần thảo luận với bệnh nhân về các lựa chọn điều trị sẵn có.

Đối với nhiều bệnh nhân, việc lên kế hoạch về thời gian điều trị khi khởi liều là không thể. Có lẽ một khung thời gian điều trị linh hoạt phù hợp hơn và đáp ứng được tiến triển trong điều trị và nhu cầu của bệnh nhân. Ví dụ, trong một báo cáo về điều trị cắt cơn nhanh bằng buprenorphine, 25% bệnh nhân cần điều trị cắt cơn đã chuyển sang điều trị thay thế trong vòng 10 ngày (Vignau 1998). Do vậy, khi có tiến triển trong điều trị, chúng ta có thể tiếp tục đánh giá kết quả điều trị ở các giai đoạn khác nhau như các khía cạnh điều trị, bao gồm loại thuốc, các liệu pháp tư vấn, các nhóm tự hỗ trợ. Vì vậy, việc đánh giá ban đầu và đánh giá lại định kỳ động lực điều trị của bệnh nhân khi điều trị cũng như cam kết tham gia vào các buổi tư vấn, và/hay các chương trình phục hồi chức năng là vô cùng quan trọng (Xem thêm phần “Đánh giá” ở chương 3)

Điều trị duy trì bằng Buprenorphine

Ba giai đoạn điều trị duy trì nghiện CDTP bằng Buprenorphine bao gồm (1) dò liều, (2) ổn định liều và (3) duy trì. Nội dung các phần này sẽ được mô tả chi tiết dưới đây.

Dò liều

Dò liều Buprenorphine (thông thường mất khoảng 1 tuần), là giai đoạn đầu tiên của quá trình điều trị, bao gồm việc giúp bệnh nhân bắt đầu quá trình chuyển từ lạm dụng CDTP sang Buprenorphine.

Mục tiêu của giai đoạn Dò liều là để tìm ra liều tối thiểu Buprenorphine mà bệnh nhân sử dụng có thể ngừng hoặc giảm bớt đáng kể việc sử dụng các CDTP khác mà không trải qua các triệu chứng cai, không có hoặc có ít các tác dụng phụ, và không có cảm giác thèm ma túy không thể kiểm soát. Các bác sỹ cần đánh giá các dấu hiệu và triệu chứng của hội chứng cai hoặc chỉ định liều chưa đủ trong giai đoạn khởi đầu. Bệnh nhân được khuyến cáo không nên lái xe hoặc điều khiển máy móc cho đến khi họ quen với tác động của buprenorphine và liều dùng đã ổn định. Liều trình dò liều khác nhau, tùy thuộc vào loại CDTP mà bệnh nhân nghiện (ví dụ, CDTP có tác động ngắn hay dài) và liệu bệnh nhân có hội chứng cai tại thời điểm dò liều hay không.

Hội đồng chuyên gia khuyến cáo rằng các bác sỹ cần quan sát bệnh nhân khi cho họ sử dụng liều đầu tiên (ví dụ, tại phòng khám); liều tiếp theo có thể cho qua kê đơn. Điều này đảm bảo rằng lượng Buprenorphine giữ tại phòng khám luôn ở mức tối thiểu. Sau liều điều trị đầu tiên, bệnh nhân cần ở lại phòng khám khoảng 2 giờ. Đối với bệnh nhân không có các triệu chứng quá liều CDTP sau liều đầu tiên, tiến trình dò liều có thể tiến hành như sau.

Dò liều vào Ngày điều trị 1 và 2: Ai là bệnh nhân và Điều họ cần là gì?

Việc xác định loại CDTP mà bệnh nhân sử dụng là rất quan trọng vì đáp ứng với điều trị Buprenorphine ở bệnh nhân phụ thuộc vào đó là CDTP tác dụng ngắn hay dài. Vì thế, phác đồ dò liều cần phải phù hợp với loại CDTP bệnh nhân đang sử dụng. Hầu hết bệnh nhân bắt đầu điều trị Buprenorphine bị lệ thuộc CDTP tác dụng ngắn (ví dụ, heroin, oxycodone, hydrocodone) và họ sẽ có các triệu chứng ở giai đoạn đầu của Hội chứng cai (xem hình 4-1 và phụ lục B)

Bệnh nhân sử dụng CDTP tác dụng ngắn

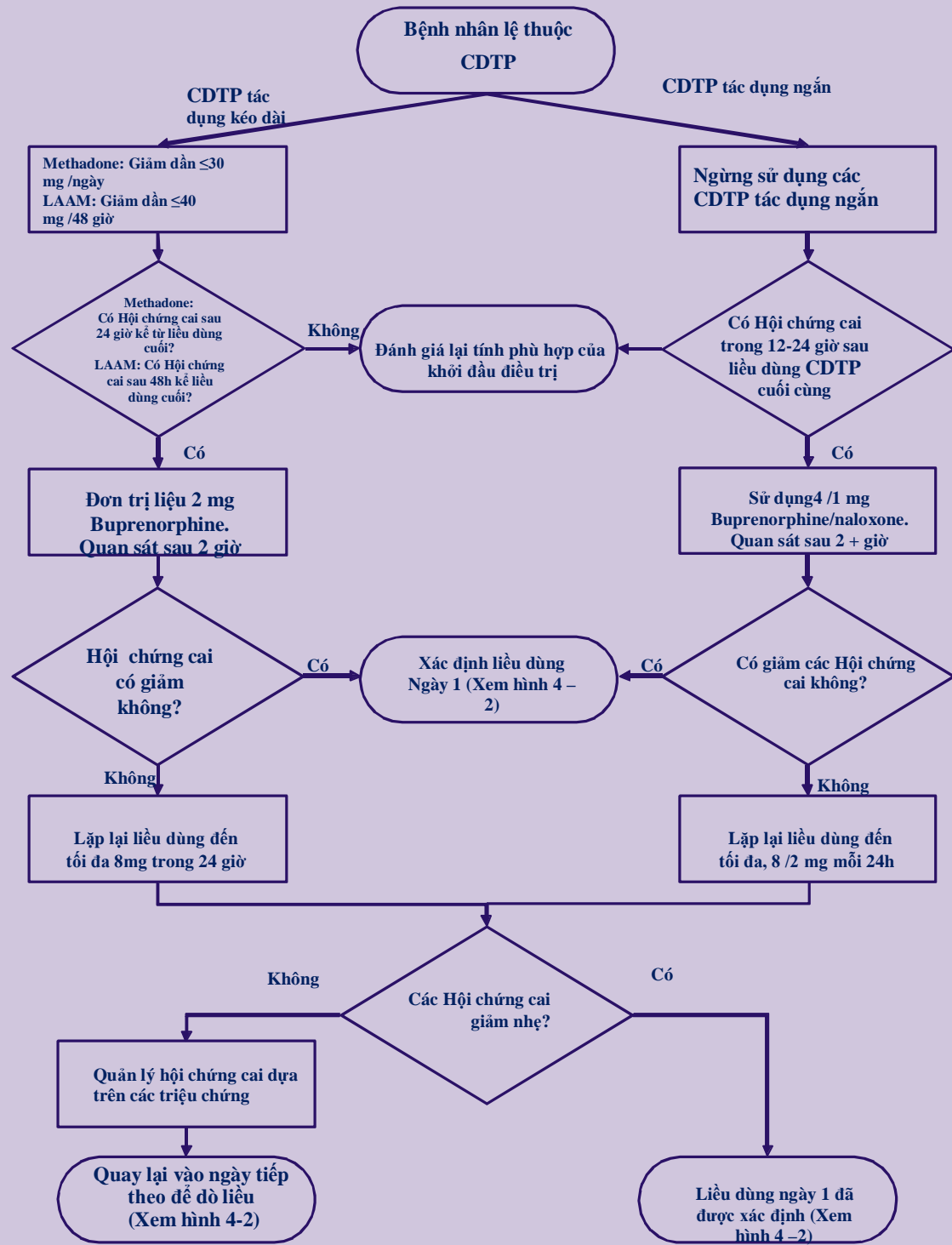
Trước khi thực hiện dò liều điều trị Buprenorphine với bệnh nhân lệ thuộc vào CDTP tác dụng ngắn hạn, cần đảm bảo họ sử dụng CDTP lần cuối cách đó từ 12-24 giờ. Bệnh nhân thường có các dấu hiệu sớm của hội chứng cai CDTP (như là đổ mồ hôi, ngáp, chảy nước mũi, chảy nước mắt) (Xem hình 3-7). Bệnh nhân chưa có hội chứng cai là do họ chưa ngừng sử dụng CDTP trong một khoảng thời gian đủ dài, vì thế họ cần được giải thích rõ ràng về những lợi ích của thời gian đợi này và cần được khuyến khích chờ đến khi họ bắt đầu có các triệu chứng cai.

Những bệnh nhân có những dấu hiệu của Hội chứng cai CDTP và những bệnh nhân sử dụng CDTP tác dụng ngắn lần cuối trước đó hơn 12-24 tiếng, có thể khởi liều với 4/1-8/2 mg phối hợp Buprenorphine/naloxone (đơn trị liệu buprenorphine đối với phụ nữ mang thai) (Xem hình 4-1). Nếu liều điều trị đầu tiên là Phối hợp Buprenorphine/naloxone (4/1 mg) và các Hội chứng cai CDTP giảm dần nhưng sau đó xuất hiện lại (hoặc vẫn còn) sau khi uống 2 giờ, bệnh nhân có thể dùng tiếp liều thứ hai (4/1 mg). Tổng lượng Buprenorphine trong ngày đầu tiên không được vượt quá 8 mg.

Bệnh nhân sử dụng CDTP tác dụng kéo dài

Dò liều với Buprenorphine ở bệnh nhân sử dụng CDTP tác dụng dài (như methadone, LAAM) phức tạp hơn và tốt nhất cần được thực hiện bởi các bác sỹ có kinh nghiệm điều trị nghiện. Nếu liệu trình điều trị này được thực hiện ở một phòng khám, phòng khám cần liên hệ với Chương trình Nghiện CDTP chuyên biệt của bệnh nhân (sau khi nhận được bản đồng ý tham gia của bệnh nhân) để xác định liều methadone hay LAAM và thời gian tính từ lần sử dụng CDTP lần cuối. Việc liên hệ này sẽ đảm bảo rằng các bác sỹ biết chính xác liều lượng và thời gian dùng liều methadone hay LAAM lần cuối, cũng như tránh cho bệnh nhân khỏi việc nhận điều trị đồng vận (OAT) và điều trị bằng Buprenorphine cùng một lúc.

Ngày khởi liệu 1-2



Để có thể trao đổi thông tin về điều trị nghiện theo Quy định bảo mật Liên bang 42 C.F.R Phần 2 (xem thêm ở chương 6 “Sự riêng tư và bí mật), bệnh nhân phải ký thỏa thuận đồng ý cho phép cung cấp với cả chương trình điều trị nghiện CDTP chuyên biệt và bác sỹ điều trị Buprenorphine.

Đối với bệnh nhân dùng methadone, liều methadone cần giảm dần đến 30 mg hoặc ít hơn mỗi ngày trong ít nhất 1 tuần trước khi bắt đầu giai đoạn dò liều với Buprenorphine. Bệnh nhân không nên dùng Buprenorphine trong 24 giờ sau liều methadone cuối cùng. Liều dùng Buprenorphine đơn trị liệu đầu tiên là 2 mg (Xem hình 4-1). Nếu bệnh nhân thấy xuất hiện các biểu hiện hay triệu chứng của Hội chứng cai sau liều đầu tiên này, thì cho thêm liều 2mg thứ 2 và tiếp tục lặp lại nếu thấy cần thiết nhưng không vượt quá 8mg trong Ngày 1.

Cần lưu ý rằng không phải tất cả bệnh nhân điều trị thay thế với methadone đều phù hợp để chuyển sang điều trị với Buprenorphine (ở liều dùng của methadone là 30mg/ngày). Vì với liều methadone giảm dần còn 30mg/ngày, nhiều bệnh nhân cảm thấy khó chịu, và xuất hiện các biểu hiện của Hội chứng cai. Do đó, họ có nguy cơ tái nghiện cao. Những bệnh nhân như vậy có thể yêu cầu chuyển sang điều trị bằng Buprenorphine với liều lượng methadone hàng ngày cao hơn. Quyết định đồng ý sẽ dựa trên đánh giá lâm sàng, thông qua đánh giá chủ quan và khách quan người bệnh. Trong khi đã có các báo cáo trường hợp điều trị thành công bệnh nhân chuyển sang điều trị Buprenorphine từ liều methadone ở mức 80mg/ngày nhưng chưa có bằng chứng đầy đủ để đưa ra khuyến cáo liên quan đến những gì bệnh nhân có thể phải chịu đựng hay giải pháp quản lý phù hợp cho quá trình chuyển đổi này. Chưa có kinh nghiệm lâm sàng nào về chuyển điều trị bệnh nhân bằng LAAM sang Buprenorphine. Tuy nhiên, ngoại suy từ kinh nghiệm, các thành viên Hội đồng chuyên gia khuyến cáo rằng liều dùng LAAM cần được giảm dần xuống 40 mg hoặc ít hơn với mỗi liều trong 48 giờ, và khởi liều bằng Buprenorphine không nên thực hiện trong khoảng thời gian 48 giờ từ lần cuối sử dụng LAAM. Việc khởi trị nên được tiến hành với

quy trình tương tự và ở liều tương tự như khuyến cáo với bệnh nhân methadone.

Dò liều khi các triệu chứng cai không giảm với liều 8mg Buprenorphine trong 24 giờ đầu tiên.

Nếu các triệu chứng cai vẫn không thuyên giảm sau khi sử dụng tổng cộng 8 mg buprenorphine vào Ngày 1 thì điều trị giảm triệu chứng bằng thuốc không chứa CDTP và yêu cầu bệnh nhân quay lại vào ngày hôm sau để xác định liều dùng (Xem mục “Dò liều cho ngày 2 và các ngày tiếp theo” dưới đây.)

Bệnh nhân không lệ thuộc thể chất vào CDTP

Các bệnh nhân hiện không lệ thuộc thể chất vào CDTP nhưng là những người đã có tiền sử nghiện CDTP, thất bại trong các phương thức điều trị khác và có nhu cầu điều trị có thể tham gia điều trị nghiện bằng Buprenorphine. Tuy nhiên, bệnh nhân trong nhóm này là trường hợp ngoại lệ. Bệnh nhân khác cũng trong nhóm này là những người vừa ra khỏi một môi trường đóng và là những người có tiền sử sử dụng CDTP và có nguy cơ tái nghiện cao.

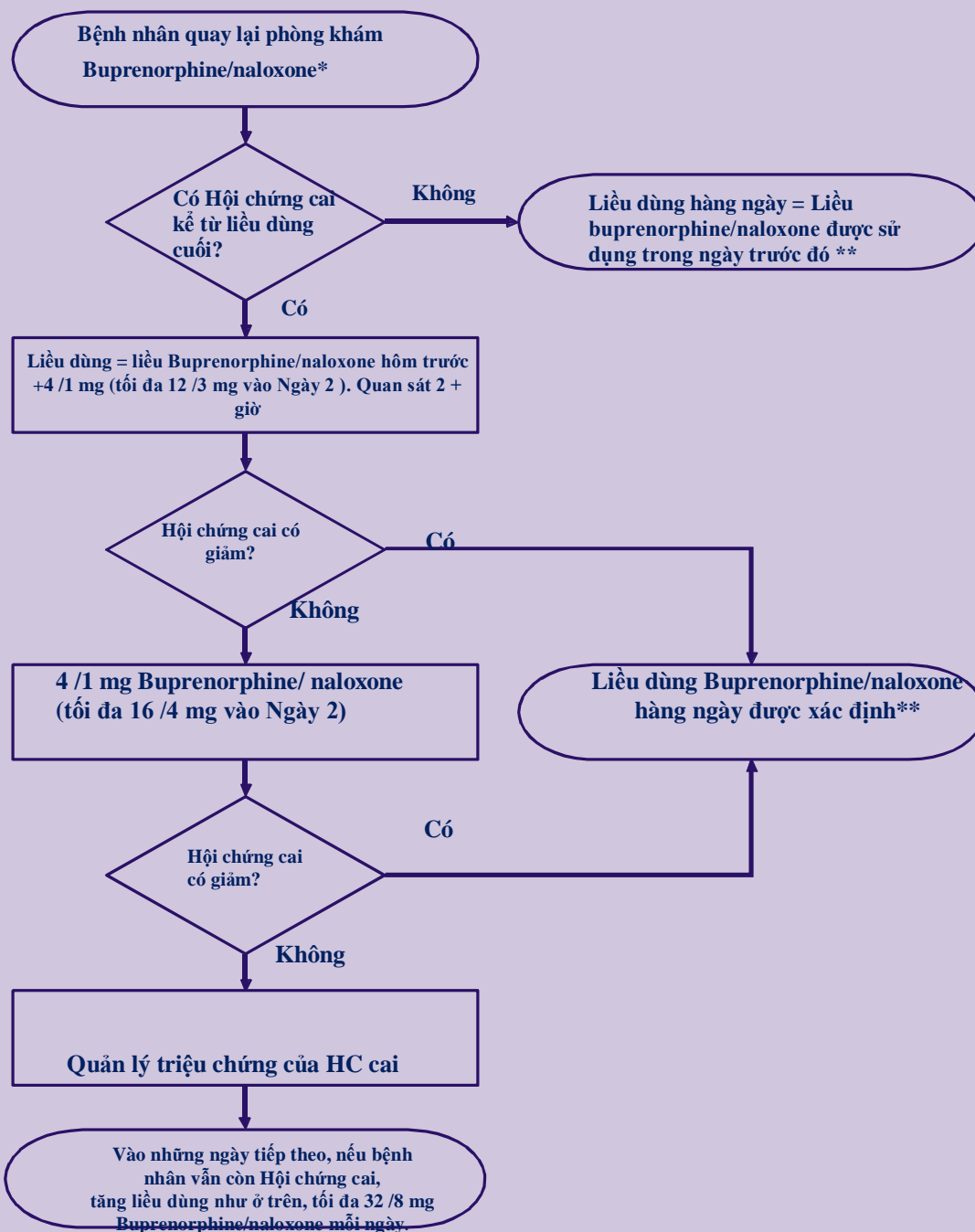
Những bệnh nhân này có thể được điều trị dạng thuốc phối hợp Buprenorphine/naloxone thấp nhất có thể (2/0,5 mg) cho giai đoạn khởi liều.

Dò liều ngày 2 và các ngày tiếp theo

Nếu thực hiện đơn trị liệu Buprenorphine vào Ngày 1 thì cần chuyển sang viên dạng phối hợp Buprenorphine/naloxone vào Ngày 2 (đối với bệnh nhân không mang thai).

Với bệnh nhân không có bất cứ khó khăn nào với liều Buprenorphine ngày đầu tiên, và những người không có các triệu chứng cai vào Ngày 2 thì lộ trình dò liều được thể hiện trong hình 4-2 dưới đây. Liều dùng Buprenorphine/naloxone hàng ngày được xác định tương đương với liều

Ngày 2 và các ngày tiếp theo



* Nếu đơn trị liệu Buprenorphine Ngày 1, chuyển sang Phối hợp Buprenorphine/naloxone vào Ngày 2 (với bệnh nhân không mang thai)

** Liều dùng có thể tăng 2/0.5-4/1 mg vào các ngày tiếp theo để giảm Hội chứng cai. Liều tối đa 12 /3 –16 /4 mg Buprenorphine/naloxone mỗi ngày trong tuần đầu tiên.

buprenorphine/naloxone (hay buprenorphine) đã được dùng trong Ngày 1. Liều dùng có thể tăng dần thêm khoảng 2/0,5-4/1 mg/liều mỗi ngày để đạt tới liều dùng 12/3-16/4 mg mỗi ngày trong tuần đầu tiên, nếu cần phải giảm các triệu chứng cai và không có tác dụng phụ xảy ra. Nếu như có tác dụng phụ thì liều dùng buprenorphine cần duy trì hoặc giảm bớt cho đến khi không còn các tác dụng phụ.

Bệnh nhân quay trở lại vào Ngày 2 với các triệu chứng cai cần nhận được liều phối hợp Buprenorphine/ naloxone tương đương với tổng lượng buprenorphine/naloxone đã dùng ngày trước + một liều 4/1 mg (không quá 12/3 mg với liều dùng đầu tiên của ngày 2). Nếu như các Hội chứng cai vẫn còn sau 2 giờ sử dụng liều bổ sung, có thể dùng thêm 4/1 mg. Tổng lượng vào Ngày 2 không được vượt quá 16/4 mg. Có thể tiếp tục tăng liều vào những ngày tiếp theo dựa trên lộ trình dò liều như trong hình 4-2 với tổng lượng tối đa là 32/8 mg một ngày.

Nếu bệnh nhân gặp khó khăn khi điều chỉnh liều dùng Buprenorphine (ví dụ có triệu chứng cai hay bắt buộc phải sử dụng thêm ma túy), bác sỹ có thể kê tăng liều dùng nhanh hơn, hay dùng liều duy trì cao hơn. Và bệnh nhân có thể cần đến điều trị tâm lý chuyên sâu nhằm giúp họ ngừng sử dụng ma túy. Ngoài ra, cần cảnh báo bệnh nhân tiếp tục sử dụng ma túy về những nguy hiểm họ có thể gặp phải. Bác sỹ cũng cần kiểm tra xem bệnh nhân có dùng thuốc đúng cách, thời gian sử dụng thuốc điều trị tính từ lần dùng CDTP cuối cùng, thời gian bệnh nhân đặt thuốc dưới lưỡi và liều dùng. Nếu bệnh nhân cảm thấy tình trạng sức khỏe kém đi với liều dùng buprenorphine hiện tại, cần nghĩ đến các triệu chứng vã thuốc đột ngột. Trong trường hợp này, bác sỹ cần giúp bệnh nhân giảm liều dùng ma túy đồng thời tăng dần liều dùng buprenorphine. Xét nghiệm xác định lạm dụng thuốc gây nghiện có thể giúp xác định chi tiết những đáp ứng lâm sàng của người bệnh.

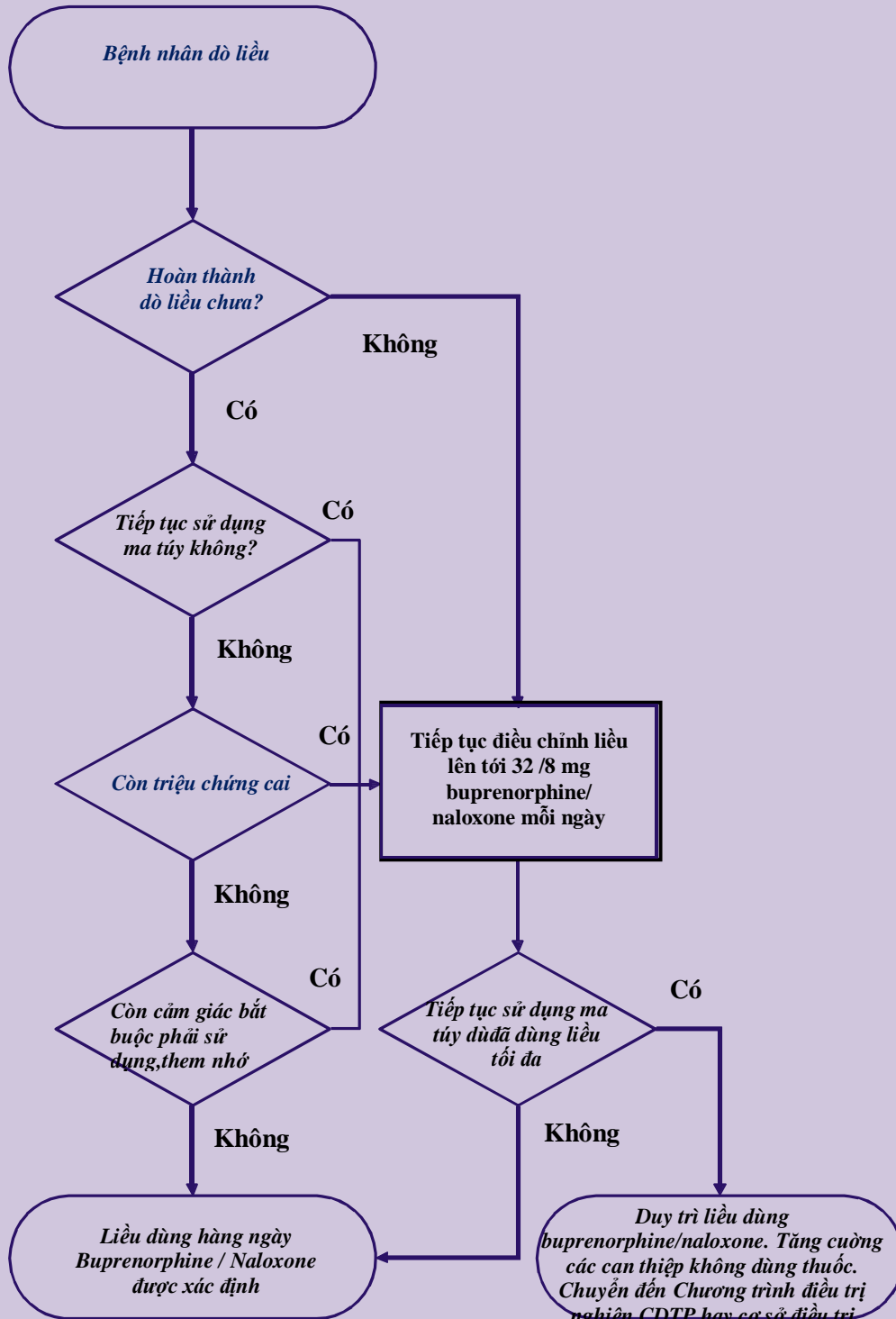
Giai đoạn Ổn định liều

Kết thúc dò liều, bệnh nhân sẽ chuyển sang giai đoạn Ổn định liều (thường kéo dài trong 1-2 tháng). Giai đoạn 2 thường bắt đầu khi bệnh nhân không còn Hội chứng cai, có rất ít hoặc không có tác dụng phụ của điều trị và kiểm soát được thèm nhớ các thuốc đồng vận CDTP (Xem hình 4-3). Tương tự các phác đồ điều trị bằng thuốc khác, mục tiêu của điều trị bằng buprenorphine là dùng liều tối thiểu để giảm thiểu dấu hiệu, triệu chứng từ đó đạt được lợi ích và các chỉ số xét nghiệm mong muốn trong khi giảm thiểu tác dụng phụ. Loại bỏ các dấu hiệu khách quan sử dụng CDTP (kết quả xét nghiệm âm tính) là mục tiêu chính của điều trị. Mục đích là bệnh nhân giảm thèm nhớ và sử dụng ma túy (người bệnh tự báo cáo). Một lợi ích khác của điều trị bằng Buprenorphine là khả năng chặn tác động của CDTP khiến bệnh nhân không hoặc hầu như không “phê” khi dùng lại ma túy. Việc điều trị hiện tại có thể coi là thành công nếu số lần xét nghiệm dương tính với ma túy giảm dần.

Bắt đầu giai đoạn Ổn định liều, bác sỹ có thể phải điều chỉnh liều dùng và cần liên hệ thường xuyên với bệnh nhân tăng cường tuân thủ điều trị. Đến khi bệnh nhân đã hoàn toàn Ổn định, bác sỹ có thể đánh giá theo tuần để điều chỉnh liều dùng. Với mục tiêu ổn định, liều dùng viên phối hợp buprenorphine/naloxone có thể tăng thêm 2/0,5-4/1 mg/liều hàng tuần đến khi hoàn toàn ổn định. Hầu hết bệnh nhân sẽ ổn định với liều dùng hàng ngày trong khoảng 16/4-24/6 mg, tuy nhiên một số có thể phải dùng tới 32/8 mg một ngày.

Một số bệnh nhân thích hoặc có đáp ứng tốt hơn với phác đồ điều trị dùng Buprenorphine với tần suất thưa (1 lần/2 ngày hoặc thưa hơn). Liều dùng này rất phù hợp với chương trình điều trị nghiện CDTP hay các phòng khám khác. Ngược lại, bệnh nhân cần đến phòng khám hàng ngày. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra hiệu quả điều trị nghiện bằng Buprenorphine theo liều 1 lần/2 ngày hoặc ba lần/1 tuần (Amas và cộng sự, 2000; Bickel và cộng sự, 1999; Perez de los Cobos và cộng sự, 2000; Petry và cộng sự, 1999). Cách tiếp cận điển hình để quyết định tần suất sử dụng thuốc

Giai đoạn ổn định liều



của bệnh nhân là tăng gấp đôi lượng dùng/liều (nếu tần suất là 1 lần/2 ngày) hoặc gấp ba lượng dùng/liều (nếu tần suất là 1 lần/3 ngày) so với lượng dùng/liều ổn định hàng ngày của bệnh nhân. Mặc dù tất cả các phác đồ điều trị đã được xác định là an toàn và hiệu quả với hầu hết bệnh nhân, nhưng cần lưu ý rằng một số bệnh nhân có nguy cơ dương tính với CDTP khi thử nước tiểu với tần suất dùng 1 lần/ 2 ngày hoặc thưa hơn. Trong giai đoạn dò liều và bắt đầu giai đoạn Ổn định liều, bệnh nhân nên dùng thuốc hàng ngày.

Nếu bệnh nhân vẫn tiếp tục sử dụng ma túy mặc dù đã sử dụng tối đa liều dùng của các phương pháp điều trị sẵn có tại phòng khám, bác sĩ nên cân nhắc chuyển bệnh nhân tới cơ sở điều trị chuyên sâu hơn.

Giai đoạn Duy trì

Đây là giai đoạn có thời gian dài nhất trong điều trị nghiện bằng Buprenorphine. Thời gian điều trị của giai đoạn này có thể kéo dài không xác định. Các bác sĩ thường lo lắng cảnh giác trong giai đoạn này nhưng vẫn cần giám sát chặt chẽ bệnh nhân. Cần quan tâm tới các vấn đề tâm lý xã hội và gia đình tác động đến việc điều trị bệnh nhân. Các vấn đề khác cần được giám sát liên tục là thêm nhớ CDTP và dự phòng tái nghiện. Một số vấn đề về lạm dụng các CDTP cũng cần được giải quyết trong Giai đoạn duy trì ví dụ như:

- Rối loạn tâm thần kèm theo
- Hệ quả của việc sử dụng chất gây nghiện đối với cơ thể
- Sự hỗ trợ của gia đình
- Dành thời gian tham gia các hoạt động xã
- Các vấn đề việc làm và tài chính
- Hậu quả pháp lý do sử dụng chất gây nghiện
- Lạm dụng rượu và chất gây nghiện khác

Các vấn đề này cần phải được giải quyết bằng dịch vụ hỗ trợ điều trị không dùng thuốc để giải quyết các nhu cầu của bệnh nhân một cách toàn diện và cung cấp dịch vụ điều trị tốt nhất có thể.

Quản lý bằng thuốc dài hạn

Xây dựng phác đồ điều trị dài hạn phụ thuộc vào các mục tiêu điều trị của bản thân mỗi bệnh nhân và các đánh giá khách quan của điều trị thành công. Điều trị duy trì có thể kéo dài trong một khoảng thời gian ngắn (ví dụ, <12 tháng) hoặc suốt đời. Thành công của điều trị phụ thuộc vào việc thực hiện các mục tiêu cụ thể được thống nhất giữa bệnh nhân và bác sĩ. Sau giai đoạn Ổn định thành công, quyết định giảm liều hay ngừng dùng Buprenorphine sẽ dựa trên mong muốn của bệnh nhân và cam kết không phụ thuộc vào thuốc cũng như niềm tin rằng bệnh nhân sẽ giảm liều thành công của bác sĩ. Các yếu tố cần được cân nhắc khi xác định tính phù hợp của điều trị không dùng thuốc trong dài hạn bao gồm thu nhập ổn định, hỗ trợ tâm lý xã hội phù hợp và không có các vấn đề pháp lý. Đối với bệnh nhân không đạt được đủ các chỉ số này, thời gian điều trị duy trì sẽ dài hơn trong lúc đó họ phải vượt qua các rào cản đang tồn tại. Bằng chứng cho thấy rằng thời gian điều trị bằng thuốc lâu hơn có liên quan đến việc tần suất sử dụng ma túy thấp hơn và có ít biến chứng hơn.

Điều trị cắt cơn CDTP bằng Buprenorphine

Phần này trình bày việc sử dụng Buprenorphine để hỗ trợ quản lý y tế hội chứng cai (cắt cơn) cho người sử dụng CDTP tác dụng ngắn và giúp ngừng điều trị bằng đồng vận CDTP với methadone hoặc LAAM. Mục tiêu của cắt cơn là giúp bệnh nhân chuyển từ trạng thái lệ thuộc thể chất sang trạng thái không lệ thuộc thể chất một cách nhẹ nhàng. Bệnh nhân sau đó có thể tham gia vào các chương trình phục hồi chức năng có hoặc không có điều trị bằng đồng vận CDTP để hỗ trợ phòng chống tái nghiện. Trước khi cân nhắc việc sử dụng Buprenorphine để cắt cơn các CDTP bất hợp pháp hoặc dừng điều trị bằng thuốc đồng vận, bệnh nhân cần được đánh giá tính phù hợp để tham gia điều trị. Sau khi cắt cơn, bệnh nhân cần tham gia vào điều trị không dùng thuốc dài hạn hoặc điều trị bằng naltrexone để giảm nguy cơ tái lạm dụng CDTP. Cũng cần lưu ý rằng, nếu bệnh nhân không có nhu cầu bắt buộc phải tránh sử dụng CDTP hoàn toàn, điều trị duy trì dài hạn bằng buprenorphine là một liệu pháp điều trị tốt hơn so với bất kỳ cách điều trị giải độc hay cắt cơn nào.

Sử dụng Buprenorphine để cắt cơn CDTP tác dụng ngắn

Cắt cơn cho các bệnh nhân nghiện các CDTP tác dụng ngắn chỉ là một phần của toàn bộ phương pháp tiếp cận điều trị. Mục đích của việc sử dụng buprenorphine để cắt cơn các CDTP tác dụng ngắn là giúp bệnh nhân chuyển từ trạng thái lệ thuộc thể chất vào CDTP sang trạng thái không có CDTP, trong khi giảm thiểu được các triệu chứng cai (và tránh được các tác dụng phụ của buprenorphine).

Dò liều

Hội đồng chuyên gia khuyến cáo rằng bệnh nhân lệ thuộc các CDTP tác dụng ngắn nên khởi liều trực tiếp bằng thuốc phối hợp buprenorphine/naloxone. Trước khi bắt đầu dò liều bằng buprenorphine, bệnh nhân cần ngừng sử dụng các CDTP bất hợp pháp và nên xuất hiện với những triệu chứng ở giai đoạn đầu của hội chứng cai. Liều khởi đầu của phức hợp buprenorphine/naloxone nên là 4/1 mg. Sau đó 2-4 giờ, bệnh nhân có thể dùng tiếp liều thứ hai 4/1mg, nếu được chỉ định. Trong hai ngày tiếp theo, liều phối hợp buprenorphine/naloxone có thể tăng lên 12/3-16/4 mg mỗi ngày. Mục tiêu của giai đoạn dò liều là ổn định bệnh nhân càng sớm càng tốt và giảm thiểu bất kỳ triệu chứng cai nào và giúp bệnh nhân ngừng sử dụng các CDTP bất hợp pháp. Chỉ sau khi hoàn toàn ngừng sử dụng các CDTP bất hợp pháp, bệnh nhân mới nên chuyển sang giai đoạn giảm liều. Trừ khi bệnh nhân đang ở trong một môi trường có kiểm soát (như bệnh viện hay cơ sở điều trị nội trú), việc ngừng sử dụng CDTP cần được theo dõi và xác minh thông qua xét nghiệm độc tính âm tính với các CDTP bất hợp pháp. Nếu bệnh nhân không thể ngừng sử dụng CDTP bất hợp pháp, như các kết quả xét nghiệm độc tính âm tính ghi lại, bác sỹ cần phải cân nhắc thêm một giai đoạn điều chỉnh hoặc duy trì liều (Xem hình 4-4)

Giai đoạn giảm liều

Giảm liều dài ngày. Các bằng chứng hiện nay cho thấy sử dụng buprenorphine để cắt cơn dần dần trong khoảng thời gian dài có thể hiệu quả hơn so với cắt cơn nhanh với thời gian trung bình và ngắn ngày. Tuy nhiên, còn rất ít nghiên cứu được tiến hành để đánh giá về cách sử dụng buprenorphine này. Bệnh nhân không sẵn sàng hoặc không thể chủ động tham gia vào các dịch vụ điều trị phục hồi không dùng thuốc đồng vận có thể không phù hợp cho điều trị cắt cơn ngắn hạn; tuy nhiên, những bệnh nhân này có thể hưởng lợi từ điều trị cắt cơn dài hạn (hoặc tốt hơn là điều trị duy trì).

Giảm liều với thời gian trung bình. Bệnh nhân không có nhu cầu bắt buộc phải cắt cơn nhanh nhưng mong muốn dừng sử dụng CDTP và bắt

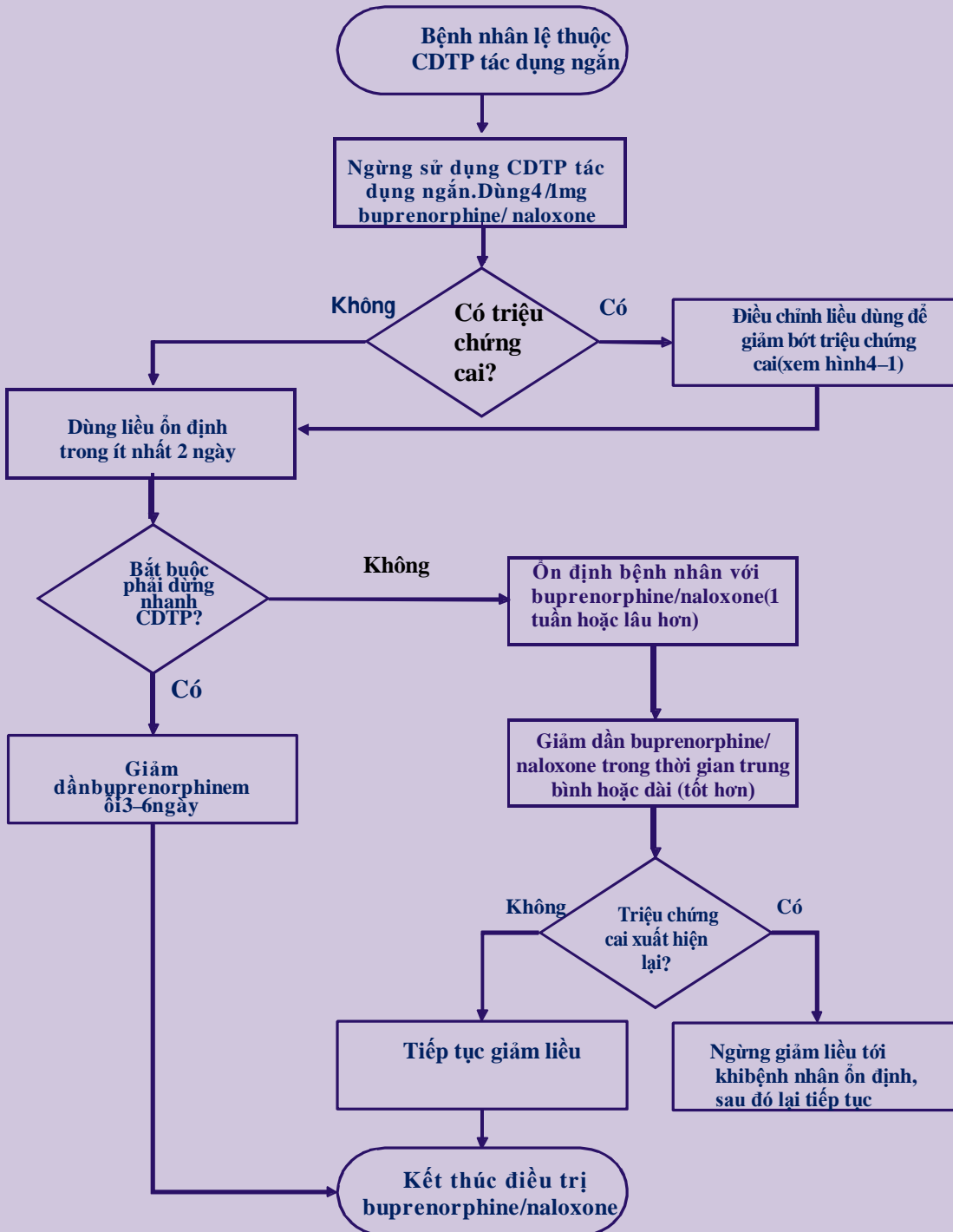
Điều trị hội chứng cai
phải kèm theo điều trị
dài hạn không sử
dụng thuốc hoặc sử
dụng naltrexone,
nhằm giảm thiểu
nguy cơ tái sử dụng
CDTP.

đầu phục hồi để hướng tới một cuộc sống không lệ thuộc CDTP, có thể được cắt cơn trong khoảng 10-14 ngày (hoặc lâu hơn) bằng cách giảm dần liều buprenorphine ổn định ban đầu (thường là 8-16 mg mỗi ngày) tới 2 mg/2-3 ngày. Việc bệnh nhân tham gia vào các chương trình phục hồi trong giai đoạn cắt cơn và duy trì tham gia vào các chương trình này sau khi kết thúc quy trình cắt cơn là cực kỳ quan trọng.

Giảm liều ngắn ngày.

Bệnh nhân có lý do bắt buộc phải đạt được trạng thái không có CDTP nhanh chóng (ví dụ như bị tù treo, du lịch nước ngoài, yêu cầu công việc) có thể giảm liều buprenorphine trong vòng 3 ngày, sau đó dừng hẳn. Khi so sánh với clonidine trong điều trị cắt cơn nhanh, buprenorphine được nhiều bệnh nhân chấp nhận và hiệu quả hơn trong giảm các triệu chứng cai (Cheskin và cộng sự 1994).

Cắt cơn các CDTP tác dụng ngắn



Tuy nhiên, hiện chưa có báo cáo về tỷ lệ tái nghiện và hiệu quả dài hạn của điều trị cắt cơn nhanh bằng buprenorphine. Nghiên cứu về các mô hình cắt cơn ngăn ngừa khác cho thấy (1) ít khả năng dùng sử dụng CDTP dài hạn và (2) ít hoặc không mang lại lợi ích trong điều trị bệnh nhân lệ thuộc CDTP.

Sử dụng Buprenorphine để ngừng điều trị đồng vận CDTP (OAT)

Sử dụng Buprenorphine (liệu pháp điều trị buprenorphine đơn thuần hay phối hợp buprenorphine/naloxone) để giảm liều điều trị đồng vận CDTP với methadone hay LAAM cần được cân nhắc chỉ tiến hành với các bệnh nhân đã ổn định về thể chất và tâm lý xã hội. Yêu cầu sử dụng buprenorphine để điều trị cắt cơn phải được cân nhắc kỹ lưỡng. Chỉ có một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân đã ổn định trong điều trị OAT có thể duy trì không sử dụng CDTP mà không cần tiếp tục dùng thuốc điều trị. Để giúp đưa ra quyết định điều trị tốt nhất, cần kết hợp và phối hợp với chương trình OTP của bệnh nhân. Điều trị duy trì tiếp bằng buprenorphine/naloxone nếu cắt cơn thất bại cũng cần được thảo luận cụ thể.

Hướng dẫn trong hình 4-5 mô tả quá trình ngừng điều trị OAT bằng buprenorphine trong giai đoạn ngắn (3 ngày) và trung bình (2 tuần). Cắt cơn ngăn ngừa không được khuyến cáo thực hiện trừ khi bệnh nhân có lý do bắt buộc phải dừng điều trị nhanh.

Lý do bắt buộc cần ngừng điều trị OAT trong ngắn hạn có thể là án tù treo, du lịch nước ngoài, điều kiện công việc hay xuất hiện tình huống có thể làm gián đoạn việc bệnh nhân tiếp tục điều trị OAT.

Ngừng điều trị methadone

Nhìn chung, bệnh nhân đã ổn định về lâm sàng và đang được giảm liều điều trị methadone sẽ gặp ít khó khăn cho đến khi liều methadone hàng ngày đạt 30 mg hoặc ít hơn. Khi liều dùng hàng ngày giảm xuống dưới 30 mg, triệu chứng cai thường xuất hiện giữa các lần uống methadone. Bên cạnh đó, tác dụng chặn khoái cảm và thèm nhớ của methadone giảm mạnh ở liều thấp này.

Ngừng điều trị LAAM

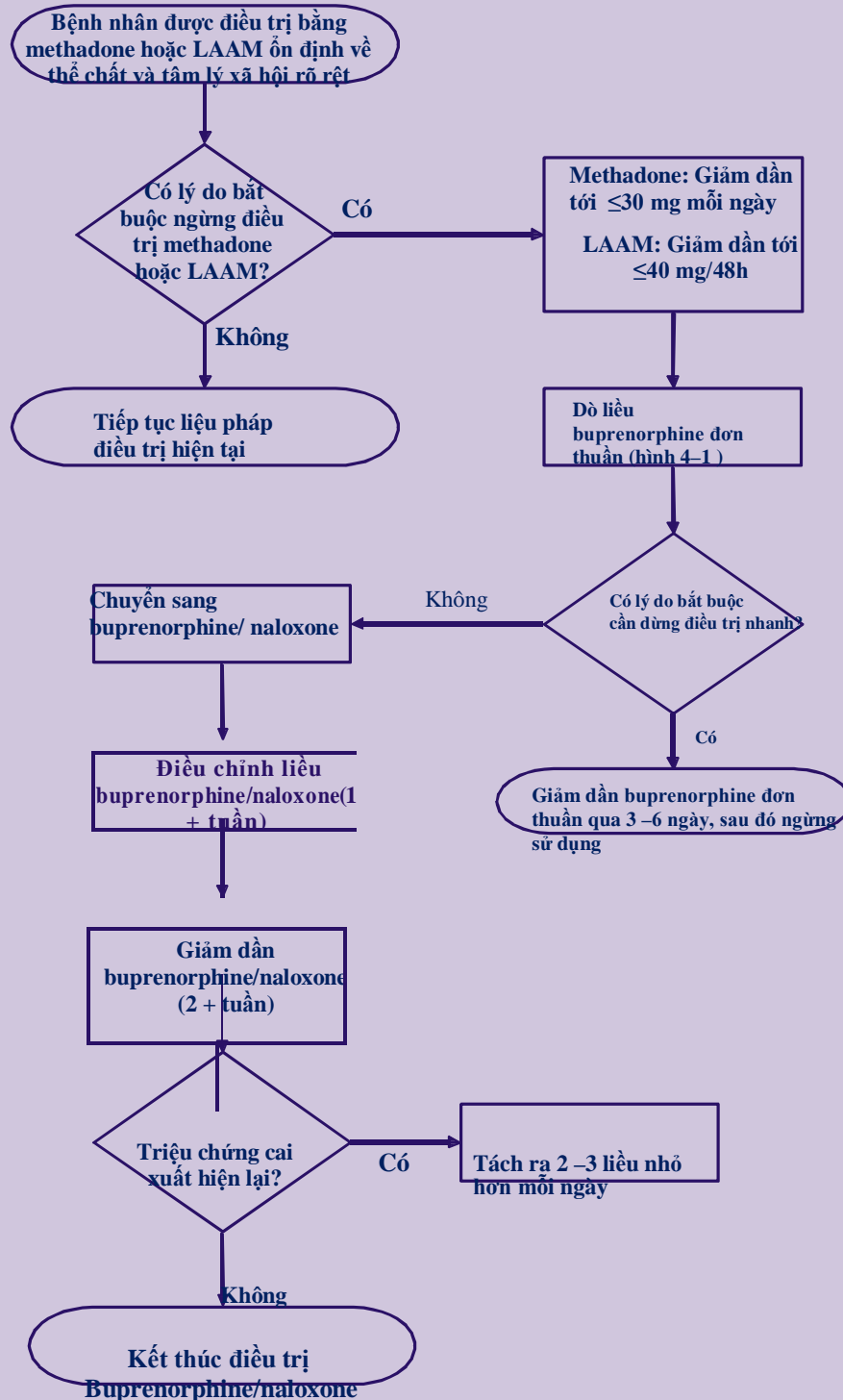
Ngừng điều trị đồng vận CDTP bằng LAAM tuân theo một phác đồ tương tự việc ngừng điều trị bằng methadone. Bệnh nhân đã điều trị LAAM ổn định có thể được điều trị bằng buprenorphine khi liều dùng LAAM thấp hơn 40mg/liều/48 giờ. Tại thời điểm này, buprenorphine đơn thuần có thể được sử dụng tương tự như trong quy trình dừng methadone, mặc dù đặc điểm dược lý của LAAM cần phải cân nhắc (Xem hình 4-5). Khi bệnh nhân đã ổn định với buprenorphine đơn thuần, việc dừng điều trị cũng cần tiến hành tương tự được mô tả ở trên về ngừng dùng methadone. Nếu bệnh nhân có lý do bắt buộc ngừng điều trị OAT, cắt cơn ngăn ngừa bằng buprenorphine đơn thuần có thể thực hiện trong 3 ngày như mô tả ở trên. Nếu không có lý do bắt buộc, bệnh nhân nên chuyển sang điều trị bằng phức hợp thuốc buprenorphine/ naloxone, sau đó giảm dần và thậm chí ngừng hẳn nếu bệnh nhân đã ổn định lâm sàng và không có dấu hiệu tái sử dụng CDTP bị cấm. Các bác sỹ cần nhớ rằng, bệnh nhân có khả năng bị tái nghiện cao nhất trong quá trình hoặc sau khi ngừng điều trị OAT. Do đó, bệnh nhân cần được theo dõi chặt chẽ vấn đề tái sử dụng CDTP bị cấm và liều buprenorphine cần tăng lên để giảm thêm nhớ và các triệu chứng cai.

