

Cắt Cơn Cai Nghiện và Điều Trị Lạm Dụng Chất Gây Nghiện

Phác Đồ Cải Thiện Điều Trị TIP 45



Cắt cơn Cai nghiện và Điều trị Lạm dụng Chất Gây nghiện

Phác Đồ Cải Thiện Điều Trị TIP 45

Bác sĩ y khoa Norman S. Miller, Hội viên Hội Y Khoa Cai Nghiện Hoa Kỳ
Chủ tịch Ủy ban Đồng thuận

Bác sĩ y khoa Steven S. Kipnis, Thành viên trường Cao Đẳng Tinh mạch học Hoa Kỳ
Đồng Chủ tịch Ủy ban Đồng thuận
BỘ Y TẾ VÀ AN SINH XÃ HỘI HOA KỲ
Ban Sức Khỏe Cộng Đồng
Cơ quan Quản lý Lạm dụng Chất gây nghiện và Sức khỏe Tâm thần
Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện
Số 1 đường Choke Cherry
Thành phố Rockville, MD 20857

Lời cảm ơn

Cuốn tài liệu này là kết quả của sự nỗ lực hợp tác giữa Trung tâm Kiểm soát Dịch bệnh Hoa Kỳ (CDC) và Ủy ban phòng chống AIDS TP.HCM. Chúng tôi mong muốn được bày tỏ lòng biết ơn tới các chuyên gia trong lĩnh vực Điều trị nghiện và các đồng nghiệp đã góp sức giúp hoàn thành tài liệu. Chúng tôi đặc biệt đánh giá cao sự đóng góp của Tiến sĩ Kevin P.Mulvey, Cố vấn cao cấp về Điều trị Lạm dụng Ma túy của PEPFAR và ông Peter Mahomet, Cán bộ cao cấp của CDC tại Việt Nam.

Chúng tôi bày tỏ sự cảm ơn tới tổ chức PEPFAR, CDC đã hỗ trợ Ủy ban phòng chống AIDS TP.HCM về tài chính và kỹ thuật cho việc thực hiện phát triển tài liệu này tại Việt Nam. Chúng tôi cũng gửi lời cảm ơn tới Văn phòng Quản lý các dịch vụ Y tế và Lạm dụng Ma túy của Chính phủ Hoa Kỳ (SAMHSA) đã cho phép chúng tôi được dịch và xuất bản tài liệu này tại Việt Nam.

Bộ tài liệu này do Ủy ban phòng chống AIDS TP.HCM thực hiện dưới sự chỉ đạo của TS.BS.Lê Trường Giang, Phó Chủ tịch Thường trực, Ủy ban phòng chống AIDS TP.HCM. Chúng tôi gửi lời cảm ơn tới: Chị Vũ Thị Tường Vi, Chị Nguyễn Thị Thúy Nga và các thành viên Phòng hỗ trợ Điều trị Nghiện & Tái hòa nhập cộng đồng, Ủy ban phòng chống AIDS TP.HCM đã đóng góp ý kiến, hỗ trợ trong quá trình thực hiện.

Trong quá trình biên dịch và xuất bản sẽ không tránh khỏi những thiếu sót, chúng tôi rất mong nhận được sự đóng góp ý kiến của bạn đọc.

Xin trân trọng cảm ơn.

Mọi ý kiến của quý vị xin vui lòng gửi về:
Ủy Ban Phòng Chống AIDS TP.HCM
121 Lý Chính Thắng, Phường 7, Quận 3, TP.HCM.
Điện thoại: (08).39.309.309 Fax: (08).39.309.090
E-mail: pachcmc@mail.saigonnet.vn

Lời cảm ơn

Quá trình xây dựng Phác đồ cải thiện điều trị (TIP) này đã có sự đóng góp của nhiều người (xem trang ix–xiii và phần phụ lục D và E). Tài liệu này được Tập đoàn CDM phụ trách xuất bản theo hợp đồng Chương trình Ứng dụng Kiến thức (gọi tắt là KAP) số 270-99-7072 và 270-04-7049 phối hợp với Cơ quan Quản lý Lạm dụng Chất gây nghiện và Sức khỏe Tâm thần (gọi tắt là SAMHSA), Bộ Y Tế và An Sinh Xã Hội Hoa Kỳ (gọi tắt là DHHS). Trong đó, xin được gửi lời cảm ơn chân thành đến Tiến sĩ Andrea Kopstein, Thạc sĩ về Sức khỏe Cộng đồng, Tiến sĩ Giáo dục Karl D. White, và Bà Christina Currier là các viên chức của Dự án Chính Phủ cho Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện; Bà Rose M. Urban, Tiến sĩ Luật, Bác sĩ tâm thần, thuộc trường Cao đẳng Nghệ thuật California, Tư vấn viên về Lạm dụng Chất gây nghiện, và là đồng Giám đốc Dự án của Chương trình Ứng dụng Kiến thức; Bà Elizabeth Marsh Cupino, đồng Giám đốc Dự án Quản lý Chương trình Ứng dụng Kiến thức của tập đoàn CDM; Tiến sĩ Sheldon Weinberg, nhà nghiên cứu cấp cao và là nhà Tâm lý học Ứng dụng của Chương trình Ứng dụng Kiến thức. Ngoài ra còn phải kể đến các nhân viên khác của Chương trình Ứng dụng Kiến thức như Thạc sĩ ngành Phẫu thuật Raquel Witkin, Phó Giám đốc/Quản lý Dự án; Susan Kimner, Giám đốc Biên tập; Thạc sĩ Jonathan Max Gilbert. Biên tập viên/Tác giả; Thạc sĩ Deborah Steinbach, Biên tập viên/Tác giả; Tiến sĩ James M. Girsch, Biên tập viên/Tác giả; Michelle Myers, Biên tập Bảo hiểm Chất lượng; và Sonja Easley và Elizabeth Plevyak, Trợ lý Biên tập. Bên cạnh đó còn có Thạc sĩ ngành Phẫu thuật Sandra Clunies thuộc Ban cố vấn hội chứng nghiện rượu và ma túy Quốc tế, Cố vấn Nội dung. Thạc sĩ Jonathan Max Gilbert, Tác giả. Cuối cùng, xin được gửi lời cảm ơn đặc biệt đến Tiến sĩ Suzanne Gelber vì sự đóng góp đáng kể của cô cho chương 6 và Tiến sĩ Joan Dilonardo vì những nội dung bổ sung quý báu cho tài liệu này.

Miễn trừ trách nhiệm

Những ý kiến, quan điểm được nêu trong tài liệu này được các thành viên Ủy ban Đồng thuận đúc kết và tổng hợp từ quan điểm của chính họ và không nhất thiết phải phản ánh quan điểm chính

thức của các cơ quan như Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện, Cơ quan Quản lý Lạm dụng Chất gây nghiện và Sức khỏe Tâm thần, hoặc Bộ Y Tế và An Sinh Xã Hội Hoa Kỳ. Nói cách khác, những quan điểm, ý kiến hoặc những thiết bị cụ thể, phần mềm, hay những nguồn tư liệu được miêu tả trong tài liệu này không nhận được sự ủng hộ chính thức hay sự xác nhận nào từ các cơ quan nêu trên. Vì lẽ đó, những hướng dẫn trong tài liệu này không thể thay thế cho những quyết định điều trị và chăm sóc bệnh nhân mang tính đặc thù.

Thông cáo chung

Tất cả các tài liệu được sử dụng trong quyển hướng dẫn nhanh này, ngoại trừ những nguồn tài liệu được lấy trực tiếp từ các nguồn tài liệu có bản quyền đều được công khai và có thể mô phỏng hoặc sao chép mà không cần sự cho phép của Cơ quan Quản lý Lạm dụng Chất gây nghiện và Sức khỏe Tâm thần/Cơ quan Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện hoặc từ các tác giả. Không được phép sao chép hay phân phối ấn phẩm này vì một mục đích lợi ích nào khác mà không có sự cho phép cụ thể bằng văn bản từ phía Phòng thông tin liên lạc của Cơ quan Quản lý Lạm dụng Chất gây nghiện và Sức khỏe Tâm thần.

Trang thông tin điện tử và các Bản sao của Ấn phẩm này

Độc giả có thể tìm được các bản sao miễn phí của ấn phẩm này từ Ngân hàng Quốc gia về Thông tin Chất gây nghiện (gọi tắt là NCADI) của Cơ quan Quản lý Lạm dụng Chất gây nghiện và Sức khỏe Tâm thần, điện thoại (800) 729-6686 hoặc (301) 468-2600; và từ thiết bị trợ thính điện tử (gọi tắt là TDD) (dành cho những người có vấn đề về thính giác), điện thoại (800) 487-4889, hoặc qua trang thông tin điện tử: www.ncadi.samhsa.gov.

Nguồn trích dẫn

Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện. Quá trình Cai nghiện và Điều trị Lạm dụng Chất Gây nghiện. Phác đồ Cải thiện Điều trị số 45 (TIP 45). Ấn phẩm Bộ Y tế và An sinh Xã hội. (SMA) 06-4131. Rockville, MD: Cơ quan Quản lý Lạm dụng Chất gây nghiện và Sức khỏe Tâm thần năm 2006.

Chánh văn phòng

Phòng khám thuộc Bộ phận Cải thiện Dịch vụ,
Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện,
Cơ quan Quản lý Lạm dụng Chất gây nghiện và
Sức khỏe Tâm thần, số1 đường Choke Cherry,
Rockville, MD 20857.

Ấn phẩm Bộ Y tế và An sinh Xã hội. (SMA) 06-4131
được in ấn năm 2006.

(TIP) là gì?

Những Phác đồ Cải thiện Điều trị (gọi tắt là TIPs), do Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện thuộc Cơ quan Quản lý Lạm dụng Chất gây nghiện và Sức khỏe Tâm thần, Bộ Y tế và An sinh Xã hội phát triển là những hướng dẫn thực hành tốt nhất trong việc điều trị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện. Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện đã thu thập kinh nghiệm và kiến thức từ những chuyên gia về quản lý, nghiên cứu và y học lâm sàng để cho ra đời những phác đồ này, và sau đó các phác đồ này sẽ được phân phối đến các cơ sở và cá nhân trên khắp cả nước. Độc giả của những Phác đồ này ngày càng tăng và đã vượt ra khỏi các cơ sở điều trị tư nhân và công cộng trong đó có cả những người đang hành nghề trong lĩnh vực sức khỏe tâm thần, tư pháp, chăm sóc sức khỏe, và các lĩnh vực phúc lợi xã hội và chăm sóc sức khỏe khác.

Ủy ban Đồng thuận các chuyên gia Chương trình Ứng dụng Kiến thức của Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện gồm một nhóm các chuyên gia hàng đầu về những rối loạn do sử dụng chất gây nghiện và những chuyên gia trong các lĩnh vực liên quan như chăm sóc sức khỏe, sức khỏe tâm thần, và phúc lợi xã hội, đã và đang làm việc với các Nhà quản lý Lạm dụng Chất gây nghiện quốc gia để đề xuất ra các chủ đề cho Những phác đồ này. Những chủ đề phải được dựa trên những nhu cầu hiện tại về thông tin và hướng dẫn trong lĩnh vực này.

Sau khi chọn ra một chủ đề, Trung tâm Điều trị lạm dụng chất gây nghiện đã mời các nhân viên từ các cơ quan của liên bang có liên quan và các tổ chức trong nước trở thành thành viên của một Ủy ban Đồng thuận sáng kiến gồm những người có thể kiến nghị những lĩnh vực tập trung cụ thể hơn cũng như những nguồn tài liệu mà có thể được cân nhắc sử dụng cho việc phát triển nội dung cho Phác đồ này. Sau đó những đề xuất sẽ được gửi tới Ủy ban Đồng thuận nhất trí gồm các chuyên gia về chủ đề này đã và đang được các cộng sự bổ nhiệm. Tiếp theo Ủy ban Đồng thuận nhất trí này sẽ tham gia vào một chuỗi các cuộc thảo luận và cuối cùng các thông tin và những đề xuất đã đạt được sự nhất trí sẽ thành lập

nên một ngân quỹ cho Phác đồ này. Các thành viên của từng Ủy ban Đồng thuận nhất trí đại diện cho các chương trình điều trị lạm dụng chất gây nghiện, các bệnh viện, các trung tâm sức khỏe cộng đồng, các chương trình tư vấn, các cơ quan tư pháp và phúc lợi xã hội trẻ em, và những người đang hành nghề tư. Chủ tịch (hoặc các đồng chủ tịch Ủy ban Đồng thuận) bảo đảm rằng những hướng dẫn trong phác đồ này phản ánh kết quả cộng tác của cả một tập thể nêu trên.

Một nhóm nhiều chuyên gia đa dạng trong các lĩnh vực đã xem xét kỹ bản phác thảo của tài liệu này. Khi những thay đổi do những người kiểm duyệt trong lĩnh vực này kiến nghị được sáp nhập lại cũng là lúc Phác đồ này chuẩn bị được xuất bản thành ấn phẩm và đồng thời cũng được đưa lên mạng ở dạng trực tuyến. Có thể tìm hiểu thêm về các Phác đồ này qua trang thông tin điện tử www.kap.samhsa.gov. Những Phác đồ trực tuyến luôn được cập nhật không ngừng và luôn cung cấp cho lĩnh vực này những thông tin mới nhất.

Trong khi mỗi Phác đồ thường bao gồm một căn cứ vững chắc cho những thực hành mà nó đề xuất, Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện nhận ra rằng lĩnh vực điều trị lạm dụng chất gây nghiện đang phát triển không ngừng, và việc nghiên cứu thường diễn ra chậm hơn so với những đổi mới đã đi tiên phong trong lĩnh vực này. Mục đích chính của mỗi Phác đồ là truyền đạt những thông tin quan trọng nhất thật nhanh chóng nhưng không qua loa, sơ sài. Vì lẽ đó, các đề xuất được nêu ra trong Phác đồ này hoặc xuất phát từ kinh nghiệm lâm sàng của các chuyên gia Ủy ban Đồng thuận hoặc từ các tài liệu khác cùng lĩnh vực. Nếu việc nghiên cứu ủng hộ một phương thức cụ thể nào đó thì sẽ có trích dẫn kèm theo để minh họa.

Phác đồ này, *Quá trình Cai nghiện và Điều trị Lạm Dụng Chất gây nghiện*, được chỉnh sửa lại từ TIP 19, *Quá trình Cai nghiện Rượu và Các Loại Chất gây nghiện Khác*. Phác đồ mới sau khi được chỉnh sửa sẽ cung cấp những hướng dẫn có căn cứ lâm sàng, những công cụ, và những nguồn tài liệu cần thiết để giúp đỡ những tư vấn viên về lạm dụng chất gây nghiện và các y bác sĩ lâm sàng chữa trị cho những bệnh nhân đang phụ thuộc vào các chất gây nghiện.

Ủy ban Đồng thuận

Chủ tịch

Ông Norman S. Miller, Bác sĩ Y khoa, Hội viên Hội Y Khoa Cai Nghiện Hoa Kỳ

Giáo sư kiêm Giám đốc Hội Y Khoa Cai Nghiện

Ban Tâm thần học

Trường Đại học Michigan

Đông Lansing, Michigan

Đồng chủ tịch

Ông Robert J. Malcolm, Trường Cao đẳng Y khoa, Bác sĩ Y khoa

Giáo sư Tâm thần, Y tế Gia đình, và Nhi khoa

Phó Khoa Giáo dục Y khoa Tiếp diễn

Trung tâm Chương trình Chất gây nghiện

Viện Tâm thần học

Trường Đại học Y khoa South Carolina

Charleston, South Carolina

Ông Steven S. Kipnis, Bác sĩ Y khoa, Thành viên trường Cao Đẳng Tinh mạch học Hoa Kỳ

Giám đốc Y khoa

Trung tâm Cai nghiện Russell E. Blaisdell

Văn phòng Dịch vụ Lạm dụng Chất gây nghiện New York

Orangeburg, New York

Ông Anthony Radcliffe, Bác sĩ Y khoa, Hội viên Hội Y Khoa Cai Nghiện Hoa Kỳ

Lãnh đạo Hội Y Khoa Cai Nghiện

Cơ quan Kaiser Permanente

Nhóm Y khoa Permanente miền Nam California

Fontana, California

Quản lý Nhóm và Đồng quản lý

Gồm có:

Bà Anne M. Herron, Thạc sĩ Y khoa

Giám đốc

Phòng Hỗ trợ Quốc gia và Cộng đồng

Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện

Cơ quan Quản lý Lạm dụng Chất gây nghiện và Sức khỏe Tâm thần

Rockville, Maryland

Ông Ronald J. Hunsicker, Tiến sĩ Bộ Y tế, Thành viên Ban quản lý Cai nghiện thuộc Đại học Hoa Kỳ

Chủ tịch/Tổng Giám đốc Điều hành

Hiệp hội Các nhà cung cấp việc Cai nghiện Quốc gia

Lancaster, Pennsylvania

Ông Carl Rollynn Sullivan, III, Bác sĩ Y khoa

Giáo sư

Giám đốc Chương trình Cai nghiện

Bộ Y học Hành vi và Tâm thần

Trường Y khoa

Đại học West Virginia

Morgantown, West Virginia

Bà Nancy R. VanDeMark, Thạc sĩ Nhân viên Xã hội

Giám đốc Những Hiệp hội Nghiên cứu Xã hội Colorado

Tập đoàn Arapahoe House

Thornton, Colorado

Thành viên Ủy ban Đồng thuận

Gồm có:

Ông Louis E. Baxter, Bác sĩ Y khoa Cấp cao,
Hội viên Hội Y Khoa Cai Nghiện Hoa Kỳ

Giám đốc Điều hành

Chương trình Sức khỏe Y Bác sĩ

Hội Y khoa New Jersey

Lawrenceville, New Jersey

Ông Kenneth O. Carter, Bác sĩ Y khoa, Thạc sĩ
Sức Khỏe Cộng đồng, Chứng chỉ Chăm cứu

Nhà tâm thần học

Chuyên gia Cai nghiện bằng phương pháp
Chăm cứu

Trung tâm Y tế Carolinas

Charlotte, North Carolina

Bà Jean Lau Chin, Thạc sĩ Y khoa, Tiến sĩ Giáo
dục, Ban Tâm lý Chuyên nghiệp Hoa Kỳ