Ngừng điều trị

Buprenorphine/naloxone

Khi quyết định ngừng điều trị bằng phức hợp thuốc buprenorphine/ naloxone thì liều dùng hàng ngày nên giảm dần trong khoảng thời gian xác định trước hoặc theo một tiến độ được thống nhất với bệnh nhân.

Sử dụng Buprenorphine để ngừng điều trị đồng vận CDTP



Triệu chứng cai có thể xuất hiện khi giảm liều buprenorphine/naloxone. Trong trường hợp này, việc giảm liều có thể tạm hoãn.

Như với quy trình mô tả ở trên, việc ngừng điều trị bằng phức hợp buprenorphine/naloxone có thể được thực hiện trong thời gian ngắn (ví dụ, 3 ngày), nhưng phương pháp này chỉ nên sử dụng khi có lý do bắt buộc phải ngừng điều trị buprenorphine/ naloxone nhanh; giảm dần và kết thúc điều trị trong thời gian dài là biện pháp tốt hơn.

Quản lý bệnh nhân

Mô hình hỗ trợ điều trị tâm lý xã hội

Chi điều trị bằng thuốc là chưa đủ để điều trị nghiện ma túy (McLellan và cộng sự, 1993). Kết quả điều trị cho thấy tác dụng đáp ứng theo liều dựa trên cả mức độ hỗ trợ hay số lượng các dịch vụ điều trị tâm lý xã hội được cung cấp. Do đó, các bác sĩ cần giúp bệnh nhân có vấn đề nghiện CDTP được hỗ trợ tâm lý – xã hội chứ không chỉ kê đơn và/hoặc cho sử dụng buprenorphine. Hầu hết các bệnh nhân cần phải tham gia các chương trình tư vấn lạm dụng CDTP cá nhân hay nhóm và tham gia vào các chương trình tự giúp (ví dụ, Nhóm người nghiện Rượu ẩn danh [AA]; Nhóm Người nghiện ma túy ẩn danh [NA]; Nhóm Methadone ẩn danh; nhóm 12 bước hỗ trợ phục hồi song song với điều trị OAT; hoặc Đào tạo quản lý bản thân và phục hồi [SMART]; Phục hồi hay Quản lý Tiết chế).

Các nhóm tự giúp có thể ích lợi với một số bệnh nhân và nên được coi là một trong hình thức hỗ trợ điều trị tâm lý xã hội. Tuy nhiên, bệnh nhân đang điều trị duy trì bằng thuốc CDTP thường gặp khó khăn khi muốn tham gia nhiều nhóm 12 Bước. Hơn nữa, nhiều bệnh nhân có kết quả điều trị tốt hơn khi điều trị theo các phương pháp chính thống dạng cá nhân hay nhóm. Khả năng cung cấp dịch vụ tư vấn và giáo dục trong các phòng khám có thể rất khác nhau, tùy thuộc vào loại hình và cách thức tổ chức điều trị.

Ví dụ, các bác sĩ tâm thần có thể thực hiện liệu pháp nhận thức – hành vi hoặc liệu pháp tăng cường động cơ trong các buổi trị liệu tâm lý. Một vài phòng khám có thể đưa phương pháp giáo dục bệnh nhân do nhóm các chuyên gia (ví dụ, điều dưỡng viên và y sĩ) tại phòng khám thực hiện. Chương trình điều trị lạm dụng ma túy thường bao gồm tư vấn và giáo dục phòng ngừa như một phần thống nhất trong chương trình của phòng khám. Tại các phòng khám độc lập hoặc thực hành tại nhà, bệnh nhân có thể ít có cơ hội nhận được các dịch vụ giáo dục/tư vấn. Một phần của khóa đào tạo về điều trị nghiện là các bác sĩ cần có kiến thức tối thiểu về nguyên tắc can thiệp ngắn cơ bản trong trường hợp tái nghiện (Xem phụ lục E). Các bác sĩ có thể cần cân nhắc đào tạo cho các nhân viên tại phòng khám về các can thiệp điều trị ngắn và phỏng vấn tạo động lực, kiên thức này có thể nâng cao hiệu quả điều trị cho các vấn đề sức khỏe khác của người bệnh. Danh sách giảng viên xem tại [http:// www.motivationalinterview.org](http://www.motivationalinterview.org).

Nhiều bác sĩ đã có khả năng đánh giá và gắn kết bệnh nhân lạm dụng chất vào các dịch vụ hỗ trợ điều trị. Bác sĩ định sử dụng buprenorphine để điều trị nghiện cần chắc chắn rằng họ có thể cung cấp các dịch vụ tâm lý xã hội trong các thực hành lâm sàng của họ hay giới thiệu bệnh nhân đến các chuyên gia có uy tín về y học hành vi. Trong thực tế, Đạo luật Điều trị Nghiện Chất DATA 2000 quy định rằng, khi các bác sĩ đăng ký với Cục Quản lý Chất gây nghiện và Sức khỏe Tâm thần (SAMHSA) để được cấp phép thực hành điều trị nghiện ngoài cơ sở OTP, họ phải chứng minh năng lực của mình trong việc chuyển bệnh nhân tiếp cận với các dịch vụ tư vấn và các liệu pháp không dùng thuốc phù hợp.

Trách nhiệm của các cán bộ y tế trong việc điều trị buprenorphine là biết được các biện pháp và dịch vụ điều trị có sẵn trong cộng đồng và có thể chuyên gửi bệnh nhân tới những dịch vụ điều trị phù hợp. Bác sĩ cần xác định được mức độ điều trị cần thiết để đáp ứng với nhu cầu của từng người bệnh và khi nào nhu cầu của người bệnh vượt quá những gì mà họ có thể cung cấp. Cần lập kế hoạch dự phòng cho bệnh nhân không muốn tham gia các dịch vụ điều trị tâm lý - xã hội được giới thiệu. Bác sĩ cần làm việc với chuyên gia y học hành vi để xác định mức độ dịch vụ cần cung cấp bên cạnh điều trị bằng thuốc.

Theo dõi điều trị

Kế hoạch điều trị

Bệnh nhân và các bác sĩ cần thống nhất về các mục tiêu điều trị thông qua kế hoạch điều trị dựa trên việc đánh giá bệnh nhân. Kế hoạch điều trị cần bao gồm cả mục tiêu điều trị và các tình huống phải dừng điều trị. Kế hoạch ban đầu cần

Kế hoạch điều trị

bao gồm cả mục tiêu điều trị và các tình huống phải dừng điều trị

bao gồm các tình huống thất bại điều trị, như chuyển sang phương thức điều trị được quản lý tốt hơn (ví dụ, OTP). Đối với người sử dụng nhiều chất gây nghiện, mục tiêu điều trị là ngừng tất cả với sự sẵn có của

các dịch vụ tư vấn cho việc sử dụng các chất gây nghiện khác. (Cai nghiện tất cả các chất gây nghiện bất hợp pháp và không thích đáng có thể là mục tiêu của tất cả bệnh nhân, bất kể người đó sử dụng một chất hoặc nhiều chất gây nghiện). Thỏa thuận điều trị cần làm rõ vai trò của bệnh nhân trong việc hợp tác và tham gia điều trị nghiện.

Bác sĩ có thể tham khảo các mẫu thỏa thuận (hay một phiên bản chỉnh sửa) trong phụ lục H, một công cụ hữu ích để làm việc với bệnh nhân tại phòng khám.

Sau khi bệnh nhân đã ký vào bản đồng thuận (theo 42 C.F.R, Phần 2), bác sĩ cần làm rõ các mục tiêu đánh giá và điều trị với gia đình người bệnh. Nếu có điều kiện, những người thân của bệnh nhân cần tham gia vào quá trình điều trị, vì sự tham gia của họ có tác động tích cực đến kết quả điều trị. Ngược lại, khi bệnh nhân từ chối sự tham gia của những người thân, hay những người thân từ chối tham gia thì những tác động tích cực này sẽ giảm đi.

Tần suất thăm khám

Trong giai đoạn ổn định, bệnh nhân được điều trị duy trì cần đến khám tại phòng khám ít nhất một lần/tuần. Một phần của mục đích đánh giá liên tục là để xác định liệu bệnh nhân có tuân thủ theo phác đồ điều trị và sử dụng thuốc đúng cách không (ví dụ, bảo quản thuốc, uống thuốc theo đơn, không làm mất thuốc). Khi đã đạt được liệu điều trị Buprenorphine ổn định và mẫu xét nghiệm không có ma túy, bác sĩ có thể

giảm tần suất khám xuống (hai tuần một lần hoặc lâu hơn, tối đa là 30 ngày). Đến khám tại phòng khám hàng tháng được coi là tần suất phù hợp với bệnh nhân đã điều trị ổn định, những người đang tiến triển tốt hướng đến mục tiêu điều trị và mẫu xét không tìm thấy ma túy. Tuy nhiên, các bác sĩ cần lưu tâm đến các rào cản trong điều trị, ví dụ các vấn đề địa lý, khoảng cách đến phòng khám, các vấn đề cá nhân như chăm sóc con cái và các nghĩa vụ công việc, cũng như chi phí điều trị.

Tiến triển của bệnh nhân trong việc đạt được các mục tiêu điều trị cần được đánh giá định kỳ. Nhiều thang đo về đạt được mục tiêu, mà điều dưỡng hoặc cán bộ quản lý trường hợp có thể thực hiện, có thể hỗ trợ trong việc theo dõi và ghi lại tiến triển điều trị của bệnh nhân. Các phương pháp được sử dụng để đánh giá điều trị duy trì bằng Buprenorphine tương

tự như các phương pháp được sử dụng cho các lĩnh vực khác của điều trị nghiện:

- Không sử dụng ma túy và không đang sử dụng chất gây nghiện (bao gồm cả việc uống rượu ở mức độ có vấn đề) mà có thể ảnh hưởng đến sự an toàn của bệnh nhân (ví dụ tiếp tục lạm dụng rượu và/hoặc benzodiazepine)
- Không còn chất gây nghiện
- Không có tác dụng có hại đến sức khỏe
- Không có tác động có hại đến hành vi
- Bệnh nhân sử dụng thuốc có trách nhiệm
- Bệnh nhân tuân thủ tất cả các cấu phần của kế hoạch điều trị (ví dụ, gặp chuyên gia tâm lý hay tham gia các nhóm theo đúng lịch hẹn, tham gia các hoạt động phục hồi)

Bệnh nhân chưa ổn định

Để đưa ra những đánh giá này, bác sĩ cần phải quyết định khi nào họ không thể tiếp tục quản lý được bệnh nhân. Ví dụ, nếu bệnh nhân đang lạm dụng các chất gây nghiện khác mà bác sĩ cảm thấy không có khả năng quản lý hoặc xét nghiệm vẫn thấy chất ma túy sau 8 tuần, khi đó bác sĩ có thể muốn đánh giá lại (1) liệu có nên tiếp tục điều trị cho bệnh nhân đó mà không có sự tư vấn tiếp tục cho bệnh nhân, hay (2) liệu có nên chuyển bệnh nhân tới các chuyên gia hay cơ sở điều trị chuyên sâu hơn. Quyết định cần dựa trên kế hoạch điều trị mà trước đó bệnh nhân đã đồng ý.

Xét nghiệm xác định chất gây nghiện bệnh nhân lạm dụng

Trong khi điều trị nghiện CDTP bằng buprenorphine, xét nghiệm xác định sử dụng tất cả các chất ma túy có liên quan cần được thực hiện ít nhất một lần/tháng. Kiểm tra nước tiểu là phương pháp xét nghiệm phổ biến nhất, mặc dù mẫu xét nghiệm có thể được thực hiện trên một số dịch thể và mô khác - bao gồm cả máu, nước bọt, mô hôi và tóc. Hướng dẫn toàn diện về xét nghiệm nước tiểu tại cơ sở CSSKBD có thể tham khảo

tại *Xét nghiệm nước tiểu trong CSSKBD: Giải mã bí mật & xây dựng chiến lược* (Gourlay và cộng sự, 2002)

Chất chuyển hóa của methadone và heroin có thể được phát hiện riêng rẽ bởi bộ công cụ xét nghiệm nước tiểu bán sẵn. Buprenorphine không có phản ứng chéo với quy trình phát hiện methadone hay các CDTP khác; do vậy, Buprenorphine sẽ không được phát hiện qua xét nghiệm nước tiểu thông thường. Cả bác sĩ và bệnh nhân cần biết được điều này.

Buprenorphine và các chất chuyển hóa của nó được bài tiết qua nước tiểu. Xét nghiệm nước tiểu để phát hiện Buprenorphine có thể được thực hiện tại phòng xét nghiệm của phòng khám, nhưng tại thời điểm công bố tài liệu này, không có phòng khám nào được cấp phép theo Tiêu chuẩn Cải thiện chất lượng Phòng xét nghiệm, bộ công cụ xét nghiệm nước tiểu Buprenorphine được bán và sử dụng tại các phòng khám.

Có hai lý do chính để tiến hành xét nghiệm Buprenorphine: (1) ở những bệnh nhân mới để khẳng định không có Buprenorphine trong cơ thể họ, (2) để hỗ trợ cho việc đánh giá sự tuân thủ điều trị với những bệnh nhân trong điều trị Buprenorphine. (Tham khảo thêm *Chương 3* để biết thêm thông tin về các phương pháp xét nghiệm). Do một quy trình xét nghiệm mới đang được xem xét để sử dụng trong điều trị nghiện bằng Buprenorphine, SAMHSA sẽ bổ sung thông tin có sẵn thông qua Liệu pháp dược lý (DPT) tại trang web <http://www.dpt.samhsa.gov/>.

Ngừng sử dụng thuốc

Trong điều kiện lý tưởng, việc ngừng sử dụng thuốc có thể xảy ra khi bệnh nhân đạt được lợi ích tối đa từ việc điều trị và không cần tiếp tục điều trị để duy trì lối không có chất gây nghiện. Khi mục tiêu này đạt được, liệu dùng Buprenorphine cần được giảm từ từ và phù hợp trong khi tiếp tục hỗ trợ tâm lý - xã hội cho người bệnh. Bệnh nhân cần được đánh giá tiếp về ổn định và duy trì cuộc sống hàng ngày mà không sử dụng chất gây nghiện. Sau đó bệnh nhân cần tiếp tục tham gia các dịch vụ tâm lý xã hội và/hoặc sử dụng lại thuốc điều trị, nếu cần, để điều trị tiếp tục.

Tuy nhiên, các tình huống bất ngờ xảy ra khiến bác sỹ cảm thấy bệnh nhân không tiến triển tốt. Ví dụ, bệnh nhân không tuân thủ kế hoạch điều trị hay các quy trình của phòng khám (ví dụ như thanh toán đúng hạn). Trong một số trường hợp, bác sỹ có thể buộc phải chấm dứt điều trị, nhưng không được bỏ mặc bệnh nhân. Bác sỹ nên có các hành động để ngăn chặn tình trạng này. Họ có thể đưa ra các quy định về hành vi của bệnh nhân tại phòng khám, quy trình của phòng khám và việc tuân thủ điều trị. Các quy định này cần được thảo luận với bệnh nhân trước khi họ bắt đầu điều trị bằng Buprenorphine và bệnh nhân cần đồng ý tuân thủ theo các quy định này.

Bác sỹ nên xây dựng quy trình giải quyết những vi phạm nhỏ về quy định và không tuân thủ kế hoạch điều trị. Cần làm rõ những thời điểm mà bệnh nhân sẽ được thông báo rằng họ không tuân thủ kế hoạch điều trị, và họ lẽ ra đã có cơ hội để tăng cường tuân thủ điều trị.

Trong trường hợp buộc ngừng điều trị, bác sỹ cần chuyển gửi bệnh nhân đến cơ sở phù hợp – các chương trình điều trị nghiện CDTP chuyên sâu (OTP), hay tới các bác sỹ khác có thể kê đơn Buprenorphine, hay tới những cơ sở điều trị phù hợp khác. Nếu bệnh nhân không được điều trị tại một cơ sở khác, bác sỹ cần xử trí phù hợp hội chứng cai do buprenorphine để giảm thiểu sự khó chịu của hội chứng cai. Một bệnh nhân có thể có hoặc không sẵn sàng chấp nhận việc chuyển nơi điều trị, nhưng bác sỹ phải thật sự nỗ lực để đảm bảo rằng bệnh nhân của họ nhận được chăm sóc phù hợp dựa trên dịch vụ sẵn có sau khi họ kết thúc vai trò điều trị của mình.

Để biết thêm thông tin về các vấn đề quản lý điều trị, xem thêm TIP43 về *Điều trị nghiện bằng thuốc* (CSAT). Các nguyên tắc quản lý điều trị được đề cập trong TIP này cũng có thể áp dụng trong điều trị buprenorphine tại phòng khám.

5 Quần thể có nhu cầu chăm sóc đặc biệt

Trong chương này...

- Bệnh nhân mắc bệnh đồng diễn
- Phụ nữ mang thai và trẻ sơ sinh
- Vị thành niên/thanh niên
- Người cao tuổi
- Bệnh nhân có những rối loạn về tâm thần
- Lạm dụng nhiều chất gây nghiện
- Bệnh nhân điều trị giảm đau
- Bệnh nhân vừa ra khỏi môi trường có kiểm soát
- Cán bộ y tế nghiện các CDTP

Tổng quan

Cần quan tâm tới nhóm có hoàn cảnh đặc biệt hoặc nhóm hiện có các bệnh đồng diễn hoặc có các vấn đề tâm lý xã hội trong quá trình đánh giá và điều trị nghiện CDTP bằng Buprenorphine. Nhóm bệnh nhân có hoàn cảnh hoặc tình trạng đặc biệt cần chú ý là nhóm có các bệnh đi kèm (ví dụ như AIDS, lao), rối loạn tâm thần hoặc rối loạn do sử dụng rượu hoặc các loại rất gây nghiện khác, phụ nữ mang thai, vị thành niên, người cao tuổi, bệnh nhân trong các trại cai nghiện, cải tạo và cán bộ y tế nghiện. Do mỗi nhóm có nhu cầu riêng biệt, việc điều trị nghiện cho những bệnh nhân này cần thêm đào tạo hoặc chăm sóc và tư vấn đặc biệt. Trước khi điều trị nghiện cho những người này, bác sỹ nên cân nhắc liệu phòng khám có thể đáp ứng được nhu cầu của bệnh nhân hay cần phải chuyển bệnh nhân đến các chương trình điều trị đặc thù hoặc chuyên gia cai nghiện.

Bệnh nhân có các bệnh đồng diễn

Bệnh nhân điều trị nghiện CDTP thường có các bệnh khác đi kèm. Những bệnh này thường là hậu quả của các hành vi nguy cơ cao như tiêm chích (tiêm tĩnh mạch, tiêm bắp, tiêm dưới da) hoặc do tác dụng gây độc trực tiếp của các thành phần hoạt động và không hoạt động của các loại ma túy. Tỷ lệ mắc bệnh truyền nhiễm (ví dụ như HIV/AIDS, viêm gan B và C, lao, nhiễm trùng da và mô mềm, giang mai và các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác) trong nhóm bệnh nhân này đang gia tăng và cần được sàng lọc, như đã đề cập trong Chương 3. Một số bệnh đồng diễn khác (ví dụ như động kinh, hở van tim thứ phát do viêm nội tâm mạc, tăng áp lực phổi thứ phát do u hạt talc, phù bạch huyết, giả phình mạch ở cổ và bẹn do viêm tắc tĩnh mạch, suy thận thứ phát do tác dụng của heroin)

cũng thường gặp trong nhóm bệnh nhân này và có thể cần có sự chăm sóc đặc biệt. Bệnh nhân có tiền sử viêm nội tâm mạc cần điều trị dự phòng kháng sinh trước khi thực hiện quy trình điều trị thông thường. Bệnh nhân có tiền sử viêm gan C có thể phải tiêm vaccine viêm gan A và B và có thể không được sử dụng các thuốc gây độc cho gan. Một nghiên cứu hồi cứu cho thấy men gan tăng cao rõ rệt đối với bệnh nhân điều trị Buprenorphine có tiền sử viêm gan, do đó cần phải theo dõi chức năng gan thường xuyên trong quá trình điều trị bằng Buprenorphine (Petry và cộng sự, 2000). Thảo luận chi tiết về các bệnh đi kèm với người nghiện không nằm trong phạm vi của chương này và đã được trình bày trong các tài liệu khác (Cherubin và Sapira, 1993; Stein, 1990).

Điều trị nghiện CDTP cho bệnh nhân có bệnh đồng diễn thường mang lại kết quả điều trị bệnh đồng diễn tốt hơn so với nếu không điều trị rối loạn do dùng chất gây nghiện. Moatti và cộng sự (2000) nhận thấy bệnh nhân điều trị Buprenorphine có xu hướng tuân thủ điều trị liệu pháp kháng vi rút HIV hoạt lực cao (HAART) hơn những bệnh nhân không được điều trị nghiện CDTP đồng thời.

Điều trị bằng thuốc cho những bệnh đồng diễn có thể gặp phải tương tác thuốc nghiêm trọng với Buprenorphine do các thuốc có chung các đặc điểm dược động học. Mặc dù Carrieri và cộng sự (2000) không tìm thấy tác động bất lợi ngắn hạn của điều trị Buprenorphine lên tải lượng virus trong điều trị HAART, Buprenorphine được chuyển hóa bởi hệ thống enzyme cytochrome P450 3A4 tại gan và sẽ tương tác với các thuốc khác được chuyển hóa bởi cùng hệ thống. Một số thuốc ARV có thể chiếm giữ hệ thống cytochrome P450 3A4 và do đó ức chế chuyển hóa của Buprenorphine. Một số thuốc khác làm giảm hoạt động hệ thống cytochrome P450 3A4 như một số thuốc điều trị lao, thuốc chống co giật và thuốc kháng vi rút) có thể giảm nồng độ Buprenorphine trong huyết thanh dẫn tới Hội chứng cai hoặc giảm hiệu quả điều trị.

Do phần lớn các tương tác thuốc với Buprenorphine chưa được nghiên cứu một cách có hệ thống, bác sỹ cần giám sát tất cả các triệu chứng và dấu hiệu của tác dụng phụ, giảm tác dụng hoặc hội chứng cai CDTP khi bệnh nhân bắt đầu sử dụng bất kỳ loại thuốc mới nào. Liều điều trị Buprenorphine có thể cần phải điều chỉnh sau khi bắt đầu sử dụng một loại thuốc mới, ngay cả với bệnh nhân đã có liều điều trị ổn định.

Một khả năng khác cũng chưa được biết đến, đó là Buprenorphine có khả năng làm tăng hoặc giảm chuyển hóa của các thuốc dùng để điều trị các bệnh đồng diễn. Thông báo cho bệnh nhân về khả năng tương tác thuốc, đặc biệt tác dụng giảm đau hoặc triệu chứng cai đột ngột là hết sức quan trọng để tránh ảnh hưởng đến việc tuân thủ điều trị và/hoặc tái nghiện.

Tóm lại, cần phải sàng lọc và quản lý các bệnh đồng diễn thường gặp trong nhóm bệnh nhân điều trị nghiện bằng Buprenorphine và dự đoán các tương tác thuốc đã biết hoặc có thể xảy ra. Thông tin thêm về các tương tác thuốc với Buprenorphine được đề cập tại Chương 2.

Phụ nữ mang thai và trẻ sơ sinh

Tiếp tục sử dụng heroin trong khi mang thai với các nguy cơ nhiễm trùng, quá liều và hội chứng cai trong tử cung gây nguy hiểm đến tính mạng của cả mẹ và thai nhi. Tuy nhiên, hiện có rất ít nghiên cứu về sự an toàn và tác động của Buprenorphine lên phụ nữ có thai và thai nhi. Nếu bệnh nhân đang mang thai hoặc có thể có thai trong quá trình điều trị nghiện CDTP, bác sỹ cần cân nhắc liệu Buprenorphine có phải là lựa chọn điều trị phù hợp hay không. Bác sỹ nên cân nhắc tất cả các nguy cơ và lợi ích của điều trị Buprenorphine so với nguy cơ nếu bệnh nhân tiếp tục sử dụng các CDTP bất hợp pháp. Methadone hiện nay là thuốc tiêu chuẩn trong chăm sóc điều trị nghiện cho phụ nữ mang thai tại Hoa Kỳ.

Methadone đã được chứng minh là an toàn và hiệu quả cho cả phụ nữ mang thai và trẻ sơ sinh.

Cục quản lý thuốc và thực phẩm (FDA) phân loại Buprenorphine là thuốc ở Nhóm C đối với phụ nữ mang thai. FDA với mục tiêu lâu dài là xác định độc tính của thuốc trên động vật góp phần đưa ra các thông tin lâm sàng có ý nghĩa cho phụ nữ có thai, xếp loại một thuốc trong Nhóm C đối với phụ nữ mang thai (1) nếu các nghiên cứu về sinh sản trên động vật cho thấy tác dụng có hại tới thai nhi, (2) nếu chưa có đầy đủ thông tin từ các nghiên cứu phù hợp và có đối chứng trên người, và (3) nếu hiệu quả của việc điều trị có thể chấp nhận được mặc dù vẫn còn các nguy cơ tiềm ẩn. Bên cạnh những cảnh báo của FDA về sử dụng Buprenorphine cho phụ nữ mang thai, bác sỹ cũng cần chú ý đến nguy cơ của các bệnh truyền nhiễm khác và những vấn đề liên quan đến lối sống (ví dụ như dinh dưỡng kém, thiếu chăm sóc thai sản) để đáp ứng nhu cầu của bệnh nhân này.

Tác dụng của Buprenorphine lên phụ nữ mang thai

Có rất ít kết quả nghiên cứu về dược động học của Buprenorphine lên phụ nữ mang thai và thai nhi (Johnson và cộng sự 2003a; Marquet và cộng sự 1997). Tương tự như vậy, rất ít thông tin về sử dụng Buprenorphine trên lâm sàng để điều trị cai nghiện CDTP cho phụ nữ mang thai. Y văn về lĩnh vực này chủ yếu là báo cáo trường hợp và những nghiên cứu tiền cứu nhỏ, không có nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng có đối chứng. Trong các trường hợp được báo cáo từ Châu Âu và Châu Úc về sử dụng Buprenorphine cho phụ nữ mang thai, liều sử dụng dao động từ 0.4 – 24mg/ngày.

Trong những báo cáo hiếm hoi này, quá trình thai nghén diễn ra bình thường, tỉ lệ đẻ non hoặc các vấn đề khác thấp. Chỉ số xét nghiệm cận lâm sàng của bà mẹ trong các báo cáo này đều trong giới hạn bình thường; nếu không trong giới hạn bình thường thì cũng không khác biệt có ý nghĩa so với các chỉ số này trong thời gian mang thai hoặc do nguyên nhân khác không phải là thuốc.

Xem thêm tổng quan các nghiên cứu đã xuất bản liên quan đến điều trị nghiện bằng Buprenorphine ở phụ nữ mang thai trong bài của Johnson và cộng sự, 2003a.

Trẻ sinh ra từ bà mẹ điều trị nghiện bằng Buprenorphine

Buprenorphine và các chất chuyển hóa của Buprenorphine có nồng độ cao trong máu, nước tiểu và phân su của trẻ sơ sinh có bà mẹ đang điều trị Buprenorphine (Johnson và cộng sự 2003a; Marquet và cộng sự 1997).

Báo cáo nghiên cứu về ít nhất 309 trẻ sơ sinh sinh ra từ các bà mẹ được điều trị Buprenorphine. Mặc dù không phải là nghiên cứu có hệ thống nhưng hội chứng cai ở trẻ sơ sinh (NAS) đã được báo cáo ở 191/309 trẻ và một nửa trong số đó cần được điều trị NAS.

Tuy nhiên việc đánh giá hội chứng cai của hơn 40% số trường hợp này bị nhiễu do các thuốc khác mà bà mẹ sử dụng. Nhìn chung, mặc dù không có thử nghiệm lâm sàng có đối chứng nào báo cáo, NAS có liên quan tới Buprenorphine được báo cáo nhẹ hơn so với hội chứng này ở bệnh nhân điều trị methadone.

Một nghiên cứu tiền cứu không làm mù (Fischer et al. 2000) tìm thấy triệu chứng của NAS trong số 7/15 trẻ sơ sinh có phơi nhiễm với Buprenorphine trong tử cung. Trong số 15 trẻ sơ sinh này, 3 có triệu chứng ở mức trung bình cần điều trị, 4 ở mức nhẹ không cần điều trị và 8 không có triệu chứng. Một nghiên cứu tiền cứu không làm mù khác (Johnson và cộng sự 2003a)

Methadone hiện là thuốc tiêu chuẩn trong chăm sóc điều trị nghiện CDTP cho phụ nữ mang thai tại Hoa Kỳ.

báo cáo NAS ở cả 3/3 trẻ phơi nhiễm với Buprenorphine tuy nhiên không cần điều trị.

Triệu chứng NAS do Buprenorphine thường xuất hiện trong vòng 2 ngày đầu sau sinh, đạt mức cao nhất trong ngày 3 - 4 và thường kéo dài 5 – 7 ngày. Chỉ một số rất ít trẻ bị hội chứng cai kéo dài từ 6 – 10 tuần.

Tương tự như điều trị NAS sau khi phơi nhiễm với methadone, rất nhiều các thuốc khác nhau (trong đó có chlorpromazine, phenobarbital, benzodiazepine, aregoric elixir, và morphine) đã được sử dụng trong điều trị NAS do Buprenorphine. Viện Hàn lâm Nhi khoa Hoa Kỳ khuyến cáo sử dụng cồn thuốc phiện (tincture of opium) để điều trị cho trẻ sơ sinh có hội chứng cai (Hội đồng Viện Hàn lâm Nhi khoa Hoa Kỳ 1998).

Nuôi con bằng sữa mẹ khi điều trị bằng Buprenorphine

Có rất ít dữ liệu về dược động học ở người cho rằng Buprenorphine truyền qua sữa mẹ theo tỉ lệ huyết tương – sữa xấp xỉ 1. Thêm vào đó, tác dụng sinh học của Buprenorphine qua đường uống kém nên trẻ bú sữa mẹ sẽ chỉ bị phơi nhiễm tương đương 1/5 – 1/10 tổng lượng Buprenorphine mà bà mẹ sử dụng.

Một tài liệu tổng hợp các báo cáo trên khoảng 40 – 50 bà mẹ điều trị bằng Buprenorphine và cho con bú sau khi sinh (Johnson và cộng sự 2003a; Lejeune và cộng sự 2001; Loustauneau và cộng sự 2002; Marquet và cộng sự 1997). Những báo cáo này chỉ ra Buprenorphine có trong sữa mẹ không gây ra hội chứng NAS. Thêm vào đó, không quan sát thấy các triệu chứng của NAS sau khi trẻ ngừng bú mẹ ở những bà mẹ điều trị bằng Buprenorphine (Loustauneau và cộng sự 2002).

Mặc dù thuốc Subutex® và Suboxone® ghi chú không khuyến khích phụ nữ cho con bú trong khi điều trị, nhưng các nghiên cứu vẫn thống nhất rằng tác động của thuốc điều trị là rất nhỏ và không chống chỉ định cho trẻ bú sữa mẹ. Tuy nhiên, do có rất ít tài liệu trong lĩnh vực này, các bác sĩ được tư vấn là sử dụng nhận định chuyên môn của mình để đưa ra những khuyến cáo.

Thuốc phối hợp Buprenorphine/ Naloxone cho phụ nữ mang thai

Hội đồng thẩm định nhận thấy có một vấn đề là liệu có nên sử dụng phối hợp thuốc Buprenorphine/ naloxone cho phụ nữ mang thai hay không. Naloxone được FDA phân loại là thuốc độc Nhóm B đối với phụ nữ mang thai. Cục quản lý thuốc và thực phẩm (FDA) xếp một loại thuốc vào phân loại nhóm B cho phụ nữ mang thai nếu (1) các nghiên cứu về sức khỏe sinh sản trên động vật thất bại trong việc chứng minh có nguy cơ đối với thai nhi và (2) chưa có nghiên cứu phù hợp và có đối chứng trên bệnh nhân là phụ nữ có thai. Mặc dù naloxone được xếp trong nhóm độc loại B dành cho phụ nữ mang thai nhưng vẫn cần thận trọng khi sử dụng với phụ nữ nghiện các CDTP do cả mẹ và thai nhi đều lệ thuộc vào nghiện CDTP do bà mẹ sử dụng, điều trị bằng Naloxone có thể gây ra hội chứng cai đột ngột cho cả hai.

Nếu điều trị bằng Buprenorphine là lựa chọn duy nhất đối với phụ nữ có thai và người phụ nữ đó hiểu vấn đề cũng như các nguy cơ thì nên điều trị đơn trị liệu bằng Buprenorphine để tránh nguy cơ thai nhi phơi nhiễm với Naloxone. Lưu ý rằng khi điều trị đơn trị liệu bằng Buprenorphine có nguy cơ lạm dụng thuốc, do vậy cần theo dõi thường xuyên bệnh nhân và lượng thuốc bệnh nhân sử dụng. Để phòng tránh lạm dụng thuốc và dùng thuốc không đúng mục đích khi điều trị đơn trị liệu bằng Buprenorphine, lượng thuốc phát để bệnh nhân mang về nhà và lượng thuốc kê đơn cần ít hơn so với điều trị với liệu pháp phối hợp Buprenorphine/ Naloxone.

Tóm tắt

Buprenorphine được FDA xếp loại thuộc Nhóm C dành cho phụ nữ mang thai. Cần có thêm các thử nghiệm lâm sàng có đối chứng về sử dụng Buprenorphine ở phụ nữ mang thai. Các bằng chứng hiện có chưa chỉ ra bất cứ tác dụng bất lợi nào của Buprenorphine lên phụ nữ mang thai hoặc trẻ sơ sinh nhưng đây là những bằng chứng từ nghiên cứu trường hợp, không phải nghiên cứu có đối chứng. Methadone hiện là phương pháp điều trị nghiện CDTP tiêu chuẩn cho phụ nữ mang thai tại Hoa Kỳ. Phụ nữ mang thai mong muốn điều trị nghiện nên được chuyển đến cơ sở chuyên khoa của chương trình điều trị duy trì bằng methadone. Nếu bệnh nhân từ chối những dịch vụ đặc thù này hoặc dịch vụ này không có sẵn tại cộng đồng, điều trị duy trì bằng đơn trị liệu Buprenorphine có thể được cân nhắc như một liệu pháp thay thế. Trong những trường hợp này, cần ghi rõ trong bệnh án là bệnh nhân từ chối điều trị bằng methadone, hoặc dịch vụ này không có sẵn, và bệnh nhân đã được thông tin đầy đủ về nguy cơ của việc sử dụng buprenorphine, một loại thuốc vẫn chưa được nghiên cứu đầy đủ trên phụ nữ có thai, và bệnh nhân hiểu rõ những nguy cơ này.

Vị thành niên/thanh niên

Sử dụng Buprenorphine để điều trị nghiện các CDTP cho vị thành niên cũng chưa được nghiên cứu một cách có hệ thống. Tuy nhiên người ta cho rằng những bệnh nhân dưới 18 tuổi, thời gian nghiện ngắn có nguy cơ rất cao mắc các tai biến do nghiện (ví dụ như tử vong do quá liều, tự tử, HIV và các bệnh truyền nhiễm khác). Rất nhiều chuyên gia về điều trị nghiện các CDTP cho rằng buprenorphine là liệu pháp điều trị dành riêng cho những bệnh nhân vị thành niên và mới nghiện thời gian ngắn. Thêm vào đó, Buprenorphine có thể là lựa chọn phù hợp cho bệnh nhân vị thành niên có tiền sử lạm dụng và nghiện các CDTP và tái nghiện nhiều lần nhưng hiện không lệ thuộc CDTP.

Buprenorphine được ưa thích hơn methadone khi điều trị nghiện CDTP cho vị thành niên vì hội chứng cai buprenorphine tương đối dễ chịu.

Do vị thành niên thường có tiền sử sử dụng các chất dạng thuốc phiện ngắn nên hãy thử cắt cơn bằng Buprenorphine sau đó không dùng thuốc hoặc điều trị bằng naltrexone trước khi điều trị duy trì. Điều trị bằng Naltrexone có thể là một điều trị hỗ trợ quan trọng sau khi cắt cơn.

Naltrexone không có nguy cơ lạm dụng và có thể dự phòng tái nghiện bằng cách khóa tác dụng của CDTP nếu bệnh nhân tái sử dụng CDTP.

Naltrexone là thuốc hỗ trợ điều trị quan trọng đối với một số nhóm quần thể lạm dụng các CDTP, đặc biệt trong nhóm trẻ tuổi và nhóm mới nghiện. Naltrexone đặc biệt hiệu quả với bệnh nhân được hỗ trợ tốt, trong đó có một hoặc nhiều người tình nguyện giúp quan sát, giám sát hoặc kiểm soát việc sử dụng naltrexone hàng ngày. Với những vị thành niên tái nghiện sau khi cắt cơn, điều trị thay thế bằng Buprenorphine có thể là một lựa chọn thay thế phù hợp. Xem thêm Chương 4 về quy trình điều trị duy trì và cắt cơn bằng buprenorphine.

Điều trị cho bệnh nhân dưới 18 tuổi có thể phức tạp do những vấn đề về tâm lý xã hội, sự tham gia của thành viên trong gia đình và luật của tiểu Bang về thỏa thuận đồng ý và yêu cầu báo cáo từng vấn đề nhỏ. Tư vấn hỗ trợ và các dịch vụ xã hội rất quan trọng trong việc hợp tác hỗ trợ và tuân thủ điều trị.

Buprenorphine có thể là một lựa chọn điều trị có ích cho vị thành niên nghiện các CDTP.

Sự đồng thuận của cha mẹ

Sự đồng thuận của cha mẹ là một vấn đề quan trọng đối với bác sĩ điều trị cho vị thành niên nghiện CDTP. Thông thường, bệnh nhân trưởng thành có đủ “năng lực ra quyết định” thì họ có quyền quyết định các liệu pháp điều trị mà họ chấp nhận hoặc từ chối, thậm chí nếu việc từ chối có thể dẫn đến tử vong. Tuy nhiên với vị thành niên lại khác. Vị thành niên không có quyền hợp pháp tự quyết giống như người trưởng thành trừ khi họ được pháp luật cho phép. Quyền của vị thành niên được chấp nhận hoặc từ chối điều trị rất khác với người trưởng thành. Luật thay đổi theo từng tiểu bang phụ thuộc vào việc liệu vị thành niên có thể điều trị nghiện mà không cần sự đồng thuận của bố mẹ hay không. Một số tiểu bang cho phép và thông báo để cha mẹ cân nhắc đặc biệt đến một số khía cạnh như tuổi của trẻ vị thành niên, giai đoạn phát triển nhận thức, cảm xúc, xã hội cũng như vấn đề chi trả cho quá trình điều trị và nguyên tắc để “tự quyết”.

Hơn một nửa số tiểu bang cho phép bản thân vị thành niên dưới 18 tuổi chấp thuận điều trị rồi loạn do sử dụng chất gây nghiện mà không cần sự đồng ý của bố mẹ. Tại các tiểu bang yêu cầu có sự đồng ý của bố mẹ mới được điều trị cho vị thành niên, việc điều trị chỉ tiến hành khi cha mẹ đồng ý. Tại một số tiểu bang yêu cầu thông báo cho cha mẹ, điều trị có thể tiến hành khi vị thành niên sẵn sàng tham gia vào chương trình trao đổi với bố mẹ. Tiền sử bị bỏ rơi hoặc lạm dụng có thể được phát hiện trong quá trình điều trị bệnh nhân vị thành niên và bác sĩ cần biết các yêu cầu báo cáo tại tiểu bang mình. Yêu cầu bắt buộc báo cáo các trường hợp lạm dụng chất ở trẻ em đảm bảo tính bí mật trong điều trị các chất cai nghiện theo Điều 42, phần 2 của Luật các Quy định liên bang (42 C.F.R. Phần 2).

Một số khó khăn khác có thể xuất hiện khi vị thành niên yêu cầu điều trị nhưng từ chối không cho cha mẹ hoặc người giám hộ biết. Trừ một số ít các trường hợp ngoại lệ, luật của liên bang đảm bảo tính bí mật cho bệnh nhân không cho phép bác sĩ (hoặc người giám sát) trao đổi các thông tin về điều trị cai nghiện cho bên thứ ba, trong đó có cha mẹ, nếu không được sự đồng ý của cha mẹ.

Trường hợp ngoại lệ duy nhất cho phép “giám đốc chương trình” (ví dụ bác sĩ điều trị) thông báo “các thông tin đe dọa đến tính mạng hoặc sức khỏe của người đăng ký hoặc bất cứ cá nhân nào dưới sự bảo hộ của cha mẹ, người giám hộ hoặc người hợp pháp theo luật được quyết định thay trẻ vị thành niên”, khi bác sĩ điều trị trưởng tin rằng vị thành niên, do quá trẻ hoặc do điều kiện tâm lý, sinh lý, không đủ để ra quyết định phù hợp có hay không thông báo cho cha mẹ hoặc người giám hộ (42 C.F.R. Phần 2, Tiểu mục B, Phần 2.14d 2001). Giám đốc chương trình phải tin rằng tiết lộ thông tin cho cha mẹ hoặc người giám hộ là cần thiết để ứng phó với nguy cơ đe dọa cuộc sống hoặc sức khỏe thể chất của vị thành niên hoặc bất kỳ ai khác. Trong một số trường hợp, thông báo với các tổ chức bảo vệ trẻ em hoặc chính quyền là giải pháp thay thế có thể chấp nhận được, hoặc là một phần bắt buộc của việc xử trí, nếu bác sĩ tin rằng đã xảy ra việc bị bỏ rơi hoặc lạm dụng.

Cơ sở điều trị

Chương trình điều trị càng chuyên sâu bao nhiêu, nó càng có nguy cơ cao nếu nhận điều trị vị thành niên mà không có sự đồng thuận của cha mẹ. Các chương trình điều trị ngoại trú có thể có những lý lẽ tốt hơn cho việc chấp nhận điều trị cho vị thành niên mà không cần sự đồng ý của cha mẹ so với các chương trình điều trị ngoại trú chuyên sâu hoặc chương trình nội trú.

Tóm tắt

Buprenorphine có thể là một lựa chọn có ích trong điều trị cho vị thành niên có vấn đề về nghiện các CDTP. Tuy nhiên, việc điều trị nghiện cho vị thành niên phức tạp do có nhiều vấn đề về thuốc, luật pháp và đạo đức. Bác sĩ định tiến hành điều trị cho vị thành niên cần có hiểu biết thấu đáo luật pháp của tiểu bang về việc đồng ý của cha mẹ. Bác sĩ không có chuyên môn trong điều trị nghiện hoặc điều trị thuốc cho vị thành niên cần cân nhắc việc tư vấn hoặc giới thiệu cha mẹ vị thành niên nghiện đến các chuyên gia. Hơn nữa, các cơ quan bảo vệ trẻ em có thể là nguồn lực quan trọng để đưa ra quyết định điều trị phù hợp cho vị thành niên.

Người cao tuổi

Có rất ít thông tin về sử dụng Buprenorphine ở bệnh nhân cao tuổi. Do tốc độ chuyển hóa và hấp thụ ở người già khác so với người trẻ nên cần quan tâm đến việc sử dụng buprenorphine của từng người bệnh là người cao tuổi. Cần đặc biệt cẩn trọng trong khởi liều Buprenorphine do khác biệt về cấu trúc cơ thể và khả năng tương tác thuốc.

Bệnh nhân có những rối loạn về tâm thần

Mối liên quan giữa bệnh tâm thần và nghiện các chất dạng thuốc phiện đã được chứng minh. Các triệu chứng tâm thần và rối loạn tâm thần có thể do sử dụng thuốc, độc lập hoặc tương tác. Sử dụng và lạm dụng CDTP có thể tác động tương tự, làm trầm trọng thêm hoặc làm xuất hiện sớm các triệu chứng và rối loạn tâm thần. Đa số các chất gây nghiện khi bị lạm dụng đều gây ra các triệu chứng tâm thần từ trung bình cho đến nặng, và có sự kết hợp phức tạp giữa sử dụng chất và tình trạng tâm thần. Nghiên cứu về tỷ lệ rối loạn tâm thần trong 716 bệnh nhân nghiện điều trị bằng methadone (Brooner et al. 1997) cho thấy tỉ lệ mắc rối loạn tâm thần trong suốt cuộc đời là 47% và tại thời điểm hiện tại là 39%. Đáng lưu ý những bệnh nhân này đã ổn định điều trị trong vòng 1 tháng trước khi đánh giá tâm thần. Nghiên cứu khác trước đó cũng báo cáo tỉ lệ trầm cảm, rối loạn nhân cách chống xã hội, tâm thần phân liệt hoặc các đặc điểm giống tâm thần phân liệt, biểu hiện hung cảm hoặc nghiện rượu cao trong nhóm nghiện các CDTP. Ví dụ như nghiên cứu 533 bệnh nhân nghiện các CDTP điều trị nghiện chất, Rounsaville và cộng sự (1982) nhận thấy 86,9% đủ tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn tâm thần (bao gồm rối loạn nhân cách) trong suốt cuộc đời và 70,3% tại thời điểm điều tra. Tuy nhiên cần lưu ý rằng mặc dù tỉ lệ rối loạn trầm cảm, nghiện rượu, rối loạn nhân cách chống lại xã hội, rối loạn cảm xúc, rối loạn lo âu trong nhóm này cao hơn trong nhóm dân số bình thường nhưng tỉ lệ tâm thần phân liệt và điên thì không có sự khác biệt.

Mặc dù yếu tố căn nguyên của các rối loạn tâm thần do nghiện các CDTP chưa được nghiên cứu đầy đủ nhưng cần phải điều trị cùng lúc để điều trị một cách hiệu quả. Chính vì thế tình trạng rối loạn tâm thần đồng diễn (có hay không và mức độ) cần phải được đánh giá trước, trong khi khởi liều buprenorphine và cần xác định bệnh nhân có cần được chuyển đến dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi đặc biệt hay không.

Cần phải đánh giá để xác định các triệu chứng tâm thần hiện có là do các rối loạn tâm thần nguyên phát hay do hậu quả của sử dụng các nghiện chất.

Các rối loạn tâm thần nếu không được điều trị hoặc điều trị không thích hợp sẽ ảnh hưởng tới hiệu quả của quá trình điều trị nghiện. Sử dụng nhiều loại chất gây nghiện và các vấn đề tâm thần đều có tác

động xấu đến kết quả điều trị trừ khi được phát hiện và điều trị thích hợp. Ví dụ bệnh nhân bị trầm cảm nặng hoặc rối loạn khí sắc có xu hướng sử dụng ma túy nhiều hơn những người không bị trầm cảm trong thời gian điều trị.

Cần phải đánh giá để xác định các triệu chứng tâm thần hiện có là do rối loạn tâm thần nguyên phát hay do hậu quả của sử dụng các CDTP. Rối loạn tâm thần nguyên phát có thể cải thiện nhưng không giảm đi nếu không điều trị hoặc cần điều trị duy trì riêng những rối loạn này. Rối loạn tâm thần thường gặp nhất ở bệnh nhân nghiện các CDTP là rối loạn do lạm dụng các chất gây nghiện khác, rối loạn trầm cảm, rối loạn trầm cảm sau sang chấn, rối loạn tâm trí do sử dụng các chất gây nghiện và các rối loạn nhân cách chống lại xã hội.