Chủ tịch

Dịch vụ Lãnh đạo Cấp cao

Alameda, California

Ông Charles A. Dackis, Bác sĩ Y khoa

Phó Giáo sư

Bộ Tâm thần

Trường Y Dược Đại học Pennsylvania

Philadelphia, Pennsylvania

Bà Sylvia J. Dennison, Bác sĩ Y khoa

Tổng Giám đốc Y khoa

Phòng Dịch vụ Cai nghiện

Bộ Tâm thần

Đại học Illinois

Chicago, Illinois

Bà Patricia L. Mabry, Tiến sĩ

Quản lý Nhà Khoa học Sức khỏe/Nhà Khoa
học Hành vi

Cơ quan Nghiên cứu Khoa học Xã hội và
Hành vi

Văn phòng Giám đốc

Viện Sức khỏe Quốc gia

Bethesda, Maryland

Ông Hendree E. Jones, Thạc sĩ Y khoa, Tiến sĩ

Phó Giáo sư

Giám đốc Nghiên cứu thuộc trường Cao
đẳng các nhà Bệnh học Hoa Kỳ

Bộ Tâm thần và Khoa học Hành vi

Trung tâm Đại học Johns Hopkins

Baltimore, Maryland

Bà Frances J. Joy, Bằng cấp Y tá, Cố vấn Lạm
dụng Chất gây nghiện

Quản lý

Đơn vị Lạm dụng Chất gây nghiện

Bộ Sức khỏe Tâm thần Bang Missouri

Bệnh viện Bang Fulton

Fulton, Missouri

Ủy ban Đồng thuận, các Chuyên gia Chương trình Ứng dụng kiến thức và Các thành viên Chính phủ Liên bang

Ông Barry S. Brown, Tiến sĩ

Trợ giáo

Đại học North Carolina tại Wilmington

Bãi biển Carolina, North Carolina

Bà Jacqueline Butler, Nhân viên Y tế., Nhân
viên công tác Xã hội Độc lập, Cố vấn Lâm sàng
Chuyên nghiệp

Tư vấn viên Kiểm soát Bệnh truyền nhiễm
loại III, Triệu chứng Bệnh mãn tính

Giáo sư Tâm thần học Lâm sàng
Trường Cao đẳng Y dược
Đại học Cincinnati
Cincinnati, Ohio

Ông Michael Galer, Tiến sĩ Quản trị kinh doanh,
Thạc sĩ Quản trị kinh doanh, Thạc sĩ Mỹ thuật
Tư vấn viên Độc lập
Westminster, Massachusetts

Bà/Ông Deion Cash
Giám đốc Điều hành
Tập đoàn Trung tâm Hiệu chỉnh và Điều trị Cộng đồng
Canton, Ohio

Bà Renata J. Henry, Thạc sĩ Giáo dục
Giám đốc
Sở Sức khỏe Tâm thần và Lạm dụng Chất gây nghiện
Dịch vụ Xã hội và Sức khỏe Delaware
New Castle, Delaware

Bà Debra A. Claymore, Thạc sĩ Quản lý Giáo dục
Chủ nhân/Tổng Giám đốc Điều hành
Cơ quan tư vấn WC, Công ty Trách nhiệm Hữu hạn
Loveland, Colorado

Ông Joel Hochberg, Thạc sĩ Y khoa
Chủ tịch
Cơ quan Asher & Partners
Los Angeles, California

Ông Carlo C. DiClemente, Tiến sĩ
Chủ tịch
Bộ Tâm lý học
Đại học Hạt Maryland Baltimore
Baltimore, Maryland

Ông Jack Hollis, Tiến sĩ
Phó Giám đốc
Trung tâm Nghiên cứu Sức khỏe
Cơ quan Kaiser Permanente
Portland, Oregon
Bà Mary Beth Johnson, Thạc sĩ Nhân viên Xã hội
Giám đốc
Văn phòng Quốc gia Trung tâm Chuyển giao Công nghệ Cai nghiện
Đại học Missouri—Thành phố Kansas
Thành phố Kansas, Missouri

Bà Catherine E. Dube, Tiến sĩ Giáo dục
Tư vấn viên Độc lập
Đại học Brown
Providence, Rhode Island

Ông Jerry P. Flanzer, Tiến sĩ Công tác Xã hội,
Nhân viên công tác Xã hội Lâm sàng, Cố vấn Cai nghiện
Lãnh đạo Cấp cao
Chi nhánh Nghiên cứu Dịch vụ
Viện Lạm dụng Thuốc gây nghiện Quốc gia
Bethesda, Maryland

Bà Eduardo Lopez, Cử nhân Khoa học
Nhà sản xuất Điều hành
Phòng thông tin liên lạc EVS
Washington, DC

Bà Holly A. Massett, Tiến sĩ
Học viện Phát triển Giáo dục
Washington, DC

Rockville, Maryland

Bà Diane Miller

Lãnh đạo Cấp cao
Chi nhánh Thông tin liên lạc Khoa học
Viện Lâm dụng Chất gây nghiện Quốc gia
Kensington, Maryland

Ông Nedra Klein Weinreich, Thạc sĩ Khoa học
Chủ tịch
Cơ quan truyền thông Weinreich
Canoga Park, California

Ông Harry B. Montoya, Thạc sĩ Y khoa
Chủ tịch/Tổng Giám đốc Điều hành
Tổ chức Những bàn tay xuyên Văn hoá
Espanola, New Mexico

Bà Clarissa Wittenberg
Giám đốc
Phòng Truyền thông và Liên lạc Công cộng
Viện Sức khoẻ Tâm thần Quốc gia
Kensington, Maryland
Thành viên Ban tư vấn

Ông Richard K. Ries, Bác sĩ Y khoa
Giám đốc/Giáo sư
Dịch vụ Sức khoẻ Tâm thần dành cho Bệnh
nhân ngoại trú
Chương trình Rối loạn Kép
Trung tâm Y tế Harborview
Seattle, Washington

Ông Paul Purnell, Thạc sĩ Y khoa
Cơ quan Giải pháp Xã hội, Công ty Trách
nhiệm Hữu hạn
Potomac, Maryland

Bà Gloria M. Rodriguez, Tiến sĩ Công tác Xã
hội
Nhà Khoa học Nghiên cứu
Phòng Dịch vụ Cai nghiện
Bộ Dịch vụ Cao cấp và Sức khoẻ New Jersey
Trenton, New Jersey

Ông Scott Ratzan, Bác sĩ Y khoa, Thạc sĩ quản
trị cộng đồng, Thạc sĩ Y khoa
Học viện Phát triển Giáo dục
Washington, DC

Bà Everett Rogers, Tiến sĩ
Trung tâm Chương trình truyền thông
Đại học Johns Hopkins
Baltimore, Maryland

Ông Thomas W. Valente, Tiến sĩ
Giám đốc, Thạc sĩ Chương trình Sức khoẻ
Cộng đồng
Bộ Y dược Phòng bệnh
Trường Y dược
Đại học Southern California
Alhambra, California

Bà Jean R. Slutsky, Phụ tá bác sĩ, Thạc sĩ Khoa
học về Sức khoẻ Cộng đồng
Nhà phân tích Chính sách Sức khoẻ Cấp
cao
Cơ quan Chất lượng và Nghiên cứu chăm
sóc Sức khoẻ

Bà Patricia A. Wright, Tiến sĩ Giáo dục
Tư vấn viên Độc lập
Baltimore, Maryland

Lời nói đầu

Chuỗi Phác đồ Cải thiện Điều trị này (TIP) nhằm hỗ trợ Cơ quan Quản lý Lạm dụng Chất gây nghiện và Sức khỏe Tâm thần xây dựng khả năng phục hồi và tạo điều kiện thuận lợi cho quá trình phục hồi cho những bệnh nhân đang hoặc có nguy cơ bị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện hoặc rối loạn tâm thần bằng cách cung cấp những hướng dẫn thực hành tốt nhất cho các bác sĩ lâm sàng, các nhà quản lý chương trình, và các nhà đầu tư để cải thiện chất lượng và hiệu quả của dịch vụ, và từ đó xúc tiến quá trình phục hồi cho bệnh nhân. Các TIP này ra đời là kết quả từ quá trình xem xét kỹ lưỡng các khám phá trong các nghiên cứu về dịch vụ sức khỏe và khám chữa bệnh có liên quan, từ những kinh nghiệm và những yêu cầu về việc thực hiện các yêu cầu. Một Ủy ban Đồng thuận gồm các nhà nghiên cứu lâm sàng, các bác sĩ lâm sàng, các nhà quản lý chương trình, và các luật sư đại diện cho khách hàng không thuộc Liên bang đã không ngừng bàn bạc và thảo luận các lĩnh vực chuyên môn cụ thể của Ủy ban Đồng thuận cho đến khi đạt được một sự nhất trí về các phương pháp thực hành tốt nhất. Sau đó công việc của Ủy ban Đồng thuận sẽ được các nhà phê bình trong lĩnh vực này xem xét và đánh giá. Tài năng, sự cống hiến, và quá trình làm việc cẩn mẫn mà các thành viên Ủy ban Đồng thuận và các nhà phê bình của các TIPs này mang đến cho quá trình có sự đóng góp của nhiều người này đã và đang giúp rút ngắn khoảng cách giữa các lời nói suông trong nghiên cứu và các nhu cầu rèn luyện thực tế các bác sĩ lâm sàng và các nhà quản lý để phục vụ những bệnh nhân lạm dụng chất gây nghiện bằng những cách hiệu quả và khoa học nhất. Chúng tôi vô cùng biết ơn tất cả những ai đã và đang tham gia cùng chúng tôi trong việc đóng góp vào những tiến bộ trong lĩnh vực điều trị lạm dụng chất gây nghiện

- Ông Charles G. Curie, Thạc sĩ Y khoa, Học viện Nhân viên công tác Xã hội
- Quản lý
- Cơ quan Quản lý Lạm dụng Chất gây nghiện và Sức khỏe Tâm thần

- Ông H. Westley Clark, Bác sĩ Y khoa, Tiến sĩ Luật, Thạc sĩ về Sức khoẻ Cộng đồng,
- Sở Chứng thực Trung ương, Hội viên Hội Thuốc gây nghiện Hoa Kỳ
- Giám đốc
- Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện
- Cơ quan Quản lý Lạm dụng Chất gây nghiện và Sức khoẻ Tâm thần

Bảng Tóm tắt Nội dung

TIP này được chỉnh sửa lại từ TIP 19, Quá trình Cai nghiện Rượu và Các loại Chất Gây nghiện Khác (Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện 1995d). TIP này cung cấp cho các bác sĩ lâm sàng những thông tin mới nhất cũng như mở rộng thêm các vấn đề thường gặp phải khi cung cấp các dịch vụ cai nghiện. Tương tự như TIP đã ra đời trước đó, TIP này do các chuyên gia Ủy ban Đồng thuận nhất trí tổng hợp lại từ các kinh nghiệm đa dạng trong các dịch vụ cai nghiện—đó là các bác sĩ, các nhà tâm lý học, các cố vấn, các y tá, và các nhân viên công tác xã hội, tất cả những người với những chuyên môn cụ thể về lĩnh vực này. Nhóm các chuyên gia này đã cùng nhất trí thông qua các nguyên tắc được sử dụng như một nền tảng cho TIP này như sau:

1. Thực chất Quá trình Cai nghiện không phải là quá trình điều trị lạm dụng chất gây nghiện hoàn chỉnh.
2. Quá trình Cai nghiện bao gồm ba giai đoạn chính dành cho tất cả các bệnh nhân đang trong quá trình điều trị:
 - Giai đoạn Đánh giá tình trạng ban đầu
 - Giai đoạn Ổn định
 - Giai đoạn chuẩn bị cho bệnh nhân một tâm lý sẵn sàng tiếp nhận việc điều trị
3. Quá trình Cai nghiện có thể diễn ra ở nhiều địa điểm và bối cảnh khác nhau và với một số cường độ nhất định trong phạm vi diễn ra quá trình cai nghiện. Việc bố trí địa điểm cai

nghiện nên phù hợp với nhu cầu của bệnh nhân.

4. Tất cả các bệnh nhân tham gia điều trị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện đều phải nhận được sự điều trị chất lượng và chu đáo như nhau và có thể liên hệ với các nhà cung cấp việc điều trị lạm dụng chất gây nghiện sau khi Cai nghiện.
5. Cuối cùng, các dịch vụ bảo hiểm trọn gói cho Quá trình Cai nghiện phải hiệu quả về mặt chi phí.
6. Các bệnh nhân tham gia các dịch vụ cai nghiện đến từ các nền văn hoá và các dân tộc khác nhau cũng như có các nhu cầu về sức khoẻ riêng biệt và các hoàn cảnh sống khác nhau. Các chương trình cung cấp việc cai nghiện phải được trang bị thật tốt để quá trình điều trị có thể thoả mãn được số đông bệnh nhân.

Một quá trình cai nghiện thành công có thể phần nào được đánh giá bởi một cá nhân bệnh nhân lạm dụng chất gây nghiện và đang trong quá trình hồi phục sau cai nghiện.

Trong số các vấn đề được TIP này đề cập đến thì tầm quan trọng của việc cai nghiện được xem như là một thành phần trong các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ liên tục cho các rối loạn liên quan đến chất gây nghiện. TIP này giúp tăng cường nhu cầu cấp bách về những môi trường cai nghiện không truyền thống—như là các phòng cấp cứu, khu phẫu thuật và y tế trong các bệnh viện, các khoa chăm sóc các bệnh cấp tính, và các địa điểm khác—để luôn trong trạng thái chuẩn bị giúp đỡ các bệnh nhân có nhu cầu cai nghiện tiếp nhận điều trị càng nhanh càng tốt. Ngoài ra, TIP này còn đẩy mạnh các chiến lược mới nhất trong việc giữ lại các cá nhân đang cai nghiện đồng thời cũng khuyến khích sự phát triển của mối liên kết các phép chữa bệnh để khuyến khích bệnh nhân đồng ý tiếp nhận điều trị lạm dụng chất gây nghiện. Thêm vào đó, TIP này còn bao gồm các đề xuất về việc giải quyết những vấn đề tâm lý xã hội có thể ảnh hưởng đến quá trình cai nghiện chẳng hạn như việc cung cấp các dịch vụ thích hợp về

phương diện văn hoá cho số đông bệnh nhân.

Việc kết hợp các bệnh nhân với các dịch vụ chăm sóc phù hợp được xem là một thử thách đối với các chương trình cai nghiện. Xét về sự đa dạng trong địa điểm cai nghiện và các nhu cầu riêng biệt của từng cá nhân bệnh nhân, việc thành lập các tiêu chí mà phải kể đến tất cả các nhu cầu có thể có của các bệnh nhân đang tiếp nhận cai nghiện và các dịch vụ điều trị là một nhiệm vụ cực kỳ phức tạp. Thuốc cai nghiện không ngừng được tìm kiếm để phát triển một hệ thống chăm sóc hiệu quả có thể đáp ứng được các nhu cầu khám chữa bệnh của các bệnh nhân với sự chăm sóc thích hợp được sắp xếp sao cho có thể mang lại hiệu quả về mặt chi phí và ít hạn chế nhất. Các tiêu chí bố trí bệnh nhân như là những tiêu chí đã được Hội Y Khoa Cai Nghiện Hoa Kỳ (ASAM) công bố trong ấn phẩm Các tiêu chí Bố trí Bệnh nhân, Lần xuất bản Thứ hai, Tái bản, tương trưng cho nỗ lực nhằm xác định làm thế nào các địa điểm chăm sóc sức khoẻ có thể thích hợp với những nhu cầu và những đặc điểm riêng biệt của bệnh nhân. Các tiêu chí này—năm mức độ bố trí “Quá trình Cai nghiện dành cho Người trưởng thành”—xác định tiêu chuẩn chăm sóc về các dịch vụ cai nghiện được chấp nhận rộng rãi nhất. Năm mức độ chăm sóc ấy gồm có:

1. Mức độ I-D: Quá trình Cai nghiện dành cho Bệnh nhân có thể đi lại được mà Không cần Sự giám sát Tại chỗ
2. Mức độ II-D: Quá trình Cai nghiện dành cho Bệnh nhân có thể đi lại được Với Sự giám sát Tại chỗ
3. Mức độ II.2-D: Quá trình Cai nghiện tại Nhà được Quản lý về phương diện y tế
4. Mức độ III.7-D: Quá trình Cai nghiện dành cho Bệnh nhân nội trú được Giám sát về y tế
5. Mức độ IV-D: Quá trình Cai nghiện Tập trung dành cho Bệnh nhân nội trú được Quản lý về y tế

Các tiêu chí của ASAM được chấp nhận rộng rãi vì có tính chất hợp lệ mặc dù tính hợp lệ của kết quả đạt được của các tiêu chí ấy vẫn chưa được chứng minh về phương diện lâm sàng.

Các hướng dẫn của ASAM được xem như là một công việc đang diễn ra như chính các tác giả của chúng đã sẵn sàng thừa nhận. Chúng là một tập hợp các hướng dẫn quan trọng đã giúp đỡ rất nhiều cho các bác sĩ lâm sàng. Đối với các nhà quản lý, các tiêu chuẩn được các nhóm như thế công bố như là Ủy ban Chung về Sự công nhận Các Tổ chức Chăm sóc sức khoẻ và Ủy ban về Sự công nhận các Cơ sở phục hồi đã cung cấp hướng dẫn cho các hoạt động chương trình toàn diện.

Việc bố trí bệnh nhân phụ thuộc một phần vào loại chất gây nghiện họ đang lạm dụng. Ủy ban Đồng thuận nhất trí đề nghị rằng đối với những hội chứng cai nghiện rượu, thuốc an thần-thuốc ngủ, và hội chứng cai nghiện thuốc có chất opioid thì việc nằm viện (hay một vài hình thức chăm sóc y tế 24/24 khác) thường được yêu thích và được ưu tiên chọn lựa hơn cho quá trình cai nghiện dựa trên các nguyên tắc về sự an toàn và nhân đạo. Khi không thể sắp xếp việc nằm viện thì một địa điểm cai nghiện khác cung cấp sự điều dưỡng và sự hỗ trợ về y tế ở mức độ cao hơn suốt 24 giờ một ngày, bảy ngày một tuần sẽ được lựa chọn.