Có rối loạn tâm thần không phải là tiêu chí để không cho phép bệnh nhân tham gia điều trị nghiện CDTP. Chẩn đoán các rối loạn tâm thần là yêu cầu vô cùng quan trọng để chỉ định các dịch vụ điều trị phù hợp. Trong lần thăm khám đầu tiên, cần phải đánh giá liệu bệnh nhân có ý định tự tử hoặc giết người hay không, các dấu hiệu hoặc triệu chứng rối loạn tâm thần cấp tính, và những vấn đề tâm thần cấp tính hoặc mạn tính khác khiến bệnh nhân không ổn định. Việc bắt đầu điều trị trầm cảm đồng thời với điều trị nghiện các CDTP có thể được cân nhắc trên những bệnh nhân có dấu hiệu hoặc triệu chứng trầm cảm. Nếu có các hành vi buồn vui thất thường, cần xác định nguyên nhân là do tác dụng của các nghiện chất hay do rối loạn cảm xúc nguyên phát.

Khi các triệu chứng tâm thần biểu hiện nặng và không ổn định, bệnh nhân có thể phải nhập viện để bảo vệ sự an toàn cho chính mình và những người xung quanh. Không nên điều trị ngoại trú và kê đơn Buprenorphine cho bệnh nhân thường xuyên tìm cách tự tử. Tốt nhất, nên chuyển ngay những bệnh nhân này đến cơ sở điều trị thích hợp, có thể là bệnh viện tâm thần. Những người hiện không tìm cách tự tử nhưng tiền sử có ý định tự tử hoặc cố gắng tự tử việc cung cấp và sử dụng thuốc cần được giám sát chặt chẽ.

Những bệnh nhân ổn định về tâm thần có thể được tiếp nhận điều trị và duy trì sử dụng Buprenorphine, sau đó có thể đánh giá thêm về tình trạng tâm thần để xác định các vấn đề cần được điều trị. Bệnh nhân có biểu hiện trầm cảm khi đang trong giai đoạn điều trị duy trì bằng Buprenorphine cần được tiếp tục đánh giá và điều trị phù hợp.

Lạm dụng nhiều chất gây nghiện

Lạm dụng nhiều chất gây nghiện (đa nghiện) trong nhóm nghiện các CDTP là rất phổ biến. Mặc dù lạm dụng hoặc lệ thuộc vào nhiều chất gây nghiện có thể được xác định khi đánh giá bệnh nhân, bác sĩ cần tiếp tục lưu ý đến những biểu hiện này trong suốt quá trình điều trị.

Điều trị bằng thuốc Buprenorphine cho nghiện CDTP có thể không có hiệu quả đối với những người sử dụng các chất gây nghiện khác. Cần phải chuyển bệnh nhân đến cơ sở điều trị các chất gây nghiện khác khi được xác định. Hơn nữa, cần phải thận trọng khi điều trị bằng Buprenorphine cho bệnh nhân lạm dụng rượu và thuốc an thần/thuốc ngủ (đặc biệt là benzodiazapines) do khả năng tương tác thuốc nghiêm trọng (Xem thêm chương 2 về tương tác thuốc)

Bệnh nhân cần điều trị đau

Bệnh nhân điều trị giảm đau trở thành lệ thuộc vào CDTP

Bệnh nhân có nhu cầu điều trị giảm đau, *không có nhu cầu điều trị nghiện* nên được điều trị tại một cơ sở nội hoặc ngoại khoa. Không nên chuyển những bệnh nhân này đến chương trình điều trị nghiện các CDTP chỉ vì họ được kê đơn CDTP và đã trở nên lệ thuộc về mặt cơ thể vào các thuốc CDTP đang điều trị.

Rất khó để phân biệt giữa nhu cầu thực tế cần sử dụng các CDTP để giảm đau hay sử dụng để tìm cảm giác phê. Điều này rất đúng đối với những bệnh nhân trở nên lệ thuộc vào các CDTP trong quá trình điều trị nếu khi triệu chứng đau chưa được điều trị đúng liều và không phù hợp.

Hình 5–1 mô tả một số đặc điểm để phân biệt việc sử dụng CDTP ở những bệnh nhân không nghiện và sử dụng các CDTP để giảm đau so với việc sử dụng ở những bệnh nhân nghiện.

Bệnh nhân nghiện các CDTP và cần điều trị đau

Hành vi liên quan đến lạm dụng chất gây nghiện thường dẫn đến tình trạng đau cấp tính hoặc mạn tính. Những t này có tình trạng này có thể do chính tác dụng gây độc của thuốc, cũng có thể do tình trạng chấn thương hoặc nhiễm khuẩn. Bệnh nhân đang điều trị nghiện cũng có thể bị đau đớn do tình trạng bệnh tật hoặc chấn thương không liên quan đến việc sử dụng chất gây nghiện. Bác sĩ cần xử trí hiệu quả và phù hợp những tình trạng đau này. Các CDTP là một trong những lựa chọn hàng đầu để giảm đau nhưng thường không được kê cho bệnh nhân đang điều trị nghiện vì lo sợ sẽ “duy trì tình trạng nghiện” hoặc làm tái nghiện ở những bệnh nhân đang cai hoặc điều trị. Luật của tiểu Bang về kê đơn các CDTP cho những bệnh nhân đã biết là lạm dụng thuốc có thể khiến bác sĩ kê đơn bị buộc tội trừ khi hồ sơ bệnh án phân biệt rõ giữa điều trị nghiện và điều trị giảm đau.

Tiếp cận điều trị. Có rất ít các kinh nghiệm lâm sàng được ghi nhận về việc điều trị giảm đau cho bệnh nhân đang điều trị bằng Buprenorphine. Bệnh nhân điều trị Buprenorphine bị đau trước tiên nên được điều trị bằng các thuốc giảm đau không có nguồn gốc từ thuốc phiện. Mặc dù bản thân Buprenorphine cũng có tác dụng giảm đau nhưng với liều dùng một lần hàng ngày để cai nghiện thường không đủ để giảm đau hiệu quả. Thêm vào đó, giảm đau bằng Buprenorphine không phù hợp để điều trị triệu chứng đau cấp tính. Trong một nghiên cứu về sử dụng Buprenorphine để giảm đau cấp tính (Nikoda và cộng sự 1998), tác dụng giảm đau ở liều cao của buprenorphine tương đương với morphine nhưng thời điểm thuốc bắt đầu có tác dụng không phù hợp để điều trị các trường hợp khẩn cấp.

Nếu triệu chứng đau trên bệnh nhân đang được điều trị Buprenorphine không thuyên giảm bằng các thuốc giảm đau không có chứa CDTP, họ cần được giảm đau bằng các thuốc thông thường, trong đó có các thuốc giảm đau chứa CDTP tác dụng ngắn.

Hình 5–1

Đặc điểm lâm sàng để phân biệt sử dụng CDTP cho bệnh nhân để giảm đau hay cho bệnh nhân nghiện CDTP

Đặc điểm lâm sàng	Bệnh nhân bị đau	Bệnh nhân nghiện
Buộc phải dùng thuốc	Hiếm	Phổ biến
Thèm nhớ (khi không đau)	Hiếm	Phổ biến
Lấy hoặc mua thuốc không phải từ cơ sở y tế	Hiếm	Phổ biến
Mua thuốc thông qua các hoạt động bất hợp pháp	Không có	Phổ biến
Sử dụng quá liều không theo hướng dẫn	Hiếm	Phổ biến
Sử dụng kèm thêm các CDTP khác	Ít	Thường xuyên
Yêu cầu loại CDTP nhất định	Hiếm	Phổ biến
Có thể ngưng sử dụng khi có phương pháp giảm đau hiệu quả khác thay thế	Thường xuyên	Thường không
Thích một đường dùng nhất định	Không	Có
Có thể điều chỉnh liều dùng theo nguồn cung	Có	Không

Nên dừng Buprenorphine trong khi bệnh nhân đang dùng thuốc giảm đau có chứa CDTP. Cần lưu ý rằng, rất khó có thể giảm đau hiệu quả với CDTP tác dụng ngắn cho những bệnh nhân đang duy trì bằng buprenorphine cho đến khi Buprenorphine hoàn toàn được thải ra khỏi cơ thể,

... rất khó có thể giảm đau bằng các CDTP tác dụng ngắn cho bệnh nhân đang duy trì bằng buprenorphine...

và các thuốc giảm đau CDTP tác dụng ngắn cần được kê ở liều cao hơn. Không nên kết hợp các loại thuốc giảm đau CDTP để tránh nguy cơ nhiễm độc acetaminophen hoặc salicylate khi thuốc đang được sử dụng ở liều đủ để kiểm soát cơn đau ở

bệnh nhân đang điều trị duy trì bằng buprenorphine. Nên giảm liều giảm đau khi buprenorphine được đào thải khỏi cơ thể.

Khi bắt đầu điều trị Buprenorphine trở lại, bác sĩ nên xem lại Chương 4 về quy trình khởi liều. Để tránh hội chứng cai đột ngột, không nên bắt đầu điều trị Buprenorphine cho đến khi liều thuốc giảm đau CDTP cuối cùng được đào thải, phụ thuộc vào thời gian bán thải của thuốc.

Bệnh nhân đang sử dụng thuốc giảm đau CDTP để điều trị đau mãn tính nặng không nên điều trị Buprenorphine do tác động trần của hiệu quả giảm đau của Buprenorphine. Điều này cũng đúng với các bệnh nhân mắc bệnh nan y. Đối với các bệnh nhân đang điều trị duy trì bằng Buprenorphine và

cần điều trị giảm đau bằng các CDTP cho đến cuối đời thì nên ngừng sử dụng Buprenorphine, trừ khi Buprenorphine đủ để giảm đau cho bệnh nhân hoặc bệnh nhân mong muốn sử dụng Buprenorphine vì các lý do khác.

Đối với các bệnh nhân nghiện các CDTP và bị đau nặng mạn tính, sử dụng methadone nhiều lần trong ngày hoặc các thuốc đồng vận hoàn toàn có tác dụng kéo dài sử dụng liên tục (nhiều hơn chỉ định) có thể là giải pháp thay thế tốt nhất trong điều trị. Loại điều trị này thường được tiến hành kết hợp với cơ sở điều trị nghiện CDTP chuyên sâu (OTP). Tuy nhiên nếu bác sĩ (1) không đủ năng lực để điều trị nguyên nhân gây đau và (2) ghi chép một cách thận trọng mục đích chính của sử dụng CDTP là để giảm đau thì có thể điều trị bệnh nhân đó tại phòng khám mà không cần chuyển gửi. Cho đến khi bệnh nhân vẫn tuân thủ điều trị và không lạm dụng thuốc giảm đau và các chất gây nghiện khác thì không bắt buộc bệnh nhân phải được điều trị trong OTP hoặc điều trị bằng buprenorphine đối với các rối loạn do nghiện chất có từ trước hoặc hiện đang mắc phải. Tuy nhiên Cơ quan kiểm soát ma túy (DEA) không ủng hộ việc sử dụng này như một nguyên tắc điều trị “đau của hội chứng cai” hoặc các tình trạng đau giả hoặc lấy lý do bệnh tật để biện minh cho việc điều trị duy trì CDTP trái phép. Bệnh nhân sử dụng CDTP kéo dài để điều trị đau và những người có tiền sử lạm dụng hoặc nghiện có thể chuyển đến chương trình điều trị 12 bước hoặc các nhóm tự lực khác để giúp họ duy trì trạng thái hồi phục. Sàng lọc sử dụng ma túy ngẫu nhiên có thể giúp đảm bảo cho bác sĩ rằng cả bác sĩ và bệnh nhân vẫn đang trong giới hạn hợp pháp.

Do tất cả các điều trị bằng CDTP được quy định rất chặt chẽ, bác sĩ có ý định sử dụng thuốc CDTP để giảm đau cho bệnh nhân có nguy cơ bị nghiện hoặc tái nghiện cần tham khảo ý kiến của đồng nghiệp có kiến thức về điều trị duy trì CDTP bằng thuốc.

Bệnh nhân vừa ra khỏi môi trường có kiểm soát

Phần này tập trung vào đánh giá và điều trị bệnh nhân nghiện các CDTP vừa mới ra khỏi môi trường có kiểm soát (ví dụ như nhà tù), và những người được cho là đã điều trị cắt cơn không tự nguyện trong môi trường đó. Một số trường hợp khác cần phải quan tâm đặc biệt như (1) bệnh nhân vừa ra khỏi các bệnh viện hoặc các trung tâm phục hồi (2) bệnh nhân mới trở về địa phương sau khi đi du lịch hoặc đi thực hiện nghĩa vụ thời gian dài ở các nước khó tiếp cận với các chất gây nghiện hợp pháp và bất hợp pháp và (3) các trường hợp khác được cho rằng có thể dẫn đến những giai đoạn ngừng sử dụng một cách không tình nguyện ở những người chủ động sử dụng và nghiện CDTP.

Kết quả đánh giá bệnh nhân sẽ giúp làm rõ chẩn đoán lệ thuộc/nghiện CDTP và liệu bệnh nhân có nguy cơ cao tái nghiện nếu không được điều trị duy trì bằng buprenorphine. Một điểm cần quan tâm nữa khi điều trị là nhu cầu và các vấn đề về tâm lý xã hội cũng như địa chỉ liên lạc khi cần trong quá trình điều trị cho những người có thể tiếp tục vi phạm pháp luật.

Nghiện thuốc phiện trong nhóm bệnh nhân dưới sự giám sát của hệ thống tư pháp hình sự

Báo cáo cho thấy trong hơn một triệu người phạm tội và đang ở tù tại Hoa Kỳ, phần lớn hành vi phạm tội có liên quan đến lạm dụng hoặc nghiện chất. Các CDTP được ưa chuộng buôn bán bất hợp pháp nhất trong nhà tù và tương đối dễ sử dụng trong một số trường hợp. Môi trường và văn hóa trại giam khiến người ta dễ bị lôi kéo vào vòng xoáy và lối sống nghiện ngập. Tỷ lệ phạm tội cũng cao hơn ở nhóm có tiền sử nghiện các CDTP vì họ thường bị bắt sau khi không được tạm tha hoặc sau xét nghiệm ma túy.

Đánh giá bệnh nhân nghiện CDTP và vừa ra khỏi môi trường có kiểm soát

Bác sĩ cần quan tâm đến các yếu tố sau đây khi đánh giá tình trạng nghiện của bệnh nhân vừa được ra khỏi môi trường có kiểm soát: thời gian trong trại giam, mô hình và vòng xoắn nghiện sau khi ra khỏi trại, tiền sử điều trị nghiện (không dùng thuốc, điều trị ngoại trú, phục hồi, hoặc điều trị trong cộng đồng), môi trường tự lực (trước, trong và khi ra tù), báo cáo sử dụng ma túy và nghiện sau khi ra khỏi trại giam. Bác sĩ nên đánh giá các vấn đề sức khỏe tâm thần đồng diễn hoặc tiền sử sử dụng các chất gây nghiện khác hoặc sử dụng rượu có thể gây khó khăn cho việc điều trị buprenorphine (xem thêm Chương 3 để có thêm thông tin). Nếu bệnh nhân đang được cân nhắc tham gia điều trị buprenorphine tại phòng khám, bác sĩ nên thận trọng đánh giá mức độ cam kết và khả năng tự kiểm soát của người bệnh.

Đánh giá các vấn đề về tâm lý xã hội

Quan tâm đến các vấn đề về tâm lý xã hội rất quan trọng đối với bệnh nhân mới ra khỏi môi trường có kiểm soát. Các vấn đề thường ảnh hưởng đến điều trị nghiện thành công bao gồm:

- Số lần và/hoặc thời gian đi tù
- Loại tội phạm (ví dụ: bạo lực, hành vi liên quan nghiện ma túy)
- Tổ chức băng nhóm
- Loại hình và khoảng thời gian tạm giam hoặc bị quản thúc (ví dụ liệu bệnh nhân có được xét nghiệm ngẫu nhiên hay định kỳ việc sử dụng ma túy)
- Địa chỉ liên lạc khi cần của bệnh nhân và các yêu cầu báo cáo

- Sự tham gia của bệnh nhân vào hệ thống hỗ trợ xã hội hiện nay và trước kia (ví dụ hiện đang nghiện hoặc các thành viên trong gia đình đang sử dụng)
- Sự thay đổi gần đây về các mối quan hệ gia đình hoặc hôn nhân
- Có cần được sự cho phép của pháp luật khi điều trị buprenorphine hay không

Bác sĩ nên hỏi bệnh nhân liệu người đó có kế hoạch phù hợp để có cuộc sống ổn định (ví dụ tham gia làm việc, đi học, lập gia đình) và liệu kế hoạch đó có bao gồm cai hoàn toàn ma túy và rượu hay không. Nếu họ không có kế hoạch, bác sĩ nên hỏi lý do và đề nghị giúp đỡ bệnh nhân lập kế hoạch.

Yếu tố cuối cùng để xác định sự phù hợp của bệnh nhân với điều trị buprenorphine bao gồm phân tích các đánh giá chủ quan và việc tiết lộ thông tin, cũng như xem xét các hồ sơ bệnh án để xác định sự tuân thủ và hợp tác điều trị. Bác sĩ nên đánh giá nhu cầu tâm lý xã hội của bệnh nhân và khả năng tương thích của bệnh nhân với các hạn chế có thể gặp phải của việc điều trị ngoại trú và môi trường điều trị phòng khám.

Xác định tính phù hợp của điều trị bằng Buprenorphine

Rất nhiều vấn đề cần được quan tâm để quyết định phương pháp điều trị phù hợp nhất cho người vừa ra khỏi môi trường có kiểm soát. Nếu dịch vụ điều trị methadone sẵn có, bác sĩ cần xác định các yếu tố có thể gây cản trở việc chuyển gửi. Mối quan hệ hiện tại giữa bác sĩ/bệnh nhân cần được đánh giá, cũng như các tiêu chí hỗ trợ khác và hệ thống hỗ trợ hiện có. Hạn chế của bác sĩ trong việc giám sát chặt chẽ việc điều trị Buprenorphine cần được cân nhắc, bác sĩ điều trị có thể đến gặp để xác định, làm rõ và giải thích phác đồ điều trị (ví dụ với người quản giáo); để báo cáo tình trạng tuân thủ điều trị của bệnh nhân và để trao đổi với các cán bộ hành pháp, người sử dụng lao động và những người khác.

Bác sĩ cần xem xét các vấn đề có thể liên quan đến việc cắt cơn trong trại giam nếu người bệnh bị bắt lại. Chi phí điều trị cũng cần được cân nhắc cũng như xem xét liệu chi phí điều trị có bao gồm trong gói bảo hiểm y tế không. Thêm vào đó, cần cân nhắc thêm các nguy cơ có khả năng xảy ra (ví dụ việc dùng thuốc sai mục đích, quá liều, phạm tội khi đang được điều trị, điều trị chung nhiều bệnh nhân)

Cán bộ y tế nghiện các CDTP

Một vấn đề quan trọng của việc nghiện các CDTP được kê đơn gặp phải ở bác sĩ điều trị và các cán bộ y tế khác, đặc biệt trong một số chuyên ngành nhất định (ví dụ như gây mê) (Talbot và cộng sự 1987). Nghiện CDTP được phép kê đơn ở đối với cán bộ y tế nên được coi là tai nạn nghề nghiệp trong khi thực hành điều trị. Cán bộ y tế có các rối loạn do sử dụng các chất gây nghiện cần được chăm sóc đặc biệt và lâu dài.

Nếu chất gây nghiện có ở nơi làm việc, kế hoạch quay trở lại làm việc sau khi điều trị cần tính đến nguy cơ tái nghiện ở các cán bộ y tế mới phục hồi. Điều trị bằng thuốc đối kháng CDTP naltrexone và các thuốc hỗ trợ khác là cần thiết. Naltrexone được sử dụng thường quy để điều trị cho bác sĩ gây mê nghiện các CDTP. Yếu tố quyết định để điều trị bằng naltrexone thành công ở bệnh nhân có động lực cai nghiện cao là hệ thống hỗ trợ xã hội hiệu quả trong đó có những người đồng nghiệp khác hoặc cán bộ y tế trực tiếp giám sát việc sử dụng naltrexone hàng ngày.

Buprenorphine có thể là lựa chọn điều trị phù hợp cho một số cán bộ y tế bị phụ thuộc vào CDTP, nhưng sử dụng các chất đồng vận bán phần nên là một phần của kế hoạch điều trị phục hồi toàn diện và được giám sát. Nếu người nghiện đã thuộc diện giám sát thường xuyên, kế hoạch này cần được sự chấp thuận của chính quyền sở tại, nơi quản lý cán bộ y tế này.

6 Chính sách và Quy trình triển khai

Trong Chương này...

Cấp phép điều trị theo Đạo luật DATA 2000

Chuẩn bị điều trị cai nghiện bằng Buprenorphine tại phòng khám

Sự riêng tư và bảo mật

Sử dụng Buprenorphine trong OTP

Tổng quan

Chương này sẽ trình bày về các chính sách và quy trình liên quan đến Luật điều trị cai nghiện ma túy 2000 (DATA 2000); giúp các cơ sở chưa có kinh nghiệm điều trị nghiện chuẩn bị cho việc cung cấp liệu pháp điều trị cai nghiện CDTP; liên quan đến luật và quy định của Liên bang và tiểu Bang về sự riêng tư và bí mật thông tin của người tham gia điều trị; sử dụng Buprenorphine điều trị trong các chương trình điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện (OTP) theo quy định của Liên bang. Các bác sĩ cần phải nắm vững các vấn đề nêu trên trước khi tham gia điều trị nghiện CDTP (Brooks 1997). Thêm vào đó, độc giả nên đọc thêm Phụ lục F để bổ sung các thông tin liên quan đến các chủ đề này.

Các trường hợp không cần áp dụng Luật DATA 2000

Đạo luật DATA 2000 cho phép bác sĩ đủ tiêu chuẩn bỏ qua yêu cầu đăng ký cấp phép đặc biệt theo Đạo luật Điều trị nghiện Ma túy 1974 (NATA) (và các quy định liên quan, bao gồm cả Điều 42, Phần 8 của Luật liên bang về chương trình OTP) trong điều trị nghiện CDTP. Việc miễn trừ này cho phép bác sĩ đủ tiêu chuẩn (Xem “Tiêu chuẩn miễn cho bác sĩ”) có thể kê đơn hoặc phân phát các thuốc “gây nghiện” để điều trị nghiện CDTP theo Danh mục III, IV, và V tại phòng khám hoặc các cơ sở lâm sàng khác nếu (và chỉ nếu) những thuốc này đã được FDA phê duyệt với mục đích điều trị nghiện. Như vậy, viên đặt dưới lưỡi Subutex® (Buprenorphine) và Suboxone® (Buprenorphine/ Naloxone) là những thuốc có trong Danh mục III, IV, hoặc V đã được FDA phê duyệt. Theo quy định của NATA, sử dụng các chất gây nghiện không có trong danh mục để điều trị nghiện các CDTP là bất hợp pháp. Lệnh cấm này còn mở rộng ra các dạng buprenorphine khác (ví dụ như Buprenex®) chưa được FDA phê duyệt trong điều trị nghiện các CDTP.

Đăng ký

Để được miễn trừ theo Luật DATA 2000 về việc điều trị nghiện các CDTP sử dụng các thuốc được phê duyệt theo Danh mục III, IV, và V, bác sỹ phải hoàn thành Mẫu khai báo Dự định điều trị cho SAMHSA về kê đơn hoặc phân phát các thuốc CDTP trong điều trị nghiện. Thông báo này phải được chấp thuận từ SAMHSA trước khi điều trị hoặc kê đơn. Đơn đăng ký có thể lấy từ trang web của SAMHSA Buprenorphine tại trang web <http://www.buprenorphine.samhsa.gov>. Đơn có thể nộp dưới dạng trực tuyến (online) hoặc bản in gửi qua đường thư tín hoặc qua fax.

Mẫu khai báo Dự định điều trị cần bao gồm các thông tin về tiêu chuẩn bằng cấp của bác sỹ (như đề cập sau đây) và các chứng chỉ bổ sung chứng minh bác sỹ có khả năng chuyên bệnh nhân đến cơ sở tư vấn thích hợp và các phương pháp điều trị không dùng thuốc, bác sỹ cũng không nhận điều trị quá 30 bệnh nhân vào một thời điểm (lưu ý rằng giới hạn 30 bệnh nhân này áp dụng cho cả những trường hợp phòng khám 1 bác sỹ hay một nhóm nhiều bác sỹ hoặc 1 bác sỹ hoặc 1 nhóm bác sỹ có nhiều phòng khám)

Những bác sỹ thỏa mãn các điều kiện theo luật DATA 2000 sẽ được SAMHSA cấp giấy miễn và số nhận dạng đặc biệt bởi Cơ quan kiểm soát ma túy (DEA). DEA quy định tất cả bác sỹ phải ghi rõ số nhận dạng này vào tất cả các báo cáo, hồ sơ bệnh án khi kê và phát thuốc điều trị nghiện CDTP được phê duyệt (hiện tại chỉ có Subutex® và Suboxone®).

Đăng ký điều trị tức thời

Theo luật DATA 2000, bác sỹ có thể bắt đầu tiến hành điều trị nghiện CDTP cho “cá nhân bệnh nhân” sau khi đã nộp hồ sơ đăng ký cho SAMHSA và trước khi nhận được giấy phép miễn trừ cũng như số nhận dạng đặc biệt.

Để điều trị tức thời, bác sỹ không chỉ nộp hồ sơ đăng ký cho SAMHSA mà còn phải bao gồm thông báo dự kiến trong hồ sơ điều trị. Mẫu đơn đăng ký của SAMHSA bao gồm bảng kiểm đề cập đến loại hình điều trị tức thời này.

Tiêu chuẩn để được cấp phép miễn trừ cho bác sỹ

Để đánh giá cấp phép miễn trừ theo luật DATA 2000, các bác sỹ đặc có giấy phép hành nghề cần phải đạt được ít nhất các tiêu chí sau đây:

- Bác sỹ có bằng chuyên khoa sâu về điều trị nghiện trong chuyên ngành tâm thần do Hội đồng Y khoa Hoa Kỳ cấp.
- Bác sỹ có chứng chỉ điều trị nghiện từ ASAM.
- Bác sỹ có bằng chuyên khoa điều trị nghiện Hiệp hội AOA.
- Bác sỹ hoàn thành ít nhất 8 tiếng đào tạo về điều trị và quản lý bệnh nhân nghiện các CDTP (qua lớp học, qua thảo luận với các giáo sư tại các cuộc họp, qua giảng online hoặc các hình thức khác) mà ASAM hoặc Viện hàn lâm Hoa Kỳ về điều trị nghiện trong chuyên khoa Tâm thần hoặc bất kỳ tổ chức nào khác được BYT và DVXH (DHHS) xác nhận là phù hợp.
- Bác sỹ điều trị là nghiên cứu viên của ít nhất một hay nhiều thử nghiệm lâm sàng với một loại thuốc trong Danh mục III, IV, hoặc V để điều trị duy trì hoặc cắt cơn do đơn vị nghiên cứu nộp chứng thực cho Bộ trưởng Bộ Y tế.
- Bác sỹ tham gia các khóa đào tạo khác hoặc có kinh nghiệm được Hội đồng Y khoa của tiểu bang chấp thuận đảm bảo khả năng điều trị và quản lý bệnh nhân nghiện các CDTP (tại tiểu bang bác sỹ sẽ thực hiện điều trị nghiện)

- Bác sĩ được đào tạo hoặc có kinh nghiệm được Bộ trưởng Bộ Y tế công nhận về năng lực điều trị và quản lý bệnh nhân nghiện các CDTP. Bất cứ tiêu chí nào của Bộ trưởng Bộ Y tế trong mục này sẽ được thiết lập theo các quy định đề ra.

Thông tin thêm

Được đào tạo chuẩn trong sử dụng buprenorphine để điều trị là chìa khóa để điều trị thành công bằng buprenorphine, không phụ thuộc điều trị tại bất cứ phòng khám nào. Do đó, SAMHSA và các hội đồng chuyên gia khuyến khích tất cả các bác sĩ có kế hoạch tiến hành điều trị nghiện các CDTP bằng buprenorphine tham gia khóa đào tạo 8 giờ về đảm bảo chất lượng theo Luật DATA 2000. SAMHSA lưu trữ danh sách cập nhật về đảm bảo chất lượng theo Luật DATA 2000 trong chương trình đào tạo tại website <http://www.Buprenorphine.samhsa.gov>.

Chương trình đào tạo này bao gồm các bài học online có thể tiếp cận được từ máy tính cá nhân của bác sĩ. Các thông tin chi tiết về quy trình điều trị theo DATA 2000 và quá trình cấp giấy miễn cho bác sĩ có thể tìm thấy trên website của SAMHSA mục buprenorphine. Thêm vào đó, các thông tin có thể được giải đáp qua gọi điện tới trung tâm thông tin về Buprenorphine của SAMHSA theo số 866-Buprenorphine-CSAT (866-287-2728) hoặc email e-mail tới địa chỉ info@Buprenorphine.samhsa.gov.

Chuẩn bị điều trị nghiện CDTP tại phòng khám

Trước khi triển khai cung cấp các dịch vụ điều trị tại cơ sở, cơ sở thực hành mới cần phải chuẩn bị để đảm bảo cung cấp dịch vụ tốt nhất cho

bệnh nhân, bác sĩ và các cán bộ tham gia. Cán bộ và nhân viên phòng khám cần được đào tạo phù hợp, có kinh nghiệm và thành thạo biện pháp điều trị mới. Sự kết nối với các cơ sở y tế và các chuyên gia sức khỏe tâm thần là rất cần thiết để đảm bảo cung cấp dịch vụ điều trị dựa vào cộng đồng toàn diện.

Kinh nghiệm, Đào tạo và thành thạo của Bác sĩ

Bác sĩ có nguyện vọng tham gia điều trị nghiện các CDTP cần có kiến thức và chuyên môn theo qui định. Kinh nghiệm và kỹ năng điều trị nghiện tùy thuộc vào từng bác sĩ và điều kiện thực tế của cơ sở điều trị.

Ví dụ, bác sĩ có thể chọn cách chuyên bệnh nhân nghiện và bị trầm cảm, tùy thuộc vào mức độ trầm cảm, nếu như có sẵn chuyên gia tâm lý hoặc bác sĩ tâm thần trong khu vực, và bệnh nhân có khả năng chi trả cho chăm sóc sức khỏe tâm thần, và các yếu tố khác

Đào tạo tốt trong điều trị bằng buprenorphine là chìa khóa tiến hành thành công quy trình điều trị mới này ...

Chuyên môn về điều trị nghiện các CDTP bao gồm kiến thức về các chuẩn điều trị hoặc các hướng dẫn có liên quan, hiểu rõ các bằng chứng để chứng minh các biện pháp và phác đồ điều trị chủ yếu hoặc xác định chuyên gửi các bệnh nhân có các tình trạng sức khỏe phức tạp (ví dụ trầm cảm nặng) và nắm vững các quy định, điều luật có liên quan. Bác sĩ điều trị cần có kiến thức cập nhật về điều trị nghiện các CDTP, trong đó có các phương pháp dùng thuốc,

các can thiệp tâm lý xã hội, các nhóm tự giúp và hỗ trợ, và các phương pháp điều trị phù hợp khác. Bác sĩ điều trị nghiện CDTP bằng buprenorphine nên tham gia các khóa đào tạo về y học nghiện chất và các hoạt động khoa học, học hỏi từ các chuyên gia trong điều trị nghiện. Những khóa học cơ bản và liên tục về điều trị nghiện sẽ hỗ trợ chuyên môn của các bác sĩ trong điều trị cai nghiện CDTP.

Mỗi bệnh nhân có nhu cầu điều trị khác nhau và phức tạp. Bác sĩ điều trị bệnh nhân nghiện các CDTP tại phòng khám cần chú ý và có kế hoạch đáp ứng tối đa nhu cầu của bệnh nhân trước khi tiến hành điều trị. Bệnh nhân trước khi điều trị bằng buprenorphine cần được đánh giá các yêu cầu về tâm sinh lý xã hội có liên quan ngoài việc sử dụng và lạm dụng các CDTP và cần cân nhắc nên được điều trị hoặc chuyển tuyến phù hợp các yêu cầu này.

Xây dựng quy trình tại phòng khám

Trước khi cung cấp dịch vụ điều trị bằng buprenorphine tại đơn vị, bác sĩ cần lên kế hoạch để cung cấp chăm sóc toàn diện và kế hoạch dự phòng cho bệnh nhân không phù hợp với chương trình điều trị này. Thêm vào đó, bác sĩ nên thu xếp để những bác sĩ khác được miễn theo luật DATA 2000 tham gia cung cấp dịch vụ trong thời gian bác sĩ chính đi vắng (ví dụ như đi nghỉ).

Các chính sách và quy trình chính thức về điều trị nghiện các CDTP cần được xây dựng, thể hiện bằng văn bản và thông báo rõ ràng đến tất cả các nhân viên của cơ sở và bệnh nhân. Nhân viên cơ sở nên được đào tạo về nghiện các CDTP, điều trị nghiện và bảo mật thông tin cho bệnh nhân (xem thêm “Sự riêng tư và bảo mật” ở phần dưới), các phương pháp điều trị bằng thuốc và không phải bằng thuốc, đặc điểm hành vi của người nghiện và phương pháp tiếp cận y học trong điều trị nghiện

Cần chú ý tiên lượng một số hành vi và phản ứng của bệnh nhân nghiện trong phòng khám. Thuốc điều trị cần được bảo quản ở nơi an toàn và hạn chế tối đa khả năng thất thoát thuốc ra ngoài. Trang thiết bị của phòng khám (ví dụ: đơn thuốc, ống tiêm, kim tiêm) và tài sản của nhân viên cần được bảo vệ để hạn chế nguy cơ trộm cắp.

Thiết lập liên kết trong điều trị

Cần phải thiết lập mạng lưới hợp tác và liên kết với các chuyên gia y tế khác. Do bệnh nhân nghiện các CDTP thường kèm theo nhiều tình trạng bệnh lý, tâm thần kèm theo, hầu hết bác sĩ cần phải có sự hợp tác với các chuyên gia y tế và tâm thần khác, đặc biệt những người chuyên khám và điều trị các bệnh thường gặp (như viêm gan B, C, HIV, lao, rối loạn nhân cách, có nguy cơ tự tử và ngộ sát). Cần đánh giá toàn diện thông qua khám thực thể và xét nghiệm cận lâm sàng tại phòng khám hoặc ngoài phòng khám cung cấp điều trị nghiện bằng buprenorphine.

Nên cung cấp danh sách cập nhật các nhóm hỗ trợ tại cộng đồng (ví dụ như nhóm trị liệu, nhóm hỗ trợ, cộng đồng điều trị tại địa phương, các lựa chọn lối sống lành mạnh) cho bệnh nhân. Danh sách này có thể lấy được từ các tổ chức phòng chống ma túy của địa phương và tiểu Bang. Để đảm bảo hoạt động này hiệu quả nhất, bác sĩ nên hiểu rõ về những nhóm và những chương trình này trước. Sự tuân thủ điều trị sẽ tăng lên nếu nhân viên gọi để đặt lịch hẹn chuyển đến những nhóm này cho bệnh nhân trước mặt bệnh nhân. Khi chuyển gửi đến các nhóm hỗ trợ như thế này, cần có ít nhất 1 thành viên trong nhóm sẵn sàng đi cùng với bệnh nhân trong buổi gặp đầu tiên. Chuyển gửi bệnh nhân tới các nhân viên công tác xã hội và quản lý trường hợp thường giúp cho bệnh nhân giải quyết các vấn đề về gia đình, việc làm và luật pháp.

Tóm tắt

Hình 6–1 tóm tắt các chính sách, quy trình và nội dung về y tế cần được đưa ra và sắp xếp trước khi bắt đầu điều trị nghiện CDTP tại phòng khám.

Sự riêng tư và tính bảo mật

Trước khi bắt đầu điều trị nghiện CDTP tại phòng khám, các chính sách và quy trình điều trị đưa ra cần đảm bảo sự riêng tư và bí mật cho người bệnh. Các cơ sở điều trị cần phải tuân thủ tất cả các quy định và luật hiện hành liên quan đến tính riêng tư và bí mật hồ sơ bệnh án của người bệnh nói chung, cũng như các thông tin liên quan đến các dịch vụ điều trị nghiện nói riêng.

Tính riêng tư và bảo mật về thông tin cá nhân của người bệnh tham gia điều trị nghiện ma túy hoặc rượu được đảm bảo bởi Quy định bảo mật SAMHSA, Mục 42, phần 2 của Luật các Quy định liên bang (42C.F.R. Phần 2). Quy định này chỉ ra rằng

thông tin về điều trị nghiện của các nhà cung cấp dịch vụ điều trị nghiện sẽ được quản lý với mức độ bảo mật cao hơn so với các thông tin y tế nói chung.

Đôi khi, các bác sĩ cần trao đổi với các dược sĩ và nhân viên y tế về khác biệt điều trị nghiện cho một bệnh nhân cụ thể nào đó (ví dụ, trong việc thẩm tra kê đơn thuốc Suboxone® hay Subutex®). Quy định 42C.F.R. Phần 2, yêu cầu các bác sĩ điều trị nghiện đối với các chất gây nghiện CDTP, cần phải có giấy phép đồng ý có chữ ký của bệnh nhân trước khi cung cấp thông tin cá nhân của bệnh nhân điều trị nghiện cho bên thứ ba. Mẫu đơn đồng ý với đầy đủ các nội dung theo yêu cầu được đưa ra trong Quy định 42.C.F.R phần 2, tại Phụ lục D. Quy định này yêu cầu các bác sĩ có bệnh nhân mới điều trị buprenorphine ký vào mẫu đơn đồng ý này để tránh xảy ra các vấn đề liên quan đến tính riêng tư và bí mật tại các hiệu thuốc

Hình 6–1

Chính sách, quy trình và các nội dung về thực hành y tế cần được thiết lập trước khi bắt đầu điều trị nghiện CDTP

- Các chính sách và quy trình điều trị buprenorphine
- Đào tạo tập huấn cho nhân viên
- Đảm bảo hỗ trợ trong điều trị
- Bảo đảm tính riêng tư và bí mật các thông tin điều trị nghiện của bệnh nhân
- Liên kết với các đồng nghiệp, những người sẽ chấp nhận khi giới thiệu những bệnh nhân mới điều trị buprenorphine
- Mạng lưới chuyên gia y tế để chuyển tuyến
- Đảm bảo khám bệnh nhân đúng hẹn
- Mọi liên kết giữa các cơ sở y tế, bao gồm cả OTP
- Mạng lưới các nhà tâm lý học và tâm thần học về điều trị nghiện, ảnh hưởng của rối loạn tâm lý, và đau mạn tính để giới thiệu bệnh nhân
- Liên kết với các chương trình điều trị tâm thần và điều trị nghiện
- Liệt kê các nguồn lực huy động từ cộng đồng, bao gồm các nhóm tương hỗ để hỗ trợ cho bệnh nhân điều trị Buprenorphine (ví dụ, nhóm tự quản lý và đào tạo, nhóm phục hồi, điều tiết và quản lý thông minh [SMART])
- Danh sách các nhóm tương hỗ trực tuyến (ví dụ, nhóm phục hồi, điều tiết và quản lý thông minh [SMART]) mà chấp nhận người bệnh trong giai đoạn phục hồi

khi bệnh nhân đưa đơn thuốc có kêbuprenorphine. Điều cần đặc biệt lưu ý là cần phải được sự đồng ý của bệnh nhân khi gọi điện hoặc gửi đơn thuốc qua fax đến các hiệu thuốc vì như vậy có thể làm lộ thông tin của bệnh nhân điều trị nghiện. Khi bác sỹ gửi đơn thuốc trực tiếp đến các hiệu thuốc, các dược sỹ cần không được tiết lộ các thông tin cá nhân của bệnh nhân, trừ khi có sự đồng ý có chữ ký của bệnh nhân. Quy định 42 C.F.R. phần 2 không áp dụng đối với các nhà thuốc khi trường hợp bệnh nhân điều trị nghiện mang theo đơn thuốc buprenorphine, không có sự xác nhận của bác sỹ điều trị với dược sỹ qua điện thoại hoặc trao đổi trực tiếp.

Luật Bảo hiểm y tế (HIPAA) năm 1996, Luật công cộng 104-191 (xem thêm tại địa chỉ <http://aspe.hhs.gov/admsimp/pl104191.htm>), trong đó sửa đổi Luật thuế vụ năm 1986, đã chuẩn hóa về các thay đổi đối với người bệnh, thủ tục hành chính, tài chính; yêu cầu xây dựng thông tin định danh duy nhất đối với mỗi cá nhân, người sử dụng lao động, chương trình y tế, và nhà cung cấp dịch vụ y tế; thiết lập các tiêu chuẩn an ninh nhằm đảm bảo sự bí mật và toàn vẹn của thông tin y tế đối với từng cá nhân. SAMHSA đã xây dựng tài

liệu So sánh tính bảo mật hồ sơ bệnh án điều trị của bệnh nhân nghiện rượu và lạm dụng các chất gây nghiện khác giữa Quy định 42.C.F.R. Phần 2 và Luật Bảo hiểm y tế năm 1996. Tài liệu này và một số công cụ hỗ trợ kỹ thuật của HIPAA có trên website của SAMHSA HIPAA, tại địa chỉ: <http://www.hipaa.samhsa.gov/>.

Hoặc xem thêm trong ấn phẩm Hỗ trợ điều trị SAMHSA TIP 13 *Bảo mật hồ sơ bệnh án điều trị nghiện rượu và các chất gây nghiện khác*. (Lopez 1994), có trên website SAMHSA Cải thiện điều trị thay thế tại địa chỉ:

<http://www.treatment.org/taps/index.html>

Ngoài ra, các nhãn thuốc Subutex® và Suboxone® (có trên website của FDA tại địa chỉ: http://www.fda.gov/cder/drug/infopage/subutex_suboxone/default.htm) cũng có các thông tin liên quan đến luật và quy định về bảo mật liên bang. Các bác sỹ cũng nên tham khảo ý kiến của các cơ quan y tế, liên quan đến các nguyên tắc riêng tư và bảo mật tại địa phương. Hình 6-2 liệt kê một số vấn đề riêng tư và bảo mật có thể phát sinh trong quá trình điều trị nghiện.

Sử dụng Buprenorphine tại OTP

Ngày 22/5/2003, SAMHSA công bố quy định tạm thời cho phép OTP điều trị cho bệnh nhân nghiện các chất gây nghiện dạng thuốc phiện, bằng cách điều trị buprenorphine kết hợp với methadone và

Hình 6-2

Vấn đề riêng tư và bảo mật trong điều trị nghiện

- Thông tin được bảo mật bởi bác sỹ điều trị/bệnh nhân
- Những thông tin, tình huống riêng tư sẽ được giữ bí mật, đảm bảo không bị tiết lộ
- Các trường hợp ngoại lệ theo Luật và quy định của nhà nước về bảo mật thông tin y tế
- Trách nhiệm báo cáo thông tin
- rao đổi thông tin với bên thứ 3 (ví dụ, gia đình bệnh nhân, người sử dụng lao động, nhà cung cấp dịch vụ y tế, người chi trả cho bên thứ 3, cán bộ thi hành luật, đáp ứng theo các yêu cầu, lệnh của nhà nước,...)

levo-alpha-acetyl-methadol (LAAM). Quy định này cho phép chương trình OTP được chứng nhận bởi SAMHSA cung cấp Subutex® và Suboxone® để duy trì điều trị thay thế CDTP hoặc điều trị cắt cơn cho bệnh nhân.

Điều trị nghiện CDTP bằng thuốc thay thế Subutex® và Suboxone® trong chương trình OTP được sự chứng nhận của SAMHSA không bắt buộc phải có giấy miễn theo Luật DATA 2000. Thêm vào đó, phương pháp điều trị này không bị giới hạn số lượng 30 bệnh nhân, mà theo luật áp dụng đối với các bác sĩ và nhóm thực hiện điều trị nghiện ngoài phạm vi hệ thống OTP cần có giấy miễn theo Luật DATA 2000. Trong các hệ thống điều trị nghiện ngoại trú khác ngoài OTP, việc điều trị nghiện thay thế bằng Subutex® và Suboxone®, thậm chí do các bác sĩ được có giấy phép điều trị trong OTP, cần phải có giấy miễn theo Luật DATA 2000, và giới hạn điều trị 30 bệnh nhân sẽ được áp dụng.

Các cơ sở điều trị OTP bằng Subutex® and Suboxone® trong điều trị duy trì hoặc điều trị cắt cơn phải phù hợp với các quy định và chuẩn điều trị nghiện CDTP của liên bang, được đưa ra trong Quy định 42 C.F.R. 8.12. Những quy định này yêu cầu cơ sở OTP cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế, tư vấn, xét nghiệm ma túy, và các dịch vụ điều trị khác cho bệnh nhân đến điều trị. Để cung cấp thuốc Subutex® và Suboxone®, OTP cần thay đổi đăng ký với DEA, thêm vào Danh mục III điều trị nghiện ma túy chứng nhận đăng ký cho cơ sở của họ. OTP có thể thực hiện quá trình bằng fax hoặc công văn. Công văn nên bao gồm số đăng ký OTP với DEA và yêu cầu đăng ký được liệt kê trong Danh mục III về thuốc ma túy. Thư cần phải có chữ ký của cơ quan chủ quản (giám đốc chương trình) hoặc giám đốc phụ trách chuyên môn y. Các thông tin chi tiết hơn về quy trình này có thể xem thêm trên website của DEA về Đăng ký thuốc, tại địa chỉ:
http://www.dea diversion.usdoj.gov/drugreg/change_e_requests/sched_change.

Phụ lục A

Tài liệu tham khảo

- Amass, L.; Bickel, W. K.; Crean, J. P.; Blake, J.; and Higgins, S. T. Alternate-day buprenorphine dosing is preferred to daily dosing by opioid-dependent humans. *Psychopharmacology* 136(3):217–225, 1998.
- Amass, L.; Bickel, W. K.; Higgins, S. T.; and Badger, G. J. Alternate-day dosing during buprenorphine treatment of opioid dependence. *Life Sciences* 54(17):1215–1228, 1994a.
- Amass, L.; Bickel, W. K.; Higgins, S. T.; and Hughes, J. R. A preliminary investigation of outcome following gradual or rapid buprenorphine detoxification. *Journal of Addictive Diseases* 13(3):33–45, 1994b.
- Amass, L.; Kamien, J. B.; and Mikulich, S. K. Efficacy of daily and alternate-day dosing regimens with the combination buprenorphine-naloxone tablet. *Drug and Alcohol Dependence* 58(1–2):143–152, 2000.
- Amass, L.; Kamien, J. B.; and Mikulich, S. K. Three-weekly supervised dosing with the combination buprenorphine-naloxone tablet is preferred to daily supervised dosing by opioid-dependent humans. *Drug and Alcohol Dependence* 61(2):173–181, 2001.
- American Academy of Pediatrics Committee on Drugs. Neonatal drug withdrawal. *Pediatrics*. 1998 Jun; 101(6):1079–1088. Erratum in: *Pediatrics* 102(3Pt1):660; 1998. <http://www.aap.org/policy/re9746.html> [Accessed June 9, 2004].
- American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed., Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.
- Angrès, D. H.; Talbott, G. D.; and Bettinardi-Angrès, K. *Healing the Healer: The Addicted Physician*. Madison, CT: Psychosocial Press, 1998.

- Anthony, J. C., and Helzer, J. E. Syndromes of drug use and dependence. In: Robins, L. N., and Regier, D. A., eds. *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*. New York: The Free Press, 1991.
- Armenian, S. H.; Chutuape, M. A.; and Stitzer, M. L. Predictors of discharge against medical advice from a short-term hospital detoxification unit. *Drug and Alcohol Dependence* 56(1):1–8, 1999.
- Babor, T. F.; Higgins-Biddle, J. C.; Saunders, J. B.; and Monteiro, M. G. *The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care*, 2nd ed. Geneva: World Health Organization, 2001. http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol/en or http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf [Accessed June 9, 2004].
- Banys, P.; Clark, H. W.; Tusel, D. J.; Sees, K.; Stewart, P.; Mongan, L.; Delucchi, K.; and Callaway, E. A non-trial of low-dose buprenorphine in treating methadone withdrawal. *Journal of Substance Abuse Treatment* 11(1):9–15, 1994.
- Barnett, P. G.; Rodgers, J. H.; and Bloch, D. A. A meta-analysis comparing buprenorphine to methadone for treatment of opiate dependence. *Addiction* 96(5):683–690, 2001.
- Berson, A.; Gervais, A.; Cazals, D.; Boyer, N.; Durand, F.; Bernuau, J.; Marcellin, P.; Degott, C.; Valla, D.; and Pessayre, D. Hepatitis after intravenous buprenorphine misuse in heroin addicts. *Journal of Hepatology* 34(2):346–350, 2001.
- Bickel, W. K.; Amass, L.; Crean, J. P.; and Badger, G. J. Buprenorphine dosing every 1, 2, or 3 days in opioid-dependent patients. *Psychopharmacology* 146(2):111–118, 1999.
- Bickel, W. K.; Stitzer, M. L.; Bigelow, G. E.; Liebson, I. A.; Jasinski, D. R.; and Johnson, R. E. A clinical trial of buprenorphine: Comparison with methadone in the detoxification of heroin addicts. *Clinical Pharmacology and Therapeutics* 43(1):72–78, 1988a.
- Bickel, W. K.; Stitzer, M. L.; Bigelow, G. E.; Liebson, I. A.; Jasinski, D. R.; and Johnson, R. E. Buprenorphine: Dose-related blockade of opioid challenge effects in opioid-dependent humans. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics* 247(1):47–53, 1988b.
- Bradley, B. P.; Gossop, M.; Phillips, G. T.; and Ledger, J. J. The development of an opiate withdrawal scale (OWS). *British Journal of Addiction* 82(10):1139–1142, 1987.
- Brewster, D.; Humphrey, M. J.; and McLeavy, M. A. The systemic bioavailability of buprenorphine by various routes of administration. *Journal of Pharmacy and Pharmacology* 33(8):500–506, 1981.
- Brooks, M. K. Legal and ethical issues. In: Center for Substance Abuse Treatment. *A Guide to Substance Abuse Services for Primary Care Clinicians*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, Number 24. DHHSPub. No. (SMA)97-3139. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1997, pp. 103–114. <http://www.kap.samhsa.gov/products/manuals/index.htm> [Accessed July 29, 2004].
- Broner, R. K.; King, V. L.; Kidorf, M.; Schmidt Jr., C. W.; and Bigelow, G. E. Psychiatric and substance abuse comorbidity among treatment-seeking opioid abusers. *Archives of General Psychiatry* 54(1):71–80, 1997.
- Brown, R. L., and Rounds, L. A. Conjoint screening questionnaires for alcohol and other drug abuse: Criterion validity in primary care practice. *Wisconsin Medical Journal* 94(3):135–140, 1995.

- Brownell, K. D.; Marlatt, G. A.; Lichtenstein, E.; and Wilson, G. T. Understanding and preventing relapse. *American Psychologist* 41: 765–782, 1986.
- Burge, S. K., and Schneider, F. D. Alcohol-related problems: Recognition and intervention. *American Family Physician* 59(2): 361–370, 372, 1999. <http://www.aafp.org/afp/990115ap/361.html> [Accessed June 9, 2004].
- Busto U. E.; Sykora, K.; and Sellers, E. M. A clinical scale to assess benzodiazepine withdrawal. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 9(6): 412–416, 1989.
- Carrieri, M. P.; Vlahov, D.; Dellamonica, P.; Gallis, H.; Lepeu, G.; Spire, B.; and Obadia, Y. Use of buprenorphine in HIV-infected injection drug users: Negligible impact on viral response to HAART. The Manif-2000 Study Group. *Drug and Alcohol Dependence* 60(1): 51–54, 2000.
- Casavant, M. J. Urine drug screening in adolescents. *Pediatric Clinics of North America* 49(2): 317–327, 2002.
- Center for Substance Abuse Treatment. *Medication-Assisted Treatment for Opioid Addiction*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, in development.
- Center for Substance Abuse Treatment (CSAT). *A Guide to Substance Abuse Services for Primary Care Clinicians*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, Number 24. DHHSPub.No. (SMA) 97-3139. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration 1997. <http://www.kap.samhsa.gov/products/manuals/index.htm> [Accessed July 29, 2004].
- Center for Substance Abuse Treatment (CSAT). *Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse*, Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, Number 34. DHHSPub.No. (SMA) 99-3353. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1999a. <http://www.kap.samhsa.gov/products/manuals/index.htm> [Accessed July 29, 2004].
- Center for Substance Abuse Treatment (CSAT). *Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment*, Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, Number 35. DHHSPub.No. (SMA) 99-3354. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1999b. <http://www.kap.samhsa.gov/products/manuals/index.htm> [Accessed July 29, 2004].
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Reported Tuberculosis in the United States, 2001. Atlanta, GA: U. S. Department of Health and Human Services, CDC, September 2002. <http://www.kap.samhsa.gov/products/manuals/index.htm>. See tables 28, 29, and 30 [Accessed July 29, 2004].
- Chan, A. W. K.; Pristach, E. A.; Welte, J. W.; and Russell, M. Use of the TWEAK test in screening for alcoholism/heavy drinking in three populations. *Alcoholism Clinical and Experimental Research* 17(6): 1188–1192, 1993.
- Cherubin, C. E., and Sapira, J. D. The medical complications of drug addiction and the medical assessment of the intravenous drug user: 2 years later. *Annals of Internal Medicine* 119(10): 1017–1028, 1993.
- Cheskin, L. J.; Fudala, P. J.; and Johnson, R. E. A controlled comparison of buprenorphine and clonidine for a detoxification from opioids. *Drug and Alcohol Dependence* 36(2): 115–121, 1994.
- Chowdhury, A. N., and Chowdhury, S. Buprenorphine abuse: Report from India. *British Journal of Addiction* 85(10): 1349–1350, 1990.

- Clark, H.W. Office-based practice and opioid-used disorders. *New England Journal of Medicine* 349(10):928–930, 2003.
- Comer, S.D.; Collins, E.D.; and Fischman, M.W. Buprenorphine sublingual tablets: Effect on IV heroin self-administration by humans. *Psychopharmacology* 154(1):28–37, 2001.
- Cowan, A.; Doxey, J.C.; and Harry, E.J. The animal pharmacology of buprenorphine, an opioid analgesic agent. *British Journal of Pharmacology* 60(4):547–554, 1977.
- Crane, E. Narcotic Analgesics. The Drug Abuse Warning Network (DAWN) Report. January 2003. Available at <http://oas.samhsa.gov/2k3/pain/DAWNpain.pdf> [Accessed June 9, 2004].
- DiClemente, C.C., and Prochaska, J.O. Toward a comprehensive trans-theoretical model of change: Stages of change and addictive behaviors. In: Miller, W.R., and Heather, N., eds. *Treating Addictive Behaviors*, 2nd ed. New York: Plenum Press, 1998. pp. 3–24.
- DiClemente, C.C., and Scott, C.W. Stages of change: Interactions with treatment compliance and involvement. In: Onken, L.S.; Blaine, J.D.; and Boren, J.J., eds. *Beyond the Therapeutic Alliance: Keeping the Drug-Dependent Individual in Treatment*. NIDA Research Monograph Series, Number 165. DHHS Pub. No. (ADM) 97-4142. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, 1997. pp. 131–156.
- DiPaula, B.A.; Schwartz, R.; Montoya, I.D.; Barrett, D.; and Tang, C. Heroin detoxification with buprenorphine on an inpatient psychiatric unit. *Journal of Substance Abuse Treatment* 23(3):163–169, 2002.
- Doxey, J.C.; Everitt, J.E.; Frank, L.W.; and MacKenzie, J.E. A comparison of the effects of buprenorphine and morphine on the blood gases of conscious rats. *British Journal of Pharmacology* 75(S):118P, 1982 (Abstract).
- Drug Abuse Treatment Outcome Studies (DATOS). National Institute on Drug Abuse (NIDA). <http://www.drugabuse.gov/about/organization/dspr/DATOS.html> [Accessed June 9, 2004].
- Drug Addiction Treatment Act of 2000. Public Law No. 106-310, Title XXXV—Waiver authority for physicians who dispense or prescribe certain narcotic drugs for maintenance treatment or detoxification treatment, 2000. <http://www.buprenorphine.samhsa.gov/fulllaw.html> [Accessed June 9, 2004].
- Edwards, G.; Orford, J.; Eger, S.; Guthrie, S.; Hawker, A.; Hensman, C.; Mitcheson, M.; Oppenheimer, E.; and Taylor, C. Alcoholism: A controlled trial of “treatment” and “advice.” *Journal of Studies on Alcohol* 38(5):1004–1031, 1977.
- Eisenberg, T.; Greenwald, M.K.; Johnson, R.E.; Liebson, I.A.; Bigelow, G.E.; and Stitzer, M.L. Buprenorphine’s physical dependence potential: Antagonist-precipitated withdrawal in humans. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics* 276(2):449–459, 1996.
- Eisenberg, T.; Johnson, R.E.; Bigelow, G.E.; Walsh, S.L.; Liebson, I.A.; Strain, E.C.; and Stitzer, M.L. Controlled opioid withdrawal evaluation during 72-hour omission in buprenorphine-maintained patients. *Drug and Alcohol Dependence* 45(1–2):81–91, 1997.
- Elvy, G.A.; Wells, J.E.; and Baird, K.A. Attempted referral as intervention for problem drinking in the general hospital. *British Journal of Addiction* 83(1):83–89, 1988.
- Fiellin, D.A., and O’Connor, P.G. Clinical practice. Office-based treatment of opioid dependence. *New England Journal of Medicine* 347(11):817–823, 2002.
- Fiellin, D.A.; Rosenheck, R.A.; and Kosten, T.R. Office-based treatment for opioid dependence: Reaching new patient populations. *American Journal of Psychiatry* 158(8):1200–1204, 2001.

- Fudala, P. J.; Bridge, T. P.; Herbert, S.; Williford, W. O.; Chiang, C. N.; Jones, K.; Collins, J.; Raisch, D.; Casadonte, P.; Goldsmith, R. J.; Ling, W.; Malkerneker, U.; McNicholas, L.; Renner, J.; Stine, S.; and Tusel, D. Buprenorphine/Naloxone Collaborative Study Group. Office-based treatment of opiate addiction with a sublingual-tablet formulation of buprenorphine and naloxone. *New England Journal of Medicine* 349(10): 949–958, 2003.
- Fultz, J. M., and Senay, E. C. Guidelines for the management of hospitalized narcotic addicts. *Annals of Internal Medicine* 82(6): 815–818, 1975.
- Gal, T. J. Naloxone reversal of buprenorphine-induced respiratory depression. *Clinical Pharmacology and Therapeutics* 45(1): 66–71, 1989.
- Gaulier, J. M.; Marquet, P.; Lacassie, E.; Dupuy, J. L.; and Lachatre, G. Fatal intoxication following self-administration of a massive dose of buprenorphine. *Journal of Forensic Sciences* 45(1): 226–228, 2000.
- Goldstein, A. *Addiction: From Biology to Drug Policy*. New York: W. H. Freeman, 1994.
- Gossop, M. The development of a Short Opiate Withdrawal Scale (SOWS). *Addictive Behaviors* 15(5): 487–490, 1990.
- Gourlay, D.; Heit, H.; and Caplan, Y. Sponsor: California Academy of Family Physicians. *Urine Drug Testing in Primary Care: Dispelling the Myths & Designing Strategies*, 2002. <http://www.alaskaafp.org/udt.pdf> [Accessed June 9, 2004].
- Gray, R. F.; Ferry, A.; and Jauhar, P. Emergence of buprenorphine dependence. *British Journal of Addiction* 84(11): 1373–1374, 1989.
- Hammett-Stabler, C. A.; Pesce, A. J.; and Cannon, D. J. Urine drug screening in the medical setting. *Clinica Chimica Acta* 315(1–2): 125–135, 2002.
- Handelsman, L.; Cochrane, K. J.; Aronson, M. J.; Ness, R.; Rubinstein, K. J.; and Kanof, P. D. Two new rating scales for opiate withdrawal. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 13(3): 293–308, 1987.
- Harris, D. S.; Jones, R. T.; Welm, S.; Upton, R. A.; Lin, E.; and Mendelson, J. Buprenorphine and naloxone co-administration in opiate-dependent patients stabilized on sublingual buprenorphine. *Drug and Alcohol Dependence* 61(1): 85–94, 2000.
- Heather, N.; Robertson, I.; MacPherson, B.; Allsop, S.; and Fulton, A. Effectiveness of a controlled drinking self-help manual: One year follow-up results. *British Journal of Clinical Psychology* 26(Pt. 4): 279–287, 1987.
- Hoffmann, N. G., and Harrison, P. A. *SUDDS-IV: Substance Use Disorder Diagnostic Schedule*. Smithfield, RI: Evince Clinical Assessments, 2002. http://www.evinceassessment.com/product_sudds.html [Assessed June 9, 2004].
- Ibrahim, R. B.; Wilson, J. G.; Thorsby, M. E.; and Edwards, D. J. Effect of buprenorphine on CYP3A in rat and human liver microsomes. *Life Sciences* 66(14): 1291–1298, 2000.
- International Classification of Diseases, 9th Rev., Clinical Modification: ICD-9-CM Volumes 1 and 2*. Salt Lake City, UT; Ingenix, Medicode, 2003. 810 pages.
- Iribarne, C.; Picart, D.; Dreano, Y.; Bail, J. P.; and Berthou, F. Involvement of cytochrome P450A4 in N-dealkylation of buprenorphine in human liver microsomes. *Life Sciences* 60(22): 1953–1964, 1997.
- Jacox, A.; Carr, D. B.; Payne, R.; Berde, C. B.; Breitbart, W.; Cain, J. M.;

- Chapman, C. R.; Cleeland, C. S.; Ferrell, B. R.; Finley, R. S.; Hester, N. O.; Hill Jr, C. S.; Leak, W. D.; Lipman, A. G.; Logan, C. L.; McGarvey, C. L.; Miaskowski, C. A.; Mulder, D. S.; Paice, J. A.; Shapiro, B. S.; Silberstein, E. B.; Smith, R. S.; Stover, J.; Tsou, C. V.; Vecchiarelli, L.; and Weissman, D. E.. Management of cancer pain. Clinical practice guideline No. 9. AHCPR Publication No. 94-0592. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services, March 1994.
- Jasinski, D. R.; Fudala, P. J.; and Johnson, R. E. Sublingual versus subcutaneous buprenorphine in opiate abusers. *Clinical Pharmacology and Therapeutics* 45(5):513-519, 1989.
- Jasinski, D. R.; Pevnick, J. S.; and Griffith, J. D. Human pharmacology and abuse potential of the analgesic buprenorphine: A potential agent for treating narcotic addiction. *Archives of General Psychiatry* 35(4):501-516, 1978.
- Johnson, R. E.; Chutuape, M. A.; Strain, E. C.; Walsh, S. L.; Stitzer, M. L.; and Bigelow, G. E. A comparison of levomethadyl acetate, buprenorphine, and methadone for opioid dependence. *New England Journal of Medicine* 343(18):1290-1297, 2000.
http://www.mja.com.au/public/issues/176_10_200502/gow10037_fm.html (Assessed June 9, 2004].
- Johnson, R. E.; Cone, E. J.; Henningfield, J. E.; and Fudala P. J. Use of buprenorphine in the treatment of opiate addiction. I. Physiologic and behavioral effects during a rapid dose induction. *Clinical Pharmacology and Therapeutics* 46(3):335-343, 1989.
- Johnson, R. E.; Eisenberg, T.; Stitzer, M. L.; Strain, E. C.; Liebson, I. A.; and Bigelow, G. E. A placebo controlled clinical trial of buprenorphine as a treatment for opioid dependence. *Drug and Alcohol Dependence* 40(1):17-25, 1995.
- Johnson, R. E.; Jaffe, J. H.; and Fudala, P. J. A controlled trial of buprenorphine treatment for opioid dependence. *Journal of the American Medical Association* 267(20):2750-2755, 1992.
- Johnson, R. E.; Jones, H. E.; and Fischer, G. Use of buprenorphine in pregnancy: Patient management and effects on the neonate. *Drug and Alcohol Dependence* 79:S87-S101, 2003a.
- Johnson, R. E.; Strain, E. C.; and Amass, L. Buprenorphine: How to use it right. *Drug and Alcohol Dependence* 79:S59-S77, 2003b.
- Kilicarslan, T., and Sellers, E. M. Lack of interaction of buprenorphine with flunitrazepam metabolism. *American Journal of Psychiatry* 157(7):1164-1166, 2000.
- Kobayashi, K.; Yamamoto, T.; Chiba, K.; Tani, M.; Shimada, N.; Ishizaki, T.; and Kuroiwa, Y. Human buprenorphine N-dealkylation is catalyzed by cytochrome P4503A4. *Drug Metabolism and Disposition* 26(8):818-821, 1998.
- Kuhlman Jr, J. J.; Lalani, S.; Maglulio Jr, J.; Levine, B.; and Darwin, W. D. Human pharmacokinetics of intravenous, sublingual, and buccal buprenorphine. *Journal of Analytical Toxicology* 20(6):369-378, 1996.
- Lange, W. R.; Fudala, P. J.; Dax, E. M.; and Johnson, R. E. Safety and side effects of buprenorphine in the clinical management of heroin addiction. *Drug and Alcohol Dependence* 26(1):19-28, 1990.
- Lejeune, C.; Aubisson, S.; Simmat-Durand, L.; Cneude, F.; Piquet, M.; and Gourarier, L. 'le Grouped' Etudes Grossesse et addictions. Withdrawal syndromes of newborns of pregnant drug abuse women maintained under methadone or high-dose buprenorphine: 246 cases. *Annales de Médecine Interne (Paris)* 152 Suppl 7:21-27, 2001.

- Ling, W.; Charuvastra, C.; Collins, J. F.; Batki, S.; Brown Jr, L. S.; Kintaudi, P.; Wesson, D. R.; McNicholas, L.; Tusel, D. J.; Malkerneker, U.; Renner Jr, J. A.; Santos, E.; Casadonte, P.; Fye, C.; Stine, S.; Wang, R. I.; and Segal, D. Buprenorphine maintenance treatment of opiate dependence: A multicenter, randomized clinical trial. *Addiction* 93(4): 475–486, 1998.
- Ling, W.; Wesson, D. R.; Charuvastra, C.; and Klett, C. J. A controlled trial comparing buprenorphine and methadone maintenance in opioid dependence. *Archives of General Psychiatry* 53(5): 401–407, 1996.
- Lloyd-Jones, J. G.; Robinson, P.; Henson, R.; Biggs, S. R.; and Taylor, T. Plasma concentration and disposition of buprenorphine after intravenous and intramuscular doses in baboons. *European Journal of Drug Metabolism and Pharmacokinetics* 5(4): 233–239, 1980.
- Lopez, F. Confidentiality of Patient Records for Alcohol and Other Drug Treatment. Technical Assistance Publication (TAP) Series, Number 13. DHHSPub. No. (SMA)95-3018. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, 1994.
- Loustauneau, A.; Auriacombe, M.; Daulouede, J. P.; and Tignol, J. Is buprenorphine a potential alternative to methadone for treating pregnant drug users? Inventory of clinical data in the literature. *Annales de Médecine Interne (Paris)* 153(7): 31–36, 2002.
- Maisto, S. A., and Saitz, R. Alcohol use disorders: Screening and diagnosis. *American Journal of Addictions* 12(Suppl 1): S12–25, 2003.
- Marlatt, G. A., and Gordon, J. R., eds. *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behavior*. New York: Guilford Press, 1985.

- Marquet, P.; Chevreil, J.; Lavignasse, P.; Merle, L.; and Lachatre, G. Buprenorphine withdrawal syndrome in a newborn. *Clinical Pharmacology and Therapeutics* 62(5):569–571, 1997.
- McCance-Katz, E. F.; Rainey, P. M.; Friedland, G.; Kosten, T. R.; and Jatlow, P. Effect of opioid dependence pharmacotherapies on zidovudine disposition. *American Journal on Addictions* 10(4):296–307, 2001.
- McConaughy, E. A.; Prochaska, J. O.; and Velicer, W. F. Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory/Research/Practice/Training* 20:368–375, 1983.
- McLellan, A. T.; Arndt, I. O.; Metzger, D. S.; Woody, G. E.; and O'Brien, C. P. The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *Journal of the American Medical Association* 269(15):1953–1959, 1993.
- McLellan, A. T.; Kushner, H.; Metzger, D.; Peters, R.; Smith, I.; Grissom, G.; Pettinati, H.; and Argeriou, M. Addiction Severity Index, 5th ed. *Journal of Substance Abuse Treatment* 9(3):199–213, 1992.
<http://www.trresearch.org>
[Accessed June 9, 2004].
- McLellan, A. T.; Luborsky, L.; Woody, G. E.; and O'Brien, C. P. An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Disease* 168(1):26–33, 1980.
- Mee-Lee, D. An instrument for treatment progress and matching: The Recovery Attitude and Treatment Evaluator (RAATE). *Journal of Substance Abuse Treatment* 5(3):183–186, 1988.
<http://www.niaaa.nih.gov/publications/raate.htm> [Accessed June 9, 2004].
- Mee-Lee, D., ed. *American Society of Addiction Medicine Patient Placement Criteria*

for the Treatment of Substance-Related Disorders, 2nd ed. —Revised (PPC-2R). Chevy Chase, MD: American Society of Addiction Medicine, 2001. <http://www.asam.org> [Accessed June 9, 2004].

- Mello, N. K.; Mendelson, J. H.; and Kuehnle, J. C.
Buprenorphine effects on human heroin self-administration: An operant analysis. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics* 223(1): 30–39, 1982.
- Metzger, D.; Woody, G. E.; DePhilippis, D.; McLellan, A. T.; O'Brien, C. P.; and Platt, J. J. Risk factors for needle sharing among methadone-treated patients. *American Journal of Psychiatry* 148(5): 636–640, 1991.
- Metzger, D. S.; Woody, G.; McLellan, A. T.; O'Brien, C. P.; Druley, P.; Navaline, H.; DePhilippis, D.; Stolley, P.; and Abrutyn, E. Human immunodeficiency virus seroconversion among intravenous drug users in- and out-of-treatment: an 18-month prospective follow-up. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 6(9): 1049–1056, 1993.
- Miller, W. R. Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin* 98(1): 84–107, 1985.
- Miller, W. R.; Benefield, R. G.; and Tonigan, J. S. Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61(3): 455–461, 1993.
- Miller, W. R., and Rollnick, S.
Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior, 2nd ed. New York: Guilford Press, 1991.
- Miller, W. R., and Sanchez, V. C. Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In: Howard, G. S., and Nathan, P. E., eds. *Alcohol Use and Misuse by Young Adults*. Notre Dame, IN: University of Not

- Miller, W. R., and Tonigan, J. S. Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors* 10(2): 81–89, 1996. <http://casaa.unm.edu/inst/inst.html> [Accessed June 9, 2004].
- Moatti, J. P.; Carrieri, M. P.; Spire, B.; Gastaut, J. A.; Cassuto, J. P.; and Moreau, J. Adherence to HAART in French HIV-infected injecting drug users: The contribution of buprenorphine drug maintenance treatment. The Manif 2000 Study Group. *AIDS* 14(2): 151–155, 2000.
- Morrison, V. Psychoactive substance use and related behaviors of 135 regular illicit drug users in Scotland. *Drug and Alcohol Dependence* 23(2): 95–101, 1989.
- Najavits, L. M., and Weiss, R. D. Variations in the rapid effectiveness in the treatment of patients with substance use disorders: An empirical review. *Addiction* 89(6): 679–688, 1994.
- Nath, R. P.; Upton, R. A.; Everhart, E. T.; Cheung, P.; Shwonek, P.; Jones, R. T.; and Mendelson, J. E. Buprenorphine pharmacokinetics: Relative bioavailability of sublingual tablet and liquid formulations. *Journal of Clinical Pharmacology* 39(6): 619–623, 1999.
- National Center on Addiction and Substance Abuse (CASA) at Columbia University. *Missed Opportunity: National Survey of Primary Care Physicians and Patients on Substance Abuse*. New York: CASA Publications, 2000. <http://www.casacolumbia.org/gpdshopprov/shop/> [Accessed July 29, 2004].
- National Institutes of Health (NIH). Effective Medical Treatment of Opiate Addiction. Consensus Statement Nov 17–19; 15(6): 4, 1997.
- Nelson, J. E.; Pearson, H. W.; Sayers, M.; and Glynn, T. J. *Research Issues 26: Guide to Drug Abuse Research Terminology*. Pub. No. ADM82-1237. Rockville, MD:

National Institute on Drug Abuse,
Public Health Service, U.S.
Department of Health and Human Services,
1982.

CP).
Drug Policy Information Clearinghouse.
Heroin Fact Sheet

- Nigam, A. K.; Ray, R.; and Tripathi, B. M. Buprenorphine in opioid withdrawal: A comparison with clonidine. *Journal of Substance Abuse Treatment* 10(4):391–394, 1993.
- Nikoda, V. V.; Lebedeva, R. N.; Artamoshina, M. P.; and Storozhenko, I. N. Comparative evaluation of the use of nalbuphine and buprenorphine in prehospital care. *Anesteziologiya I Reanimatologiya* (5):23–28, 1998.
- Obadia, Y.; Perrin, V.; Feroni, I.; Vlahov, D.; and Mouton, J. P. Injecting misuse of buprenorphine among French drug users. *Addiction* 96(2):267–272, 2001.
- O'Connor, J. J.; Moloney, E.; Travers, R.; and Campbell, A. Buprenorphine abuse among opiate addicts. *British Journal of Addiction* 83(9):1085–1087, 1988.
- O'Connor, P. G., and Fiellin, D. A. Pharmacologic treatment of heroin-dependent patients. *Annals of Internal Medicine* 133(1):40–54, 2000.
- O'Connor, P. G.; Oliveto, A. H.; Shi, J. M.; Triffleman, E.; Carroll, K. M.; Kosten, T. R.; and Rounsaville, B. J. A pilot study of primary-care-based buprenorphine maintenance for heroin dependence. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 22(4):523–531, 1996.
- O'Connor, P. G.; Oliveto, A. H.; Shi, J. M.; Triffleman, E.; Carroll, K. M.; Kosten, T. R.; Rounsaville, B. J.; Pakes, J. A.; and Schottenfeld, R. S. A randomized trial of buprenorphine maintenance for heroin dependence in a primary care clinic for substance users versus a methadone clinic. *American Journal of Medicine* 105(2):100–105, 1998.

Office of National Drug Control Policy (ONDCP)

June 2003. <http://www.whitehouse.gov/publications/factsheet/heroin/197335.pdf> [Accessed June 9, 2004].

Holicky, B. A.; and Cone, E. J. Subjective and physiologic effects of intravenous

Pani, P. P.; Maremmani, I.; Piratsu, R.; Tagliamonte, A.; and Gessa, G. L. Buprenorphine: A controlled clinical trial in the treatment of opioid dependence. *Drug and Alcohol Dependence* 60(1): 39–50, 2000.

Parran, T. V.; Adelman, C. L.; and Jasinski, D. R. Abuprenorphine stabilization and rapid-taper protocol for the detoxification of opioid-dependent patients. *American Journal on Addictions* 3(4): 306–313, 1994.

Peachey, J. E., and Lei, H. Assessment of opioid dependence with naloxone. *British Journal of Addiction* 83(2): 193–201, 1988.

Perez delos Cobos, J.; Martin, S.; Etcheberrigaray, A.; Trujols, J.; Batlle, F.; Tejero, A.; Queralto, J. M.; and Casas, M. A controlled trial of daily versus thrice-weekly buprenorphine administration for the treatment of opioid dependence. *Drug and Alcohol Dependence* 59(3): 223–233, 2000.

Petitjean, S.; Stohler, R.; Deglon, J. J.; Livoti, S.; Waldvogel, D.; Uehlinger, C.; and Ladewig, D. Double-blind randomized trial of buprenorphine and methadone in opioid dependence. *Drug and Alcohol Dependence* 62(1): 97–104, 2001.

Petry, N. M.; Bickel, W. K.; and Badger, G. J. A comparison of four buprenorphine dosing regimens in the treatment of opioid dependence. *Clinical Pharmacology and Therapeutics* 66(3): 306–314, 1999.

Petry, N. M.; Bickel, W. K.; Piasecki, D.; Marsch, L. A.; and Badger, G. J. Elevated liver enzyme levels in opioid-dependent patients with hepatitis treated with buprenorphine. *American Journal on Addictions* 9(3): 265–269, 2000.

Pickworth, W. B.; Johnson, R. E.;
Tài liệu tham khảo

- buprenorphine in humans. *Clinical Pharmacology and Therapeutics* 53(5):570–576, 1993.
- Preston, K. L.; Bigelow, G. E.; and Liebson, I. A. Effects of sublingually given naloxone in opioid-dependent human volunteers. *Drug and Alcohol Dependence* 25(1):27–34, 1990.
- Preston, K. L.; Umbricht, A.; and Epstein, D. H. Abstinence reinforcement maintenance contingency and one-year follow-up. *Drug and Alcohol Dependence* 67(2):125–137, 2002.
- Prochaska, J. O., and DiClemente, C. C. Stages of change in the modification of problem behaviors. *Progress in Behavior Modification* 28:183–218, 1992.
- Prochaska J. O.; DiClemente, C. C.; and Norcross J. C. Changing: Process approaches to initiation and maintenance of changes. In: Klar, Y.; Fisher, J. D.; Chinsky, J. M.; and Nadler, A.; eds. *Self-Change: Social, Psychological, and Clinical Perspectives*. New York: Springer-Verlag, 1992. pp. 87–114.
- Reckitt Benckiser Healthcare (UK) Ltd. and Reckitt Benckiser Pharmaceuticals, Inc. (2002). Subutex® (buprenorphine hydrochloride) and Suboxone® tablets (buprenorphine hydrochloride and naloxone hydrochloride). [drug label]. <http://www.fda.gov/cder/foi/label/2002/20732lbl.pdf> [Accessed June 9, 2004].
- Reynaud, M.; Petit, G.; Potard, D.; and Courty, P. Six deaths linked to concomitant use of buprenorphine and benzodiazepines. *Addiction* 93(9):1385–1392, 1998a.
- Reynaud, M.; Tracqui, A.; Petit, G.; Potard, D.; and Courty, P. Six deaths linked to misuse of buprenorphine-benzodiazepine combinations. *American Journal of Psychiatry* 155(3):448–449, 1998b.
- Robinson, G. M.; Dukes, P. D.; Robinson, B. J.; Cooke, R. R.; and Mahoney, G. N. The misuse of buprenorphine and abuprenorphine-naloxone combination in Wellington, New Zealand. *Drug and Alcohol Dependence* 33(1):81–86, 1993.
- Rollnick, S.; Heather, N.; Gold, R.; and Hall, W. Development of a short “readiness to change” questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers. *British Journal of Addiction* 87(5):743–754, 1992.
- Rosen, M. I.; Wallace, E. A.; McMahon, T. J.; Pearsall, H. R.; Woods, S. W.; Price, L. H.; and Kosten, T. R. Buprenorphine: Duration of blockade of effect of intra-muscular hydromorphone. *Drug and Alcohol Dependence* 35(2):141–149, 1994.
- Rounsaville, B. J.; Weissman, M. M.; Kleber, H.; and Wilber, C. Heterogeneity of psychiatric diagnosis in treated opiate addicts. *Archives of General Psychiatry* 39(2):161–168, 1982.
- Russell, M.; Martier, S. S.; Sokol, R. J.; Jacobson, S.; Jacobson, J.; and Bottoms, S. Screening for pregnancy risk drinking: TWEAKING the tests. *Alcoholism Clinical and Experimental Research* 15(2):638, 1991.
- Saitz, R. Overview of medical and surgical complications of addiction. In: Graham, A. W.; Schultz, T. K.; Mayo-Smith, M. F.; Ries, R. K.; and Wilford, B. B. *Principles of Addiction Medicine*, 3rd ed. Chevy Chase, MD: American Society of Addiction Medicine, 2003. <http://www.asam.org> [Accessed June 9, 2004].
- Sakol, M. S.; Stark, C.; and Sykes, R. Buprenorphine and temazepam abuse by drug takers in Glasgow—an increase. *British Journal of Addiction* 84(4):439–441, 1989.
- San, L.; Cami, J.; Fernandez, T.; Ollé, J. M.; Peri, J. M.; and Torrens, M. Assessment and management of opioid withdrawal symptoms in buprenorphine-dependent subjects. *British Journal of Addiction* 87(1):55–62, 1992.

- Schottenfeld, R. S.; Pakes, J.; O'Connor, P.; Chawarski, M.; Oliveto, A.; and Kosten, T. R. The three-weekly versus daily buprenorphine maintenance. *Biological Psychiatry* 47(12): 1072–1079, 2000.
- Schottenfeld, R. S.; Pakes, J. R.; Oliveto, A.; Ziedonis, D.; and Kosten, T. R. Buprenorphine/methadone maintenance treatment for concurrent opioid dependence and cocaine abuse. *Archives of General Psychiatry* 54(8): 713–720, 1997.
- Schuh, K. J., and Johanson, C. E. Pharmacokinetic comparison of the buprenorphine sublingual liquid and tablet. *Drug and Alcohol Dependence* 56(1): 55–60, 1999.
- Sees, K. L.; Delucchi, K. L.; Masson, C.; Rosen, A.; Clark, H. W.; Robillard, H.; Bandy, P.; and Hall, S. M. Methadone maintenance vs 180-day psychosocially enriched detoxification for treatment of opioid dependence: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association* 283(10): 1303–1310, 2000.
- Selzer, M. L. The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry* 127(12): 1653–1658, 1971. <http://ajp.psychiatryonline.org> [Accessed June 9, 2004]. <http://www.niaaa.nih.gov/publications/mast.htm> [Accessed June 9, 2004].
- Selzer, M. L.; Vinokur, A.; and Van Rooijen, L. A self-administered Short Michigan Alcoholism Screening Test (SMAST). *Journal of Studies on Alcohol* 36(1): 117–126, 1975.
- Senay, E. C.; Dorus, W.; Goldberg, F.; and Thornton, W. Withdrawal from methadone maintenance: Rate of withdrawal and expectation. *Archives of General Psychiatry* 34(3): 361–367, 1977.
- Simpson, D. D., and Sells, S. B. *Opioid Addiction and Treatment: A 12-Year Follow-up*. Malabar, FL: Krieger Publishing, 1989.
- Singh, R. A.; Mattoo, S. K.; Malhotra, A.; and Varma, V. K. Cases of buprenorphine abuse in India. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 86(1): 46–48, 1992.
- Skinner, H. A. The drug abuse screening test. *Addictive Behaviors* 7(4): 363–371, 1982. <http://www.nida.nih.gov/Diagnosis-Treatment/DAST10.html> [Accessed June 9, 2004].
- Skinner, H. A.; Holt, S.; Schuller, R.; Roy, J.; and Israel, Y. Identification of alcohol abuse using laboratory tests and a history of trauma. *Annals of Internal Medicine* 101(6): 847–851, 1984.
- Stein, M. D. Medical complications of intravenous drug use. *Journal of General Internal Medicine* 5(3): 249–257, 1990.
- Stoller, K. B.; Bigelow, G. E.; Walsh, S. L.; and Strain, E. C. Effects of buprenorphine/naloxone in opioid-dependent humans. *Psychopharmacology* 154(3): 230–242, 2001.
- Strain, E. C.; Preston, K. L.; Liebson, I. A.; and Bigelow, G. E. Acute effects of buprenorphine, hydromorphone and naloxone in methadone-maintained volunteers. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics* 261(3): 985–993, 1992.
- Strain, E. C.; Preston, K. L.; Liebson, I. A.; and Bigelow, G. E. Buprenorphine effects in methadone-maintained volunteers: Effects at two hours after methadone. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics* 272(2): 628–638, 1995.
- Strain, E. C., and Stitzer, M. L., eds. *Methadone treatment for opioid dependence*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 1999.
- Strain, E. C.; Stitzer, M. L.; Liebson, I. A.; and Bigelow, G. E. Buprenorphine versus

- methadone in the treatment of opioid-dependent cocaine users. *Psychopharmacology* 116(4):401–406, 1994a.
- Strain, E. C.; Stitzer, M. L.; Liebson, I. A.; and Bigelow, G. E. Comparison of buprenorphine and methadone in the treatment of opioid dependence. *American Journal of Psychiatry* 151(7):1025–1030, 1994b.
- Strain, E. C.; Stoller, K.; Walsh, S. L.; and Bigelow, G. E. Effects of buprenorphine versus buprenorphine/naloxone tablets in non-dependent opioid abusers. *Psychopharmacology* 148(4):374–383, 2000.
- Strain, E. C.; Walsh, S. L.; and Bigelow, G. E. Blockade of hydromorphone effects by buprenorphine/naloxone and buprenorphine. *Psychopharmacology* 159(2):161–166, 2002.
- Strang, J. Abuse of buprenorphine. *Lancet* 2(8457):725, 1985.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), Division of Pharmacologic Therapies. Unpublished data, 2002a.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), Office of Applied Studies. *Emergency Department Trends From the Drug Abuse Warning Network, Preliminary Estimates January–June 2002*, DAWN Series: D-22, DHHS Publication No. (SMA)03-3779. Rockville, MD, 2002b. http://dawninfo.samhsa.gov/pubs_94_02/edpubs/default.asp [Accessed June 9, 2004].
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), Office of Applied Studies. *Mortality Data From the Drug Abuse Warning Network, 2001*. DAWN Series D-23, DHHS Publication No. (SMA)03-3781. Rockville, MD, 2002c. http://dawninfo.samhsa.gov/pubs_94_02/mepubs/default.asp [Accessed June 9, 2004].
- Sullivan, J. T.; Sykora, K.; Schneiderman, J.; Naranjo, C.; and Sellers, E. M. Assessment of alcohol withdrawal: The revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale (CIWA-Ar). *British Journal of Addiction* 84(11):1353–1357, 1989.
- Talbott, G. D.; Gallegos, K. V.; Wilson, P. O.; and Porter, T. L. The Medical Association of Georgia's Impaired Physicians Program. Review of the first 1,000 physicians: Analysis of specialty. *Journal of the American Medical Association* 257(21):2927–2930, 1987.
- Therapeutic Communities of America (TCA). <http://www.therapeuticcommunitiesofamerica.org>. [Accessed June 9, 2004.]
- Thörn, S. E.; Rawal, N.; and Wennhager, M. Prolonged respiratory depression caused by sublingual buprenorphine. *Lancet* 1(8578):179–180, 1988.
- Title 42, Part 2 of the Code of Federal Regulations (42 C.F.R., Part 2), 2001. <http://www.access.gpo.gov/cgi-bin/cfr/assemble.cgi?title=200142> [Accessed June 9, 2004].
- Tracqui, A.; Kintz, P.; and Ludes, B. Buprenorphine-related deaths among drug addicts in France: A report on 20 fatalities. *Journal of Analytical Toxicology* 22(6):430–434, 1998.
- Vignau, J. Preliminary assessment of a 10-day rapid detoxification programme using high dosage buprenorphine. *European Addiction Research* 4(Suppl. 1):29–31, 1998.
- Walsh, S. L.; June, H. L.; Schuh, K. J.; Preston, K. L.; Bigelow, G. E.; and Stitzer, M. L. Effects of buprenorphine and methadone in methadone-maintained subjects. *Psychopharmacology* 119(3):268–276, 1995.
- Walsh, S. L.; Preston, K. L.; Stitzer, M. L.; Cone, E. J.; and Bigelow, G. E. Clinical pharmacology of buprenorphine: Ceiling

effects at high doses. *Clinical Pharmacology and Therapeutics* 55(5):569–580, 1994.

Walter, D., and Inturrisi, C. Absorption, Distribution, Metabolism, and Excretion of Buprenorphine in Animals and Humans. In: Cowan, A., and Lewis, J. W., eds.

Buprenorphine: Combating Drug Abuse With a Unique Opioid. New York: Wiley-Liss, 1995.

Weinberg, D.S.; Inturrisi, C.E.; Reidenberg, B.; Moulin, D.E.; Nip, T.J.; Walenstein,

S.; Houde, R. W.; and Foley, K. M. Sub-lingual absorption of selected opioid analgesics. *Clinical Pharmacology and Therapeutics* 44(3): 335–342, 1988.

Wesson, D.; Ling, W.; and Jara, G.

Buprenorphine in Pharmacotherapy of Opioid Addiction: Implementation in Office-Based Medical Practice. Translating the Experience of Clinical Trials into Clinical Practice. San Francisco, CA: California Society of Addiction Medicine, 1999.

Phụ lục B

Công cụ Đánh giá và Sàng lọc

Nhiều công cụ đánh giá và sàng lọc về chất gây nghiện và rượu có trên mạng tại địa chỉ: <http://www.niaaa.nih.gov/publications/publications.htm>.

Đại cương

- Chỉ số mức độ nghiện (Addiction Severity Index - ASI) (McLellan et al. 1980) (<http://www.tresearch.org> và <http://www.niaaa.nih.gov/publications/asi.htm>)
- Thời biểu chẩn đoán rối loạn do sử dụng chất gây nghiện (Substance Use Disorders Diagnostic Schedule - SUDDS-IV) (Hoffmann and Harrison 2002) (http://www.evinceassessment.com/product_sudds.html)

Sẵn sàng thay đổi

Xem Phụ lục G.

Công cụ sàng lọc

Test sàng lọc lạm dụng chất gây nghiện (DAST-10), Bảng câu hỏi về sử dụng chất gây nghiện

Các câu hỏi sau đề cập thông tin về khả năng bạn bị lôi cuốn với chất gây nghiện, không bao gồm rượu, trong 12 tháng qua. Đọc cẩn thận từng câu và quyết định bạn trả lời là “có” hay “không”. Sau đó khoanh tròn câu trả lời phù hợp bên cạnh câu hỏi.

Trong các câu sau “lạm dụng chất gây nghiện” có nghĩa là

- Sử dụng chất gây nghiện được kê đơn hay mua tại hiệu thuốc vượt quá mức được chỉ dẫn, và
- Bất cứ việc sử dụng chất gây nghiện nào không vì mục đích y tế.
- Các loại ma túy khác nhau có thể bao gồm cần sa (v.d., marijuana, hashish), dung môi (v.d., chất pha loãng sơn), thuốc an thần

vd., Valium), barbiturates, cocaine, chất kích thích (v.d., speed), chất gây ảo giác (v.d., lysergic acid diethylamide [LSD]), hoặc chất gây yên dịu (v.d., heroin). Ghi nhớ là các câu hỏi không đề cập đến bia rượu.

Xin trả lời tất cả các câu hỏi. Nếu bạn gặp khó khăn khi trả lời câu hỏi thì hãy chọn câu trả lời gần đúng nhất.

Các câu hỏi này đề cập đến 12 tháng vừa qua			
1	Bạn có dùng loại chất gây nghiện nào ngoài loại sử dụng vì mục đích y tế?	Có	Không
2	Bạn có dùng nhiều hơn một chất gây nghiện mỗi lần không?	Có	Không
3	Bạn luôn có khả năng ngừng sử dụng chất gây nghiện khi bạn muốn?	Có	Không
4	Bạn đã bao giờ bị choáng hay có cơn hồi tưởng do sử dụng chất gây nghiện?	Có	Không
5	Bạn có bao giờ cảm thấy buồn hay ân hận về việc dùng chất gây nghiện?	Có	Không
6	Vợ/chồng (hoặc cha/mẹ bạn) có bao giờ phàn nàn về việc bạn vướng vào chất gây nghiện không?	Có	Không
7	Bạn có quên lãng gia đình mình do dùng chất gây nghiện không?	Có	Không
8	Bạn có tham gia hoạt động phạm pháp để kiếm chất gây nghiện không?	Có	Không
9	Bạn đã từng trải qua triệu chứng cai chưa (cảm thấy khó chịu) khi bạn ngừng dùng chất gây nghiện không?	Có	Không
10	Bạn có bị vấn đề sức khỏe do dùng chất gây nghiện không (v.d., giảm trí nhớ, viêm gan, co giật, chảy máu)?	Có	Không

Diễn giải (Mỗi lần trả lời là “Có” tương đương = 1 điểm)

Điểm	Mức độ vấn đề liên quan tới lạm dụng chất	Hành động gợi ý
0	Không có vấn đề gì	Không cần làm gì
1-2	Mức độ thấp	Theo dõi, đánh giá lại sau một thời gian
3-5	Mức độ trung bình	Tìm hiểu thêm Đánh giá tích cực
6-8	Mức độ cao	

Nguồn: Phòng theo Addictive Behaviors, 7(4), Skinner, H.A. The drug abuse screening test, 363-371, copyright 1982, với sự cho phép của Elsevier. Có thể truy cập trực tuyến tại địa chỉ <http://www.drugabuse.gov/Diagnosis-Treatment/DAST10.html>.

Lịch sử Sang chấn theo Skinner

Kể từ lần sinh nhật thứ 18, bạn có

Bị gãy xương hay trật khớp không?

Bị chấn thương do tai nạn đường bộ không?

Bị chấn thương ở đầu không?

Bị chấn thương do bị tấn công hay đánh nhau không (trừ chấn thương do thể thao)? Bị chấn thương sau khi uống rượu bia không?

Ghi được từ hai điểm trở lên với các câu trả lời cho 5 câu hỏi ở trên cho thấy có xác suất cao về việc uống rượu bia quá mức hay lạm dụng rượu bia.

Nguồn: Skinner et al. 1984, In lại với sự cho phép của American College of Physicians–American Society of Internal Medicine (ACP–ASIM).

Bộ câu hỏi CAGE

Bạn đã bao giờ cảm thấy mình cần giảm mức độ uống rượu không?

Mọi người có làm bạn bực mình khi chỉ trích việc bạn uống rượu không?

Bạn đã bao giờ cảm thấy tội tệ hay dằn vặt về việc mình uống rượu không?

Bạn đã bao giờ làm việc đầu tiên sau khi thức dậy buổi sáng là uống rượu bia để lấy lại tinh thần hoặc thoát khỏi trạng thái khó chịu(**uống lúc mới mở mắt**)?

Trả lời là “Có” từ một trở lên có nghĩa là sàng lọc có kết quả dương tính. Tuy nhiên chú ý là do rào cản ngôn ngữ, cũng như cách mỗi người diễn giải câu hỏi hoặc các yếu tố nhiễu khác, những người trả lời “Không” cho tất cả các câu hỏi CAGE vẫn có thể có nguy cơ uống rượu mức cao.

Nguồn: Maisto và cộng sự 2003.

CAGE-AID: Câu hỏi CAGE được sửa lại phù hợp bao gồm cả Chất gây nghiện

Bạn có bao giờ cảm thấy là bạn cần giảm mức độ uống rượu hay dùng chất gây nghiện không?

Mọi người có làm bạn bực mình khi chỉ trích việc bạn uống rượu hay dùng chất gây nghiện không?

Bạn có bao giờ cảm thấy tội tệ hay dằn vặt về việc mình uống rượu hay dùng chất gây nghiện không?

Bạn có bao giờ làm việc đầu tiên khi thức dậy buổi sáng là uống rượu hay dùng chất gây nghiện để lấy lại tinh thần hoặc thoát khỏi trạng thái khó chịu(**uống lúc mới mở mắt**)?

Trả lời là “Có” từ một trở lên có nghĩa là sàng lọc có kết quả dương tính. Tuy nhiên chú ý là do rào cản ngôn ngữ, cũng như cách mỗi người diễn giải câu hỏi hoặc các yếu tố nhiễu khác, những người trả lời “Không” cho tất cả các câu hỏi CAGE-AID vẫn có thể có nguy cơ uống rượu mức cao.

Nguồn: Brown and Rounds 1995.

Bộ câu hỏi TWEAK

(T) Dung nạp: (a) Bạn có thể uống được bao nhiêu cốc, hoặc (b) Bạn phải uống hết bao nhiêu cốc trước khi bạn bắt đầu cảm thấy những tác động đầu tiên của rượu?

(W) Lo lắng: Bạn thân hay họ hàng của bạn có lo lắng hay phàn nàn về việc bạn uống rượu trong năm trước không?

(E) Bánh mắt: Bạn có đôi khi uống rượu bia ngay khi vừa dậy vào buổi sáng không?

(A) Quên: Bạn hay người thân có bao giờ nói về những gì bạn đã nói hay làm khi bạn uống rượu mà bạn không thể nhớ ra không?

(K) Giảm xuống: Bạn có đôi khi cảm thấy cần phải cắt giảm việc uống rượu không?

Bộ câu hỏi TWEAK lúc đầu được soạn để sàng lọc việc uống rượu bia gây nguy cơ khi mang thai (Russell và cộng sự. 1991). Nó cũng được dùng để sàng lọc việc uống rượu bia gây nguy hại cho cộng đồng nói chung (Chan và cộng sự. 1993).

Tính điểm: Trắc nghiệm sử dụng thang điểm 7. Câu hỏi Dung nạp được 2 điểm nếu (a) người bệnh nói là Bạn ta có thể uống hơn 5 cốc mà không ngủ hay lơ mơ, hoặc (b) nếu họ nói cần 3 cốc hay nhiều hơn để bắt đầu thấysay. Một câu trả lời Có cho câu hỏi Lo lắng ghi được 2 điểm. Câu trả lời Có cho 3 câu hỏi còn lại ghi được 1 điểm cho mỗi câu.