Một thử thách khác cho các chương trình cai nghiện là việc cung cấp những sự liên kết hiệu quả cho các dịch vụ điều trị lạm dụng chất gây nghiện. Bệnh nhân thường dứt khỏi quá trình cai nghiện mà không cần tiếp tục theo đuổi việc điều trị cần phải có để có thể kiêng thuốc lâu dài. Mỗi năm có ít nhất 300,000 bệnh nhân bị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện hoặc bị ngộ độc cấp tính tiếp nhận việc cai nghiện nội trú trong các bệnh viện đa khoa, trong khi một số bệnh nhân khác phải tiếp nhận việc cai nghiện ở những nơi khác. Chỉ 20 phần trăm bệnh nhân ra khỏi các bệnh viện chăm sóc cấp tính được tiếp nhận việc điều trị lạm dụng chất gây nghiện trong suốt thời gian nằm viện. Chỉ 15 phần trăm bệnh nhân được nhận vào chương trình cai nghiện thông qua một phòng cấp cứu và sau đó dứt khỏi việc tiếp nhận điều trị.

Ủy ban Đồng thuận nhận ra rằng việc cai nghiện có sự hỗ trợ về mặt y tế thì không phải luôn luôn cần thiết hoặc luôn được yêu cầu.

Một phương pháp không cần đến các hỗ trợ về y tế có thể ít tốn kém hơn và cung cấp việc điều trị hiệu quả hơn về chi phí cho những cá nhân cần giúp đỡ. Những cá nhân còn trẻ có sức khỏe tốt và không có tiền sử về những phản ứng trong quá trình cai nghiện có thể được ban quản lý quá trình cai nghiện phục vụ tốt hơn mà không cần uống thuốc. Tuy nhiên, trong trường hợp này các nhân viên giám sát phải được đào tạo bài bản và kỹ lưỡng để có thể xác định các triệu chứng có thể đe dọa tính mạng bệnh nhân và kêu gọi sự giúp đỡ qua hệ thống y tế cấp cứu khi cần thiết.

Ủy ban Đồng thuận nhất trí cũng thống nhất về nhiều hướng dẫn dành cho các chương trình cai nghiện không cần sự hỗ trợ về y tế. Những chương trình như thế nên tuân theo những quy định của chính phủ địa phương liên quan đến giấy phép và việc thẩm tra. Ngoài ra, tất cả các chương trình này cần phải diễn ra trong một môi trường hoàn toàn không có rượu và ma túy, cũng như những nhân viên đã quen thuộc với những đặc điểm của những hội chứng cai nghiện sử dụng chất gây nghiện cũng cần phải được đào tạo về sự hỗ trợ cuộc sống cơ bản, và được tiếp cận với một hệ thống y tế cấp cứu có thể vận chuyển bệnh nhân đến khoa cấp cứu và các địa điểm khác để được chăm sóc y tế.

Một câu hỏi lớn được đặt ra cho quá trình cai nghiện là việc dùng thuốc thích hợp cho một cá nhân đang cai nghiện. Đây có thể vẫn còn là một vấn đề nan giải bởi vì những phác đồ này khi thành lập vẫn chưa được thông qua các nghiên cứu khoa học hoặc những phương pháp có căn cứ đã được thử nghiệm. Hơn nữa, tiến trình cai nghiện thường không ổn định và những kỹ thuật kiểm tra và đánh giá hiện có cũng không dự đoán được cụ thể ai sẽ có thể gặp phải những biến chứng đe dọa đến tính mạng.

Mặc dù một vài cơ sở điều trị đã dùng hạn chế này làm lý do chấm dứt việc dùng thuốc nhưng việc làm này không phải luôn là điều bệnh nhân quan tâm nhất. Thực chất việc ngưng dùng thuốc đột ngột theo liệu pháp tâm lý có thể

gây ra những triệu chứng cai nghiện nghiêm trọng hoặc sự tái xuất hiện của một sự rối loạn tâm thần. Như một quy luật chung, những liều thuốc chữa bệnh nên được tiếp tục sử dụng thông qua bất cứ việc cai nghiện nào nếu bệnh nhân đã và đang uống thuốc theo đơn đã kê. Những quyết định về việc ngưng thuốc phải được hoãn lại cho đến sau khi bệnh nhân đó chấm dứt quá trình cai nghiện. Tuy nhiên, nếu bệnh nhân đã và đang lạm dụng thuốc hay tâm thần rõ ràng đang bị rối loạn bởi việc sử dụng chất gây nghiện thì sau đó việc ngưng thuốc sẽ được đẩy mạnh. Cuối cùng, các bác sĩ nên cân nhắc việc ngăn cản dùng các loại thuốc có thể hạ thấp nguy cơ bị động kinh (chẳng hạn như thuốc bupropion, thuốc chống tâm thần thường) trong suốt khoảng thời gian cai nghiện rượu cấp tính hoặc ít nhất là đang kê một liều thuốc nạp vào hoặc việc hạn chế thuốc benzodiazepine có kế hoạch.

Những cuộc nghiên cứu khác cần phải được thực hiện để khẳng định kinh nghiệm khám chữa bệnh mà các triệu chứng tâm thần (bao gồm lo lắng, thất vọng, và những rối loạn tính cách) đáp ứng lại sự điều trị cai nghiện cụ thể. Ví dụ, những kỹ thuật hành vi-nhận thức được áp dụng trong phương pháp điều trị 12-Bước đã và đang hiệu quả trong việc quản lý nỗi lo lắng và thất vọng đi kèm với cơn nghiện. Dù rất thử thách, việc điều trị cơn nghiện và những điều kiện tâm thần đồng diễn đã chứng minh sự hiệu quả về chi phí trong vài nghiên cứu.

TIP này cũng cung cấp những thông tin y tế về những phác đồ cai nghiện cho các chất gây nghiện cụ thể cũng như là sự quan tâm dành cho các cá nhân đang trong các tình trạng y tế đồng diễn bao gồm cả các rối loạn về tâm thần. Trong khi TIP này không nhằm thay thế cho các văn bản khoa, nó cung cấp cho bác sĩ một cái nhìn tổng thể về những biến chứng y khoa thường gặp trong những bệnh nhân sử dụng chất gây nghiện. Các rối loạn về nhiều hệ thống được thảo luận rất chi tiết chẳng hạn như hệ thống dạ dày-ruột (bao gồm dạ dày, gan, và lá lách), hệ thống tim mạch, những dị tật huyết học (máu), những chứng bệnh liên quan đến

phổi, những căn bệnh liên quan đến hệ thần kinh ngoại biên và trung ương, các bệnh truyền nhiễm, và những hội chứng rối loạn đặc biệt khác. TIP này còn trình bày một cái nhìn khái quát về các tình trạng đặc biệt, những thay đổi bổ sung trong các phác đồ, và việc sử dụng thuốc cai nghiện cho các bệnh nhân đang trong tình trạng y tế hoặc rối loạn về tâm thần đồng diễn. Việc điều trị toàn diện các ca đặc biệt không thể được tiến hành trừ phi sự thay đổi phương pháp điều trị này là cần thiết.

Bối cảnh diễn ra quá trình cai nghiện cũng bị ảnh hưởng bởi những rối loạn y tế đồng diễn. Mọi người rất mong muốn các bệnh nhân đang tiếp nhận cai nghiện được những bác sĩ chăm sóc sức khỏe hàng đầu đánh giá (đó là những y bác sĩ, những phụ tá bác sĩ, các y tá, điều dưỡng) có kinh nghiệm trong việc điều trị lạm dụng chất gây nghiện. Việc đánh giá này sẽ xác định rõ liệu bệnh nhân có phải đang bị ngộ độc thuốc hay không và mức độ ngộ độc thế nào; loại và sự nghiêm trọng của hội chứng cai nghiện; những thông tin liên quan đến những lần cai nghiện trước đó; và dấu hiệu của tình trạng phải phẫu thuật, y tế, tâm thần đồng diễn mà có thể yêu cầu sự chăm sóc chuyên biệt. Đặc biệt phải dành sự quan tâm và chú ý cụ thể đến các cá nhân đã và đang tiếp nhận nhiều quá trình cai nghiện trước đó và cho những cá nhân mà lần cai nghiện sau nghiêm trọng hơn những lần cai nghiện trước đó. Những đối tượng có tiền sử cai nghiện nghiêm trọng, cai nghiện nhiều lần, lâm vào tình trạng mê sảng (một hội chứng có thể gây tử vong liên quan đến quá trình cai nghiện rượu), hoặc có tình trạng động kinh không phải là những ứng viên tốt cho các chương trình cai nghiện trong những bối cảnh không có sự hỗ trợ về y tế.

Nơi diễn ra quá trình cai nghiện phải thích hợp cho những điều kiện tâm lý và y tế hiện tại và phải đầy đủ để cung cấp mức độ giám sát cần thiết để đảm bảo an toàn (chẳng hạn như, oximetry [một phép đo lường lượng oxy hiện có trong máu], tần số tiếp nhận các dấu hiệu của sự sống cao hơn, vân vân.). Những tình trạng đe dọa tính mạng cấp tính cần phải được

xử lý cùng lúc với quá trình cai nghiện và phải đòi hỏi việc giám sát đơn vị chăm sóc chuyên sâu. Nhân viên cai nghiện cung cấp sự hỗ trợ phải quen thuộc với các dấu hiệu và triệu chứng của những rối loạn y tế đồng diễn thường gặp. Tương tự, nhân viên tại các cơ sở y tế (ví dụ như phòng cấp cứu, phòng khám của bác sĩ) phải nhận biết được các dấu hiệu của việc cai nghiện và nó có ảnh hưởng như thế nào đến việc điều trị của những tình trạng y tế hiện tại.

TIP này cũng cập nhật cho các y bác sĩ lâm sàng và các nhà quản lý về những vấn đề về quản lý liên quan đến quá trình cai nghiện, bao gồm việc chi trả cho các dịch vụ như thế nào. Thật không hay khi thảo luận những vấn đề liên quan đến những dịch vụ khám chữa bệnh được bồi hoàn trong phác đồ cải thiện điều trị lâm sàng như thế này. Tuy nhiên trong lĩnh vực dịch vụ cai nghiện và lạm dụng chất gây nghiện, những vấn đề về việc bồi hoàn đã và đang liên hệ chặt chẽ với việc cung cấp dịch vụ mà Ủy ban Đồng thuận nhất trí cho là cần thiết để giải quyết những mâu thuẫn và hiểu nhầm mà đôi khi phát sinh giữa hệ thống chăm sóc và hệ thống bồi hoàn.

Những nhà đầu tư ở phía thứ ba đôi khi thích quản lý việc chi trả cho việc cai nghiện tách biệt với những giai đoạn khác của quá trình điều trị lạm dụng chất gây nghiện, vì thế họ nhìn nhận quá trình cai nghiện như thể là việc cai nghiện xảy ra riêng biệt với quá trình điều trị. Việc “không gói trọn” các dịch vụ có thể dẫn đến sự tách biệt các dịch vụ thành những mảnh rời rạc hơn. Trong các trường hợp khác, những chính sách bồi hoàn và chính sách sử dụng cho thấy rằng chỉ có quá trình cai nghiện là được quản lý. Quá trình cai nghiện này thường không bao gồm những hướng dẫn không liên quan đến y tế mà là một phần không thể thiếu của quá trình điều trị lạm dụng chất gây nghiện.

Cuối cùng, việc xác định và duy trì những nguồn ngân quỹ là một vấn đề trọng yếu trong quá trình cai nghiện. Quá trình điều trị lạm dụng chất gây nghiện ở Hoa Kỳ được tài trợ thông qua một nguồn ngân quỹ chung của cộng đồng

và những nguồn ngân quỹ riêng mà về căn bản do bộ phận cộng đồng chi trả. Sự tồn tại những nguồn ngân quỹ đa dạng trong ngân quỹ điều trị lạm dụng chất gây nghiện đưa ra cả những thách thức và cơ hội quản lý cho sự ổn định và độc lập của chương trình. Tuy nhiên, một chương trình với duy nhất một nguồn ngân quỹ chính thường dễ bị thay đổi về phương diện tài chính và lâm sàng trong những chính sách ưu tiên và ngân sách từ nguồn ngân sách chính của nó và cần phải tránh tình trạng này. Vì lẽ đó TIP này cũng đề xuất những phương thức đa dạng hoá những nguồn ngân quỹ để tạo ra một nguồn ngân quỹ ổn định có thể ngăn cản sự thiệt hại một nguồn ngân quỹ cụ thể.

TIP này cũng đưa ra những đề nghị cho việc thúc đẩy những mối quan hệ với những tổ chức bồi hoàn, như là những tổ chức chăm sóc chịu sự quản lý (gọi tắt là MCOs). Những mối quan hệ công việc tích cực có ý nghĩa sống còn để liên kết thành công bệnh nhân với các dịch vụ họ cần. Ví dụ MCO có thể sử dụng đa dạng các tiêu chí và phác đồ cụ thể để xác định liệu những dịch vụ có thể được uỷ quyền cho việc lạm dụng chất gây nghiện hay không, tiêu biểu là các tiêu chí bố trí bệnh nhân của ASAM và những chuỗi tiêu chí dựa trên chẩn đoán hoặc mức độ chăm sóc khác.

Đáp ứng thành công nhu cầu của nhân viên quản lý dịch vụ y tế và trường hợp ở MCO mà chịu trách nhiệm cho phép chăm sóc sức khỏe là yếu tố quan trọng trong quan hệ với MCO, để từ đó giúp duy trì khả năng đứng vững về mặt lâm sàng và tài chính của chương trình. Để

đạt được điều đó, nhân viên của chương trình phải hiểu hoạt động của đối tác, được huấn luyện kỹ để tiến hành quan hệ chuyên nghiệp qua điện thoại, nắm rõ các tiêu chí và phác đồ được MCO mà chương trình ký hợp đồng sử dụng, và dễ dàng tiếp cận nhiều thông tin về y khoa và dịch vụ mà MCO yêu cầu để giúp họ hoàn tất đánh giá, từ đó cho phép dịch vụ. Việc duy trì hồ sơ chính xác, rõ ràng và chi tiết cũng rất quan trọng với quá trình này. Họ cũng cần làm quen với mọi quá trình loại trừ hoặc phản đối của MCO, để phòng trường hợp kết quả đánh giá ở cấp độ đầu chưa thỏa mãn.

Không kể đến vai trò của họ trong việc cung cấp các dịch vụ cai nghiện, tất cả các nhân viên nên luôn luôn ghi nhớ rằng những bệnh nhân đang tiếp nhận quá trình cai nghiện đang phải trải qua thời kỳ khủng hoảng giữa cá nhân họ và phương diện y tế. Đối với nhiều bệnh nhân, khủng hoảng này tượng trưng cho một cơ hội can đảm thừa nhận vấn đề lạm dụng chất gây nghiện và từ đó trở nên sẵn sàng tìm đến và tiếp nhận điều trị. Các y bác sĩ, y tá, tư vấn viên về lạm dụng chất gây nghiện, và các nhà quản lý đang giữ những vai trò hết sức đặc biệt đó là không chỉ đảm bảo một quá trình cai nghiện nhân đạo và an toàn mà còn mở ra con đường đưa bệnh nhân tới quá trình điều trị lạm dụng chất gây nghiện. TIP này đề xuất cho các bác sĩ lâm sàng và các chương trình những phương thức để chuẩn bị cho bệnh nhân trước khi bước vào điều trị trong khi vẫn giải quyết được những biến số y tế và tâm lý xã hội phức tạp liên quan đến quá trình cai nghiện.

1 Tổng quan, Những Khái niệm trọng yếu, và các Định nghĩa của Quá trình Cai nghiện

Chương 1 mang đến cho chúng ta một cái nhìn sơ lược và khái quát về những thay đổi trong nhận thức và việc cung cấp các dịch vụ cai nghiện đồng thời cũng giới thiệu những khái niệm trọng yếu nhất trong lĩnh vực cai nghiện, thảo luận những mục tiêu chính của các dịch vụ cai nghiện, phân biệt sự khác nhau giữa quá trình cai nghiện và điều trị, và nêu bật một vài vấn đề rộng hơn liên quan đến việc cung cấp việc cai nghiện trong hệ thống chăm sóc.

Tổng quan

Gồm có:

Mục đích của TIP

Độc giả

Phạm vi

Lịch sử các Dịch vụ Cai nghiện

Các Định nghĩa

Quá trình Cai nghiện

Những Thuật ngữ Liên quan Khác

Những nguyên tắc hướng dẫn trong Quá trình Cai nghiện và Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện

Những thử thách trong việc Cung cấp Quá trình Cai nghiện Hiệu quả

Mục đích của TIP

TIP này là phiên bản được chỉnh sửa lại từ TIP 19, Quá trình Cai nghiện Rượu và Các Loại Chất gây nghiện Khác (Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện [gọi tắt là CSAT] 1995). Những thay đổi quan trọng trong lĩnh vực dịch vụ cai nghiện so với ấn phẩm TIP 19 gồm có:

- Việc sàng lọc các thủ tục bố trí bệnh nhân
- Những kiến thức được nâng cao về sinh lý học trong cai nghiện
- Những tiến bộ về dược lý trong việc quản lý việc cai nghiện
- Những thay đổi về vai trò của quá trình cai nghiện trong một chuỗi liên tục các dịch vụ dành cho bệnh nhân bị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện, và những vấn đề mới trong việc quản lý các dịch vụ cai nghiện trong hệ thống chăm sóc toàn diện
- Những vấn đề mới xuất hiện liên quan đến số lượng bệnh nhân cai nghiện cụ thể (đó là phụ nữ, dân tộc thiểu số, người trưởng thành)

TIP này cung cấp cho các bác sĩ lâm sàng những thông tin mới nhất trong các lĩnh vực nêu trên đồng thời còn mở rộng thêm những vấn đề về đạo đức, pháp lý, quản lý thường gặp khi cung cấp các dịch vụ cai nghiện và quá đó đề xuất các biện pháp đánh giá việc thi hành cho các chương trình cai nghiện. Tương tự như những TIP trước, TIP này là tác phẩm của một Ủy ban Đồng thuận gồm các chuyên gia dày dặn kinh nghiệm trong các dịch vụ cai nghiện như là các y bác sĩ, nhà tâm lý học, tư vấn viên, y tá, và các nhân viên công tác xã hội có kiến thức chuyên môn trong lĩnh vực này.