Tổng số điểm ghi được là 3 hay 4 thường thể hiện là uống ở mức nguy hại. Đối người bệnh mang thai hoặc nuôi con nhỏ, tổng số điểm từ 2 trở lên thể hiện khả năng uống rượu ở mức nguy hại.

Nguồn: The National Institute on Alcohol Abuse and Addiction - Trang mạng có địa chỉ <http://www.niaaa.nih.gov/publications/tweak.htm>

Test xác định rối loạn sử dụng rượu bia (AUDIT): Phiên bản dùng để phỏng vấn

1. Bạn uống rượu bia thường xuyên ở mức độ? []
Không bao giờ (0) [Chuyển tới các Câu 9–10]
 Hàng tháng hay ít hơn (1)
 2 đến 4 lần trong tháng (2)
 2 đến 3 lần trong tuần (3)
 4 lần trở lên trong 1 tuần (4)
2. Nhìn chung, bạn uống bao nhiêu cốc*trong một ngày uống rượu bia?
 1 hoặc 2 (0)
 3 hoặc 4 (1)
 5 hoặc 6 (2)
 7, 8, hoặc 9 (3)
 10 trở lên (4)
3. Bạn uống từ 6 cốc trở lên mỗi lần thường xuyên ở mức độ nào? []
Không bao giờ (0)
 Dưới 1 lần mỗi tháng(1)
 Hàng tháng (2)
 Hàng tuần (3)
 Hàng ngày hay gần như hàng ngày (4)

[Chuyển tới các Câu 9 và 10 nếu Tổng số điểm cho các Câu 2 và 3 = 0]

4. Trong năm ngoái, bạn thấy không thể ngừng uống rượu bia được một khi đã bắt đầu thường xuyên ở mức độ nào?
 Không bao giờ (0)
 Dưới 1 lần mỗi tháng(1)
 Hàng tháng (2)
 Hàng tuần (3)
 Hàng ngày hay gần như hàng ngày (4)
5. Trong năm ngoái, bạn không làm được những điều bình thường bạn vẫn làm do uống rượu bia thường xuyên ở mức độ nào?
 Không bao giờ (0)
 Dưới 1 lần mỗi tháng(1) Hàng tháng (2)
 Hàng tuần (3)
 Hàng ngày hay gần như hàng ngày (4)
6. Trong năm ngoái, bạn cần uống rượu ngay sau khi thức dậy buổi sáng để có thể hoạt động tiếp sau khi đã uống một châu rất say thường xuyên ở mức độ nào?
 Không bao giờ (0)
 Dưới 1 lần mỗi tháng(1)
 Hàng tháng (2)
 Hàng tuần (3)
 Hàng ngày hay gần như hàng ngày (4)

7. Trong năm ngoái, bạn có cảm giác dần vật hay ăn năn sau khi uống rượu bia thường xuyên ở mức độ nào?
- Không bao giờ (0)
 - Dưới 1 lần mỗi tháng(1)
 - Hàng tháng (2)
 - Hàng tuần (3)
 - Hàng ngày hay gần như hàng ngày (4)
8. Trong năm ngoái, bạn không thể nhớ những gì xảy ra đêm hôm trước vì bạn đã uống rượu bia thường xuyên ở mức độ nào?
- Không bao giờ (0)
 - Dưới 1 lần mỗi tháng(1)
 - Hàng tháng (2)
 - Hàng tuần (3)
 - Hàng ngày hay gần như hàng ngày (4)
9. Bạn hay ai đó khác đã từng bị thương do bạn uống rượu bia?
- Không (0)
 - Có, nhưng không phải là năm ngoái (1)
 - Có, trong năm ngoái (2)
10. Có người thân, bạn bè, hay bác sĩ hoặc nhân viên y tế nào khác quan tâm đến việc uống rượu bia của bạn hay khuyên bạn giảm uống không?
- Không (0)
 - Có, nhưng không phải là năm ngoái (1)
 - Có, trong năm ngoái (2)

Ghi lại tổng các mục cụ thể. []

- Để phân loại câu trả lời, người ta giả định là một cốc rượu bia chứa 10g cồn. Tại những nước ghi hàm lượng cồn của một cốc rượu tiêu chuẩn khác nhau hơn 25% với hàm lượng gốc là 10g, phân loại câu trả lời cần được sửa đổi phù hợp.

Nguồn: Babor và cộng sự. 2001. Có tại địa chỉ http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf

Một phiên bản Tự báo cáo của AUDIT cũng được in ở tài liệu của Babor và cộng sự. 2001.

Ghi điểm và phiên giải kết quả AUDIT

Điểm tối thiểu (cho người không uống rượu bia) là 0 và điểm tối đa có thể được là 40. Điểm 8 thể hiện việc sử dụng rượu bia ở mức nguy hại, và có thể là lệ thuộc rượu bia. Điểm từ 8–15 thể hiện mức độ trung bình và các điểm từ 16 trở lên là mức độ cao về vấn đề do rượu bia gây ra. Babor và cộng sự. (2001) khuyến nghị là mức trần của điểm là 7 cho phụ nữ và người trên 65 tuổi; Bradley và cộng sự. (1998) khuyến nghị là mức trần của điểm thậm chí nên thấp hơn là 4 điểm cho phụ nữ. Đối với người bệnh có kháng cự, không hợp tác, hay không giao tiếp được, thì có thể cần phải có quy trình sàng lọc lâm sàng (Do Babor và cộng sự. 2001 miêu tả).

Test sàng lọc về nghiện rượu bia Michigan (MAST)

0.	Thỉnh thoảng bạn có thích uống rượu bia không?	CÓ	KHÔNG
(2) 1.	*Bạn cảm thấy là một người uống rượu bia bình thường không? (Bình thường có nghĩa là uống ít hơn hay cũng giống như hầu hết mọi người khác)	CÓ	KHÔNG
(2) 2.	Bạn đã từng thức dậy buổi sáng sau khi uống rượu bia đêm trước và thấy là bạn không thể nhớ tý gì về buổi tối ấy cả?	CÓ	KHÔNG
(1) 3.	Vợ, chồng, cha/mẹ hay người thân gần gũi của bạn có bao giờ lo lắng hay phàn nàn về việc uống rượu bia của bạn không?	CÓ	KHÔNG
(2) 4.	*Bạn có thể ngừng uống sau 1 hay 2 cốc mà không phải đấu tranh gì không?	CÓ	KHÔNG
(1) 5.	Bạn có bao giờ thấy dằn vặt về chuyện uống rượu bia không?	CÓ	KHÔNG
(2) 6.	*Bạn bè hay người thân có nghĩ bạn là người uống rượu bia bình thường không?	CÓ	KHÔNG
(2) 7.	*Bạn có thể ngừng uống rượu bia khi bạn muốn không?	CÓ	KHÔNG
(5) 8.	Bạn đã bao giờ dự cuộc họp của Những người Nghiện Rượu vô danh (AA)?	CÓ	KHÔNG
(1) 9.	Bạn đã từng tham gia đánh lộn khi uống rượu bia chưa?	CÓ	KHÔNG
(2) 10.	Việc uống rượu bia của bạn có bao giờ gây phiền giữa bạn và vợ, chồng, bố/mẹ, hay người thân khác không?	CÓ	KHÔNG
(2) 11.	Vợ, chồng (hoặc người thân gia đình khác) từng yêu cầu ai đó giúp bạn trong việc uống rượu bia không?	CÓ	KHÔNG
(2) 12.	Bạn đã bao giờ mất bạn bè vì uống rượu bia không?	CÓ	KHÔNG
(2) 13.	Bạn đã bao giờ gặp rắc rối ở nơi làm hoặc trường học vì uống rượu bia không?	CÓ	KHÔNG
(2) 14.	Bạn đã bao giờ mất việc làm vì uống rượu bia không?	CÓ	KHÔNG
(2) 15.	Bạn có bao giờ quên lãng bạn bè, gia đình, hay công việc từ 2 ngày trở lên vì bạn uống rượu bia không?	CÓ	KHÔNG
(1) 16.	Bạn có thường uống rượu bia trước buổi trưa không?	CÓ	KHÔNG
(2) 17.	Bạn đã bao giờ được nói là bạn có vấn đề về gan không? Xơ gan?	CÓ	KHÔNG
(2) 18.	**Sau khi uống nhiều rượu bia thì bạn có bao giờ bị sáng rượu cấp hay run rẩy hay nghe giọng hoặc nhìn thấy những thứ mà thực tế không có không?	CÓ	KHÔNG
(5) 19.	Bạn đã bao giờ nhờ cậy ai đó giúp đỡ với việc uống rượu bia của mình không?	CÓ	KHÔNG
(5) 20.	Bạn đã bao giờ phải đi viện vì uống rượu bia không?	CÓ	KHÔNG
(2) 21.	Bạn đã từng là bệnh nhân của bệnh viện tâm thần hay khoa tâm thần của Bệnh viện đa khoa có tiếp nhận bệnh nhân nhập viện do uống rượu bia?	CÓ	KHÔNG
(2) 22.	Bạn đã bao giờ đến một phòng khám sức khỏe tâm thần hoặc nhờ cậy bác sĩ, nhân viên xã hội, hay người theo đạo để giúp cho vấn đề tình cảm do rượu bia góp phần gây ra không?	CÓ	KHÔNG
(2) 23.	***Bạn đã bao giờ bị bắt giữ vì lái xe khi đang say, lái xe khi đang trong trạng thái nhiễm độc, hay lái xe dưới tác động của rượu bia? Nếu CÓ thì bao nhiêu lần? ____	CÓ	KHÔNG
(2) 24.	Bạn đã bao giờ bị bắt giữ, hoặc tạm giữ, thậm chí chỉ vài tiếng đồng hồ vì hành vi say rượu khác không? Nếu CÓ thì bao nhiêu lần? _____	CÓ	KHÔNG

* Đáp ứng với cồn là âm tính

** 5 điểm cho mỗi lần sàng lọc rượu cấp

*** 2 điểm cho mỗi lần bắt giữ

Hệ thống ghi điểm MAST

Nói chung, từ 5 điểm trở lên có thể đưa vào nhóm lệ thuộc rượu bia. Bốn điểm cho thấy bệnh nhân có nguy cơ lạm dụng rượu, và 3 điểm trở xuống cho thấy không lệ thuộc rượu bia (Selzer 1971).

Nguồn: American Journal of Psychiatry, 127, 1653–1658 (1971). Copyright (1971). The American Psychiatric Association, <http://ajp.psychiatryonline.org>. Được phép in lại. Truy cập <http://www.niaaa.nih.gov/publications/mast.htm>.

Test sàng lọc về nghiện rượu bia Michigan rút ngắn tự điền (SMAST)

Tên bệnh nhân: _____

Ngày tháng năm sinh: _____

Ngày thực hiện: _____

- | | | |
|---|-----------|--------------|
| 1. Bạn có cảm thấy mình là một người uống rượu bia bình thường? (Bình thường có nghĩa là uống ít hơn hay cũng giống như hầu hết mọi người khác) | CÓ | KHÔNG |
| 2. Vợ, chồng, cha/mẹ hay người thân gần gũi của bạn có bao giờ lo lắng hay phàn nàn về việc uống rượu bia của bạn không? | CÓ | KHÔNG |
| 3. Bạn có bao giờ thấy dẫn vật về chuyện uống rượu bia không? | CÓ | KHÔNG |
| 4. Bạn bè hay người thân có nghĩ bạn là người uống rượu bia bình thường không? | CÓ | KHÔNG |
| 5. Bạn có thể ngừng uống rượu bia khi bạn muốn không? | CÓ | KHÔNG |
| 6. Bạn đã bao giờ dự cuộc họp của Những người Nghiện Rượu vô danh? | CÓ | KHÔNG |
| 7. Việc uống rượu bia của bạn có bao giờ gây phiền giữa bạn và vợ, chồng, bố/mẹ, hay người thân khác không? | CÓ | KHÔNG |
| 8. Bạn có bao giờ gặp rắc rối ở nơi làm hoặc trường học vì uống rượu bia không? | CÓ | KHÔNG |
| 9. Bạn có bao giờ quên lãng bản phận, gia đình, hay công việc từ 2 ngày trở lên vì bạn uống rượu bia không? | CÓ | KHÔNG |
| 10. Bạn có bao giờ nhờ cậy ai đó giúp đỡ với việc uống rượu bia của mình không? | CÓ | KHÔNG |
| 11. Bạn có bao giờ phải đi viện vì uống rượu bia không? | CÓ | KHÔNG |
| 12. Bạn đã bao giờ bị bắt giữ vì lái xe khi đang say, lái xe khi đang trong trạng thái nhiễm độc, hay lái xe dưới tác động của rượu bia | CÓ | KHÔNG |
| 13. Bạn đã từng bao giờ bị bắt giữ, thậm chí chỉ vài tiếng đồng hồ vì hành vi say rượu khác không? | CÓ | KHÔNG |

Nguồn: Phòng theo Selzer et al. 1975. Được phép in lại của *Journal of Studies on Alcohol*.

Hệ thống ghi điểm SMAST

Mỗi mục trong 13 mục của Short MAST được ghi là 1 (một) hoặc 0 (zero), với các câu hỏi 1, 4, và 5 được ghi là 1 cho mỗi câu trả lời “Không”, và các mục khác được ghi 1 cho mỗi câu trả lời “có”. 2 điểm biểu thị khả năng nghiện rượu, 3 điểm hoặc nhiều hơn biểu thị chắc chắn nghiện rượu.

Đánh giá hội chứng cai

Thang bậc đánh giá hội chứng cai chất gây yên dịu

Fultz và Senay (1975); (Bảng 1 trang 816) đã dùng một phương pháp xếp loại cho những bệnh nhân nhập viện trải qua trạng thái cai chất dạng thuốc phiện (CDTP) để xác định khởi liều methadone như sau:

Loại	Triệu chứng thực thể	Khởi liều Methadone
1	Chảy nước mắt và/hoặc chảy mũi Vã mồ hôi Ngáp Bồn chồn Mất ngủ	5 mg
2	Giãn đồng tử Nổi da gà Chuột rút và/hoặc đau cơ Đau khớp Đau bụng	10 mg
3	Mạch nhanh Tăng huyết áp Thở nhanh Sốt Chán ăn hoặc buồn nôn Bồn chồn rõ	15 mg
4	Tiêu chảy và/hoặc nôn Mất nước Tăng đường huyết Hạ huyết áp Co quắp	20 mg

Nguồn: Fultz and Senay 1975, Được phép của American College of Physicians–American Society of Internal Medicine (ACP–ASIM).

Viện lâm sàng đánh giá chất gây yên dịu (CINA)

Thang điểm đánh giá triệu chứng cai

Thang điểm đánh giá Chất yên dịu của Viện Lâm sàng (CINA) đánh giá 11 dấu hiệu và triệu chứng thường gặp ở bệnh nhân khi trải qua trạng thái cai chất yên dịu. Nó giúp đánh giá mức độ trầm trọng của triệu chứng và theo dõi những thay đổi về tình trạng lâm sàng theo thời gian.

CÁC THÔNG SỐ	PHÁT HIỆN	ĐIỂM
Các thông số dựa trên các Câu hỏi và Quan sát:		
(1) Các thay đổi về bụng: Bạn có bị đau ở vùng bụng	Không than phiền về bụng; nhu động ruột bình thường Có kêu về đau quặn bụng từng cơn Đau quặn bụng; tiêu chảy; tăng nhu động ruột	0 1 2
(2) Các thay đổi về nhiệt độ: Bạn cảm thấy nóng hay lạnh?	Không báo cáo thay đổi Báo cảm thấy lạnh; tay lạnh và sờ thấy ướt dính Run lẩy bẩy không kiểm chế được	0 1 2
(3) Buồn nôn và nôn ói: Bạn có cảm thấy nóng ruột không? Bạn đã nôn chưa?	Không thấy buồn nôn và nôn ói Hơi buồn nôn; không có nôn khan hay ói mửa Buồn nôn nônkhan không thường xuyên Buồn nônliên tục; nônkhanvà/hoặc nôn thường xuyên	0 2 4 6
(4) Đau cơ: Bạn có bị chuột rút không?	Không thấy nói đau cơ; cơ tay và cổ mềm khi nghỉ Cơ đau nhẹ Nói cơ đau nặng; các cơ ở tay, chân hoặc cổ luôn ở trạng thái thái cơ rút	0 1 3
Các thông số chỉ dựa trên Quan sát:		
(5) Sờ gai ốc	Không thấy Đôi khi sờ gai ốc nhưng không có khi sờ; không lâu Sờ gai ốc dễ thấy theo đợt và xảy ra khi bị sờ Sờ gai ốc liên tục trên mặt và tay	0 1 2 3
(6) Chảy nước mũi	Không tắc hay sổ mũi Thường xuyên sổ mũi Liên tục bị chảy nước mũi	0 1 2
(7) Bồn chồn	Hoạt động bình thường Hoạt động hơi bất thường, đưa chân lên và xuống; Thỉnh thoảng thay đổi tư thế Cựa quậy và bồn chồn mức trung bình, hay thay đổi tư thế Luôn đi chuyên hay liên tục động đậy	0 1 2 3
(8) Run	Không có Không rõ nhưng có thể cảm thấy ở các đầu ngón tay Mức trung bình khi giờ thả cánh tay Nặng ngay cả khi không giờ tay	0 1 2 3
(9) Chảy nước mắt	Không có Ứa nước mắt; nước mắt chảy ra từ khóe mắt Nước mắt chảy dần giữa từ mắt xuống mặt	0 1 2
(10) Vã mồ hôi	Không thấy mồ hôi Ít mồ hôi thấy được; lòng bàn tay ẩm ướt Hạt mồ hôi đọng trên trán Mồ hôi chảy trên mặt và ngực	0 1 2 3
(11) Ngáp	Không có Thường hay ngáp Ngáp liên tục không kiểm soát	0 1 2
TỔNG ĐIỂM	[Cộng điểm cho tất cả 11 thông số]	
<p>Điểm tối thiểu=0, Điểm tối đa=31. Điểm càng cao thì hội chứng cai càng trầm trọng. Phần trăm của các triệu chứng cai tối đa =((tổng điểm)/31) x 100%.</p> <p>Nguồn: Theo Peachey, J.E., and Lei, H. Assessment of opioid dependence with naloxone. <i>British Journal of Addiction</i> 83(2):193-201, 1988. Được phép của Blackwell Publishing, Ltd.</p>		

Thang đánh giá lâm sàng hội chứng cai các chất dạng thuốc phiện (COWS)

Khoanh tròn số mô tả đúng nhất những dấu hiệu và triệu chứng của bệnh nhân cho từng mục. Xếp loại dựa trên mối quan hệ rõ ràng với hội chứng cai các chất dạng thuốc phiện. Ví dụ: nếu nhịp tim tăng do bệnh nhân đi bộ ngay trước khi đánh giá thì nhịp tim tăng không được tính điểm.

Tên Bệnh nhân:	Ngày tháng:	Thời gian:
Lý do đánh giá:		
1. Nhịp tim lúc nghỉ: _____ nhịp/phút được đo sau khi bệnh nhân ngồi hoặc nằm nghỉ trong 1 phút . 0 80 nhịp hoặc thấp hơn 1 81–100 nhịp 2 101–120 nhịp 4 Trên 120 nhịp	7. Rối loạn dạ dày ruột: <i>trong 1/2 giờ qua</i> 0 không có triệu chứng bất thường 1 đau bụng co thắt 2 buồn nôn hoặc phân lỏng 3 nôn hoặc tiêu chảy 5 nhiều lần bị tiêu chảy hoặc nôn	
2. Toát mồ hôi: <i>trong 1/2 giờ qua, không do nhiệt độ trong phòng hoặc vận động của bệnh nhân</i> 0 bệnh nhân không thấy bị ớn lạnh hoặc đỏ mặt 1 bệnh nhân thấy bị ớn lạnh hoặc đỏ mặt 2 mặt đỏ hoặc quan sát thấy da mặt ẩm, nhớp nháp 3 nhiều giọt mồ hôi trên trán và mặt 4 mồ hôi ròng ròng trên mặt	8. Run <i>quan sát khi tay duỗi thẳng</i> 0 không run 1 có thể cảm thấy run, nhưng không quan sát thấy 2 Quan sát thấy run nhẹ 4 Run nhiều hoặc co giật cơ	
3. Bồn chồn: <i>quan sát trong khi đánh giá</i> 0 Có thể ngồi yên 1 bệnh nhân kể là khó ngồi yên, nhưng có thể cố gắng ngồi được 3 thường xuyên cử động hoặc cử động thừa của chân/tay 5 Không thể ngồi yên trong một vài giây	9. Ngáp: <i>Quan sát trong khi đánh giá</i> 0 Không ngáp 1 Ngáp 1 hay 2 lần trong khi đánh giá 2 Ngáp 3 hoặc hơn trong khi đánh giá 4 Ngáp nhiều lần/phút	
4. Kích thước đồng tử 0 đồng tử nhỏ kim hoặc có kích thước bình thường dưới ánh sáng phòng 1 đồng tử có thể rộng hơn bình thường dưới ánh sáng phòng 2 đồng tử giãn trung bình 5 đồng tử giãn đến nỗi chỉ nhìn thấy tròng đen	10. Lo lắng hoặc dễ cáu gắt 0 không 1 bệnh nhân cho biết ngày càng dễ kích động hoặc lo lắng 2 bệnh nhân có biểu hiện lo lắng kích thích rõ rệt 4 bệnh nhân kích thích hoặc lo lắng đến mức rất khó tham gia cuộc đánh giá	
5. Đau xương hoặc khớp: <i>nếu bệnh nhân trước đây từng bị đau, thì chỉ phần liên quan đến hội chứng cai mới được tính điểm.</i> 0 không có biểu hiện 1 khó chịu nhẹ, lan tỏa 2 bệnh nhân cho biết có đau cơ/khớp lan tỏa 4 bệnh nhân xoa cơ/khớp và không thể ngồi yên vì khó chịu	11. Nổi da gà 0 Da nhẵn mịn 3 có thể cảm thấy nổi da gà hoặc lông tay dựng đứng 5 nổi da gà rõ rệt	
6. Chảy nước mắt nước mũi không do cảm lạnh hoặc dị ứng 0 không biểu hiện 1 ngạt mũi hoặc mắt ướt bất thường 2 chảy nước mũi hoặc nước mắt 4 chảy nước mũi liên tục hoặc chảy nước mắt ra gò má	Tổng điểm: _____ [là tổng điểm của tất cả 11 mục.] Chữ ký của người tiến hành đánh giá: _____	

Điểm: 5–12=Nhẹ; 13–24=Trung bình; 25–36= trung bình nặng; >36=hội chứng cai nặng

Nguồn: Theo Wesson et al. 1999. Được phép in lại.

Thang điểm đánh giá chủ quan về Hội chứng cai CDTP (SOWS)

Hướng dẫn: Trả lời các câu sau với mức càng chính xác càng tốt. Khoanh tròn câu trả lời phù hợp nhất với cảm giác của bạn hiện nay.

0= Hoàn toàn không

1= Một chút

2=Trung bình

3=Nhiều

4=Rất nhiều

	Hoàn toàn không	Một chút	Trung bình	Nhiều	Rất nhiều
1 Tôi thấy lo lắng.	0	1	2	3	4
2 Tôi cảm thấy muốn ngáp.	0	1	2	3	4
3 Tôi đang vã mồ hôi.	0	1	2	3	4
4 Tôi đang chảy nước mắt.	0	1	2	3	4
5 Tôi đang sổ mũi.	0	1	2	3	4
6 Tôi đang nổi gai ốc.	0	1	2	3	4
7 Tôi đang run.	0	1	2	3	4
8 Tôi có các cơn nóng bừng.	0	1	2	3	4
9 Tôi có các cơn ớn lạnh	0	1	2	3	4
10 Xương và cơ của tôi đang đau	0	1	2	3	4
11 Tôi thấy bồn chồn	0	1	2	3	4
12 Tôi thấy buồn nôn.	0	1	2	3	4
13 Tôi cảm thấy mình sắp nôn	0	1	2	3	4
14 Cơ của tôi co rút.	0	1	2	3	4
15 Bụng tôi co cứng.	0	1	2	3	4
16 Tôi cảm thấy mình sắp dùng ma túy	0	1	2	3	4

Thang đo hội chứng cai chất dạng thuốc phiện chủ quan bao gồm 16 triệu chứng được bệnh nhân xếp theo mức độ tăng dần trên thang 5 bậc như sau: 0=Không, 1=Một chút, 2=Trung bình, 3=Nhiều, 4=rất nhiều. Tổng điểm là tổng của các mục và dao động từ 0 đến 64.

Nguồn: In lại của Handelsman et al. 1987, p. 296, với sự cho phép của Marcel Dekker, Inc.

Các nguồn khác: Gossop 1990; Bradley 1987.

Quy Nghiên cứu về Nghiện – Thang Đánh giá Hội chứng cai của Viện lâm sàng (CIWA-Ar)

Bệnh nhân:	Ngày:	Thời gian: (Tính 24 giờ/ngày, Nửa đêm là= 00 :00)
<p>BUỒN NÔN VÀ NÔN—Hỏi “Bạn có thấy nôn nao trong bụng không? Bạn có bị nôn không?”</p> <p><i>Quan sát.</i></p> <p>0 không buồn nôn và không nôn</p> <p>1 hơi buồn nôn nhưng không nôn</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4 Buồn nôn ngắt quãng với ọc khan</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7 buồn nôn liên tục, thường ọc khan và nôn</p>	<p>RỐI LOẠN XÚC GIÁC—Hỏi “Bạn có bị ngứa, cảm giác kim châm, nóng rát, tê, hay cảm giác dòi bò trên hoặc dưới da không?”</p> <p><i>Quan sát.</i></p> <p>0 không</p> <p>1 cảm giác ngứa, kim châm, nóng rát, hay tê nhẹ</p> <p>2 cảm giác ngứa, kim châm, nóng rát, hay tê rất nhẹ</p> <p>3 cảm giác ngứa, kim châm, nóng rát, hay tê trung bình</p> <p>4 ảo giác trung bình nặng</p> <p>5 ảo giác nặng</p> <p>6 ảo giác cực kỳ nặng</p> <p>7 ảo giác liên tục</p>	
<p>RUN— Tay buông thõng và ngón tay xèo.</p> <p><i>Quan sát.</i></p> <p>0 không run</p> <p>1 không rõ, nhưng có thể cảm thấy cảm giác đầu ngón tay</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4 trung bình, với tay bệnh nhân bỏ thõng</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7 năng, thậm chí với tay không bỏ thõng</p>	<p>RỐI LOẠN THÍNH GIÁC—Hỏi “Bạn có để ý nhiều về âm thanh quanh mình không ? có chói tai không? Có làm bạn sợ không? Bạn có nghe thấy gì làm bạn khó chịu không? Bạn có nghe thấy gì mà bạn biết là không có ở đó không?”</p> <p><i>Quan sát.</i></p> <p>0 không có</p> <p>1 chói tai rất nhẹ hay không có khả năng gây sợ</p> <p>2 chói tai hay khả năng gây sợ nhẹ</p> <p>3 chói tai hay khả năng gây sợ trung bình</p> <p>4 ảo giác trung bình nặng</p> <p>5 ảo giác nặng</p> <p>6 ảo giác cực kỳ nặng</p> <p>7 ảo giác liên tục</p>	
<p>Mồ hôi lạnh phát— <i>Quan sát.</i></p> <p>0 không thấy mồ hôi</p> <p>1 ít thấy có mồ hôi, lòng bàn tay ẩm</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4 mồ hôi đọng rõ trên trán</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7 mồ hôi ướt sũng</p>	<p>RỐI LOẠN THỊ GIÁC—Hỏi “Ánh sáng có vẻ chói quá không? Màu sắc có khác không? Nó có làm mắt bạn đau không? Bạn có nhìn thấy gì làm bạn khó chịu không? Bạn có thấy cái gì mà bạn biết là không có ở đó không?”</p> <p><i>Quan sát.</i></p> <p>0 không có</p> <p>1 nhạy cảm rất nhẹ</p> <p>2 nhạy cảm nhẹ</p> <p>3 nhạy cảm trung bình</p> <p>4 ảo giác trung bình nặng</p> <p>5 ảo giác nặng</p> <p>6 ảo giác cực kỳ nặng</p> <p>7 ảo giác liên tục</p>	
<p>BỒN CHỒN—Hỏi “Bạn cảm thấy bồn chồn không?”</p> <p><i>Quan sát.</i></p> <p>0 Không bồn chồn, thoải mái</p> <p>1 Hơi bồn chồn</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4 Khá bồn chồn, hoặc thủ thê , đoán là bồn chồn</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7 tương tự như trạng thái hoảng loạn như đang ở lúc diễn cuồng hoặc phá ứng tâm thần phân liệt cấp tính.</p>	<p>ĐAU ĐẦU, ONG ĐÀU—Hỏi “Đầu bạn cảm giác có khác không? Có cảm giác như có cái nẹp quanh đầu không?” Không đánh giá là hoa mắt chóng mặt hay không suy nghĩ mà đánh giá tính trầm trọng.</p> <p>0 không có</p> <p>1 rất nhẹ</p> <p>2 nhẹ</p> <p>3 trung bình</p> <p>4 trung bình nặng</p> <p>5 nặng</p> <p>6 rất nặng</p> <p>7 cực kỳ nặng</p>	
<p>KÍCH ĐỘNG— <i>Quan sát.</i></p> <p>0 Hoạt động bình thường</p> <p>1 Hơi hơn hoạt động bình thường một chút</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4 cự quậy và bồn chồn trung bình</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7 đi đi lại lại hầu hết thời gian nói chuyện, hoặc liên tục quấy đạp</p>	<p>ĐỊNH HƯỚNG VÀ CẢM GIÁC KHÔNG RÕ RÀNG—Hỏi “Hôm nay là ngày gì? Bạn đang ở đâu? Tôi là ai?”</p> <p>0 có định hướng và có thể bổ sung hàng loạt</p> <p>1 có thể bổ sung hàng loạt hoặc không chắc chắn về ngày tháng</p> <p>2 không định hướng được ngày tháng không quá hai ngày theo lịch</p> <p>3 không định hướng được ngày tháng quá hai ngày theo lịch</p> <p>4 không định hướng được nơi chốn và/hay con người</p>	
		Tổng điểm CIWA-Ar

Thang điểm này không cần bản quyền và có thể dùng miễn phí.

Nguồn: Sullivan et al. 1989.

PHỤ LỤC C

Tài liệu DSM -IV-TR

Tiêu chuẩn chẩn đoán **Lệ thuộc chất**

Một hình thái sử dụng chất gây nghiện thích ứng không tốt, dẫn đến hậu quả lâm sàng đáng kể, với **biểu hiện** bởi 3 triệu chứng (hoặc nhiều hơn) dưới đây xảy ra bất cứ khi nào trong cùng một thời gian 12 tháng (**nhấn mạnh là của tác giả**):

- (1) Dung nạp, được giải thích bằng một trong 2 định nghĩa dưới đây:
 - a. Nhu cầu đối với lượng chất gây nghiện tăng đáng kể để đạt tới trạng thái phê (niêm độc) hoặc tác dụng mong muốn **hoặc**
 - b. Giảm đáng kể tác dụng khi tiếp tục dùng lượng chất gây nghiện như cũ
- (2) Hội chứng cai biểu hiện theo một trong hai trường hợp dưới đây:
 - a. Hội chứng cai đặc trưng của chất sử dụng **hoặc**
 - b. Sử dụng cùng chất đó (hoặc chất tương tự) để giảm hay tránh các triệu chứng cai
- (3) Chất gây nghiện thường được dùng với lượng lớn hơn hay với trong khoảng thời gian dài hơn dự định
- (4) Thèm muốn trường diễn hoặc cố gắng cắt giảm hoặc kiểm soát việc sử dụng chất nhưng không thành
- (5) Dành nhiều thời gian cho những việc cần thiết để kiếm được chất gây nghiện (v.d., đi khám nhiều bác sĩ hay đi quãng đường xa), sử dụng chất (v.d., hút liên tục), hoặc vượt qua tác động của chất gây nghiện
- (6) Từ bỏ hay giảm các hoạt động quan trọng về xã hội, nghề nghiệp hoặc giải trí vì sử dụng chất
- (7) Tiếp tục dùng chất gây nghiện mặc dù biết có vấn đề về thể chất hay tâm lý do chất gây ra hoặc làm tình trạng trầm trọng hơn (v.d., vẫn sử dụng cocaine mặc dù nhận thấy bản thân gặp trầm cảm do cocaine gây ra hay cứ tiếp tục uống rượu dù biết rằng vết loét nặng hơn do sử dụng rượu)

Nêu rõ nếu có:

Lệ thuộc sinh lý: Bằng chứng về sự dung nạp hay hội chứng cai (tức là, có Mục 1 hoặc Mục 2)

Không lệ thuộc sinh lý: Không có bằng chứng về sự dung nạp hay hội chứng cai (tức là, không có cả Mục 1 và Mục 2)

Các hình thức cụ thể của quá trình lệ thuộc chất

Có 6 hình thức cụ thể cho Lệ thuộc chất. Bốn hình thức Thuyên giảm chỉ có thể áp dụng sau khi không có một tiêu chuẩn nào về Lệ thuộc chất hoặc Lạm dụng chất được biểu hiện trong ít nhất 1 tháng. Định nghĩa 4 hình thức Thuyên giảm này dựa vào khoảng thời gian kể từ khi ngừng Lệ thuộc (Thuyên giảm giai đoạn sớm với Thuyên giảm giai đoạn duy trì) và liệu có còn hiện diện một hay nhiều yếu tố trong các tiêu chuẩn chẩn đoán Lệ thuộc hay Lạm dụng (Thuyên giảm một phần hay Thuyên giảm hoàn toàn). Vì 12 tháng đầu tiên sau Lệ thuộc là thời gian có nguy cơ tái nghiện đặc biệt cao và được gọi là Thuyên giảm giai đoạn sớm. Sau giai đoạn 12 tháng này mà người bệnh không lệ thuộc trở lại, thì họ chuyển sang thời kỳ Thuyên giảm Duy trì. Đối với cả Thuyên giảm sớm và Thuyên giảm duy trì, bệnh nhân được cho là thuyên giảm hoàn toàn nếu ở họ không còn xuất hiện tiêu chuẩn nào để chẩn đoán Lệ thuộc hay Lạm dụng; bệnh nhân thuyên giảm một phần nếu đáp ứng ít nhất một trong các tiêu chuẩn chẩn đoán Lệ thuộc hay Lạm dụng, từng đợt hay liên tục, trong thời kỳ thuyên giảm. Sự khác biệt giữa giai đoạn Thuyên giảm hoàn toàn và duy trì so với phục hồi (hiện không có rối loạn lạm dụng chất) liên quan tới độ dài thời gian kể từ thời kỳ rối loạn gần nhất, tổng thời gian có rối loạn, và nhu cầu cần tiếp tục đánh giá. Nếu sau một thời gian thuyên giảm hay hồi phục, bệnh nhân lệ thuộc trở lại, thì việc áp dụng chẩn đoán Thuyên giảm giai đoạn sớm cần phải có lại ít nhất 1 tháng trong đó bệnh nhân không còn xuất hiện tiêu chuẩn chẩn đoán Lệ thuộc hay Lạm dụng nào.

Ngoài ra, có thêm hai hình thức: Về Liệu pháp Đồng vận và Trong Môi trường có kiểm soát. Để một bệnh nhân đạt tiêu chuẩn Thuyên giảm giai đoạn Sớm sau khi đã chấm dứt liệu pháp đồng vận hoặc ra khỏi môi trường có kiểm soát, cần phải có 1 tháng trong đó họ không đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán Lệ thuộc của Lạm dụng nào.

Các hình thức Thuyên giảm sau đây chỉ có thể được áp dụng khi bệnh nhân không đáp ứng bất kỳ tiêu chuẩn chẩn đoán Lệ thuộc hay Lạm dụng nào trong vòng ít nhất 1 tháng. Lưu ý rằng các hình thức này không áp dụng nếu bệnh nhân đang điều trị bằng đồng vận hoặc đang trong một môi trường được kiểm soát (xem dưới đây).

Thuyên giảm hoàn toàn giai đoạn sớm: hình thức này được áp dụng nếu bệnh nhân không đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán Lệ thuộc hay Lạm dụng nào trong ít nhất 1 tháng và dưới 12 tháng.

Thuyên giảm một phần giai đoạn sớm: hình thức này được áp dụng nếu bệnh nhân đáp ứng một hay nhiều tiêu chuẩn chẩn đoán Lệ thuộc hay Lạm dụng trong ít nhất 1 tháng và dưới 12 tháng (nhưng không đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn chẩn đoán Lệ thuộc).

Thuyên giảm hoàn toàn giai đoạn duy trì: hình thức này được áp dụng nếu bệnh nhân không đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán nào cho Lệ thuộc hay Lạm dụng vào bất kể thời điểm nào trong thời gian 12 tháng hay dài hơn.

Thuyên giảm một phần giai đoạn duy trì: hình thức này được áp dụng nếu bệnh nhân không đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn chẩn đoán Lệ thuộc trong thời gian 12 tháng hay dài hơn; tuy nhiên, vẫn đáp ứng một hay nhiều tiêu chuẩn về Lệ thuộc hay Lạm dụng.

Sử dụng Liệu pháp Đồng vận: hình thức này được áp dụng nếu cá nhân đang được bác sĩ kê đơn sử dụng thuốc đồng vận, và không đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán Lệ thuộc hay Lạm dụng nào cho loại chất đó ít nhất trong tháng qua (trừ hiện tượng dung nạp hay hội chứng cai đối với thuốc đồng vận).

Hình thức này cũng áp dụng cho người được điều trị Lệ thuộc bằng thuốc đồng vận bán phần hay đồng vận/đối vận.

Trong một Môi trường có Kiểm soát: Hình thức này được áp dụng nếu cá nhân đang ở trong một môi trường hạn chế tiếp cận với rượu và chất gây nghiện, và bệnh nhân không đáp ứng tiêu

chuẩn Lệ thuộc hay Lạm dụng nào ít nhất trong tháng qua. Ví dụ về những môi trường này là trại giam được giám sát chặt và không có chất gây nghiện, cộng đồng trị liệu hay các khoa phòng bệnh viện được khóa kín.

Tiêu chí xác định Lạm dụng chất

Một hình thái sử dụng chất gây nghiện không thích nghi dẫn đến hậu quả lâm sàng đáng kể với một (hay nhiều) biểu hiện dưới đây xảy ra trong thời gian 12 tháng:

- Sử dụng chất gây nghiện tái diễn dẫn đến không hoàn thành các vai trò bổn phận chính trong công việc, ở trường học, tại gia đình (v.d., liên tiếp vắng mặt hay hiệu quả làm việc kém do dùng chất gây nghiện; vắng mặt, bị đình chỉ hay đuổi học liên quan đến dùng chất gây nghiện; lơ là chăm sóc trẻ hay công việc gia đình)
- Sử dụng chất gây nghiện tái diễn trong những tình huống có thể gây nguy hiểm về thể chất (v.d., lái xe hay vận hành máy khi dưới tác động của chất gây nghiện)
- Các vấn đề pháp lý có liên quan đến dùng chất gây nghiện tái diễn (v.d., bị bắt vì gây mất trật tự do dùng chất gây nghiện)
- Tiếp tục sử dụng chất gây nghiện mặc dù có các vấn đề liên tục hay tái diễn về xã hội hay các mối quan hệ do tác dụng của chất gây nghiện gây ra (v.d., cãi nhau với

vợ/chồng về hậu quả của trạng thái nhiễm độc (phê), đánh nhau)

Những triệu chứng chưa đáp ứng được các tiêu chuẩn chẩn đoán Lệ thuộc chất đối với loại chất gây nghiện này.

Lệ thuộc chất dạng thuốc phiện (CDTP)

Ngoài ra xin tham khảo phần nội dung và tiêu chuẩn chẩn đoán Lệ thuộc chất. Hầu hết các cá nhân lệ thuộc CDTP đều có mức độ dung nạp đáng kể và sẽ trải qua hội chứng cai khi dùng liều CDTP. Lệ thuộc CDTP bao gồm những dấu hiệu và triệu chứng thể hiện việc buộc phải sử dụng và sử dụng kéo dài các CDTP bất hợp pháp không vì mục đích y tế hoặc nếu bệnh nhân có bệnh yêu cầu điều trị bằng CDTP, họ dùng lượng quá nhiều so với liều cần thiết để giảm đau. Những người lệ thuộc CDTP có xu hướng bắt buộc phải sử dụng thuốc và các hoạt động hàng ngày chủ yếu là xoay quanh việc kiếm và dùng CDTP. CDTP thường được mua ở chợ đen nhưng cũng có thể có từ bác sĩ bằng việc nói dối hay nói quá lên về các vấn đề sức khỏe chung, hoặc nhận được đồng thời nhiều đơn thuốc từ nhiều bác sĩ. Cán bộ y tế điều trị Lệ thuộc CDTP sẽ thường có CDTP bằng cách kê đơn thuốc cho chính bản thân mình hoặc sử dụng CDTP đã được kê đơn cho bệnh nhân hoặc từ nguồn thuốc có sẵn.

Các rối loạn khác liên quan đến chất gây nghiện theo DSM -IV

IC D -9 -CM

292.82	Mất trí nhớ trường diễn
292.83	Rối loạn mất trí nhớ trường diễn
292.11	Rối loạn loạn thần kèm hoang tưởng
292.12	Rối loạn loạn thần kèm ảo giác
292.84	Rối loạn cảm xúc
292.89	Rối loạn lo âu
292.89	Rối loạn giấc ngủ
292.89	Rối loạn chức năng tình dục
292.89	Rối loạn tri giác trường diễn (Flashbacks)
292.9	Các rối loạn khác chưa được cụ thể hóa

Rối loạn liên quan đến chất gây nghiện

305.1	Lạm dụng rượu, liên tục
305.2	Lạm dụng rượu, từng đợt
305.3	Lạm dụng rượu, thuyên giảm
305.00	Lạm dụng rượu, không xác định
303.00	Nhiễm độc rượu, cấp tính, không xác định
291.81	Hội chứng cai rượu
303.91	Nghiện rượu, mãn tính, liên tục
304.41	Lệ thuộc Amphetamine, liên tục
304.11	Lệ thuộc Barbiturate, liên tục
305.22	Lạm dụng Cần sa, từng đợt
304.31	Lệ thuộc Cần sa, liên tục
305.62	Lạm dụng Cocaine, từng đợt
304.21	Lệ thuộc Cocaine, liên tục
305.90	Lạm dụng chất, không xác định
305.92	Lạm dụng chất, không xác định, từng đợt
304.90	Lệ thuộc chất, không xác định
292.11	Hoang tưởng do chất gây nghiện gây ra
305.52	Lạm dụng CDTP, từng đợt
304.01	Lệ thuộc CDTP, liên tục
305.1	Lạm dụng thuốc lá

Nguồn: In lại với sự cho phép từ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Xuất bản lần thứ 4, Text Revision. Copyright 2000. Hội Tâm thần học Hoa Kỳ.

Phụ lục D

Đồng ý tiết lộ Thông tin theo Bộ luật Quy chế Liên bang - Điều 42, Phần 2

Tính riêng tư và bảo mật của thông tin có thể nhận biết cá nhân trong điều trị ma túy hay rượu được Quy chế bảo mật của SAMHSA đảm bảo theo Luật Quy chế Liên bang Điều 42 phần 2 (42 C.F.R. Part 2). Quy chế này yêu cầu các bác sĩ điều trị nghiện các CDTP phải có văn bản đồng ý được bệnh nhân ký trước khi tiết lộ thông tin điều trị nghiện có thể nhận biết của cá nhân cho bên thứ 3 bất kỳ. Trong trang sau sẽ có một ví dụ về bản đồng ý mẫu có chứa đựng tất cả các thông tin được yêu cầu trong 42 C.F.R. Phần 2.

1. Tôi là (tên bệnh nhân) _____

2. Ủy quyền cho: Bác sĩ. _____

3. Được tiết lộ: (Loại và số lượng thông tin được tiết lộ)

Bất cứ thông tin nào cần thiết để khẳng định giá trị pháp lý đơn thuốc của tôi và để đệ trình thanh toán đơn thuốc.

4. Cho: (tên hoặc chức danh của các nhân hay tổ chức sẽ có thông tin được tiết lộ)

Cơ sở được phẩm cấp phát thuốc theo đơn tôi trình bày hoặc là nơi tôi gọi, gửi, fax đơn thuốc đến cũng như bên trả tiền thứ 3.

5. Để (mục đích việc tiết lộ)

Đảm bảo cơ sở được phẩm về giá trị của đơn thuốc và vì thế đơn có thể được cấp phát hợp pháp và để cho mục đích thanh toán.

6. Ngày (bản đồng ý được ký)

7. Chữ ký của bệnh nhân

8. Chữ ký của cha mẹ hoặc người bảo trợ (nếu cần thiết)

9. Chữ ký của cá nhân được ủy quyền ký thay cho bệnh nhân (nếu cần thiết)

10. Bản đồng ý này có thể được hủy bỏ bất cứ lúc nào trừ khi chương trình sẽ công bố thông tin được tiết lộ đã thực hiện hành động dựa trên thông tin này. Nếu không được thu hồi trước thì bản đồng ý này sẽ kết thúc vào (ngày, sự kiện, hay điều kiện cụ thể).

Chấm dứt điều trị.

(c) Bản đồng ý đã hết hạn, không đầy đủ hoặc giả. Thông tin có thể không được tiết lộ trên cơ sở là bản đồng ý: (1) đã hết hạn; (2) hình thức phần nhiều không tuân thủ các yêu cầu nêu trong đoạn (a) của phần này; (3) được biết là đã bị rút lại; hoặc (4) đã được biết, hoặc người giữ hồ sơ biết đã bị làm giả. (Do Văn phòng Quản lý và Ngân sách phê chuẩn theo số kiểm soát 0930-0099.)

Ghi chú kèm theo sự tiết lộ:

Mỗi lần tiết lộ theo văn bản đồng ý của bệnh nhân phải kèm theo lời tuyên bố viết như sau: Thông tin được tiết lộ cho Bạn từ hồ sơ được các quy định bảo mật Liên bang bảo vệ (Điều 42, Phần 2, bộ Luật các Quy định Liên bang [42 C.F.R. Part 2]). Quy định của Liên bang nghiêm cấm Bạn tiết lộ thêm thông tin này trừ khi việc tiết lộ thêm đó được tuyệt đối cho phép với sự đồng ý bằng văn bản của cá nhân đó hoặc 42 C.F.R. Phần 2 cho phép. Một sự ủy quyền chung để tiết lộ thông tin về y tế hay thông khác là KHÔNG đủ cho mục đích này.

Phụ lục E

Bộ công cụ đánh giá lâm sàng: Chương 3 -Thu thập thông tin bổ sung

Phỏng vấn tạo động lực và Phương pháp tăng cường động lực

Có rất nhiều chiến lược giúp tăng cường sự tham gia và động lực đã được sử dụng thành công trong điều trị nghiện CDTP. Phụ lục này đưa ra một trong những cách tiếp cận giúp tăng cường động lực: Phỏng vấn tạo động lực hay (PVTĐL) và Phương pháp tăng cường động lực (PPTCĐL).

PPTCĐL giả định rằng một bệnh nhân có trách nhiệm và đủ năng lực để thay đổi hành vi của mình và nhà trị liệu sử dụng PPTCĐL giúp bệnh nhân có khả năng huy động sức mạnh trong chính bản thân họ. Nguyên tắc cơ bản trong tăng cường động lực là thể hiện sự đồng cảm, phát triển sự không nhất quán, tránh tranh luận, xoay quanh sự phản kháng và khuyến khích khả năng tự giải quyết vấn đề của người bệnh. Phát triển động lực để thay đổi bao gồm đưa ra các câu nói giúp tăng động lực của bệnh nhân, lắng nghe thấu cảm, đặt câu hỏi, đưa ra phản hồi cá nhân, củng cố điểm tích cực của người bệnh, xử lý phản kháng và chỉnh khung.