Độc giả

Độc giả chính của TIP này bao gồm những tư vấn viên điều trị lạm dụng chất gây nghiện; các nhà quản lý các chương trình cai nghiện; các giám đốc Cơ quan Quốc gia Độc lập; các nhà tâm thần học và những y bác sĩ khác làm việc trong cùng lĩnh vực; những người chăm sóc trực tiếp cho bệnh nhân như là các y bác sĩ, y tá thực tập, phụ tá bác sĩ, y tá, nhà tâm lý học, và các nhân viên khám chữa bệnh khác; các nhân viên của chương trình chăm sóc chịu sự quản lý và các nhân viên bảo hiểm; các nhà chính sách; và những người khác có liên quan đến việc lập kế hoạch, đánh giá, và cung cấp các dịch vụ cho quá trình cai nghiện cho các bệnh nhân lạm dụng chất gây nghiện. Nhóm độc giả

thứ hai bao gồm những nhân viên tư pháp và các sĩ quan cảnh sát trật tự công cộng, các viện giáo dục nơi cung cấp sự hỗ trợ cho nhân viên (như là Các Chương trình Hỗ trợ Nhân viên), những chương trình cung cấp nơi ăn chốn ở, và các tổ chức chăm sóc chịu sự quản lý. TIP này còn hữu ích cho những nhà cung cấp các dịch vụ khác trong hệ thống chăm sóc toàn diện (như tư vấn nghề nghiệp, phép trị liệu bằng lao động, và nhà ở công cộng), các nhà quản lý, và các nhà đầu tư (từ chương trình chăm sóc công cộng, tư nhân chịu sự quản lý)

Phạm vi hoạt động

Trong số những vấn đề khác được đề cập trong TIP này thì tầm quan trọng của việc cai nghiện được xem như một thành tố trong một thể liên tiếp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho những rối loạn liên quan đến chất gây nghiện. TIP này giúp gia tăng nhu cầu cấp bách cho những địa điểm cai nghiện không truyền thống—như là các phòng cấp cứu, khu phẫu thuật và y tế trong các bệnh viện, phòng chăm sóc cấp tính, và những phòng ban khác nơi không cung cấp các dịch vụ cai nghiện theo kiểu truyền thống—để giúp các bệnh nhân đang có nhu cầu cai nghiện tiếp nhận chương trình càng nhanh càng tốt nhằm tránh vô số hậu quả tiêu cực có thể có liên quan đến lạm dụng chất gây nghiện (chẳng hạn như những rối loạn tâm sinh lý, những tệ nạn xã hội, nạn thất nghiệp, vãn vãn.) Hơn nữa, TIP này còn thúc đẩy những chiến lược mới nhất trong việc giữ lại các cá nhân đang cai nghiện trong khi vẫn khuyến khích sự phát triển sự kết hợp các phép chữa bệnh để thúc đẩy bệnh nhân tiếp nhận việc điều trị lạm dụng chất gây nghiện. Việc này bao gồm những đề xuất về việc giải quyết những vấn đề tâm lý xã hội có thể ảnh hưởng đến các dịch vụ cai nghiện.

TIP này còn cung cấp những thông tin y tế về những phác đồ cai nghiện cho những chất gây nghiện cụ thể cũng như những tình trạng hiện tại của các cá nhân đang trong tình trạng y tế đồng diễn bao gồm những rối loạn về tâm thần. Thực chất TIP này không nhằm mục đích

thay thế cho các văn bản y tế mà nó chỉ cung cấp cho các y bác sĩ một cái nhìn khái quát về những tình trạng y tế hiện tại.

Bên cạnh đó, TIP này cũng sẽ mang đến cho các bác sĩ lâm sàng và các nhà quản lý những thông tin mới nhất về các phương diện cai nghiện quan trọng, bao gồm việc chi trả cho các dịch vụ. Thật không hay khi thảo luận những vấn đề liên quan đến những dịch vụ khám chữa bệnh được bồi hoàn trong phác đồ cải thiện điều trị lâm sàng như thế này. Tuy nhiên trong lĩnh vực dịch vụ cai nghiện và lạm dụng chất gây nghiện, những vấn đề về việc bồi hoàn đã và đang liên hệ chặt chẽ với việc cung cấp dịch vụ mà Ủy ban Đồng thuận nhất trí cho là cần thiết để giải quyết những mâu thuẫn và hiểu nhầm mà đôi khi phát sinh giữa hệ thống chăm sóc và hệ thống bồi hoàn.

Lịch sử Các dịch vụ Cai nghiện

Trước thập niên 70, tình trạng ngộ độc thuốc ở nơi công cộng được xem như là một hành vi phạm tội. Những ai bị bắt vì tội danh đó sẽ bị giam giữ trong những nơi đặc biệt được gọi là “những xà lim say xỉn” trong các nhà giam địa phương nơi họ sẽ trải qua quá trình cai nghiện mà hầu như không có hoặc có rất ít sự can thiệp y tế (Abbott và cộng sự 1995; Sadd và Young 1987). Chính những thay đổi trong lĩnh vực y khoa, trong nhận thức về việc nghiện thuốc, và trong chính sách xã hội đã thay đổi cách mọi người nhìn nhận và đối xử với những người đang lạm dụng thuốc bao gồm cả rượu và hai sự kiện nổi bật cụ thể sau đây chính là phương tiện cho việc thay đổi các thái độ ấy. Năm 1958, Hiệp hội Y khoa Hoa Kỳ (AMA) đã tuyên bố chứng nghiện rượu là một căn bệnh. Lời tuyên bố này cho rằng chứng nghiện rượu là một vấn đề y khoa đòi hỏi phải có sự can thiệp y tế. Vào năm 1971, Hội nghị Quốc gia của các Ủy viên về những Luật lệ Quốc gia Cố định đã thông qua Đạo luật Điều trị Chứng ngộ độc thuốc và Chứng nghiện rượu Cố định, đạo luật này kiến nghị rằng “những người nghiện

rượu sẽ không bị truy tố về mặt pháp lý khi uống các thức uống chứa cồn mà nên yêu cầu họ tiếp nhận một chuỗi tiến trình điều trị để họ có thể trở lại với cuộc sống bình thường như là những thành viên có ích cho xã hội” (Keller và Resenberg 1973, trang 2). Tuy kiến nghị này không tuân theo luật pháp nhưng nó đã tạo ra một sự thay đổi đáng kể về việc cai nghiện hợp pháp và cùng với những thay đổi này còn có việc điều trị nhân đạo hơn cho những bệnh nhân nghiện.

Nhiều phương pháp cai nghiện đã và đang phát triển phản ánh một cái nhìn nhân văn hơn về những người bị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện. Trong “mô hình y tế”, việc cai nghiện được mô tả qua việc sử dụng các y bác sĩ và y tá và việc quản lý thuốc men để giúp bệnh nhân được an toàn trong suốt quá trình cai nghiện (Sadd và Young 1987). Trong khi đó, “mô hình xã hội” lại bác bỏ việc dùng thuốc và nhu cầu cho sự chăm sóc y tế thường ngày mà theo họ là nên dựa vào một môi trường không có hỗ trợ về y tế để tạo điều kiện thuận lợi cho quá trình cai nghiện. (Sadd và Young 1987). Ngày nay, rất khó tìm được một mô hình cai nghiện “thuần túy”. Chẳng hạn như vài chương trình mô hình xã hội đang sử dụng thuốc để làm cho quá trình cai nghiện dễ dàng hơn nhưng lại thường sử dụng những nhân viên không có nghiệp vụ y tế để giám sát quá trình cai nghiện và thực hiện việc chọn lựa bệnh nhân chữa trị theo tình trạng của họ (ví dụ như phân loại bệnh nhân theo mức độ nghiêm trọng dựa trên những rối loạn của họ). Tương tự thế, các chương trình y tế thường có một số biện pháp để giải quyết những phương diện cai nghiện cá nhân/xã hội.

Chỉ khi việc điều trị và việc khái niệm hoá quá trình cai nghiện thay đổi thì những mô hình sử dụng chất gây nghiện và những nhu cầu cai nghiện kèm theo cũng thay đổi. Sự lan tràn của côcain, ma túy, và các chất gây nghiện khác đã dẫn đến nhu cầu cho những dịch vụ cai nghiện khác nhau. Cùng lúc đó, các viên chức về sức khỏe cộng đồng cũng đã gia tăng nguồn đầu tư vào những dịch vụ cai nghiện và điều trị lạm dụng chất gây nghiện, đặc biệt là từ sau năm

1985, như là một phương tiện để ngăn cấm sự tràn lan căn bệnh thế kỷ AIDS trong số những người tiêm chích thuốc. Gần đây hơn, những ai bị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện có thể cùng lúc lạm dụng nhiều hơn một loại thuốc (đó là việc dùng cùng lúc nhiều loại thuốc) (theo Văn phòng của Những Nghiên cứu Ứng dụng 2005).