PPTCĐL là một cách tiếp cận đặc biệt dựa trên phỏng vấn tạo động lực, một kỹ thuật phỏng vấn được phát triển trong điều trị lạm dụng rượu. Trong cách tiếp cận ngắn gọn gồm 2 đến 4 phần phần, đầu tiên, tư vấn viên hướng dẫn bệnh nhân thực hiện đánh giá những lợi ích và tác hại của việc sử dụng ma túy của họ, và đánh giá sự khác biệt giữa vị trí hiện tại của người bệnh và nơi họ muốn tới. Bước này nhằm giúp bệnh nhân nói lên được mong muốn thay đổi – bước đầu tiên trong quá trình phục hồi. Tư vấn viên tiếp tục củng cố cam kết thay đổi của người bệnh bằng cách giúp họ xác định mục tiêu phục hồi và xác định con đường để đạt được những mục tiêu này. Phỏng vấn tạo động lực có thể được sử dụng như một cách tiếp cận tư vấn

độc lập, nhưng nó thường được sử dụng là bước đầu tiên hỗ trợ các can thiệp tiếp theo trong quá trình phục hồi. Nếu cần, phỏng vấn tạo động lực có thể lồng ghép vào các bước điều trị về sau để tăng cường động lực cho bệnh nhân.

Xem thêm thông tin về phỏng vấn tạo động lực và PPTCĐL tại trang web về Phỏng vấn tạo động lực: <http://www.motivationalinterview.org> và TIP 35 của CSAT: *Củng cố động lực để thay đổi trong điều trị rối loạn sử dụng chất gây nghiện* (CSAT1999b). (Xem <http://www.kap.samhsa.gov/products/manuals/index.htm>.)

FRAMES

Các can thiệp ngắn của bác sĩ hoặc hiệp hội chuyên gia y tế có thể là những biện pháp hiệu quả trong điều trị nghiện. Những can thiệp đơn giản và có hiệu quả cần bao gồm 6 thành tố chính: phân hồi, trách nhiệm, lời khuyên, danh sách các chiến lược để thay đổi, thấu cảm và khuyến khích năng lực tự thân (Miller và Sanchez 1994). Những thành tố này thường được gọi tắt là FRAMES, và được mô tả cụ thể hơn trong hình E-1. Các thông tin chi tiết hơn về can thiệp rút gọn có thể tìm thấy tại TIP 34 của CSAT *Can thiệp ngắn và Trị liệu ngắn đối với lạm dụng chất* (CSAT 1999a). (Xem <http://www.kap.samhsa.gov/products/manuals/index.htm>.)

Chi tiết về thực hiện Đánh giá toàn diện Tiền sử Nghiện CDTP

Tiền sử sử dụng chất gây nghiện

Những loại chất gây nghiện nào người bệnh đã từng sử dụng? Hãy bắt đầu với các loại chất gây nghiện hướng thần (hợp pháp hoặc bất hợp pháp, được kê đơn hoặc không), bao gồm cả nicotine và caffeine. Hãy hỏi người bệnh về lần sử dụng đầu tiên của từng loại chất gây nghiện: tuổi, loại chất sử dụng, mô tả trải nghiệm và tình huống, liều lượng sử dụng, cảm giác, biến chứng và kết quả.

“Bạn bao nhiêu tuổi khi lần đầu sử dụng rượu hoặc bất cứ loại chất gây nghiện nào khác? Hãy mô tả những gì Bạn đã trải qua.”

Hãy hỏi về tất cả các chất hướng thần: rượu, các chất amphetamine, caffeine, cần sa, cocaine, các chất gây ảo giác, dung môi hữu cơ, nicotine, các chất dạng thuốc phiện, phencyclidine (PCP), thuốc yên dịu, thuốc ngủ, thuốc giảm lo âu và các chất gây nghiện khác. Bệnh nhân đã từng sử dụng những chất gây nghiện nào? Lần đầu sử dụng họ sử dụng từng chất là khi nào? Tác động của những chất này như thế nào? Theo thời gian, điều gì đã xảy ra? Tập trung vào vấn đề sử dụng chất dạng thuốc phiện, tiến triển của vấn đề và biểu hiện gần đây của người bệnh để cân nhắc điều trị bằng buprenorphine.

Tác động của chất theo thời gian

Tìm hiểu về mô típ sử dụng từng chất gây nghiện. Bạn đã có những thay đổi nào về sử dụng chất gây nghiện theo thời gian? Xác định tần suất sử dụng, liều lượng sử dụng, đường sử dụng, tiến triển của triệu chứng và bối cảnh xã hội của việc sử dụng. Bệnh nhân có từng cố gắng giảm liều dùng hoặc kiểm soát việc sử dụng? Bệnh nhân có từng sử dụng nhiều hơn, trong khoảng thời gian dài hơn so với dự định? Bệnh nhân có mất nhiều thời gian để sử dụng, tìm kiếm để có chất gây nghiện, hoặc phục hồi từ việc sử dụng? Bệnh nhân có từng bị ngất, run, bị triệu chứng cai, cảm giác buộc phải dùng và/hoặc thèm nhớ? Bệnh nhân có từng tiêm chích; giảm hoặc thờ ơ với nhiều việc cá nhân quan trọng do dùng chất gây nghiện; và/hoặc tiếp tục dùng dù gặp nhiều vấn đề hoặc hậu quả? Nếu vậy, hãy hỏi để bệnh nhân đưa ra các ví dụ.

Từ khi nào bệnh nhân bắt đầu sử dụng thường xuyên chất dạng thuốc phiện? Bệnh nhân có buộc phải dùng chất gây nghiện để cảm thấy “bình thường”? Hãy hỏi để bệnh nhân mô tả về thời gian sử dụng nhiều nhất. Tìm hiểu chi tiết về việc sử dụng chất gây nghiện trong các tuần trước khi đánh giá, gồm liều dùng và thời gian lần dùng cuối. Lần cuối bệnh nhân uống rượu hoặc dùng chất gây nghiện khác vào lúc nào? Bệnh nhân dùng loại chất nào? Dùng bao nhiêu? Tác động của những loại chất gây nghiện dùng gần nhất như thế nào?

FRAMES: Các thành tố của Can thiệp ngắn

- **PHẢN HỒI** về nguy cơ hoặc những khiếm khuyết của người bệnh. Những can thiệp ngắn thành công nhất đều phản hồi bằng cách này hay cách khác cho bệnh nhân kết quả đánh giá về việc sử dụng rượu và các chất gây nghiện khác.
- Nhấn mạnh **TRÁCH NHIỆM** cá nhân để thay đổi. Nhiều can thiệp ngắn khuyên bệnh nhân rằng uống rượu là lựa chọn và trách nhiệm của chính bản thân họ. Thông điệp trực tiếp và gián tiếp ở đây là “Bạn làm gì đối với việc uống rượu của mình là tùy bạn”. Nhận thức được khả năng kiểm soát là một thành tố tạo nên động lực để thay đổi và duy trì hành vi (Miller 1985).
- **LỜI KHUYẾN RÕ RÀNG** về việc thay đổi. Những can thiệp ngắn hiệu quả bao gồm đưa lời khuyên rõ ràng bằng lời hoặc viết ra nhằm giảm hoặc ngừng uống rượu. Thực ra, đưa lời khuyên được coi là một cấu phần không thể thiếu trong can thiệp ngắn (Edwards và cộng sự, 1977).
- **DANH SÁCH** lựa chọn gồm các chiến lược để thay đổi. Những can thiệp ngắn hiệu quả hiếm khi chỉ đưa ra một cách tiếp cận duy nhất mà thường đưa ra mục tiêu chung hoặc một loạt các lựa chọn khác nhau. Rõ ràng là, với cách tiếp cận tổng quát hơn, bệnh nhân có nhiều cơ hội chọn được một cách tiếp cận phù hợp nhất cho chính mình.
- **THẤU CẢM** trong điều trị là một phong cách tư vấn. Các can thiệp thành công đều nhấn mạnh vào cách tiếp cận thân thiện, lắng nghe có phản hồi, thấu cảm và thấu hiểu. Không có báo cáo nào về can thiệp tư vấn hiệu quả đề cập đến các thành tố như lần át, độc đoán, hoặc ép buộc.
- **Củng cố NĂNG LỰC TỰ THÂN** hoặc sự lạc quan của người bệnh. Các can thiệp ngắn thường khuyến khích năng lực tự thân của người bệnh để thay đổi, chứ không nhấn mạnh cảm giác vô vọng hoặc bất lực. Thúc đẩy suy nghĩ lạc quan về khả năng thay đổi thường được sử dụng trong tư vấn tạo động lực hiệu quả.
- Theo dõi liên tục. Bên cạnh 6 thành tố chính, các can thiệp ngắn hiệu quả cũng thường bao gồm việc tái khám cho người nghiện. Có ít nhất hai nghiên cứu chỉ ra rằng bệnh nhân uống ít hơn sau lần tái khám đầu tiên (Elvy và cộng sự 1988; Heather và cộng sự 1987). Tuy nhiên, ngay cả khi lợi ích của tái khám nhiều lần chưa được làm rõ, các nghiên cứu đều ghi nhận có sự thay đổi hành vi đích ngậy sau can thiệp ngắn.

Nguồn: Miller và Sanchez 1994.

Dung nạp, hội chứng nhiễm độc và hội chứng cai

Với mỗi chất gây nghiện người bệnh từng sử dụng, cần tìm hiểu thông tin về dung nạp, hội chứng nhiễm độc và hội chứng cai, đặc biệt là các hội chứng liên quan tới chất dạng thuốc phiện.

Dung nạp là nhu cầu tăng đáng kể liều lượng chất gây nghiện sử dụng để đạt được trạng thái nhiễm độc hoặc khoái cảm mong muốn, hoặc việc giảm rõ ràng tác dụng của chất khi sử dụng với liều như cũ.

- Bệnh nhân có dung nạp với bất cứ chất gây nghiện nào họ lạm dụng? Dung nạp thể hiện ở bệnh nhân này ra sao? Bệnh nhân đã bao giờ giảm độ dung nạp không? Định lượng mức độ dung nạp theo liều dùng và/hoặc chi phí dành cho chất gây nghiện mà bệnh nhân cần bỏ ra để đạt được tác dụng mong muốn.
- Liều dùng lớn nhất với từng chất gây nghiện mà bệnh nhân có thể dùng trong một ngày là bao nhiêu? Liều dùng lớn nhất trong 1 ngày mà bệnh nhân từng dùng là bao nhiêu?

Nhiễm độc và Quá liều

- Tìm hiểu các triệu chứng nhiễm độc với từng chất gây nghiện được người bệnh sử dụng.
- **Nhiễm độc.** Lần đầu tiên người bệnh có trạng thái nhiễm độc vào năm bao nhiêu tuổi? Nhiễm độc đối với (các) chất nào? Các giai đoạn nhiễm độc tiến triển ra sao theo thời gian? Hãy mô tả các giai đoạn nhiễm độc gần đây.
- Với chất dạng thuốc phiện, bệnh nhân đã bao giờ rơi vào trạng thái lơ mơ, nói lú lừ, giảm trí nhớ hoặc giảm tập trung, suy hô hấp và/hoặc hôn mê?
- **Quá liều.** Bệnh nhân đã bao giờ có giai đoạn dùng quá liều (chủ định hay vô tình) với bất cứ chất nào hay khi sử dụng chung các chất nào với nhau chưa? Triệu chứng bệnh nhân gặp khi đó là gì? Họ đã được điều trị gì? Giai đoạn đầy qua đi như thế nào?

Hội chứng cai

- **Hội chứng caibao** gồm các triệu chứng cai đặc trưng cho một chất. Chất đó (hoặc một chất tương tự) có thể được sử dụng để làm giảm hoặc tránh được các triệu chứng cai này. (Biểu hiện và triệu chứng của trạng thái cai CDTP xem trong Hình 3–7.)
- Mô tả triệu chứng và hội chứng cai bệnh nhân từng trải qua. Các triệu chứng thường gặp là gì? Bệnh nhân làm gì để giảm các triệu chứng này (ví dụ, dùng nhiều chất gây nghiện hơn và/hoặc sử dụng chất gây nghiện dung nạp chéo)? Mô tả đặc điểm các giai đoạn của trạng thái cai theo thời gian.
- Các dấu hiệu nào của trạng thái cai CDTP xuất hiện sau khi ngừng sử dụng (ví dụ, buồn bã, khó chịu, buồn nôn hoặc nôn, đau cơ, chảy nước mắt, sổ mũi, giãn đồng tử, nổi da gà, đổ mồ hôi, tiêu chảy, ngáp, sốt và mất ngủ)?
- Bệnh nhân đã từng được điều trị hội chứng cai hoặc các biến chứng của hội chứng cai ra sao?

- **Biến chứng của trạng thái cai.** Bệnh nhân có tiền sử có biến chứng của trạng thái cai không (ví dụ, co giật – do ngừng dùng các chất an thần – gây ngủ hoặc donhiễm độc chất kích thích hoặc CDTP, sảng rượu cấp, ảo giác)? Bệnh nhân đã được điều trị ra sao và kết quả điều trị?

Tái nghiện và nỗ lực ngừng sử dụng

- Bệnh nhân có mong muốn mãnh liệt hoặc từng nhiều lần nỗ lực giảm liều hoặc kiểm soát việc sử dụng mà không thành công? Bệnh nhân đã bao nhiêu lần cố gắng ngừng dùng chất gây nghiện? Trước đây làm thế nào họ đã từng dùng sử dụng thành công? Lượng hóa khoảng thời gian lâu nhất mà bệnh nhân đã từng dùng tất cả các chất hướng thần. Điều gì đã xảy ra trong thời gian bệnh nhân ngừng sử dụng chất gây nghiện? Nguyên nhân bệnh nhân ngừng sử dụng là gì?
- Tiền sử tái nghiện của người bệnh là gì? Điều gì đã xảy ra mỗi lần bệnh nhân tái nghiện? Những yếu tố nào khiến bệnh nhân tái nghiện hoặc xảy ra trước khi tái nghiện? Người bệnh sử dụng chất nào khi tái nghiện? Và sử dụng như thế nào khi tái nghiện? Việc sử dụng chất gây nghiện của bệnh nhân thay đổi ra sao theo thời gian với mỗi lần tái nghiện? Có sự kiện gì trong cuộc sống đã ảnh hưởng đến việc ngừng sử dụng hay tái nghiện?
- Bệnh nhân đã bao giờ ngừng sử dụng tất cả các chất hướng thần trong thời gian dài? Khi nào và bao lâu? Thời gian bệnh nhân ngừng sử dụng CDTP lâu nhất trong một năm vừa qua, 5 năm vừa qua và từ trước tới nay? Bệnh nhân có chuyển từ loại chất gây nghiện này sang loại chất gây nghiện khác?

Tiền sử điều trị - Tiền sử nghiện

- Chẩn đoán trước đây – nghiện, rối loạn tâm thần và thể chất – của bệnh nhân là gì?
- Mô tả tất cả những lần cắt cơn của người bệnh. Họ đã cố gắng cắt cơn bao nhiêu lần? Họ có được giám sát y tế khi cắt cơn? Nếu có, quá trình cắt cơn diễn ra trong bao lâu? Biến chứng của cắt cơn là gì? Kết quả điều trị? Bao lâu sau khi cắt cơn bệnh nhân tái sử dụng CDTP? Tại sao?

- Nếu bệnh nhân từng được điều trị nghiện:
 - Bệnh nhân đã được điều trị nghiện bao nhiêu lần? Mỗi lần khoảng bao lâu?
 - Bệnh nhân được điều trị ở mức độ nào (cắt con, nội trú bệnh viện, nội trú tại cơ sở điều trị, ngoại trú, môi trường không có ma túy, điều trị thay thế CDTP)? Bệnh nhân được điều trị theo cách nào (nhóm, cá nhân, hay trị liệu tâm lý gia đình; dự phòng tái nghiện; sử dụng thuốc hỗ trợ; giáo dục; liệu pháp nhận thức - hành vi; liệu pháp tăng cường động lực; liệu pháp khác)? Các liệu pháp này tập trung vào các triệu chứng tâm thần hay vấn đề nghiện? Hay bệnh nhân được điều trị lồng ghép nghiện và vấn đề tâm thần? Thời gian của từng lần điều trị? Bệnh nhân có hoàn thành điều trị theo chỉ dẫn? Nếu không, tại sao?
 - Bệnh nhân có được điều trị nghiện bằng thuốc? Bệnh nhân đã từng được điều trị gì trước đây (ví dụ, điều trị cắt con ngắn ngày, điều trị thay thế bằng disulfiram, naltrexone hay thuốc khác)? Những lần điều trị trước đây chỉ sử dụng thuốc hay có kết hợp với can thiệp điều trị tổng hợp khác?
 - Bệnh nhân có tuân thủ chương trình điều trị nghiện ma túy và rượu trước đây? Bệnh nhân có sử dụng chất gây nghiện khác và rượu trong khi điều trị? Thời gian bệnh nhân hoàn toàn không sử dụng các chất hướng thần sau mỗi lần điều trị? Lần điều trị nào có hiệu quả nhất cao nhất và thấp nhất? Những yếu tố nào ảnh hưởng đến thành công hay thất bại của những lần điều trị này?
- Bệnh nhân có tham gia vào các nhóm tương hỗ như Nghiện rượu ẩn danh (AA), Nghiện ma túy ẩn danh (NA), Nghiện cocaine ẩn danh (CA), hoặc chương trình phục hồi 12 bước? Hãy hỏi bệnh nhân về sự tham gia của họ trong những chương trình này. Bệnh nhân đã tham gia bao nhiêu cuộc họp? Bệnh nhân đã từng có người đỡ đầu và làm theo các bước (chương trình 12 bước) chưa? Hiện họ có người đỡ đầu không? Hiện nay, bao lâu họ tham gia họp nhóm một lần?
- Bệnh nhân có tham gia vào nhóm hỗ trợ nào khác ngoài chương trình 12 bước? Nếu có, họ tham gia nhóm nào? Yêu cầu bệnh nhân mô tả các nhóm hỗ trợ này và mức độ tham gia và hoạt động của bệnh nhân trong nhóm.
- Xem lại các triệu chứng: Bệnh nhân đã từng có những triệu chứng tâm thần nào? Hãy hỏi về trầm cảm, lo âu, trạng thái dễ cáu gắt, kích động, ảo tưởng, ảo giác, thay đổi tâm trạng, ý tưởng hoặc hành vi tự sát, ý tưởng hoặc hành vi giết người, rối loạn giấc ngủ, rối loạn ăn uống hoặc rối loạn năng lượng, mất trí nhớ, phân ly... Hiện bệnh nhân đang than phiền hoặc đang có triệu chứng tâm thần gì? Các triệu chứng này có liên quan tới sử dụng chất gây nghiện hoặc việc bệnh nhân không thể ngừng sử dụng chất gây nghiện?
- Các triệu chứng tâm thần xuất hiện trước, trong và/hoặc sau khi sử dụng chất gây nghiện? Việc dùng sử dụng rượu và các chất gây nghiện khác và/hoặc điều trị thay thế có tác động gì tới các triệu chứng tâm thần? Bệnh nhân đã bao giờ có rối loạn loạn thần do sử dụng chất, rối loạn khí sắc, rối loạn lo âu, rối loạn tri giác trường diễn, rối loạn trí nhớ trường diễn, sa sút trí tuệ trường diễn hoặc suy giảm khả năng tình dục?
- Bệnh nhân có bao giờ liên hệ với bác sĩ tâm thần hoặc chuyên gia tâm lý? Chẩn đoán tâm thần trước đây của bệnh nhân là gì? Bệnh nhân đã từng được kê đơn thuốc gì?
- Bệnh nhân đã bao giờ từng được điều trị tâm lý? Nếu vậy, điều trị gì và bao lâu? Bệnh nhân đã bao giờ phải vào bệnh viện để điều trị tâm thần? Nếu có, điều gì khiến bệnh nhân phải vào viện?
- Các thuốc hướng thần mà bệnh nhân từng được kê là gì và đáp ứng của bệnh nhân với từng loại thuốc? Hãy liệt kê các loại thuốc hướng thần bệnh nhân đang sử dụng, người kê đơn và đáp ứng lâm sàng của bệnh nhân.

Tiền sử tâm thần

- Bệnh nhân có được khuyến cáo sử dụng biện pháp điều trị khác? Bệnh nhân có tuân thủ điều trị? Biện pháp nào có kết quả tốt nhất?
- Những căng thẳng và tổn thương về tinh thần mà bệnh nhân đã từng có? Bệnh nhân đã từng bị lạm dụng thể chất, cảm xúc và/hoặc tình dục hoặc bị tổn thương theo cách khác? Nếu có, ở tuổi nào và trong hoàn cảnh nào? Bệnh nhân đã từng thảo luận những tổn thương này với người điều trị? hoặc đã được điều trị những vấn đề này?

Tiền sử gia đình

- Người thân (có quan hệ sinh học) nào của bệnh nhân có tiền sử nghiện chất, nghiện rượu, “có vấn đề với rượu”, “có vấn đề với chất gây nghiện” (bao gồm cả nghiện các thuốc được kê đơn), có bệnh gan hoặc các vấn đề sức khỏe khác, trầm cảm, lo âu, rối loạn giấc ngủ, đã từng cố gắng tự tử/ giết người hoặc đã tự tử/giết người, có vấn đề hoặc rối loạn tâm thần, quá liều, đi tù, phạm tội,...? Liệu có người thân nào đã hồi phục thành công sau khi nghiện?
- Các bệnh khác của người thân?

Tiền sử sức khỏe

- Thực hiện đánh giá chi tiết về tiền sử sức khỏe của người bệnh. Bệnh nhân đang phàn nàn hoặc hiện có vấn đề sức khỏe nào? Những vấn đề nào có thể liên quan đến sử dụng rượu hoặc ma túy?
- Tiền sử bệnh: Hãy hỏi bệnh nhân về hội chứng sáng rượu cấp, biến chứng cắt cơn hoặc quá liều; lao và các dương tính xét nghiệm lao qua da (PPD), nhiễm HIV, viêm gan (viêm gan A, B, C, D), giang mai, lậu, viêm vùng chậu, hoặc các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác; bất thường về kinh nguyệt, biến chứng thai sản, sảy thai tự nhiên; đái tháo đường, bệnh tuyến giáp, hay vấn đề nội tiết khác; ung thư, tăng huyết áp; viêm nội tâm mạc, viêm màng ngoài tim, bệnh cơ tim, suy tim sung huyết, bệnh tim do thiếu máu cục bộ, loạn nhịp tim, bệnh tiếng thổi của tim, phình mạch hình nấm, viêm tắc tĩnh mạch; viêm và loét dạ dày, viêm tụy, gan to, viêm gan hoặc xơ gan; phù phổi, ho mãn tính, viêm phổi, áp xe phổi, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, suy thận, sỏi thận, rối loạn chức năng tình dục; thiếu máu, giảm tiểu cầu, giảm bạch cầu, tăng tế bào lympho, hoặc rối loạn máu khác; hạch to, hoại tử vô trùng; loãng xương; viêm mô tế bào, viêm khớp nhiễm khuẩn, viêm tủy xương; áp xe não, áp xe ngoài màng cứng, hoặc dưới màng cứng; viêm màng não do nấm, nhiễm trùng khác; đau đầu, co

giật, đột quỵ, bệnh thần kinh, hoặc các vấn đề thần kinh khác; chấn thương vật lý, tai nạn, nhập viện; các biến chứng sức khỏe khác do nghiện. Xem thêm hình 3-11 về các vấn đề sức khỏe do nghiện ma túy và rượu.

- Với nữ giới, bệnh nhân có khả năng đang có thai không? Kỳ kinh cuối? Quan hệ tình dục và biện pháp tránh thai đang sử dụng? Bệnh nhân có mong muốn có thai trong thời gian tới?
- Hãy xin tên và địa chỉ tất cả các bác sỹ đang điều trị cho bệnh nhân và xin ý kiến đồng ý để liên hệ với các bác sỹ này. Bệnh nhân có được chỉ định một bác sỹ chăm sóc sức khỏe ban đầu? Bệnh nhân có đang điều trị nhiều bác sỹ? (Xem Chương 6 về các luật và quy định bảo vệ sự riêng tư của bệnh nhân và bảo mật thông tin điều trị lạm dụng chất)
- Bệnh nhân đang sử dụng những thuốc gì và tại sao lại sử dụng? Ai kê đơn? Đáp ứng của bệnh nhân với thuốc? Yêu cầu bệnh nhân liệt kê tất cả các thuốc và biện pháp điều trị bổ sung và thay thế đang áp dụng như vitamin, khoáng chất, dược thảo và các loại thuốc khác.
- Tìm hiểu việc sử dụng các thuốc gây nghiện được kê đơn trong quá khứ và hiện tại của người bệnh. Bệnh nhân sử dụng các thuốc được kê như thế nào? Bệnh nhân có sử dụng thuốc theo chỉ định hay dùng nhiều hơn hoặc dùng kết hợp với rượu hoặc các chất gây nghiện khác? Bệnh nhân có được nhiều bác sỹ kê đơn? Bệnh nhân đã bao giờ “làm mất” đơn thuốc để được kê đơn mới, giả mạo đơn thuốc hoặc giả bác sĩ gọi điện cho hiệu thuốc để kê đơn, lấy trộm tập đơn thuốc, chia đơn thuốc với người khác hoặc sử dụng sai mục đích thuốc được kê đơn?
- Bệnh nhân có vấn đề đau? Họ đã thử điều trị hoặc được khuyên điều trị biện pháp nào? Bệnh nhân đã từng được kê chất dạng thuốc phiện? Đáp ứng với các biện pháp điều trị giảm đau thế nào? Hiện tại bệnh nhân đau ở mức độ nào?

Tiền sử quan hệ tình dục

- Bệnh nhân hiện có quan hệ tình dục? Số bạn tình của người bệnh? Bệnh nhân đã có quan hệ với bạn tình hiện nay trong bao lâu? Hãy hỏi về số bạn tình và giới tính của những bạn tình mà bệnh nhân từng có quan hệ. Bệnh nhân có quan hệ tình dục với nhiều bạn tình hoặc với người lạ? Bệnh nhân có quan hệ với người khác giới, đồng giới hay cả hai giới?
- Bệnh nhân thực hiện những hoạt động tình dục cụ thể nào? Bệnh nhân đã bao giờ quan hệ tình dục

không sử dụng bao cao su hoặc các biện pháp bảo vệ khác? Bệnh nhân có quan hệ tình dục vì tiền hay để có được chất gây nghiện?

- Bệnh nhân hoặc bất cứ bạn tình nào đã từng mắc hoặc điều trị bệnh lây truyền qua đường tình dục? Nếu có, là bệnh gì (giang mai, lậu, HIV, chlamydia hoặc bệnh khác)? Việc điều trị này diễn ra cách đây bao lâu? Bệnh nhân đã điều trị bao nhiêu lần các bệnh này?
- Hiện bệnh nhân có bất cứ triệu chứng về bệnh lây truyền qua đường tình dục nào hay không, ví dụ tiết dịch, đau, sưng, tấy ở bộ phận sinh dục?
- Bệnh nhân đã bao giờ bị bạn tình gây đau hoặc lạm dụng tình dục? Bệnh nhân đã từng bị lạm dụng, quấy rối, hăm hiếp hoặc tấn công tình dục?
- Bệnh nhân có thỏa mãn về đời sống tình dục? Bệnh nhân có bất cứ vấn đề gì liên quan đến chức năng hoặc hoạt động tình dục?

Chi phí/ Hậu quả của sử dụng ma túy

- Các mặt xã hội, gia đình, các mối quan hệ, học tập, công việc, pháp luật, sức khỏe thể chất và tâm thần của bệnh nhân hiện đang ở mức độ nào?
- Việc tham gia những hoạt động này có bị ảnh hưởng bởi sử dụng chất gây nghiện? Nếu có, tác động như thế nào? Các vấn đề tài chính, gia đình, xã hội, cảm xúc, công việc, pháp luật, sức khỏe và tinh thần bệnh nhân gặp phải trong quá trình sử dụng hoặc do sử dụng chất gây nghiện gây ra? Bệnh nhân đã bao giờ gặp rắc rối liên quan đến pháp luật, bị bắt, phạt khi lái xe dưới tác dụng của chất gây nghiện, ly dị nhiều lần, bất hòa trong hôn nhân, phá sản, bạo lực gia đình hoặc ý nghĩ tự tử? Hãy mô tả cụ thể các vấn đề này.
- Bệnh nhân có từng gặp nguy hiểm hoặc ốm nặng do sử dụng chất? Nếu có, hãy mô tả cụ thể.
- Bệnh nhân có bỏ ra nhiều thời gian để mua, sử dụng chất hoặc hồi phục sức khỏe sau tác động của chất gây nghiện? Bệnh nhân có phải bỏ hoặc giảm tham gia vào các hoạt động xã hội, công việc và giải trí do sử dụng chất gây nghiện?
- Bệnh nhân có tiếp tục dùng chất gây nghiện dù gặp phải các tác hại về thể chất và xã hội? Bệnh nhân vẫn tiếp tục dùng chất gây nghiện dù biết rằng các vấn đề gặp phải do sử dụng chất gây nghiện sẽ còn tồi tệ hơn

nữa? Nếu có, hãy đưa ra ví dụ minh chứng.

Bắt buộc phải sử dụng hoặc Thèm nhớ

- Bệnh nhân có báo cáo thèm nhớ đối với chất gây nghiện và/hoặc cảm giác bắt buộc phải sử dụng? Bệnh nhân xử lý việc này ra sao?
- Bệnh nhân có bị ám ảnh về sử dụng chất gây nghiện? Bệnh nhân có thường cảm thấy buộc phải sử dụng?

Khả năng kiểm soát

- Bệnh nhân có mất kiểm soát khi sử dụng chất gây nghiện? Bệnh nhân đã bao giờ cảm thấy mất khả năng kiểm soát việc sử dụng, dù chỉ một lần? Lần đầu tiên diễn ra khi nào? Tình hình thực tế lúc đó ra sao? Điều gì đã xảy ra? Bệnh nhân có thường sử dụng liều cao hơn hoặc trong khoảng thời gian dài hơn dự định? Hãy mô tả bằng chứng cho thấy bệnh nhân mất khả năng kiểm soát đối với việc sử dụng thuốc.

- Nếu bệnh nhân cho rằng mình chưa bị mất kiểm soát bao giờ, những người xung quanh (gia đình, bạn bè, cấp trên, bác sỹ điều trị, hoặc ai khác) có nghĩ khác không?

Môi trường xã hội và phục hồi

- Chất lượng môi trường xung quanh khi bệnh nhân phục hồi như thế nào (hỗ trợ, không hỗ trợ hoặc bất lợi)? Người thân, gia đình, bè bạn, sếp tại cơ quan và những người xung quanh phản ứng ra sao với vấn đề của bệnh nhân? Vợ/chồng, bạn tình hoặc những người quan trọng với bệnh nhân thấy vẫn còn vấn đề nào? Có người xung quanh nào từng nói rằng có thể bệnh nhân có các vấn đề liên quan đến chất gây nghiện hoặc rượu? Lần đầu tiên người xung quanh khuyên cáo bệnh nhân như vậy là khi nào? Những người xung quanh phản đối điều gì trong việc sử dụng chất gây nghiện hoặc rượu của người bệnh? Họ lo ngại hoặc than phiền về điều gì?
- Hàng xóm, công việc hoặc nghề nghiệp có phải là yếu tố không hỗ trợ bệnh nhân phục hồi?
- Hệ thống hỗ trợ mà bệnh nhân có hoặc đã từng có là gì? Những người hỗ trợ đó có thuộc nhóm Nghiện rượu ẩn danh, Nghiện ma túy ẩn danh hoặc các chương trình tương tự? Họ có ủng hộ việc bệnh nhân điều trị? Có ai trong các nhóm này từ chối hỗ trợ bệnh nhân?
- Bệnh nhân có bao nhiêu người thân, bạn bè hoặc người quen cùng sử dụng ma túy hoặc rượu? Rượu và các chất gây nghiện khác có sẵn hoặc được dùng tại nơi ở của bệnh nhân? Ai đang uống rượu hoặc dùng chất gây nghiện khác tại nhà bệnh nhân? Hiện tại những chất gây nghiện nào, được kê đơn hoặc không, mà bệnh nhân đang có tại nhà?

Suy nghĩ, Động lực và Sẵn sàng thay đổi

- Bệnh nhân có hiểu biết ra sao về các vấn đề mình đang gặp phải? Bệnh nhân hiểu gì về bệnh nghiện?
- Bệnh nhân đang ở Giai đoạn Thay đổi nào: Tiền dự định, Dự định, Chuẩn bị, Hành động và Duy trì? (Xem Phụ lục G.) Bệnh nhân đã từng ở trải qua giai đoạn nào trước đây? Bệnh nhân đáp ứng ra sao với liệu pháp tăng cường động lực?

Tại sao lại là lúc này?

- Tại sao bệnh nhân tìm kiếm dịch vụ hoặc sự giúp đỡ vào lúc này?
- Bệnh nhân bị bắt buộc hay tình nguyện tham gia vào điều trị? Nếu bệnh nhân không đến tìm điều trị hoặc được điều trị thì sẽ gặp hậu quả gì? Bệnh nhân cảm thấy ra sao về những hậu quả này?

Phát hiện chất gây nghiện trong nước tiểu và mẫu bệnh phẩm khác

Bác sỹ cần phải thông thạo các quy trình thu thập mẫu bệnh phẩm, xét nghiệm, kiểm soát và đảm bảo chất lượng và phương pháp kiểm soát giá mạo bệnh phẩm. Bác sỹ cần hiểu về quy trình báo cáo, sàng lọc thường xuyên việc sử dụng chất gây nghiện và các loại xét nghiệm chất khác, độ nhạy và các ngưỡng xét nghiệm để có kết quả dương hoặc âm tính. Chi tiết về xét nghiệm nước tiểu trong cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu có thể tìm thấy trong cuốn sách *Xét nghiệm nước tiểu trong chăm sóc sức khỏe ban đầu: Giải mã bí mật & xây dựng chiến lược* (Gourlay và cộng sự, 2002). Bác sỹ cần liên hệ với trưởng phòng xét nghiệm và những cán bộ khác để được trả lời các câu hỏi hoặc được cung cấp các thông tin có ích khác.

Sàng lọc ban đầu thường sử dụng xét nghiệm enzyme kiểm tra miễn dịch được nhân lên (EMIT), kỹ thuật miễn dịch phóng xạ (RIA), hoặc FPIA. Những xét nghiệm này giúp phát hiện các kháng thể hoặc sản phẩm đã được chuyển hóa do sử dụng chất gây nghiện. Xét nghiệm GC/MS cũng là xét nghiệm có độ nhạy cao nhưng lại đắt đỏ và thường được sử dụng để xác nhận lại kết quả các xét nghiệm sàng lọc ban đầu.

Việc phát hiện người có sử dụng chất gây nghiện phụ thuộc vào nhiều yếu tố (ví dụ, liều dùng, tần suất sử dụng, thời gian từ lần dùng cuối) và đặc điểm của chất gây nghiện. Chất gây nghiện thường được sử dụng (ví dụ, cocaine, methamphetamine, heroin, cần sa)

hoặc các chất được chuyển hóa bởi các chất gây nghiện này có thể được phát hiện dễ dàng khi thử nước tiểu. Tình trạng sử dụng rượu có thể được phát hiện thông qua nước bọt, hơi thở, máu và mẫu xét nghiệm nước tiểu.

Morphine (chất chuyển hóa của heroin) có thể được phát hiện thông qua các xét nghiệm nước tiểu được bán trên thị trường. Tuy nhiên, methadone lại không thể được phát hiện thông qua các xét nghiệm về chất gây nghiện thông thường trừ khi xét nghiệm đặc thù được tiến hành. Oxycodone có thể phản ứng chéo nếu sử dụng với liều cao. Buprenorphine không có phản ứng chéo trong xét nghiệm phát hiện methadone hoặc heroin.

Mặc dù buprenorphine và chất chuyển hóa của nó được đào thải qua nước tiểu, việc đưa các xét nghiệm phát hiện Buprenorphine trong chương trình sàng lọc thường quy là không khả thi do xét nghiệm chưa được thương mại hóa cho đến thời điểm hướng dẫn này được xuất bản.

Các chất có hàm lượng benzodiazepine thấp (ví dụ, diazepam và chlordiazepoxide) có thể được xét nghiệm trong chương trình sàng lọc nước tiểu thường quy. Tuy nhiên, clonazepam, flunitrazepam, alprazolam, và nhiều các biệt dược của benzodiazepine có thể không phát hiện được thông qua mẫu thử nước tiểu. Việc sử dụng kết hợp buprenorphine và benzodiazepine có thể gây ra hậu quả chết người (Reynaud và cộng sự 1998a,b; Tracqui và cộng sự 1998), cần phải sàng lọc việc sử dụng benzodiazepine của bệnh nhân. Đôi khi, bác sỹ phải tiến hành những xét nghiệm đặc thù để đánh giá việc sử dụng benzodiazepine của bệnh nhân..

Phụ lục F

Liên Hiệp các Hội đồng Y tế tiểu Bang—

Hướng dẫn chính sách mẫu cho Điều trị Nghiện các CDTP tại phòng khám Y tế

PHẦN I: LỜI MỞ ĐẦU

(Tên của Hội đồng) nhận thấy rằng tỷ lệ nghiện heroin và các CDTP khác đã tăng mạnh ở Hoa Kỳ và những cư dân của (tên tiểu Bang) cần phải có tiếp cận với điều trị nghiện một cách cập nhật, phù hợp và hiệu quả. Áp dụng phù hợp những kiến thức và các phương thức điều trị cập nhật có thể điều trị thành công cho những bệnh nhân nghiện CDTP và làm giảm tỷ lệ mắc và tử vong cũng như chi phí liên quan đến nghiện CDTP cũng như các vấn đề YTCC như HIV, Viêm gan B, C và các bệnh truyền nhiễm khác. Hội đồng khuyến khích tất cả các bác sĩ tiếp cận với các bệnh nhân tìm hiểu tiền sử lạm dụng nghiện chất và nguy cơ nghiện CDTP. Hội đồng đã xây dựng những hướng dẫn này để cố gắng cân bằng nhu cầu mở rộng năng lực điều trị cho những bệnh nhân nghiện CDTP với nhu cầu để phòng ngừa việc kê đơn CDTP một cách không hợp lý, không đúng hoặc phi pháp.

Cho đến nay, các bác sĩ đã bị cấm kê đơn và cấp phát thuốc CDTP để điều trị nghiện CDTP, trừ phi được cấp phép điều trị trong chương trình điều trị CDTP được liên bang quản lý. Do số lượng những người nghiện CDTP tăng lên, kèm theo các vấn đề YTCC khác, luật pháp liên bang giờ đây đã cho phép bác sĩ có đủ tiêu chuẩn và trình độ được kê đơn thuốc thuộc Danh mục III-V do FDA phê duyệt để điều trị nghiện CDTP trong các cơ sở điều trị [1].

Các bác sĩ quan tâm đến điều trị nghiện CDTP ở các cơ sở điều trị cần phải có khả năng nhận biết các lý do/tình trạng nghiện ma túy hay CDTP và

phải có kiến thức về cách sử dụng hợp lý các thuốc đồng vận, đôi vận và đồng vận bán phần CDTP. Bác sĩ cũng phải trình các bằng cấp cần thiết như định rõ trong “Luật DT nghiện Ma túy của năm 2000” (DATA) (Luật Công 106-310, Chương XXXV, các phần 3501 và 3502) và Giấy phép từ Cục Quản lý Dịch vụ lạm dụng nghiện chất và Sức khỏe Tâm thần (SAMHSA), theo qui định của BYT và Dịch vụ Xã hội. Để có đủ điều kiện được cấp giấy phép, các bác sĩ phải có một giấy phép còn giá trị ở Tiểu bang (tên Tiểu bang) và, ở mức tối thiểu, đáp ứng một hay nhiều điều kiện được coi là đủ tiêu chuẩn trình độ để điều trị những bệnh nhân nghiện các CDTP ở các cơ sở phòng khám ở tiểu bang này:

- Chứng chỉ của Hội đồng chuyên ngành về tâm thần học về nghiện của Hội đồng các chuyên ngành Y học Hoa Kỳ
- Chứng chỉ của Hội đồng chuyên ngành về y học về nghiện của Hội chấn thương Hoa Kỳ
- Chứng chỉ của Hội Y học nghiện Hoa Kỳ
- Hoàn thành trên 8 giờ tập huấn liên quan đến điều trị và quản lý bệnh nhân lệ thuộc CDTP được Hội Y học Nghiện Hoa Kỳ, Học viện Tâm thần về Y học Nghiện Hoa Kỳ, Hội Y học Hoa Kỳ, Hội chấn thương Hoa Kỳ, Hội Tâm thần Hoa Kỳ, hoặc các tổ chức khác được Hội đồng ủy quyền.
- Tham gia với tư cách là nghiên cứu viên trong một hay nhiều thử nghiệm lâm sàng nghiên cứu các thuốc điều trị trong Danh mục III, IV, hoặc V để điều trị cho các bệnh nhân nghiện các CDTP (phải có bằng chứng tham gia đề trình Bộ trưởng BYT và DVXH của bên tài trợ cho các thuốc được phê duyệt).
- Có thể cần bổ sung các tiêu chí chuyên môn qua các văn bản pháp lý.

Ngoài ra các bác sĩ cần phải có số đăng ký còn hạn của DEA (Cơ quan bài trừ Ma túy Hoa Kỳ) và một số định danh của cơ quan này

cho phép cụ thể việc điều trị tại phòng khám như đã đề cập.

Theo Luật DATA, Giấy phép điều trị nghiện được Bộ trưởng Y tế và DVXH cấp thông qua SAMHSA, trong vòng 45 ngày sau khi nhận được thông báo bằng văn bản của bác sĩ. Khi được đề xuất bởi SAMHSA, Tổng Chương lý, thường qua DEA, sẽ cấp số định danh cho bác sĩ. Tuy nhiên, nếu SAMHSA không thụ lý yêu cầu của bác sĩ sau 45 ngày, DEA sẽ tự động cấp cho bác sĩ một số định danh.

Ngoài ra, nếu bác sĩ muốn kê đơn hay cấp phát thuốc CDTP cho việc điều trị duy trì hay cắt cơn khẩn cấp nhằm tạo điều kiện điều trị cho cá nhân bệnh nhân trước khi hết thời gian chờ đợi 45 ngày, thì bác sĩ phải thông báo cho SAMHSA và DEA về dự định này.

Hội đồng nhận thấy rằng các phương thức điều trị mới đem lại những lựa chọn trong điều trị nghiện CDTP. Trên cơ sở khám và đánh giá bệnh nhân, việc điều trị nghiện các CDTP tại cơ sở y tế thông thường có thể được triển khai, sử dụng thuốc trong Danh mục III-V được phê duyệt và qui định với FDA và Trung tâm Điều trị Lạm dụng Nghiện chất (CSAT)/SAMHSA. Các bác sĩ có thể tham khảo Hướng dẫn Thực hành Lâm sàng Buprenorphine có tại CSAT/SAMHSA, Ban Dược trị liệu, Tầng 2, 1 Choke Cherry Road, Rockville, MD 20857; (301) 443-7614 hoặc đ/c <http://www.dpt.samhsa.gov/>.

Việc quản lý và điều trị nghiện CDTP cần dựa trên kiến thức và kết quả nghiên cứu cập nhật và nên sử dụng cả các phương thức điều trị bằng thuốc và không bằng thuốc. Bác sĩ cần có kiến thức

về điều trị nghiện và các dược chất cũng như các dịch vụ phụ trợ hiện có để hỗ trợ cho chuyên môn và cho bệnh nhân. Để tiến hành điều trị bệnh nhân nghiện CDTP một cách phù hợp với các hướng dẫn này, các bác sĩ phải chuyển gửi các bệnh nhân đến các dịch vụ tư vấn và phụ trợ phù hợp.

(Hội đồng y học tiểu bang) có trách nhiệm theo luật pháp của Tiểu bang (tên của tiểu bang) bảo vệ sức khỏe và an toàn của công chúng. Hội đồng nhận thấy rằng việc kê đơn điều trị nghiện chất được kiểm soát, kể cả CDTP có thể dẫn đến việc cá nhân sử dụng trái mục đích và lạm dụng các thuốc này một cách bất hợp pháp

Các bác sĩ đủ tiêu chuẩn điều trị không nhất phải quan ngại về vấn đề kỹ luật của Hội đồng hay cơ quan quản lý hay cơ quan thực thi pháp luật về việc kê đơn, cấp phát và sử dụng hợp pháp các thuốc có nguồn gốc CDTP trong các Danh mục III, IV, hoặc V, hoặc các kết hợp của các chất đó với mục đích y tế hợp pháp trong liệu trình điều trị nghiện các CDTP. Hội đồng sẽ xem xét việc kê đơn, đặt hàng, cho uống hay cấp phát những thuốc này để điều trị nghiện CDTP là cho mục đích y tế hợp pháp dựa trên các bằng chứng khoa học về điều trị nghiện CDTP và trên các qui định của liên bang và tiểu bang.

Hội đồng khẳng định tính phù hợp của việc kê đơn dựa trên việc kế hoạch điều trị của bác sĩ cho bệnh nhân cũng như kết quả điều trị. Mục đích của việc này là ghi lại và điều trị nghiện cho bệnh nhân trong khi vẫn giải quyết hiệu quả các khía cạnh khác về chức năng cho bệnh nhân, bao gồm thể chất, tâm lý, y tế, xã hội và các yếu tố liên quan đến công việc. Hướng dẫn dưới đây không chủ định đưa ra các thực hành hoàn chỉnh hay tốt nhất mà là để truyền đạt những gì mà Hội đồng quan tâm trong khuôn khổ các thực hành phù hợp.

PHẦN II: HƯỚNG DẪN

Hội đồng thông qua Hướng dẫn dưới đây khi đánh giá hồ sơ và việc điều trị nghiện CDTP theo Luật DATA:

Tuân thủ với các Luật và Quy chế về các chất được kiểm soát

Nhìn chung, để kê đơn và cấp phát các thuốc CDTP trong Danh mục III-V cho điều trị nghiện các CDTP theo DATA, các bác sĩ phải được cấp phép của tiểu bang, có số đăng ký về nghiện chất được DEA kiểm soát và định danh còn giá trị, tuân thủ các quy định của liên bang và tiểu bang dành cho các chất được kiểm soát, và có giấy phép còn giá trị do SAMHSA cấp. Để có giấy phép này, bác sĩ phải đệ trình thông báo bằng văn bản cho Bộ trưởng BYT và DVXH về kế hoạch tham gia điều trị, chứng chỉ về trình độ chuyên môn và liệt kê các số đăng ký với DEA. Sau đó SAMHSA sẽ thông báo cho DEA nếu giấy phép đã được cấp. Nếu được SAMHSA cấp phép, DEA sẽ cấp cho bác sĩ đạt tiêu chuẩn đó một số định danh. Ngoài các yêu cầu này, DATA hạn chế số lượng bệnh nhân mà bác sĩ hay nhóm bác sĩ được phép điều trị tối đa là 30 bệnh nhân. Việc hạn chế về số lượng bệnh nhân có thể được thay đổi.

Các bác sĩ đặc biệt bị cấm ủy quyền kê đơn các CDTP cho những người không có chuyên môn với các mục đích cắt cơn và/hoặc điều trị duy trì. Các bác sĩ cần tham khảo các quy định của DEA (21CFR, toàn bộ Phần 1300) và Cẩm nang cho các bác sĩ của DEA

www.deadiversion.usdoj.gov và (bất cứ tài liệu có liên quan được hội đồng y tế tiểu bang ban hành) về các quy tắc cụ thể trong việc quản lý kê đơn các nghiện chất được kiểm soát cũng như các quy định khác của tiểu bang.

Đánh giá bệnh nhân

Thông tin cập nhật và hoàn chỉnh về bệnh sử cũng như kết quả khám thực thể phải được lưu lại trong hồ

sơ bệnh án. Hồ sơ cần lưu thông tin về tính chất nghiện của bệnh nhân, đánh giá các bệnh hay tình trạng đồng diễn, ảnh hưởng về thể chất và tâm lý, tiền sử của việc lạm dụng nghiện chất và các đợt điều trị trước. Hồ sơ bệnh án cũng lưu giữ thông tin diễn giải tính phù hợp đối với điều trị tại cơ sở y tế.

[2]

Các tiêu chí Lệ thuộc nghiện chất DSM -IV-TR [3]

Một hình thái sử dụng chất gây nghiện bắt buộc, dẫn đến hậu quả lâm sàng và sự suy giảm rõ rệt, với 3 (hoặc nhiều hơn) biểu hiện dưới đây xảy ra trong vòng 12 tháng qua:

- Dung nạp, được giải thích bằng một trong 2 định nghĩa dưới đây:
 - Nhu cầu về lượng nghiện chất tăng đáng kể để thỏa mãn cơn thèm muốn/tác dụng mong muốn, hoặc
 - Giảm rõ rệt tác dụng nếu tiếp tục dùng cùng lượng nghiện chất
- Cai, với một trong các biểu hiện dưới đây:
 - Đặc điểm của hội chứng cai đặc thù với nghiện chất, hoặc
 - Sử dụng nghiện chất đặc thù (hay tương tự) để giảm hay tránh các triệu chứng cai
- Nghiện chất thường được dùng với lượng lớn hơn hay với thời gian dài hơn so với dự định
- Luôn thèm muốn hoặc không thể giảm hoặc kiềm chế việc sử dụng nghiện chất
- Dành nhiều thời gian cho việc tìm kiếm để có được nghiện chất (v.d., đi khám nhiều bác sĩ hay đi quãng đường xa), để dùng nghiện chất (v.d., hút liên tục), hoặc để hồi phục từ tác dụng của nghiện chất

- Từ bỏ hay giảm các sở thích, hoạt động xã hội, và nghề nghiệp do sử dụng nghiện chất Tiếp tục dùng nghiện chất mặc dù đã biết các tác hại về thể chất và tinh thần do nghiện chất gây ra (v.d., sử dụng cocaine mặc dù biết nó gây ra trầm cảm, hay càng uống rượu càng bị loét dạ dày nặng hơn)

Kế hoạch điều trị

Bản kế hoạch điều trị nêu rõ mục tiêu thể hiện sự thành công của điều trị như không còn sử dụng, các chức năng thực thể, chức năng tâm lý xã hội và tuân thủ được cải thiện, và cho biết có kế hoạch đánh giá, tư vấn, quản lý tâm thần hoặc sử dụng các dịch vụ hỗ trợ khác. Kế hoạch điều trị cần được rà soát định kỳ. Sau khi bắt đầu điều trị, bác sĩ cần điều chỉnh liệu pháp phù hợp với nhu cầu điều trị cho mỗi một bệnh nhân. Các mục tiêu và phương thức điều trị hoặc chương trình phục hồi cần được đánh giá và thảo luận với bệnh nhân. Nếu có thể, cần cố gắng khuyến khích sự tham gia của người thân hoặc thành viên gia đình vào quá trình điều trị nếu người bệnh đồng ý. Kế hoạch điều trị cũng cần đề cập đến khả năng thất bại (tức là do không tuân thủ với kế hoạch điều trị, lạm dụng các CDTP khác, hoặc có bằng chứng là bệnh nhân không uống thuốc. khi được kê đơn).

Thỏa thuận về Điều trị

Bác sĩ cần thảo luận về những nguy cơ rủi ro và lợi ích trong việc sử dụng các thuốc CDTP đã được phê duyệt với bệnh nhân và với sự đồng ý phù hợp của bệnh nhân, những người khác

thành viên gia đình hoặc người giám hộ. Bệnh nhân cần nhận được CDTP từ chỉ một bác sĩ và/hoặc một nhà thuốc khi có thể. Bác sĩ cần có văn bản thỏa thuận giữa bác sĩ và bệnh nhân đề cập về các vấn đề sau: (1) những lựa chọn thay thế điều trị; (2) xét nghiệm lạm dụng các chất gây nghiện và khả năng điều trị (nếu có thể và được chỉ định); (3) số lượng và tần suất của tất cả các lần kê đơn và (4) những lý do dừng điều trị (ví dụ vi phạm thỏa thuận...).

Đánh giá bệnh nhân định kỳ

Bệnh nhân cần được khám với theo định kỳ phù hợp (ít nhất hàng tuần trong thời gian bắt đầu điều trị) cho từng bệnh nhân. Đánh giá định kỳ là cần thiết để khẳng định sự tuân thủ với phác đồ điều trị, hiệu quả của kế hoạch điều trị, và đánh giá cách thức bệnh nhân thực hiện dùng thuốc đã kê đơn. Một khi đã đạt được liều ổn định và xét nghiệm nước tiểu (hoặc các phương pháp khác) cho thấy BN không dùng ma túy bất hợp pháp nữa thì có thể bắt đầu giảm tần suất khám (hàng tháng có thể phù hợp với những bệnh nhân với liều ổn định của thuốc đã kê đơn và có tiến triển trong việc đạt được mục tiêu điều trị). Tiếp tục hay điều chỉnh liệu pháp điều trị CDTP cần dựa trên đánh giá của thầy thuốc về tiến bộ trong việc đạt tới các mục tiêu điều trị đã đặt ra như 1) không còn các dấu hiệu ngộ độc chất gây nghiện (2) không có các tác dụng không mong muốn về sức khỏe hay hành vi (3) Uống thuốc một cách có trách nhiệm (4) tuân thủ với tất cả các chi tiết của kế hoạch điều trị (kể cả các hoạt động định hướng phục hồi, liệu pháp tâm lý và/hoặc các phương thức tâm lý xã hội khác) và (5) không còn sử dụng ma túy bất hợp pháp nữa. Nếu chưa đạt được các mục tiêu điều trị thì bác sĩ cần đánh giá lại tính phù hợp của kế hoạch điều trị tiếp theo.

Tham vấn

Bác sĩ cần chuyên gửi bệnh nhân để được đánh giá và điều trị thêm nhằm đạt được các mục tiêu điều trị. Bác sĩ

cần thực hiện phương thức tiếp cận theo nhóm đối với điều trị nghiện các CDTP, bao gồm chuyển gửi cho dịch vụ tư vấn và các dịch vụ hỗ trợ khác. Giao tiếp thường xuyên giữa bác sĩ và cán bộ tham vấn là cần thiết để đảm bảo việc tuân thủ phù hợp với kế hoạch điều trị. Điều này có thể được đưa vào trong thỏa thuận điều trị chính thức giữa bác sĩ và bệnh nhân. Cần chú ý đặc biệt tới những bệnh nhân có nguy cơ dùng không đúng và những bệnh nhân mà cuộc sống và công việc của họ có thể ảnh hưởng đến việc dùng thuốc sai mục đích. Việc điều trị nghiện cho những bệnh nhân đồng thời mắc các rối loạn tâm thần cần tăng cường việc chăm sóc, theo dõi, ghi chép và tham vấn hay chuyên gửi tới các chuyên gia sức khỏe tâm thần.

Hồ sơ bệnh án

Bác sĩ kê đơn cần lưu giữ những hồ sơ chính xác và hoàn chỉnh gồm các thông tin (1) bệnh sử và thăm khám thực thể; (2) các kết quả chẩn đoán, điều trị và xét nghiệm; (3) đánh giá và tham vấn/hội chẩn; (4) mục tiêu điều trị; (5) thảo luận về nguy cơ rủi ro và lợi ích; (6) điều trị; (7) thuốc (bao gồm ngày, loại, liều dùng, và số lượng được kê đơn và/hoặc cấp phát cho từng bệnh nhân); (8) kiểm kê thực tế tất cả các chất được kiểm soát có trong Danh mục III, IV, và V được bác sĩ cấp phát trong liệu trình điều trị duy trì hay cắt cơn của một cá nhân; (9) những hướng dẫn và thỏa thuận; và (10) rà soát định kỳ. Hồ sơ cần cập nhật và duy trì theo cách có thể dễ tiếp cận và sẵn sàng cho việc rà soát. Bác sĩ phải tuân thủ các yêu cầu về tính bảo mật đặc biệt trong 42CFR, Phần 2, được áp dụng cho điều trị nghiện ma túy và rượu, bao gồm việc cấm tiết lộ hồ sơ hoặc các thông tin, trừ khi có sự đồng ý của bệnh nhân hay trật tòa tuân thủ đầy đủ với 42CFR2, hoặc người có thẩm quyền của tiểu bang hay liên bang được liệt kê trong 42CFR2, hoặc trong các cấp cứu y tế hay báo cáo bắt buộc về lạm dụng trẻ em.

PHẦN III: ĐỊNH NGHĨA

Với mục đích phụ vụ cho hướng dẫn này, các thuật ngữ được định nghĩa như sau:

Nghiện: Một bệnh mãn tính và sinh thần kinh học bị ảnh hưởng bởi các yếu tố về gen, tâm lý xã hội và môi trường ảnh hưởng đến sự tiến triển và biểu hiện của bệnh. Bệnh bao gồm một hay nhiều hành vi như sau: kiểm soát kém việc sử dụng ma túy, không thể kiểm chế được, thèm muốn và tiếp tục sử dụng mặc dù đã trải nghiệm các mối nguy hại..

Thuốc đồng vận: Thuốc đồng vận là các chất gắn với thụ thể và kích hoạt nó giống như các chất dẫn truyền tự nhiên. Thuốc đồng vận opioid toàn phần kích hoạt thụ thể mu và làm tăng liều để tạo ra được những tác dụng tăng cường. Hầu hết các CDTP hay bị lạm dụng như morphine và heroin là các thuốc đồng vận CDTP toàn phần.

“CDTP trong Danh mục III-V đã được phê chuẩn”: Các CDTP được DATA đề cập và được FDA phê duyệt cụ thể cho điều trị lệ thuộc hay nghiện CDTP.

Thuốc đối vận: Thuốc đối vận gắn vào nhưng không kích hoạt thụ thể. Chúng ngăn không cho thụ thể bị kích hoạt bởi các chất đồng vận. Ví dụ các thuốc đối vận CDTP là naltrexone và naloxone.

Điều trị thay thế: Điều trị thế là việc cấp phát thuốc cho một giai đoạn vượt quá 21 ngày dùng thuốc CDTP ở liều ổn định trong điều trị những cá thể bị lệ thuộc heroin hoặc các ma túy khác dạng morphine.

Lệ thuộc CDTP: Một hình thái sử dụng chất gây nghiện thích nghi kém dẫn đến các biểu hiện bệnh lý trên lâm sàng thể hiện bằng 3 triệu chứng trở lên sau đây và xuất hiện bất kỳ lúc nào trong vòng 12 tháng:

- Nhu cầu cần có một lượng nghiện chất lớn hơn để đạt được trạng thái say hay phê thuốc hay giảm cơn thèm muốn đáng kể bằng việc sử dụng tiếp

tục cùng một lượng nghiện chất;

- Chất tương tự (hoặc gần tương tự) được sử dụng để làm giảm nhẹ hoặc tránh các triệu chứng cai;
- Nghiện chất được sử dụng với số lượng lớn hơn hay trong một thời gian dài hơn so với dự định;
- Luôn có thèm muốn hoặc nỗ lực không thành công để giảm hoặc kiểm soát việc sử dụng chất gây nghiện;
- Mất nhiều thời gian để tìm kiếm nghiện chất, sử dụng nó hoặc hồi phục lại sau cơn phê;
- Ngừng hoặc giảm các hoạt động xã hội, nghề nghiệp hay giải trí quan trọng vì việc sử dụng chất gây nghiện;
- Tiếp tục sử dụng chất gây nghiện mặc dù biết là chịu những ảnh hưởng đối với cơ thể và tâm lý lâu dài do nghiện chất gây ra hay làm trầm trọng thêm.

Chất dạng thuốc phiện: CDTP là các chất gây nghiện hoặc chất duy trì có tác động như morphin hoặc thuốc có khả năng bị lạm dụng và gây nghiện (được gọi là CDTP trong Luật các Nghiện chất được Kiểm soát)

Chương trình Điều trị CDTP (OTP) (đôi khi được gọi là cơ sở methadone hay chương trình điều trị nghiện ma túy): Chương trình điều trị CDTP là một chương trình hoặc cá nhân được cấp phép tham gia điều trị cho bệnh nhân nghiện CDTP với các chất trong Danh mục II được phê duyệt (methadone và/hoặc LAAM).

Thuốc đồng vận bán phần: Thuốc đồng vận bán phần chiếm và kích hoạt các thụ thể. Với liều thấp, như thuốc đồng vận toàn phần, tác động của thuốc sẽ tăng khi tăng liều. Tuy nhiên, không như thuốc đồng vận toàn phần, thụ thể được kích hoạt bởi thuốc đồng vận bán phần sẽ đạt tới một ngưỡng và khi đó dù tăng liều lên thuốc cũng không tạo ra thêm tác dụng. Mức trần này có thể có tác dụng hạn chế hoạt động trị liệu có được của thuốc đồng vận bán phần cũng như độc tính của nó.

Buprenorphine là một ví dụ của thuốc đồng vận bán phần.

Lệ thuộc thể chất: Một tình trạng thích nghi được thể hiện bằng hội chứng cai đặc thù với từng loại chất gây nghiện xảy ra khi dừng đột ngột, giảm liều nhanh, giảm nồng độ chất gây nghiện trong máu, và/hoặc khi dùng một thuốc đối vận.

Bác sĩ đủ tiêu chuẩn: Một bác sĩ được cấp phép ở Hoa Kỳ (tên tiểu bang) có giấy phép do SAMHSA cấp (được Bộ trưởng Y tế và DVXH ủy quyền) và đáp ứng một hay nhiều điều kiện đề cập ở Phần 1. Ngoài ra, một bác sĩ phải có số đăng ký với DEA còn giá trị và số nhận dạng cho phép bác sĩ thực hiện điều trị nghiện trong cơ sở y tế.

Lạm dụng nghiện chất: Một hình thái sử dụng chất gây nghiện thích nghi kém dẫn đến các rối loạn được thể hiện trên một (01) triệu chứng sau trong 12 tháng qua:

- Tái sử dụng chất gây nghiện dẫn đến việc không đảm bảo được những vai trò và trách nhiệm trong công việc, học tập, hay tại gia đình;
- Tái sử dụng chất gây nghiện trong những bối cảnh nguy hiểm tới thân thể;
- Tái phạm những vấn đề pháp lý có liên quan đến việc sử dụng chất gây nghiện;
- Tiếp tục sử dụng chất gây nghiện bất chấp những hậu quả gây ra cho bản thân và xã hội do ảnh hưởng của nghiện chất.

Dung nạp: Một trạng thái thích ứng trong sử dụng chất gây nghiện dẫn đến những thay đổi làm giảm bớt một hay nhiều tác dụng của thuốc theo thời gian.

Giấy phép: Một văn bản ủy quyền của Bộ trưởng Y tế được SAMHSA cấp theo Luật DATA cho phép các bác sĩ đủ tiêu chuẩn được miễn trừ các qui định của chương trình điều trị nghiện OTP. Miễn trừ này cần có chứng nhận và các điều khoản còn giá trị của DEA.

Bị chú:

[1] Drug Addiction Treatment Act of 2000, Public Law 106-310, Title XXXV, Section 3501 và 3502.

[2] Buprenorphine Clinical Practice Guidelines, Table 3-1.

[3] American Psychiatric Association, Diagnostic và Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed., Text Revision, Washington, D.C.

Tài liệu này có trong hướng dẫn chính sách mô hình tại địa chỉ trên internet <http://www.fsmb.org>, sau đó nhấp chuột vào “policy documents”. Các khuyến nghị có ở đây được chỉnh sửa dựa trên hình sách được Ban Đại biểu của Liên đoàn Ủy ban Y học các tiểu bang của Hoa Kỳ thông qua, Inc., 4/2002.

Phụ lục G

Các Giai đoạn Thay đổi

Là một phần quan trọng của việc lập kế hoạch điều trị hiệu quả, các bác sĩ có thể thấy hữu ích khi xác định người bệnh đang ở giai đoạn thay đổi nào. Có 6 giai đoạn thay đổi: tiền dự định, dự định, chuẩn bị, hành động, duy trì, và tái nghiện. Bệnh nhân có thể được **định hình** khi trải qua quá trình liên tục được chia với các giai đoạn này. Từng giai đoạn sẽ được mô tả dưới đây. Mức độ sẵn sàng thay đổi và giai đoạn thay đổi có thể được đánh giá thông qua phỏng vấn và bằng các công cụ như Thang đo mức độ sẵn sàng thay đổi và Mong muốn Điều trị (Miller và Tonigan 1996). Các giai đoạn thay đổi có kết nối rõ ràng với động cơ của bệnh nhân. Bác sĩ có thể gia tăng động cơ này (v.d., thông qua liệu pháp tăng cường động lực) và như vậy giúp cho bệnh nhân dịch chuyển từ giai đoạn sớm của thay đổi (v.d., dự định) sang giai đoạn tích cực và mạnh mẽ hơn (v.d., hành động). Bàn luận về Các Giai đoạn Thay đổi dưới đây được trích dẫn từ Phác đồ Cải thiện Điều trị (TIP) 35, *Tăng cường động cơ để Thay đổi trong Điều trị lạm dụng nghiện chất* (CSAT 1999b), Trung tâm Điều trị Lạm dụng Nghiện chất (CSAT). (Xem <http://www.kap.samhsa.gov/products/manuals/index.htm>.)

Mô hình xuyên lý thuyết về các Giai đoạn Thay đổi

Điều quan trọng là ghi nhớ rằng tiến trình thay đổi là có chu kỳ, và đa phần các cá nhân dịch chuyển qua lại giữa các giai đoạn và quay lại các giai đoạn đã đi qua với tốc độ khác nhau. Ở một cá nhân, dịch chuyển qua các giai đoạn có thể khác nhau tùy theo các hành vi hoặc mục đích khác nhau. Các cá nhân có thể di chuyển nhanh qua các giai đoạn. Đôi khi họ di chuyển quá nhanh đến nỗi khó có thể định vị họ đang ở đâu bởi vì thay đổi là một quá trình năng động. Tuy nhiên, cũng không hiếm thấy những người dành nhiều thời gian ở các giai đoạn đầu.

Đối với hầu hết những cá nhân sử dụng chất gây nghiện, bản chất của việc dịch chuyển qua các giai đoạn thay đổi là vòng quanh hay xoắn ốc chứ không theo đường thẳng. Trong mô hình này, sự tái diễn hành vi là một sự kiện bình thường vì nhiều khách hàng quay vòng qua các giai đoạn khác nhau nhiều lần trước khi đạt được sự thay đổi ổn định.

Sáu giai đoạn và vấn đề tái nghiện được mô tả dưới đây.

Tiền dự định

Trong giai đoạn tiền dự định, người sử dụng chất gây nghiện không xem xét việc thay đổi và không có ý định thay đổi hành vi trong tương lai gần. Họ có thể không ý thức được một phần hay hoàn toàn rằng có vấn đề đang tồn tại và họ cần thay đổi và họ có thể cần được giúp đỡ để thực hiện thay đổi này. Một cách khác là họ có thể không muốn hoặc quá chán nản để thay đổi hành vi của mình. Các cá nhân trong giai đoạn này thường không trải nghiệm những hậu quả không mong đợi hay khủng hoảng do việc sử dụng chất gây nghiện của mình và thường không tin rằng cách sử dụng của họ là có vấn đề hoặc thậm chí nguy hại.

Dự định

Khi những cá nhân này nhận thức được rằng có vấn đề tồn tại và họ bắt đầu nhận ra rằng có thể có nguyên nhân để lo ngại và lý do khiến họ cần thay đổi. Điển hình là họ đồng thời thấy lý do để cần thay đổi và lý do để không cần thay đổi. Các cá nhân trong giai đoạn này vẫn sử dụng chất gây nghiện nhưng họ xem xét khả năng ngừng hoặc giảm trong tương lai gần. Vào thời điểm này họ có thể tìm những thông tin phù hợp, đánh giá lại hành vi sử dụng chất gây nghiện của mình hoặc tìm kiếm sự trợ giúp cho khả năng thay đổi hành vi. Họ chủ yếu cân nhắc những mặt tích cực và tiêu cực của việc thay đổi. Không hiếm những trường hợp ở trong giai đoạn này với thời gian kéo dài, thường là hàng năm, do dự giữa muốn và không muốn thay đổi.

Chuẩn bị

Khi một cá nhân nhận ra lợi ích thấy được từ việc thay đổi và hậu quả tiêu cực của việc sử dụng chất gây nghiện hơn hẳn bất kỳ đặc tính tích cực nào của việc tiếp tục và duy trì tình trạng sử dụng chất gây nghiện ở cùng mức độ, thì cân cân quyết định sẽ nghiêng về sự thay đổi. Một khi mong muốn

để thay đổi xuất hiện thì cá nhân đó bước vào giai đoạn chuẩn bị, trong đó cam kết thay đổi mạnh hơn. Giai đoạn chuẩn bị này đòi hỏi việc lập kế hoạch cụ thể hơn cho sự thay đổi như phải lựa chọn về việc liệu có cần điều trị không, và nếu cần thì sử dụng loại điều trị gì. Chuẩn bị cũng đòi hỏi việc đánh giá khả năng hoặc năng lực tự thân của cá nhân mà bản thân họ nhận thức được— cần thiết để thay đổi. Các cá nhân trong giai đoạn này vẫn sử dụng chất gây nghiện nhưng họ thường dự định sớm ngừng sử dụng. Họ có thể đã có ý định giảm hoặc ngừng sử dụng hoặc đã có thể đang bắt đầu thử nghiệm nhiều cách ngừng hay giảm (DiClemente và Prochaska 1998). Họ bắt đầu đặt mục đích cho bản thân và cam kết ngừng sử dụng, thậm chí nói với những đồng nghiệp gần gũi hoặc những người quan trọng khác về kế hoạch của mình.

Hành động

Các cá nhân trong giai đoạn hành động lựa chọn một phương cách để thay đổi và thực hiện nó. Ở giai đoạn này, khách hàng tích cực sửa đổi các thói quen và môi trường của mình. Họ thay đổi mạnh mẽ lối sống và có thể đối mặt với những tình huống thách thức cụ thể và những tác động sinh lý của hội chứng cai. Khách hàng có thể bắt đầu đánh giá lại hình ảnh bản thân khi họ dịch chuyển từ sử dụng nhiều hay nguy hại sang không sử dụng hay sử dụng an toàn. Đối với nhiều người, giai đoạn hành động có thể kéo dài từ 3 đến 6 tháng sau khi ngừng hoặc giảm sử dụng chất gây nghiện. Đối với một số người, đây là thời kỳ trăng mật trước khi họ đối mặt với những thách thức lâu dài và dễ làm nản chí.

Duy trì

Trong giai đoạn duy trì, cần phải có nỗ lực để duy trì những thành quả đã có trong giai đoạn hành động. Duy trì là giai đoạn trong đó cá nhân hành động để duy trì khả năng kiểm soát bản thân và phòng ngừa tái nghiện (Marlatt và Gordon 1985). Có thể cần cẩn trọng hơn để tránh quay lại hành vi có vấn đề. Các cá nhân học cách phát hiện và tự bảo vệ khỏi

những tình huống nguy hiểm và tác nhân kích thích có thể khiến họ sử dụng lại chất gây nghiện. Đa số người có mong muốn thay đổi hành vi lâu dài đã từng quay lại sử dụng ít nhất 1 lần và trở về giai đoạn trước (Prochaska và DiClemente 1992). Có thể coi việc tái diễn triệu chứng này là một phần của quá trình học tập. Hiểu biết về tâm trạng cá nhân hoặc những tình huống nguy hiểm dẫn tới tái sử dụng rất hữu ích trong các dự định thay đổi tương lai. Giai đoạn duy trì yêu cầu hành vi thay đổi trong thời gian dài – bằng việc duy trì không sử dụng hay dùng ở mức vừa phải ở mức độ chấp nhận được – và tiếp tục cảnh giác tối thiểu là 6 tháng đến vài năm, tùy theo hành vi đích (Prochaska và DiClemente 1992).

Tái nghiện

Hầu hết các cá nhân không duy trì ngay những thay đổi mới mà họ muốn làm, và việc quay trở lại sử dụng chất sau một thời gian không dùng thường gặp chứ không phải ngoại lệ (Brownell và cộng sự. 1986; Prochaska và DiClemente 1992).

Những trải nghiệm này đem lại thông tin có thể tạo điều kiện hay cản trở việc di chuyển qua các giai đoạn thay đổi. *Sự tái diễn*, thường được đề cập là tái nghiện, đó là một sự kiện khiến cho cá nhân quay trở lại giai đoạn trước đây của thay đổi và quay vòng lại qua cả quá trình. Cá nhân có thể học được rằng một số mục tiêu không thực tế, có những phương thức không hiệu quả, hay có những môi trường không giúp thay đổi thành công. Hầu hết những người sử dụng chất gây nghiện sẽ cần có vòng qua các giai đoạn thay đổi nhiều lần trước khi phục hồi thành công (DiClemente và Scott 1997). Sau khi quay lại sử dụng chất gây nghiện, các khách hàng thường trở lại một giai đoạn thay đổi trước đây – không phải lúc nào cũng là giai đoạn duy trì hay hành động, mà thường về mức độ nào đó của dự định. Họ thậm chí lại quay lại tiền dự định, tạm thời không sẵn lòng hoặc không thể sớm cố gắng thay đổi. Sử dụng lại chất gây nghiện và quay trở lại một giai đoạn thay đổi trước không nên bị coi là thất bại và không cần phải bị coi là thảm họa hay tái nghiện kéo dài. Triệu chứng tái diễn một lần không nhất thiết có nghĩa là khách hàng đã không còn cam kết thay đổi.

Thang đo mức độ sẵn sàng của các giai đoạn Thay đổi và mong muốn Điều trị (SOCRATES 8D)

HƯỚNG DẪN: Xin đọc cẩn thận các câu sau đây. Mỗi câu mô tả cách mà bạn có thể (hay không thể) cảm nhận về việc sử dụng chất gây nghiện của mình. Đối với mỗi câu, khoanh tròn một số từ 1 đến 5 để chỉ rõ mức độ mà bạn đồng ý hay không đồng ý với điều đó ngay bây giờ. Xin khoanh một lần và chỉ một con số cho từng câu.

	KHÔNG ! Rất không Đồng ý	Không Đồng ý	? Không quyết định hay không chắc	Có Đồng ý	CÓ! Rất Đồng ý
1. Tôi thực sự muốn thay đổi việc sử dụng chất gây nghiện của mình.	1	2	3	4	5
2. Đôi khi tôi tự hỏi là tôi có phải người nghiện.	1	2	3	4	5
3. Nếu tôi không thay đổi việc dùng chất gây nghiện sớm, vấn đề của tôi sẽ trở nên	1	2	3	4	5
4. Tôi đã bắt đầu có thay đổi trong việc dùng chất gây nghiện.	1	2	3	4	5
5. Tôi đã từng dùng chất gây nghiện quá nhiều nhưng tôi đã cố gắng để thay đổi điều đó.	1	2	3	4	5
6. Đôi khi tôi tự hỏi là tôi dùng chất gây nghiện có làm phiền ai khác không.	1	2	3	4	5
7. Tôi có rắc rối với chất gây nghiện.	1	2	3	4	5
8. Tôi không chỉ nghĩ đến thay đổi việc dùng chất gây nghiện của mình, tôi còn đang làm vài điều để thực hiện việc đó.	1	2	3	4	5
9. Tôi đã thay đổi việc dùng chất gây nghiện của mình, và tôi đang tìm cách không bị trượt lại vào lối thói cũ.	1	2	3	4	5
10. Tôi có rắc rối nghiêm trọng với chất gây	1	2	3	4	5
11. Đôi khi tôi tự hỏi liệu tôi có kiểm soát được việc dùng chất gây nghiện của mình không.	1	2	3	4	5
12. Việc sử dụng chất gây nghiện của tôi gây nhiều	1	2	3	4	5
13. Hiện tôi tích cực làm những việc để giảm hoặc ngừng sử dụng chất gây nghiện.	1	2	3	4	5
14. Tôi muốn được giúp đỡ khỏi quay lại với những rắc rối với chất gây nghiện mà tôi đã	1	2	3	4	5
15. Tôi biết là tôi có vấn đề với chất gây nghiện.	1	2	3	4	5
16. Có những lúc tôi tự hỏi liệu tôi có dùng quá nhiều chất gây nghiện không.	1	2	3	4	5
17. Tôi là một người nghiện chất.	1	2	3	4	5
18. Tôi làm nhiều việc để thay đổi việc dùng chất gây nghiện của tôi.	1	2	3	4	5
19. Tôi đã thực hiện được một số thay đổi đối với việc dùng chất gây nghiện, và tôi muốn được giúp để khỏi quay lại cách tôi đã dùng trước đây.	1	2	3	4	5

Nguồn: Miller and Tonigan 1996. SOCRATES 8D and SOCRATES 8D Scoring Sheet. Center on Alcoholism, Substance Abuse, and Addictions (CASAA), Các công cụ đánh giá. Truy cập tại đ/c <http://casaa.unm.edu/inst/inst.html>. In lại có sự cho phép

Mẫu ghi điểm SOCRATES (Phiên bản 8.0, 19 mục)

Chuyển phần trả lời của khách hàng từ Bộ câu hỏi (xem ghi chú dưới đây):

	Nhận biết	Lưỡng lự	Đang thực hiện
	1 _____	2 _____	4 _____
	3 _____		5 _____
		6 _____	
	7 _____		8 _____
			9 _____
	10 _____	11 _____	
	12 _____		13 _____
			14 _____
	15 _____	16 _____	
	17 _____		18 _____
			19 _____
TỔNG ĐIỂM	Re _____	Am _____	Ts _____
Khoảng dao động	7-35	4-20	8-40

Tờ thông tin SOCRATES (Phiên bản 8A, 19 mục)

HƯỚNG DẪN: Từ biểu mẫu ghi điểm SOCRATES (Phiên bản 19 mục) chuyển tổng số thang điểm vào các ô trống ở cuối Tờ Thông tin. Sau đó cho mỗi thang điểm, KHOANH tròn giá trị tương tự ở phía trên nó để khẳng định khoảng thập phân vị.

ĐIỂM THẬP PHÂN VỊ	Nhận biết	Lượng lự	Thực hiện các bước
90 Rất cao		19–20	39–40
80		18	37–38
70 Cao	35	17	36
60	34	16	34–35
50 Trung bình	32–33	15	33
40	31	14	31–32
30 Thấp	29–30	12–13	30
20	27–28	9–11	26–29
10 Rất thấp	7–26	4–8	8–25
ĐIỂM THÔ (từ tờ ghi điểm)	Re=	Am=	Ts=

Các khoảng để phiên giải này là dựa vào vào một mẫu gồm 1.726 nam và nữ trưởng thành tham gia điều trị nghiện rượu qua Dự án MATCH. Chú ý là vì thế nên các điểm cá nhân được đánh giá là thấp, trung bình, hoặc cao *trong tương quan với những người tham gia điều trị nghiện rượu.*

Hướng dẫn phiên giải Thang điểm SOCRATES-8

Sử dụng Tờ thông tin SOCRATES, khoanh tròn điểm số thô của khách hàng trong từng cột của 3 cột ghi điểm. Việc này sẽ cho thông tin về liệu điểm số của khách hàng là thấp, trung bình, hay cao *trong tương quan với các cá nhân đã tìm đến với điều trị các vấn đề về rượu*. Nội dung sau đây là hướng dẫn chung để phiên giải điểm số, trong từng trường hợp, cần xem xét từng câu trả lời của mỗi mục để biết thêm thông tin.

NHẬN BIẾT

Những người điểm CAO trực tiếp công nhận rằng họ đang có những vấn đề liên quan đến việc uống rượu, có xu hướng thể hiện mong muốn thay đổi và nhận thức rằng tình trạng của họ sẽ tiếp tục nguy hại nếu họ không thay đổi.

Những người điểm THẤP phủ nhận rằng rượu bia đang mang lại vấn đề nghiêm trọng cho họ, từ chối việc bị dán nhãn chẩn đoán là “người uống rượu có vấn đề” và “người nghiện rượu”, và không thể hiện mong muốn thay đổi.

LƯƠNG LỰ

Người điểm CAO nói rằng đôi khi họ tự hỏi liệu họ có kiểm soát được việc uống rượu của mình không, uống quá nhiều không, có làm phiền những người khác không, và/hoặc có là người nghiện rượu không. Vì thế điểm cao thể hiện sự lưỡng lự hay không chắc chắn. Điểm cao ở đây phản ánh mức độ cởi mở nào đó với suy ngẫm về bản thân, cũng như họ có thể ở giai đoạn dự định.

Người điểm THẤP nói rằng họ *không băn khoăn về việc mình có uống quá nhiều không*, hay có kiểm soát việc uống rượu của mình không, có làm phiền những người khác không, và/hoặc có nghiện rượu không. Chú ý rằng một cá nhân có thể ghi điểm thấp về sự lưỡng lự này

hoặc bởi vì họ “biết” là việc uống rượu của họ gây nên các vấn đề (điểm cao về Nhận biết), *hoặc* bởi vì họ “biết” là việc uống rượu của họ không gây nên các vấn đề (điểm thấp về Nhận biết). Bởi vậy điểm Lương lự thấp cần được phiên giải trong tương quan với điểm Nhận biết.

ĐANG THỰC HIỆN

Người điểm CAO cho biết rằng họ đã đang thực hiện các bước để thay đổi việc uống rượu của mình theo hướng tích cực và có thể đã trải nghiệm một số thành công về việc này. Thay đổi đang diễn ra và họ có thể muốn được hỗ trợ để duy trì hay tránh trượt lại phía sau. Điểm cao ở thang điểm này có thể dự đoán về thay đổi thành công.

Điểm THẤP cho biết rằng hiện tại họ không làm gì để thay đổi việc uống rượu của mình và cũng không thực hiện những thay đổi như thế gần đây.

Các nguồn thông tin bổ sung

- Recovery Attitude and Treatment Evaluator (RAATE) (Mee-Lee 1988). <http://www.niaaa.nih.gov/publications/raate.htm>
- University of Rhode Island Change Assessment (URICA) (McConaughy et al. 1983). <http://www.uri.edu/research/cprc/Measures/urica.htm>
- SOCRATES (Miller and Tonigan 1996) <http://casaa.unm.edu/inst/forms/socratesv8.pdf>
- Readiness to Change Questionnaire (Rollnick et al. 1992). <http://www.niaaa.nih.gov/publications/rtcq.htm>
http://www.dva.gov.au/health/provider/care_plans/change.htm

Phụ lục H

Thỏa thuận/Hợp đồng Điều trị mẫu

Thỏa thuận/hợp đồng điều trị thường được sử dụng trong điều trị nghiện để làm rõ những kỳ vọng đối với sự hợp tác và tham gia của người bệnh trong quá trình điều trị. Trong trang sau có thỏa thuận/hợp đồng điều trị nghiện mẫu có thể là một công cụ hữu ích để làm việc cùng với bệnh nhân trong một cơ sở phòng khám.

Là một người tham gia vào phác đồ điều trị lạm dụng và lệ thuốc CDTP bằng buprenorphine, tôi hoàn toàn tự do và tự nguyện đồng ý chấp nhận thỏa thuận/hợp đồng điều trị này, cụ thể như sau:

Tôi đồng ý thực hiện, và giữ đúng thời gian những cuộc hẹn với bác sĩ và trợ lý của bác sĩ.

Tôi đồng ý cư xử lịch sự trong phòng khám của bác sĩ.

Tôi đồng ý không đến phòng khám khi đang say thuốc hay dưới tác động của chất gây nghiện. Nếu tôi như thế thì bác sĩ sẽ không khám cho tôi và sẽ không cấp thuốc cho đến khi tôi có cuộc hẹn lần sau theo lịch.

Tôi đồng ý không bán, chia, hay đưa thuốc của tôi cho người khác. Tôi hiểu là việc quản lý thuốc không đúng là vi phạm nghiêm trọng thỏa thuận này và dẫn đến việc chấm dứt điều trị mà không có quyền phản đối.

Tôi đồng ý không ăn trộm hay thực hiện bất kỳ hành động phi pháp hoặc phá hoại trong phòng khám của bác sĩ.

Tôi đồng ý là thuốc (hay đơn thuốc) của tôi có thể chỉ được cấp cho tôi khi tôi đến khám ở phòng khám thường kỳ. Bất cứ lần nhỡ khám nào sẽ dẫn đến việc tôi không được nhận thuốc cho đến tận lần hẹn khám tiếp theo.

Tôi đồng ý là thuốc tôi nhận thuộc trách nhiệm của tôi và tôi sẽ để thuốc ở nơi an toàn và đảm bảo. Tôi đồng ý là thuốc bị mất sẽ không được bù dù lý do bị mất thuốc là thế nào đi nữa.

Tôi đồng ý là không nhận thuốc từ bất kỳ bác sĩ, dược sĩ /nhà thuốc hay các nguồn khác mà không thông báo cho bác sĩ điều trị mình. Tôi hiểu là dùng lẫn buprenorphine với các thuốc khác, đặc biệt benzodiazepines như valium hay các thuốc dễ bị lạm dụng khác có thể gây nguy hiểm. Tôi cũng hiểu rằng đã có báo cáo nhiều người tử vong trong số những cá nhân dùng lẫn buprenorphine với benzodiazepines.

Tôi đồng ý dùng thuốc như bác sĩ hướng dẫn và không thay đổi cách dùng thuốc của tôi trước khi hỏi ý kiến bác sĩ.

Tôi hiểu rằng chỉ có thuốc không thôi là chưa đủ điều trị cho bệnh của tôi, và tôi đồng ý tham gia các chương trình giáo dục bệnh nhân và chương trình dự phòng tái nghiện được tổ chức để giúp tôi điều trị.

Tên

Chữ ký

Ngày

Phụ lục I

Từ vựng

21 C.F.R. Phần 291

Bộ luật các Quy định Liên bang (C.F.R.) cùng với các văn bản khác đặt ra tiêu chuẩn cho điều trị chất gây nghiện và sử dụng methadone.

42 C.F.R. Phần 2

Quy định Liên bang liên quan đến tính bảo mật của các hồ sơ bệnh án của bệnh nhân lạm dụng rượu và chất gây nghiện.

42 C.F.R. Phần 8

Quy định Liên bang liên quan đến cấp phát thuốc thông qua các chương trình điều trị CDTP.

Nghiện

Một hội chứng về *hành vi* với đặc điểm tìm kiếm hay sử dụng lặp lại hay cố ý một chất gây nghiện mặc dù có những hậu quả không mong muốn về mặt xã hội, tâm lý, và/hoặc thể chất. Nghiện thường (nhưng phải luôn luôn) kèm theo sự lệ thuộc về thể chất, một hội chứng cai, và dung nạp.

Nghiện Rượu

Một hình thái bắt buộc phải sử dụng rượu trong đó các cá nhân dành phần lớn thời gian để tìm kiếm và tiêu thụ rượu bia mặc dù đã trải nghiệm những hậu quả không mong muốn về tâm lý và thể chất, ví dụ, trầm cảm, hoa mắt chóng mặt, bệnh gan, hoặc các hậu quả khác. (Theo *Diagnostic và Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed., *Text Revision [DSM-IV-TR]*.)

Thuốc đối vận

Chất có xu hướng triệt tiêu tác dụng của một chất khác (ví dụ, một thuốc gắn vào một thụ thể mà không gây nên một đáp ứng).

AUDIT

Test Xác định Rối loạn do sử dụng Rượu (Alcohol Use Disorders Identification Test). Một công cụ sàng lọc để xác định những rối loạn do sử dụng rượu.

Tâm sinh xã hội

Kết hợp những quan tâm hay tác động về sinh học, tâm lý và xã hội.

Buprenex® (Generic: Buprenorphine) Dạng bào chế tiêm của thuốc đồng vận một phần gốc dạng thuốc phiện buprenorphine thuộc Danh mục III. Đã được phê duyệt để sử dụng là thuốc giảm đau. Không được phê duyệt để sử dụng trong điều trị nghiện CDTP.

Buprenorphine

Là một thuốc đồng vận bán phần gốc dạng thuốc phiện và tổng hợp từ dẫn xuất của thebaine. Hai dạng bào chế dùng dưới lưỡi của Buprenorphine, có trong Danh mục III là Subutex® (Buprenorphine) và Suboxone® (Buprenorphine/naloxone), đã được FDA phê chuẩn vào tháng 10/2000 để sử dụng cho điều trị nghiện CDTP. Buprenex® là dạng tiêm của Buprenorphine, trước kia có ở Hoa Kỳ và được phê duyệt để sử dụng là thuốc giảm đau dùng ngoài đường ruột.

Buprenorphine/naloxone

Thuốc phối kết hợp; xem định nghĩa riêng và biệt dược Suboxone®.

CAGE-AID

Bộ câu hỏi **CAGE** được sửa cho phù hợp với ngữ cảnh dùng cho thuốc/chất gây nghiện.

Bộ câu hỏi CAGE

Một công cụ sàng lọc để xác định những rối loạn do sử dụng rượu (các câu hỏi dùng các từ bắt đầu với các chữ cái lần lượt là **C, A, G, và E**).

Luật sức khỏe trẻ em năm 2000 (P.L. 106-310)

Pháp luật (Luật công) cho phép mở rộng nghiên cứu và dịch vụ cho nhiều vấn đề sức khỏe của trẻ em, ủy quyền lại cho SAMHSA giải quyết vấn đề lạm dụng nghiện chất của thanh niên và bạo lực liên quan, và làm việc

để cải thiện sức khỏe và an toàn của trẻ của dịch vụ chăm sóc trẻ em. Chương XXXV của Luật sức khỏe trẻ em là Luật Điều trị nghiện Ma túy năm 2000 (DATA 2000) cho phép các bác sĩ đủ tiêu chuẩn được điều trị nghiện CDTP trong các cơ sở lâm sàng ngoài các cơ sở của Chương trình Điều trị CDTP (OTP).

CINA

(Clinical Institute Narcotic Assessment Scale for Withdrawal). Một công cụ để phỏng vấn và quan sát nhằm đánh giá các dấu hiệu và triệu chứng cai CDTP.

COWS

(Clinical Opiate Withdrawal Scale). Một công cụ để phỏng vấn và quan sát nhằm đánh giá các dấu hiệu và triệu chứng cai CDTP.

DAST 10

(Drug Abuse Screening Test). Một công cụ là bộ câu hỏi để xác định những rối loạn do sử dụng rượu và chất gây nghiện.

DATA 2000

Xem Luật Điều trị nghiện Ma túy năm 2000.

Lệ thuộc

Một tình trạng thể hiện bằng một loạt đặc tính gồm các dấu hiệu và triệu chứng cai khi giảm, ngừng hoặc không có hợp chất hoạt động tại các thụ cảm thể (hội chứng cai).

Luật Điều trị nghiện Ma túy năm 2000 Chương XXXV của Luật sức khỏe trẻ em năm 2000. Luật Điều trị nghiện Ma túy năm 2000 (DATA 2000) tạo ra sự cho phép có thẩm quyền đối với các bác sĩ đủ tiêu chuẩn để kê đơn hoặc cấp phát thuốc được phê duyệt cụ thể có trong các Danh mục III, IV, và V cho điều trị nghiện CDTP tại các cơ sở lâm sàng ngoài các cơ sở của Chương trình Điều trị CDTP (OTP).

HIPAA

Health Insurance Portability and Accountability Act.
Luật Bảo hiểm Y tế

LAAM

Tương đối giống methadone, hợp chất tổng hợp levo-alpha-acetyl-methadol hay LAAM (biệt dược: ORLAMM®), có tác dụng kéo dài hơn (từ 48 đến 72 giờ) so với methadone, cho phép giảm tần suất sử dụng. Năm 1994, LAAM được phê chuẩn là thuốc điều trị nghiện ma túy ở Danh mục II. Cả methadone và LAAM có khả năng bị lạm dụng cao. Việc chấp nhận chúng làm thuốc điều trị nghiện là dựa vào tính năng thay thế được chất gây nghiện, tác dụng dài và cách thức dùng qua đường uống.

MAST

Michigan Alcohol Screening Test. Một bộ câu hỏi để xác định những rối loạn do sử dụng rượu.

MCV

Meancorpuscularvolume. Lượng hạt trung bình

Methadone

Một CDTP tổng hợp thuộc Danh mục II có tác dụng dược lý giống như morphine và ma túy; có tính gây nghiện tương tự. Đã được phê duyệt để sử dụng trong điều trị nghiện ma túy trong Chương trình Điều trị CDTP được Liên bang quản lý. Có thể dùng đường uống, tiêm bắp hoặc tiêm dưới da.

Đơn trị liệu

Phương pháp trị liệu dùng một thuốc hay một phương pháp.

Morphine

Chất alkaloid gây nghiện mạnh nhất của thuốc phiện. Có tác dụng giảm đau mạnh; nếu lạm dụng sẽ dẫn đến lệ thuộc.

Chất đồng vận tại thụ thể Mu

Một chất có ái lực với các thụ cảm thể mu của CDTP và kích thích hoạt động sinh lý của các thụ cảm thể này. Xem chất đồng vận toàn phần với CDTP.

Thụ thể mu CDTP

Một thụ cảm thể trên bề mặt của tế bào não làm trung hòa tính giảm đau, dung nạp, và gây nghiện của CDTP thông qua kích hoạt

do thuốc gây nên. Khi một chất đồng vận toàn phần hoặc bán phần với CDTP (ví dụ, Buprenorphine), gắn vào một thụ thể mu CDTP thì có một loạt các protein khác kết hợp với thụ thể mu – cho biết là chúng đã được kích hoạt. Các thụ cảm thể CDTP khác là thụ cảm thể delta và kappa.

Naloxone

Biệt dược: Narcan®. Một thuốc đối vận CDTP tương tự như naltrexone, có tác dụng ức chế thụ cảm thể CDTP ở não bộ và như thế sẽ ức chế các tác dụng của thuốc chủ vận toàn phần (ví dụ, ma túy, morphine) và thuốc đồng vận bán phần (ví dụ, Buprenorphine).

Naltrexone

Naltrexone, một thuốc đối kháng chất dạng thuốc phiện, có tác dụng ức chế thụ thể CDTP ở não bộ và như thế sẽ ức chế các tác dụng của thuốc đồng vận toàn phần (ví dụ, heroin, morphine) và thuốc đồng vận bán phần (ví dụ, Buprenorphine).

NATA

Narcotic Addict Treatment Act. Luật điều trị Nghiện ma túy

Tắc mạch do kim

Cục máu đông do sử dụng kim tiêm gây ra. Nếu không được lấy đi thì cục máu đó có thể gây tử vong.

Nonopioid

Thuốc hay hợp chất không liên quan đến thuốc phiện tự nhiên hay tổng hợp hay các alkaloid có liên quan.

OAT

Opioid Agonist Treatment. Điều trị nghiện bằng thuốc đồng vận CDTP

Opioids

Chất được dẫn xuất tự nhiên từ hoa của cây anh túc (ví dụ, morphine và ma túy) và những thuốc được sản xuất tổng hợp trong phòng thí nghiệm (ví dụ, methadone và oxycodone)-gọi chung là CDTP.

Được dùng mang tính liệu pháp để điều trị đau nhưng cũng tạo ra cảm giác lâng lâng – “phê” ma túy. Nếu dùng không đúng cách lặp đi lặp lại và lạm dụng CDTP thường dẫn đến lệ thuộc và nghiện.

Thuốc đồng vận CDTP toàn phần

Các thuốc có ái lực và kích thích hoạt động sinh lý tại các thụ cảm thể tế bào CDTP (muy, kappa, và delta) thông thường được kích thích bởi các CDTP nguồn gốc tự nhiên. Dùng nhiều lần thường dẫn đến lệ thuộc và nghiện.

Thuốc đồng vận CDTP bán phần

Các thuốc vừa có thể kích thích vừa ức chế các thụ cảm thể CDTP, tùy thuộc vào tình huống lâm sàng. Thuốc đồng vận bán phần có các đặc tính của cả thuốc đồng vận và thuốc đối vận. Đặc tính đồng vận muy của thuốc đồng vận bán phần đạt mức tối đa với một liều nhất định và không tiếp tục tăng với khi liều thuốc đồng vận bán phần gia tăng. Điều này được gọi bằng thuật ngữ tác dụng trần – nó làm hạn chế khả năng lạm dụng và không gây ra các tác dụng phụ của thuốc đồng vận bán phần CDTP. Thuốc Buprenorphine trong Danh mục III là một thuốc đồng vận bán phần CDTP.

Ngoại tiêu hóa

Không qua đường tiêu hóa; ví dụ, được dùng qua đường tiêm bắp hay tiêm tĩnh mạch

Dược lực học

Nghiên cứu về tác dụng hóa sinh và sinh lý của thuốc và các cơ chế về hoạt động của chúng, bao gồm tương quan của các hoạt động này và tác dụng với cấu trúc hóa học của thuốc.

Dược động học

Nghiên cứu về hoạt động của thuốc trong cơ thể trong một thời gian bao gồm quá trình hấp thu, phân bố, khu trú ở mô, chuyển đổi sinh học và bài tiết.

Liệu pháp được

Điều trị bệnh bằng cách sử dụng thuốc.

Lạm dụng nhiều nghiện chất

Sử dụng đồng thời hoặc lạm dụng nhiều nghiện chất (ví dụ, uống rượu cũng như

hút thuốc lá, hít cocaine, hít vào hơi keo).

Tâm lý xã hội

Kết hợp các mặt tâm lý và xã hội.

SMASST

(Short Michigan Alcohol Screening Test). Phiên bản rút ngắn, tự điền của công cụ MAST sàng lọc rối loạn do sử dụng rượu.

SOWS

(Subjective Opioid Withdrawal Scale). Thang điểm tự điền để xếp hạng các triệu chứng cai CDTP.

Dùng dưới lưỡi

Dưới lưỡi.

Suboxone®

Biệt dược cho dạng bào chế dùng dưới lưỡi của Buprenorphine có trong Danh mục III được kết hợp với naloxone. Được FDA phê chuẩn tháng 10/2000 để sử dụng trong điều trị nghiện CDTP. Naloxone được bổ sung cho dạng bào chế này nhằm giảm khả năng lạm dụng của thuốc này qua đường ngoại tiêu hóa.

Subutex®

Biệt dược cho dạng bào chế dùng dưới lưỡi của Buprenorphine có trong Danh mục III. Được FDA phê chuẩn tháng 10/2000 để sử dụng trong điều trị nghiện CDTP.

Bệnh u hạt tan

Tạo thành u hạt (nốt nhỏ) là một đáp ứng viêm nhiễm mãn tính trong phổi hoặc các cơ quan nội tạng khác, trong trường hợp này đối với dạng tan hay bột mịn khác. Bệnh u hạt tan có thể xuất hiện với người sử dụng chất gây nghiện vì nhiều thuốc để tiêm chích đã bị lẫn tạp chất với một chất trợ (ví dụ bột tan) để giảm hoặc làm loãng lượng ma túy.

Phụ lục J

Thành viên đánh giá tại thực địa

Emizie Abbott, CC DCIII

Executive Director
Cleveland Treatment Center, Inc.
Cleveland, Ohio

Patrick Abbott, M.D.

Center on Religion, Substance Abuse và
Addiction
Albuquerque, New Mexico

Cynthia E. Aiken, M.S., LPA

Executive Director
Narcotic Drug Treatment Center, Inc.
Anchorage, Alaska

Doug Allen, M.S.W.

Administrator
Planning Policy và Legislative Relations
Division of Religion và Substance Abuse
Department of Social & Health Services State
of Washington
Olympia, Washington

Leslie Amass, Ph.D.

Principal Investigator
Friends Research Institute, Inc. Los
Angeles, California

Robert E. Vaerson

Director, Research và Program Applications
National Association of State Religion và Drug
Abuse Directors
Washington, District of Columbia

Gerard Armstrong

Deputy Director
Managed Care/Health và Revenue Services
Office of Religion và Substance Abuse
Services
State of New York
New York, New York

Judith A. Arroyo, Ph.D.

Coordinator
Project COMBINE
Center on Religion, Substance Abuse và
Addictions
University of New Mexico
Albuquerque, New Mexico

Chace L. Baker, MAC, ACSW

Director, Clinical Issues
The National Association of Religion và
Drug Abuse Counselors
Arlington, Virginia

Doug Baker

Head, Adult Services Branch
Substance Abuse Services Section
Division of Mental Health, Developmental
Disabilities và Substance Abuse Services State
of North Carolina
Raleigh, North Carolina

Roxanne Baker

Director of Nor-Cal NAMA
Northern California National Alliance of
Methadone Advocates
Santa Cruz, California

Steve Batki, M.D.

Professor và Director of Research
Department of Psychiatry
Upstate Medical University
Syracuse, New York

Ann Belk

Program Analyst
Office of Diversion Control
Drug Enforcement Administration
Washington, District of Columbia

Mark Beresky
Secretary/Treasurer
The Vermont Harm Reduction Coalition
Co-Director, The New England Chapter of the
National Alliance of Methadone Advocates
Putney, Vermont

Bruce J. Berg, M.D.
Vice President Medical Services
Magellan Behavioral Health
Bryn Mawr, Pennsylvania

Robert Bick, M.A., SAC
Director
Champlain Drug and Recovery Services
Howard Center for Human Services
Burlington, Vermont

George Bigelow, Ph.D.
Professor
College on Problems of Drug Dependence
Behavioral Pharmacology Research Unit
Behavioral Biology Research Center
Johns Hopkins Bayview Campus
Baltimore, Maryland

Anton C. Bizzell, M.D.
Medical Officer
Division of Pharmacologic Therapies
Center for Substance Abuse Treatment Substance
Abuse and Mental Health Services
Administration
Rockville, Maryland

Jack Blaine, M.D.
Chief of Medications Research Grants Unit
National Institute on Drug Abuse
National Institutes of Health
Bethesda, Maryland

Linda Brady, Ph.D.
Acting Chief of Molecular and Cellular
Neuroscience Research Branch
National Institute of Mental Health
National Institutes of Health
Bethesda, Maryland

Judy Braslow
Deputy Director for Policy
Substance Abuse and Mental Health Services
Administration
Rockville, Maryland

Michael F. Brooks, D.O.
Medical Director
Saline Community Hospital
Greenbrook Recovery Center
Saline, Michigan

Lawrence Brown, M.D., M.P.H.
Senior Vice President
Division of Medical Services Evaluation and
Research
Addiction Research Corporation
Brooklyn, New York

Vàrew Byrne, M.D., B.S.
Dependency Specialist, Medical Practitioner
Redfern, New South Wales
Australia

Jim Callahan, Ph.D.
Executive Vice President/Chief Executive Officer
American Society of Addiction Medicine Chevy
Chase, Maryland

James C. Carleton, M.S.
Director, Narcotic Treatment Programs
CODA Treatment Center, Inc.
Providence, Rhode Island

Louis C. AtalDie, M.D.
Medical Director
Office for Addictive Disorders Department of
Health and Hospitals State of Louisiana
Baton Rouge, Louisiana

Susanne C. Aviness, Ph.D.
Captain, U.S. Public Health Service Division of
State and Community Assistance
Center for Substance Abuse Treatment Substance
Abuse and Mental Health Services
Administration
Rockville, Maryland

Richard Christensen, P.A., C.A.S.
Vice President and Director of Medical Services
Community Medical Services
Phoenix, Arizona

Darrell Christian, Ph.D.

Clinical Psychologist
New Leaf Treatment Center
Concord, California

Barbara Cimaglio

Administrator
Office of Recovery Drug Abuse Programs
Department of Human Services
State of Oregon
Salem, Oregon

**H. Westley Clark, M.D., J.D., M.P.H., C
AS, FASAM**

Director
Center for Substance Abuse Treatment Substance
Abuse and Mental Health Services
Administration
Rockville, Maryland

Denise Clayborn, Ph.D.

Human Services Adult and Opioid
Replacement Consultant
Office of Substance Abuse Services
Department of Mental Health, Mental
Retardation and Substance Abuse Services
Commonwealth of Virginia
Richmond, Virginia

Edward J. Cone, Ph.D.

Chief Executive Officer
Conechem Research
Severna Park, Maryland

Michael Conroy, M.A.

Director
Division of Recovery Drug Abuse
Department of Mental Health
State of Missouri
Jefferson City, Missouri

Michael J. Crookston, M.D.

Psychiatrist, Chemical Dependency Services
LDS Hospital
Salt Lake City, Utah

Denise Curry

Chief of Liaison Unit
Office of Diversion Control
Drug Enforcement Administration
Washington, District of Columbia

Joy Davidoff

Coordinator of Addiction Medicine
Office of Recovery and Substance Abuse Services
State of New York
Albany, New York

Peter A. DeMaria, Jr., M.D., FASAM

Associate Professor of Psychiatry and Human
Behavior
Jefferson Medical College
Thomas Jefferson University
Philadelphia, Pennsylvania

Doug DeShong

Senior Product Manager, Suboxone Schering
Kenilworth, Texas

Pamela Detrick, Ph.D., ARNPC

Assistant Professor School
of Nursing University of
Miami Miami, Florida

Herman I. Diesenhaus, Ph.D.

Buprenorphine Workgroup Coordinator Office of
Evaluation, Scientific Analysis
and Synthesis
Center for Substance Abuse Treatment Substance
Abuse and Mental Health Services
Administration
Rockville, Maryland

Alice Diorio

President
The Vermont Harm Reduction Coalition
Co-Director, The New England Chapter of the
National Alliance of Methadone Advocates
Putney, Vermont

Martin C. Doot, M.D.

Chief
Division of Addiction Medicine
Addiction Medicine/Family Practice
Lutheran General Hospital Advocate Des
Plaines, Illinois

Alfonzo Dorsey
Director of Quality Control
Substance Abuse Treatment và Recovery
Department of Social và Rehabilitative
Services
State of Kansas
Topeka, Kansas

Karen Downey, Ph.D.
Assistant Professor
Research Division on Substance Abuse
Department of Psychiatry và Behavioral
Neurosciences Wayne
State University
Detroit, Michigan

Michael Duffy, R.N., C D
Acting Assistant Secretary
Office of Rượu và Drug Abuse Department
of Health và Hospitals State of Louisiana
Baton Rouge, Louisiana

Joel Egerston
Special Assistant to the Director
National Institute on Drug Abuse
National Institutes of Health
Bethesda, Maryland

John P. Epling, M.D.
2303 Line Avenue
Shreveport, Louisiana

Virginia H. Ervin, B.S.N., C ARN, CO HN
Utilization Review Case Manager
Department of Rượu và Other Drug Abuse
Services
State of South Carolina
Columbia, South Carolina

Garland S. Ferguson
Director, Division of Treatment Services
Bureau of Rượu và Drug Abuse
Prevention
Department of Health State
of Arkansas
Freeway Medical Center
Little Rock, Arkansas

Michael Fingerhood, M.D. Associate
Professor of Medicine
Center for Chemical Dependence
Johns Hopkins Bayview Medical Center
Baltimore, Maryland

Gary Fisher, Ph.D.
Director và Professor
Center for the Application of Substance Abuse
Technologies
University of Nevada, Reno
Reno, Nevada

Luceille Fleming
Director
Department of Rượu và Drug Addiction Services
State of Ohio
Columbus, Ohio

Paul Fudala, Ph.D.
Clinical Toxicologist Philadelphia
VA Medical Center
Philadelphia, Pennsylvania

Robert Fuller, M.D.
Director
Division of Clinical & Preventative Research
National Institute on Rượu Abuse và
Rượuism
National Institutes of Health
Rockville, Maryland

George R. Gilbert, J.D.
Director, Office of Policy Coordination và
Planning
Center for Substance Abuse Treatment Substance
Abuse và Mental Health Services
Administration
Rockville, Maryland

Daniel J. Glatt, M.D., M.P.H.
Fellow, Substance Abuse
San Francisco VA Medical Center San
Francisco, California

William Glatt, M.D.
Primary Care Physician
Internal Medicine và Addiction Medicine South
San Francisco, California

Angel A. González, M.D.
Senior Surgeon, U.S. Public Health Service
Division of Pharmacologic Therapies
Center for Substance Abuse Treatment
Substance Abuse và Mental Health Services
Administration
Rockville, Maryland

Marc Gourevitch, M.D.
Medical Director
Division of Substance Abuse
Albert Einstein College of Medicine
Yeshiva University
Bronx, New York

Prakash L. Grover, Ph.D., M.P.H.
Senior Science Advisor
Center for Substance Abuse Treatment
Substance Abuse và Mental Health Services
Administration
Rockville, Maryland

Jack Gustafson
Executive Director
National Association of State Rượu và Drug
Abuse Directors
Washington, District of Columbia

Susan W. Haikalis, LC SW
Director
HIV Services và Treatment Support San
Francisco AIDS Foundation
San Francisco, California

William F. Haning III, M.D., FASAM
Associate Dean
John A. Burns School of Medicine
University of Hawaii
Honolulu, Hawaii

Michael Harle
President/Executive Director
Gaudenzia, Inc.
Norristown, Pennsylvania

Dana Harlow, LISW, CC DCIII-E
Manager
Department of Rượu và Drug Addiction Services
State of Ohio
Columbus, Ohio

Reva Harris, M.B.A., B.S.
Fellow
Office of Congressman Charles Rangel
Washington, District of Columbia

John Harsany, Jr., M.D.
Medical Director
Riverside County Substance Abuse Program
Hemet, California

Dory Hector
State Methadone Authority
Division of Substance Abuse Services Department
of Mental Health và Mental
Retardation State
of Alabama
Montgomery, Alabama

Renata J. Henry
Director
Division of Rượuism, Drug Abuse, và
Mental Health
Department of Health và Social Services State of
Delaware
New Castle, Delaware

James Herrera, M.A., NCC, LPCC
Senior Counselor
Center on Rượuism, Substance Abuse,
và Addictions
University of New Mexico
Albuquerque, New Mexico

Edward J. Higgins, M.A.
Executive Director
Jersey Shore Addiction Services, Inc. Asbury
Park, New Jersey

John Hopper, M.D.
Medical Director
UPCOpiate Dependence Treatment
Detroit, Michigan

Elizabeth F. Howell, M.D.
Senior Medical Editor
Atlanta, Georgia

Ronald J. Hunsicker, D.Min., FAC ATA
President/Chief Executive Officer
National Association of Addiction Treatment
Providers
Lititz, Pennsylvania

Ray Hylton, M.S.N., R.N.
Division of Pharmacologic Therapies
Center for Substance Abuse Treatment
Substance Abuse và Mental Health Services
Administration
Rockville, Maryland

Jerome Jaffe, M.D.
Clinical Professor of Psychiatry
University of Maryland
Towson, Maryland

Donald R. Jasinski, M.D.
Chief
Center for Chemical Dependence Johns
Hopkins Bayview Medical Center
Baltimore, Maryland

Kimberly Johnson
Director
Office of Substance Abuse
State of Maine
Augusta, Maine

Rolley E. Johnson, Pharm.D.
Associate Professor
Department of Psychiatry và Behavioral Sciences
Behavioral Pharmacology Research Unit
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland

Linda R. Wolf Jones, D.S.W.
Executive Director
Therapeutic Communities of America
Washington, District of Columbia

Herman Joseph, Ph.D.
Research Scientist
Office of Ruqism và Substance Abuse Services
State of New York
New York, New York

George Kanuck
Public Health Analyst
Center for Substance Abuse Treatment Substance
Abuse và Mental Health Services
Administration
Rockville, Maryland

Janice F. Kauffman, M.P.H., R.N., C AS
Director, Substance Abuse Treatment Services North
Charles, Inc.
Director, Addiction Psychiatry Service
Brigham và Women's Hospital Assistant
Professor of Psychiatry Harvard Medical
School
Somerville, Massachusetts

Chris Kelly
President, DC-Chuong
Advocates for Recovery Through Medicine
Washington, District of Columbia

Maureen Kerrigan, J.D.
Policy và Legislative Analyst
Center for Substance Abuse Treatment Substance
Abuse và Mental Health Services
Administration
Amesbury, Massachusetts

Steven Kipnis, M.D., FAC P
Medical Director
Blaisdell Addiction Treatment Center
Orangeburg, New York

Monika Koch, M.D.
Addiction Psychiatrist
Friends Research Associates
Berkeley, California

Thomas R. Kosten, M.D.
Professor
Department of Psychiatry
Yale University
American Academy of Addiction Psychiatry VA
Connecticut Healthcare System
West Haven, Connecticut

Ottis L. Layne, M.D.
Medical Director
Emergency Department
Hill County Memorial Hospital
Fredericksburg, Texas

Ira Lubell, M.D., M.P.M.
Medical Director
Santa Clara Valley Medical Center San
Jose, California

Robert Lubran, M.S., M.P.A.

Director
Division of Pharmacologic Therapies
Center for Substance Abuse Treatment
Substance Abuse và Mental Health Services
Administration
Rockville, Maryland

James W. Luckey, Ph.D.

Associate Director
Substance Abuse Research Group Westat
Rockville, Maryland

Stephen Magura, Ph.D., C SW

Director
Institute for Treatment và Services Research
National Development và Research Institutes New
York, New York

Kathleen Masis, M.D.

Medical Officer for Chemical Dependency Office of
Health Care
Billings Area Indian Health Service
U.S. Department of Health và
Human Services
Billings, Montana

Stephen S. Mason

Director
Office of Behavioral Health Services Division
of Recovery và Drug Abuse
Department of Health và Human Resources
State of West Virginia
Charleston, West Virginia

Mary Mayhew

Congressional Division
National Institute on Drug Abuse
National Institutes of Health
Bethesda, Maryland

Philip S. McCullough

Director
Bureau of Substance Abuse Services
Division of Supportive Living
Department of Health và Family Services State
of Wisconsin
Madison, Wisconsin

John J. McGovern, C SW

Director
Clinical Services
HELP/Project Samaritan, Inc. Bronx,
New York

Kathleen McGowan, J.D.

Legislative Assistant
Office of Senator Moynihan
Washington, District of Columbia

Paul McLaughlin

Executive Director
Hartford Dispensary
Hartford, Connecticut

John Mendelson, M.D.

Associate Clinical Professor Psychiatry và
Medicine
Drug Dependence Research Center University of
California at San Francisco San
Francisco, California

Robert Miller, M.A.

Operations Manager
Office of Recovery và Drug Abuse Programs Department
of Human Services
State of Oregon
Salem, Oregon

Sharon Morello, R.N., B.S.N.

Nursing Care Evaluator Division
of Substance Abuse
Department of Mental Health, Retardation và
Hospitals
State of Rhode Island
Cranston, Rhode Island

Don Myers

Treatment Field Manager/State Methadone
Authority
Recovery và Drug Abuse Division
Department of Human Services State
of Colorado
Denver, Colorado

David K. Nace, M.D.

Senior Vice President
United Behavioral Health
Philadelphia, Pennsylvania

Madeline A. Naegle, Ph.D., R.N., C.S., FAAN

Associate Professor
Division of Nursing
School of Education
New York University
New York, New York

Susan F. Neshin, M.D.

Medical Director
Jersey Shore Addiction Service, Inc.
Asbury Park, New Jersey

Thomas Nicholson, Ph.D., M.P.H., M.A. Ed.

Professor
Department of Public Health
Western Kentucky University
Bowling Green, Kentucky

Edward V. Nunes, M.D.

Research Psychiatrist và Assistant Professor of
Clinical Psychiatry
New York State Psychiatric Institute New
York, New York

David Ockert, D.S.W.

Executive Director
Parallax Center
New York, New York

Kerry O'Neil

Chief of Treatment Services Division
of Substance Abuse
Department of Mental Health, Retardation và
Hospitals
State of Rhode Island
Cranston, Rhode Island

Patricia Isbell O'Rourke, M.D. James

A. Haley Veterans' Hospital
Tampa, Florida

Mark Parrino, M.P.A.

President
American Methadone Treatment Association New
York City, New York

David Pating, M.D.

Medical Director
Chemical Dependency Recovery Program
Kaiser San Francisco
San Francisco, California

J. Thomas Payte, M.D.

Medical Director
Drug Dependence Associates San
Antonio, Texas

Lillian Pickup

Administrator
Department of Ruqism và Substance Abuse
State of Illinois
Chicago, Illinois

Deborah Powers

State Methadone Authority
Bureau of Substance Abuse Services State
of Wisconsin
Madison, Wisconsin

Svài Record

Director
Treatment, Prevention và Program Department
Office for Addiction Disorder, Ruq và Drug
Abuse
State of Louisiana Baton
Rouge, Louisiana

Nicholas Reuter, M.P.H.

Division of Pharmacologic Therapies
Center for Substance Abuse Treatment
Substance Abuse và Mental Health Services
Administration
Rockville, Maryland

Michael Rizzi

Deputy Director
CODACTreatment Centers
Cranston, Rhode Island

Diedre Roach, M.D.

Administrator
Ruq Prevention và Recovery Administration
District of Columbia Department of Health
Washington, District of Columbia

Barbara T. Roberts, Ph.D.

Policy Analyst
White House Office of National Drug Control
Policy
Washington, District of Columbia

June Ross, B.S., IC ADC

Executive Director 12
12, Inc.
Tulsa, Oklahoma

Pedro Ruiz, M.D.

Mental Sciences Institute
University of Texas
Houston, Texas

Richard Saitz, M.D., M.P.H.

Associate Professor of Medicine
Clinical Addiction Research và Education
(CARE) Unit
Section of General Internal Medicine
Boston Medical Center và Boston University
School of Medicine
Boston, Massachusetts

Jeff Samet, M.D., M.A., M.P.H.

Associate Professor
Boston University School of Medicine
Boston, Massachusetts

Sidney Schnoll, M.D., Ph.D.

Professor và Chairman
Addiction Medicine
Medical College of Virginia
Virginia Commonwealth University
Richmond, Virginia

Mary Schumacher

Director
Behavioral Health Services Division
Department of Health
State of New Mexico
Santa Fe, New Mexico

Ian A. Shaffer, M.D.

Principal
Ian A. Shaffer & Associates, L.L.C.
Reston, Virginia

Steve Shoptow, Ph.D.

Integrated Substance Abuse Programs
University of California at Los Angeles
Los Angeles, California

Larry Siegel, M.D.

Senior Deputy Director
Administrator
Addiction Prevention và Recovery Administration
District of Columbia Department of Health
Washington, District of Columbia

Cynthia L. Spencer, D.O.

Medical Director
Substance Abuse Services
Lansing, Michigan

George Stavros, M.D.

Medical Director
Community Medical Services
Phoenix, Arizona

Richard T. Suchinsky, M.D.

Associate Chief for Addictive Disorders Mental
Health và Behavioral Sciences
Service
U.S. Department of Veteran Affairs
Washington, District of Columbia

Kenneth Sunamoto, M.D.

Medical Director
Drug Addiction Services of Hawaii, Inc.
Honolulu, Hawaii

Karen Tannert, R.Ph.

Chief Pharmacist
Drugs và Medical Devices Division
Department of Health State
of Texas
Austin, Texas

Tony Tommasello, Ph.D.

Department of Pharmacy Practice và
Science
University of Maryland School of Pharmacy
Baltimore, Maryland

Alan Trachtenberg, M.D.

Medical Director
Division of Pharmacologic Therapies
Center for Substance Abuse Treatment
Substance Abuse và Mental Health Services
Administration
Rockville, Maryland

Donald Weinbaum

Coordinator
Criminal Justice và Block Grant
Planning Unit
Division of Addiction Services
Department of Health
State of New Jersey
Trenton, New Jersey

Richard Weisskopf

Manager
Methadone Treatment Services
Office of Ruq̄ism và Substance Abuse
Department of Human Services
State of Illinois
Chicago, Illinois

Donald R. Wesson, M.D.

Consultant, CNS Medications Development
Oakland, California

Charles L. Whitfield, M.D.

Private Practice of Addiction Medicine
Atlanta, Georgia

C heryl Williams

Director
Division of Drug và Ruq̄ Program
Licensure
Department of Health
State of Pennsylvania
Harrisburg, Pennsylvania

Jaslene Williams

Assistant Director Division
of Mental Health
U.S. Virgin Islands
Christiansted, Virgin Islands

Janet Wood

Director
Ruq̄ và Drug Abuse Division
Department of Human Services
State of Colorado
Denver, Colorado

William Wood, M.D.

Chief Medical Officer
ValueOptions
Falls Church, Virginia

George E. Woody, M.D.

Professor
Department of Psychiatry
Treatment Research Institute
Philadelphia, Pennsylvania

Richard Yoast, Ph.D.

Director
Office of Ruq̄
American Medical Association
Chicago, Illinois

Leah Young

Public Affairs Specialist
Office of Communication và External Liaison
Center for Substance Abuse Treatment Substance
Abuse và Mental Health Services
Administration
Rockville, Maryland

Edward Zborower

Program Representative/State Methadone Authority
Bureau of Substance Abuse và General
Mental Health
Department of Health Services State
of Arizona
Phoenix, Arizona

Steve Zukin

Division of Treatment Research và
Development
National Institute on Drug Abuse
National Institutes of Health
Bethesda, Maryland

Bảng mục lục

Abbot Laboratories.....	8f
abstinence-based treatment	5
abuse of buprenorphine.....	16–18, 23–24
actionstowardschange	140
activationofreceptors(<i>see also</i> <i>mu</i> receptors)	14
addiction(<i>see also</i> <i>opioid</i> addiction).....	3
definition of	136, 149
symptoms of.....	30f
adolescents.....	71–73
adversereactionstobuprenorphine(<i>see also</i> contraindications to buprenorphine usage).....	43
affinityfor receptors.....	14, 15
agonists(<i>see also</i> <i>full</i> agonists; <i>partial</i> agonists).....	5, 11–12
adrenergic	6
buprenorphinehavingpropertiesof.....	7
buprenorphineusedwith	20
definitionof	136
opioidagonisttreatment(OAT).....	58, 61, 62f
tolerancedevelopmenttowards	12
alcohol	19
definitionofalcoholism	149
evaluatinglevelsinblood	33
interactionswithbuprenorphine	47
patientassessment	42
screeninginstrumentsforabuseof	26
AlcoholUseDisordersIdentificationTest(AUDIT)	26, 105–106, 149
adrenergicagonists	6
ambivalencetowardsdrugaddiction.....	145
AmericanSocietyofAddictionMedicine(ASAM).....	80
AmericanSocietyofAddictionMedicinePatientPlacement Criteria(ASAM PPC)	27
analgesia(<i>see also</i> <i>pain</i> management).....	75

antagonists.....	11	Children's Health Act (2000).....	
blocking receptors.....	12	2,150 CINA (Clinical Institute Narcotic	
buprenorphine working as.....	7	Assessment Scale for Withdrawal).....	26, 110
combination with buprenorphine		assessment of withdrawal.....	31
warned against.....	19–20	definition of.....	150
conceptual representation of		CIWA-Ar (Clinical Institute for	
opioid effect.....	13f	Withdrawal Assessment).....	113
definition of.....	136, 149	Clinical Laboratory Improvement Amendments	
precipitating withdrawal.....	13–14	(CLIA) (1988).....	35
as treatment modality.....	5–6	clonidine.....	6
antisocial personality disorder.....	74	comorbid medical conditions (<i>see also</i>	
approved Schedule II–V opioids.....	136	contraindications to buprenorphine	
assessment of patients (<i>see also</i> patient assessment)		usage).....	37, 38f–40f, 67–68
.....	25–47	comorbid psychiatric disorders.....	73–74
AUDIT (Alcohol Use Disorders		complications using	
Identification Test).....	26, 105–106, 149	buprenorphine. (<i>See</i> contraindications	
		to	
		buprenorphine usage.)	
baseline laboratory evaluation.....		confidentiality of physicians.....	83–84
34 benzodiazepines.....	19, 42	consent to release of information form.....	119
detection tests for.....	129	contemplation of change.....	140
interactions with buprenorphine..	46–	contracts for treatment.....	64,
47 bioavailability for buprenorphine.....	15–16	147 contraindications to buprenorphine	
biopsychosocial.....	150	usage (<i>See also</i> comorbid medical conditions)	
blood alcohol levels.....	33	45–47
breastfeeding.....	70	elevation in liver enzymes.....	18–19
Buprenex®.....	7	hypersensitivity.....	43
definition of.....	150	pregnancy (<i>see also</i> pregnancy).....	68–71
dosage for.....	8f	controlled environments, patients	
not approved by Food and Drug Administration (FDA).....	79	released from.....	77–78
buprenorphine		counseling.....	63
definition of.....	150	COWS (Clinical Opiate Withdrawal	
detection tests for.....	129	Scale).....	26, 111
dosage forms.....	8f	assessment of withdrawal.....	31
naloxone combination (<i>see also</i>		definition of.....	150
naloxone).....	150	criminal justice system.....	77–78
		cytochrome P450 3A4 enzyme.....	19
		drug interactions with	
		buprenorphine.....	
		20, 68 medications metabolized by.....	21f
		metabolizing buprenorphine.....	18
		protease inhibitors.....	45
CAGE-AID (CAGE Adapted to		DAST-10 (Drug Abuse Screening	
Include Drugs).....	26, 103, 150	Test).....	26, 101–102, 150
CAGE Questionnaire.....	26, 103, 150	DATA (2000). (<i>See</i>	
cancer, associated with opioid addiction....	38f	Drug Addiction Treatment Act [2000].)	
cardiovascular disease.....	12, 38f	DATOS. (<i>See</i>	
ceiling effect.....	12, 15	Drug Abuse Treatment Outcome Studies	
Center for Substance Abuse		[DATOS].)	
Treatment (CSAT).....	122, 132, 139	DAWN. (<i>See</i>	
Centers for Disease Control and		Drug Abuse Warning Network [DAWN].)	
Prevention (CDC).....	33–34		
central nervous system (CNS).....	19		
change readiness.....	128, 139–		
145 child abuse.....	72		

delta receptors	151	drug interactions.....	19–20,
Department of Health and Human Services (DHHS).....	80	43 buprenorphine with sedative-hypnotics	46–47
dependence, definition of (<i>see also</i> physical dependence)	150	cytochrome P450 3A4 enzyme	68
depression	73, 74	drug testing.....	34–36, 65, 128–129
detoxification (<i>see also</i> medically supervised withdrawal)	6	DSM. (<i>See Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> [American Psychiatric Association].)	
<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> (American Psychiatric Association)	36–37, 115–118, 134	dysthymia.....	73
dissociation from receptors.....	14, 15	education for prevention.....	63
dosage/dosage forms	14	elderly persons.....	73
adjustments made during stabilization phase.....	56	emergency departments at hospitals	4
buprenorphine	8f,	endocrine disorders	
17 drug interactions affecting	68	38 f England.....	16
increases in	15	enzyme multiplied immunoassay test (EMIT)	128
in induction phase of buprenorphine treatment.....	52, 53f, 55f, 56	family history.....	126
with opioid agonist treatment (OAT) ...	62 f over dosing with buprenorphine.....	FDA. (<i>See Food and Drug Administration</i> [FDA].)	
parenteral dosage	18	fluorescent polarization immunoassay (FPPIA) test	128
reduction phase of treatment	23	flunitrazepam	19
59, 61 Drug Abuse Screening Test (DAST-10)	26, 101–102, 150	Food and Drug Administration (FDA) approval of levo-alpha-acetyl-methadol (LAAM) drug	2
Drug Abuse Treatment Outcome Studies (DATOS).....	5	buprenorphine classified as Pregnancy Category C drug.....	69
Drug Abuse Warning Network (DAWN)	4	Clinical Laboratory Improvement Amendments (CLIA) (1988)	35
Drug Addiction Treatment Act (2000).....	2, 79–85	Suboxone® and Subutex® approved by.....	79
buprenorphine usage	84–85	42 C.F.R. Part 2 and 8.....	149
confidentiality and privacy	83–84	FRAMES.....	122, 123f
definition of	150	France.....	7–8, 16
establishing treatment linkages.....	82	full agonists (<i>see also</i> agonists; partial agonists)	7, 11–12
policies and procedures for opioid addiction treatment		12 conceptual representation of opioid effect.....	13f
83 f qualifications for waiver of physicians.....	132, 133	definition of	152
training and experience for physicians	81–82	gas chromatography with mass spectrometry (GC/MS)	128
waiver for practicing opioid addiction therapy.....	63, 79–	gastrointestinal bioavailability for buprenorphine (<i>see also</i> bioavailability for buprenorphine).....	15
81 drug administration (<i>see also</i> dosage/dosage forms)	14	gastrointestinal disorders	
Drug Enforcement Administration (DEA).....	76, 80	39 f genetic heritage.....	3–4
Drug Registration Website	85	geriatric patients	73
physicians having registration number	132		

HAART. (See highly active antiretroviral therapies.)	
healthcare professionals as addicts	78
Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)	150
hematologic disorders	38 <i>f</i>
hepatic effects	18–19, 38 <i>f</i> , 46
hepatitis C	33–34, 68
heroin	
number of individuals addicted to	4
pregnancy, used during	68
as short-acting opioid	52
timeline for withdrawal syndrome	13
urine tests detecting	65
highly active antiretroviral therapies (HAART)	68
HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act)	150
history of opioid addiction treatment	1–3
history taking for patient assessment	27–29, 122–128
drug treatment history	124–125
drug use history	122–124
family history	126
function impairment	127–128
medical history	126–127
psychiatric history	125–126
sexual history	127
withdrawal symptoms	124
human immunodeficiency virus (HIV)	4
as contraindication for buprenorphine use	45–46
injection drug use	37
testing for	33
hydrocodone	4
as short-acting opioid	52
timeline for withdrawal syndrome	13
incarceration	77–78
India	16
induction phase of treatment (see also treatment of opioid addiction)	50–51, 51–56, 59–61
infectious diseases	33–34
associated with opioid addiction	37, 39 <i>f</i>
human immunodeficiency virus (HIV) (see also human immunodeficiency virus [HIV])	4
from injection drug use	67
informed consent	134–135
injection drug use	4
abuse of buprenorphine	23
human immunodeficiency virus (HIV)	37
increasing likelihood of infectious disease	67
instruments for screening patients	26, 101–108
interventions with FRAMES	122, 123 <i>f</i>
interviews of patients (see also history taking for patient assessment)	27–29
determining appropriateness of buprenorphine use	41–43
open-ended questions	28 <i>f</i>
quantifiable questions	29 <i>f</i>
intoxication by opioids	31 <i>f</i> , 124
intrinsic activity	14
Ireland	16
kappa receptors	151
LAAM. (See levo-alpha-acetyl-methadol [LAAM].)	
laboratory tests	33–36, 65, 128–129
laws and regulations for opioid addiction treatment	1–3, 149
Children's Health Act (2000)	2, 150
Clinical Laboratory Improvement Amendments (CLIA) (1988)	35
consent to release of information form	119
Drug Addiction Treatment Act (2000) (see also Drug Addiction Treatment Act [2000])	79–85
Methadone Regulations (1972)	1
for minors	72
Narcotic Addict Treatment Act (1974)	1–2, 79
state medical board policy guidelines	133
levo-alpha-acetyl-methadol (LAAM)	
approved by Food and Drug Administration (FDA)	2
buprenorphine used for discontinuation of	61
definition of	151
as long-acting opioid	50, 52, 54
number of individuals treated with	5
treatment compared to buprenorphine	21
withdrawal from	58

liver	18–19, 33	motivational enhancement therapy (MET)	121–122
long-acting opioids		mu agonist	151
52,54 long-period withdrawal (see also withdrawal/withdrawal syndrome) ...	22,58	multiple substance abuse (see also polysubstance abuse)	74
maintenance phase of treatment (see also treatment of opioid addiction)	58,	mu receptors	6
136 maintenance towards change	140–141	affinity, activation and dissociation	14, 15
manic behavior	74	buprenorphine displacing other opioids	7
MAST (Michigan Alcohol Screen Test)	26, 107, 151	definition of	151
medical boards, State	131–137	opioid interaction with	11
medical history of patient	126–127	musculoskeletal disorders	40f
medically supervised withdrawal (see also withdrawal/withdrawal syndrome)	6, 58–63	naloxone	
effectiveness of buprenorphine treatment	20–23	as antagonist	12
for short-acting opioids	59–61	buprenorphine combined with	8–9, 17, 23
time frame for	22–23	combined with buprenorphine for induction treatment	50
medical records	135	as contraindication to Suboxone®	43
metabolism (see also cytochrome P4503A4 enzyme)	18	definition of	151
methadone		discontinuation of treatment with	61, 63
buprenorphine, treatment compared to	20–21	pregnant women cautioned against using	70
buprenorphine displacing at mu receptor	6	naltrexone	
buprenorphine used for discontinuation of	61	adolescents, treatment for	71
definition of	151	as antagonist	5–6, 12
detected by urine tests	65,	blocking opioid effects	22
129 introduction in 1960s	1	combination with buprenorphine warned against	20
as long-acting opioid	50, 52, 54 number of individuals treated with	definition of	151
.....	5	health care professionals using	78
for pain management	76	number of individuals treated with	5
pregnant women using	42, 68–	Narcan®	151
69, 71 psychiatric disorders, patients with	73–74	Narcotic Addict Treatment Act (1974)	1, 2, 79
timeline for withdrawal syndrome	13	Narcotics Anonymous (NA)	5, 63
withdrawal from	58	Narcotic Withdrawal Scale	26, 109
Methadone Regulations (1972)	1	NAS (neonatal abstinence syndrome)	69–
moderate-period withdrawal (see also withdrawal/withdrawal syndrome)	22	70 National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information (NCADI)	5
monotherapy	151	National Institute on Drug Abuse (NIDA)	7, 50
morphine		National Institutes of Health (NIH)	34
buprenorphine displacing at mu receptor	6	NCADI. (See National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information [NCAD I].)	
buprenorphine more potent than	15	needle embolization	151
definition of	151	neonatal abstinence syndrome (NAS)	69–70
detected by urine tests	129		

neonates (<i>see also</i> pregnancy)....	68–71
neurologic disorders.....	39 <i>f</i>
New Zealand.	16
nonopioid drug	151
norbuprenorphine.....	18,
69Notification of Intent for physicians..	80
nutritional disorders	39 <i>f</i>
OAT (opioid agonist treatment)	52, 58, 61, 62 <i>f</i>
Office of National Drug Control Policy (ONDCP) ..	4
opioid addiction (<i>see also</i> injection drug use)	3
compared to pain management patients.....	
75 <i>f</i> DSM criteria for	115–118
opioid addiction treatment. (<i>See</i> treatment of opioid addiction.)	
opioid agonist treatment (OAT).....	52, 58, 61, 62 <i>f</i>
opioid dependence	136
opioid receptors (<i>see also</i> <i>mu</i> receptors)	11
opioids, definition.....	136, 151
opioid treatment program (OTP) (<i>see also</i> treatment of opioid addiction)	136
ORLAMM®	151
overdosing	18
assessing history of drug use	124
signs of	31 <i>f</i>
oxycodone	3
deaths related to	4
detection tests for	129
as short-acting opioid	52
timeline for withdrawal	13
pain management.....	20, 74–76
parental consent	72
parenteral dosage.....	23, 152
partial agonists (<i>see also</i> agonists; full agonists)	12
buprenorphine as	15
conceptual representation of opioid effect.....	13 <i>f</i>
definition of	136–137, 152
precipitating withdrawal	14
patient assessment.....	25–47, 121–129
contraindications to buprenorphine usage	45–47
controlled environments, patients released from.....	77–78
determining appropriateness of buprenorphine usage	41–47
diagnosis of opioid-related disorders	36–37
history taking for (<i>see also</i> history taking for patient assessment).....	27–29, 122–128
instruments for	101–113
interviews of patients (<i>see also</i> interviews of patients).....	27–29
laboratory tests	33–36, 128–129
medical conditions associated with opioid addiction.....	37, 38 <i>f</i> –40 <i>f</i>
mental status examination....	31, 32 <i>f</i> , 33
motivational enhancement therapy	121–122
physical examinations.....	29, 30 <i>f</i> , 31
questions for patients.....	41–43, 44 <i>f</i>
screening.....	25–26, 34–36, 101–108
signs of opioid intoxication/overdose.....	31 <i>f</i>
state medical board policy guidelines	133–134, 135
withdrawal/withdrawal syndrome (<i>see also</i> withdrawal/withdrawal syndrome)	109–113
patient management (<i>see also</i> special populations).....	63–66
adolescents/young adults	71–73
controlled environments, patients released from.....	77–78
privacy issues	83–84
perinatal effects (<i>see also</i> pregnancy)	19, 39 <i>f</i>
perioperative disorders.....	39 <i>f</i>
personality disorders	74
pharmacodynamics.....	152
pharmacokinetics	152
pharmacology.....	11–24
of buprenorphine	14–18
general opioid	11–14

- pharmacotherapy.....4, 5–9,
- 152physical dependence
 - abusepotentialof
 - buprenorphine 17–18, 23–24
 - buprenorphinenotproducing.....7
 - definitionof 3,137
 - inDSMdefinitionofsubstancedependence
 - 115
 - patientsnotexhibiting.....54
 - resultofrepeatedopioidusage.....12
- physical examinations.....29,30f,
- 31physicians
 - addiction treatmentproviders, attributesof
 - effective.....28f
 - adolescents, treating71–73
 - attitudeininterviews27
 - confidentialityand privacy....83–84,
 - 84fDATA2000waiverqualifications2
 - interventionswithFRAMES
 - ...122,123fmedical historyassessment,
 - includedin.....126
 - networkfortreatment.....82
 - patientmanagement63–64
 - patientsreleasedfromcontrolled
 - environments.....77–78
 - policiesandproceduresforopioidaddiction
 - treatment83f
 - referralstotherspecialists135
 - statemedicalboardpolicy
 - guidelines131–132
 - trainingandexperienceforopioidaddiction
 - treatment.....81–82
 - waiver for practicingopioidaddiction
 - therapy(*seealso* waiver
 - forpracticingopioid addiction
 - therapy).....79–81, 137
- polysubstance abuse.....74, 152
- posttraumaticstressdisorder.....74
- precipitatedwithdrawal(*see also*
 - withdrawal/withdrawal
 - syndrome)13–14, 19
- precontemplationofchange.....140
- pregnancy.....19
 - buprenorphine/haloxone
 - combinationwarned against.....23
 - ascontra indicationfor
 - buprenorphine usage.....46, 68–
 - 71disordersassociated withopioid
 - addiction39f
 - methadoneusage.....43
- preparationforchange140
- prison,patientsreleasedfrom.....77–78
- privacyfor patients83–84,
- 119proteaseinhibitors45
- psychiatric disorders.....73–74, 118, 125–126
- psychosocial issues.....4–5, 152
 - familyhistory126
 - motivational enhancement
 - therapy (MET).....121–122
 - aspartopatientevaluation....42, 77–
 - 78readinesstochange.....128
 - socialsupportaspartof
 - treatment63–64
- pulmonarydisorders.....
- 40fquestionsfor patients.....28,28f, 29f
- radio-immunoassay(RIA)test128
- readinesstochange.....128, 139–
- 145ReadinesstoChangeQuestionnaire.....145
- receptors(*seealso*µreceptors)11
- recidivism77
- ReckittBenckiser company7,8f
- recognitionofdrugaddiction.....145
- RecoveryAttitudeandTreatment
 - Evaluator(RAATE)145
- recoveryenvironment128
- referrals135
- regulationsfor
 - opioidaddiction.(*Seelawsandregula*
 - tionsforopioid addiction.*)
- relapses.....43, 61, 78
 - assessinghistoryofdruguse.....124
 - inDSMdefinitionofsubstancedependence
 -116
 - asstageofchange.....141
- remission.....116
- renal disorders40f
- respiratorydepression.....18
- riskfactorsforaddiction3–4
- safetywithbuprenorphine.....18–19
- SAMHSA. (*See*
 - SubstanceAbuseandMentalHealthS
 - ervicesAdministration
 - [SAMHSA].)
- ScheduleIII–Vopioids136
- Scotland16
- screeningpatients(*see also*
 - patientassessment).....25–26,34,101–
 - 108
- sedative-hypnotic drugs.....42, 46–
- 47seizures.....45

self-help programs	
assessing history of drug use	125
pain management patients	76
12-Step	
programs	5, 63
sexually transmitted diseases (STDs)	34, 67
short-acting opioids	52, 59–61
short-term withdrawal (<i>see also</i> withdrawal/withdrawal syndrome)	22–23
side effects of buprenorphine	18
Skinner Trauma History	103
sleep disorders	40f
SMAST (Short Michigan Alcohol Screening Test)	26
definition of	152
sample form	108
smoking/snorting heroin	4
SOWS (Subjective Opiate Withdrawal Scale)	26, 31
definition of	152
sample form	112
special populations	67–78
adolescents/young adults	71–73
comorbid medical conditions, patients with	37, 38f–40f, 67–
68 controlled environments, patients released from	77–78
geriatric patients	73
healthcare professionals who become addicted	78
patients treated for pain	74–76
pregnant women and neonates	68–71
psychiatric disorders, patients with	73–74
spontaneous withdrawal (<i>see also</i> withdrawal/withdrawal syndrome)	12–13
stabilization phase of treatment	56–58
Stages of Change Readiness and Tre- atment Eagerness Scale (SOCRATES)	43, 142–145
state medical boards	131–137
sublingual dosages	7
administration of	51
available as analgesic	8
bioavailability for buprenorphine from	15–16, 16f
definition of	152
Suboxone®	
approved by Food and Drug Administration (FDA)	2, 7, 79
breast feeding	70
contraindication to	43
definition of	152
dosage for	8f
substance abuse	137
Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)	2
buprenorphine usage	84–85
certified laboratories	36
Drug Abuse Warning Network (DAWN) (<i>s- ee also</i> Drug Abuse Warning Network [DAWN])	4
physicians notifying of intent to treat opioid addiction	80
physicians obtaining opioid treatment waiver from	63, 132, 133, 137
testing procedures for opioid usage	65
training programs for Drug Addiction Treatment Act (2000)	80
Website	2, 3
Subutex®	
abuse of	50
adverse reaction to	43
approved by Food and Drug Administration (FDA)	2, 7, 79
breast feeding	70
definition of	152
dosage for	8f
suicidal tendencies	74
support system	128
symptoms of addiction	30f
symptoms of withdrawal syndrome (<i>see also</i> withdrawal/withdrawal syndrome)	12, 32f
syphilis	34
talc granulomatosis	152
Temgesic®	7
Therapeutic Communities of America	5
tolerance	
assessing history of drug use	123
definition of	3, 137
in DSM definition of substance dependence	115
result of repeated opioid usage	12

toxicology screen (<i>see also</i> laboratory tests)	35, 65	TWEAK Questionnaire.....	104
trauma induced by opioid usage.....	40 <i>f</i>	12-Step programs	5, 63
treatment of opioid addiction	49–66	21 C.F.R. Part 2	91, 149
assessing history of drug use.....	124–125	University of Rhode Island Change Assessment (URICA)	145
attributes of effective providers of (<i>see also</i> physicians).....	28 <i>f</i>	urine tests.....	35–36, 65, 128–129
buprenorphine used for	6–9	waiver for practicing opioid addiction therapy.....	79–81, 137
contracts for	64, 147	Drug Enforcement Administration (DEA) registration number	132
current pharmacotherapy options for	5–9	referrals for psychosocial networks ...	
current state of.....	4–6	63 state medical boards.....	133
determining appropriateness of buprenorphine usage	41–47	withdrawal/withdrawal syndrome (<i>see also</i> medically supervised withdrawal)	6, 12–14
discontinuation of treatment.....	65–66	assessment of patients... ..	31, 41, 109–113
effectiveness with buprenorphine.....	20–23	in beginning of buprenorphine treatment.....	50–51, 54, 56
framework for beginning dosages	53 <i>f</i> , 55 <i>f</i>	from buprenorphine	17–18
frequency of visits	64–65	consequences of repeated from opioids	12
history of.....	1–3	definition of	3
induction phase of.....	50–51, 51–56	neonatal abstinence syndrome (NAS)	70
56 maintenance phase of treatment.....	58	patient beginning before retreatment	52
monitoring.....	64–65	precipitated	13–14, 19
patient management (<i>see also</i> patient management).....	63–66	spontaneous	12–13
policy guidelines, state medical boards	131–137	staging/grading symptoms of	
short-acting opioids	59–61	32 / symptoms of.....	12
stabilization phase of treatment	56–58	young adults.....	71–73
state medical board policy guidelines	133–135		
withdrawal at beginning of	50–51		
tuberculosis	34, 37		

Hướng dẫn lâm sàng về Sử dụng Buprenorphine trong điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện

Phác đồ cải thiện điều trị này (TIP), *Hướng dẫn lâm sàng về Sử dụng Buprenorphine trong điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện*, đưa ra một hướng dẫn điều trị thống nhất và dựa trên bằng chứng với việc sử dụng Buprenorphine, một lựa chọn mới để điều trị nghiện các CDTP. Mục đích của TIP này là cung cấp cho các bác sĩ thông tin mà họ có thể sử dụng để đưa ra những quyết định thực tế và có đầy đủ thông tin về việc dùng Buprenorphine để điều trị nghiện CDTP. Những hướng dẫn này đề cập đến dược lý học và sinh lý học của CDTP, nghiện CDTP, và điều trị với Buprenorphine; mô tả đánh giá bệnh nhân và lựa chọn các khả năng điều trị nghiện CDTP; cung cấp các phác đồ điều trị chi tiết về hội chứng cai CDTP và liệu pháp duy trì với Buprenorphine; và bao gồm thông tin về điều trị cho các quần thể đặc biệt như phụ nữ có thai, vị thành niên, và người sử dụng đa nghiện chất. Phác đồ cải thiện điều trị này thể hiện một bước tiến mới của Trung tâm Quản lý Điều trị Lạm dụng nghiện chất (CSAT) hướng tới mục tiêu là cùng với các nhà lãnh đạo quốc gia để cải thiện điều trị rối loạn do sử dụng ma túy ở Hoa Kỳ.

Tài liệu liên quan Dựa trên TIP 40

Hướng dẫn nhanh cho bác sĩ

DHHS Số xuất bản của BYT&DVXH (SMA)
04-3939
In năm 2004

BỘ Y TẾ VÀ DỊCH VỤ XÃ HỘI HOA KỲ
Cục các Dịch vụ về Lạm dụng Nghiện chất và Sức khỏe Tâm thần (SAMSHA)
Trung tâm Điều trị Lạm dụng nghiện chất (CSAT)