AMA tiếp tục duy trì lập trường của mình rằng việc phụ thuộc chất gây nghiện là một chứng bệnh, và nó khuyến khích các y bác sĩ và những y bác sĩ lâm sàng, những tổ chức sức khoẻ, và các nhà chính sách khác thực hiện tất cả các hoạt động của họ căn cứ vào lập luận này (AMA 2002). Vì các chế độ điều trị đã và đang trở nên phức tạp hơn và việc lạm dụng thuốc cũng phổ biến hơn nên việc cai nghiện đã phát triển thành một ngành khoa học giàu tính nhân văn.

Các định nghĩa

Một số định nghĩa rõ ràng về cai nghiện và những khái niệm liên quan hiện đang được sử dụng chung. Cơ quan Tư pháp, chăm sóc sức khoẻ, lạm dụng chất gây nghiện, sức khoẻ tâm thần, và nhiều hệ thống khác đều có những định nghĩa khác nhau về quá trình cai nghiện và để giúp độc giả dễ hiểu hơn, TIP này sẽ mang đến một chuỗi các định nghĩa rõ ràng và cố định nhất cho những giai đoạn khác nhau của quá trình cai nghiện và điều trị lạm dụng chất gây nghiện mà đã được chứng minh là hữu ích cho lĩnh vực cai nghiện.

Quá trình Cai nghiện

Quá trình Cai nghiện là một hệ thống các sự can thiệp nhằm mục đích xử lý tình trạng say thuốc cấp tính và cai nghiện. Nó bao gồm việc rửa sạch độc tố từ cơ thể bệnh nhân đang ngộ độc cấp tính và/hoặc đang lạm dụng chất gây nghiện. Quá trình Cai nghiện tìm cách giảm thiểu hoá những tác hại xấu đến thể chất do việc lạm dụng chất gây nghiện gây ra. Việc quản lý y tế cấp tính của trường hợp ngộ độc đe dọa tính mạng và những vấn đề y tế liên quan thường không được bao gồm trong thuật ngữ

Cai nghiện và không được đề cập chi tiết trong TIP này.

Nhóm các chuyên gia Washington (gọi tắt là WCG), một nhóm gồm các chuyên gia được tập hợp lại để cải thiện chất lượng và hiệu quả của việc điều trị và ngăn chặn lạm dụng chất gây nghiện, đã định nghĩa quá trình cai nghiện như là “một sự can thiệp y tế có thể giúp cá nhân bệnh nhân trải qua quá trình cai nghiện cấp tính an toàn (McCorry và cộng sự 2000a, trang. 9). Tuy nhiên, WCG đã tạo ra một khác biệt quan trọng khi lưu ý rằng “một chương trình cai nghiện không phải được thiết kế để giải quyết những vấn đề về hành vi cư xử, xã hội và tâm lý liên quan đến việc lạm dụng rượu và thuốc đã tồn tại lâu đời (McCorry và cộng sự 2000a, trang. 9). Ủy ban Đồng thuận nhất trí đã ủng hộ lời tuyên bố này và đã đặc biệt lưu ý rằng quá trình cai nghiện không phải là quá trình hồi phục và điều trị lạm dụng chất gây nghiện. Xem bảng thông tin bên dưới để hiểu rõ hơn.

Quá trình Cai nghiện là Khác biệt Với Việc Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện

Quá trình Cai nghiện là một hệ thống các sự can thiệp nhằm mục đích xử lý tình trạng say thuốc cấp tính và cai nghiện. Việc cai nghiện có sự giám sát có thể ngăn chặn những tình trạng đe dọa tính mạng có thể có nếu bệnh nhân không được điều trị. Cùng lúc đó, việc cai nghiện là một dạng chăm sóc giảm nhẹ (giảm thiểu cường độ của một rối loạn) cho những ai muốn trở thành những người kiêng khem hoặc những ai phải tuân theo sự kiêng khem bắt buộc như là kết quả của việc nằm viện hoặc liên quan đến pháp lý. Cuối cùng, đối với một số bệnh nhân thì việc cai nghiện tượng trưng cho một điểm xuất phát quan trọng cho sự tiếp xúc đầu tiên với hệ thống điều trị và bước đầu tiên đến quá trình phục hồi. Mặt khác, việc Điều trị/ Phục hồi bao gồm một chuỗi các dịch vụ chữa bệnh đang diễn ra đồng thời mà mục đích cuối cùng là nhằm thúc đẩy quá trình hồi phục cho những bệnh nhân lạm dụng chất gây nghiện.

Ủy ban Đồng thuận nhất trí đã xây dựng những định nghĩa hiện có về quá trình cai nghiện như là một quá trình mở rộng với ba giai đoạn thiết yếu có thể diễn ra đồng thời hoặc là một chuỗi các bước như sau:

- *Giai đoạn Đánh giá* là giai đoạn kiểm tra xem có dấu hiệu của lạm dụng chất gây nghiện trong dòng máu đang lưu thông trong cơ thể hay không, tiếp đó là đánh giá mức độ cô đặc của máu, và soi kiểm tra những tình trạng thể chất và tâm thần đồng diễn. Việc đánh giá còn bao gồm sự đánh giá toàn diện về những tình trạng tâm lý và y tế cũng như tình trạng xã hội của bệnh nhân để giúp xác định mức độ điều trị thích hợp theo quá trình cai nghiện. Về cơ bản, việc đánh giá này có vai trò như là một nền tảng cho kế hoạch điều trị lạm dụng chất gây nghiện ban đầu khi bệnh nhân đã cai nghiện thành công.
- *Giai đoạn Ổn định* bao gồm các quá trình hỗ trợ bệnh nhân về mặt tâm lý xã hội và y tế trong suốt quá trình ngộ độc cấp tính và quá trình cai nghiện để đạt được tình trạng không phụ thuộc vào chất gây nghiện; trong giai đoạn này, bệnh nhân sẽ được hỗ trợ đầy đủ và ổn định về mặt y khoa. Giai đoạn này thường được thực hiện với sự trợ giúp của các loại thuốc dù trong một vài phương pháp cai nghiện thì không được sử dụng thuốc. Giai đoạn ổn định bao gồm việc giúp bệnh nhân làm quen với những gì sẽ xuất hiện trong môi trường điều trị và vai trò của chúng trong việc điều trị và phục hồi. Suốt thời gian này các y bác sĩ cũng tìm kiếm sự hợp tác từ phía gia đình bệnh nhân, những người chủ, và những người quan trọng khác khi thích hợp và với sự bảo mật tuyệt đối.
- *Giai đoạn chuẩn bị* cho bệnh nhân một tâm lý sẵn sàng tiếp nhận việc điều trị bao gồm việc chuẩn bị cho bệnh nhân tiếp nhận việc điều trị lạm dụng chất gây nghiện bằng cách nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tuân theo hệ thống chăm sóc điều trị lạm dụng chất gây nghiện hoàn chỉnh. Đối với những bệnh nhân đã và đang là điển hình của mô hình hoàn thành các dịch vụ cai nghiện và

sau đó thất bại trong việc tiếp nhận việc điều trị lạm dụng chất gây nghiện thì sẽ có một hợp đồng điều trị bằng văn bản có thể khuyến khích việc tiếp nhận một hệ thống chăm sóc và điều trị lạm dụng chất gây nghiện. Hợp đồng này, không có sự ràng buộc pháp lý, sẽ được các bệnh nhân tình nguyện ký kết khi họ đã đủ tỉnh táo để làm thế ngay từ giai đoạn đầu của quá trình điều trị. Trong hợp đồng, bệnh nhân đồng ý tham gia vào một kế hoạch chăm sóc liên tục, với các chi tiết và liên hệ được thành lập trước khi hoàn thành quá trình cai nghiện.

Tất cả ba giai đoạn này (đánh giá, ổn định, và chuẩn bị cho bệnh nhân một tâm lý sẵn sàng tiếp nhận việc điều trị) bao gồm việc đối xử với bệnh nhân với sự cảm thông và thấu hiểu. Các bệnh nhân đang cai nghiện cần biết rằng trong xã hội này còn có nhiều người quan tâm đến họ, tôn trọng họ như những con người độc lập, và luôn hy vọng họ sẽ có một tương lai tốt đẹp hơn. Những hành động được thực hiện trong quá trình cai nghiện sẽ cho các bệnh nhân thấy rằng những đề xuất của nhà cung cấp dịch vụ cai nghiện là đáng tin cậy và họ nên tuân theo.

Các Thuật ngữ Liên quan khác

Như đã được định nghĩa trong Ấn phẩm về Những rối loạn Tâm thần về Mặt Thống kê và Chẩn đoán, tái bản lần thứ tư, Phiên bản Điều chỉnh bằng Văn bản (gọi tắt là DSM-IV-TR) (Hiệp hội Tâm thần Hoa kỳ [APA] 2000), một rối loạn liên quan đến chất gây nghiện là “một rối loạn liên quan đến việc lạm dụng thuốc (bao gồm rượu), đối với những tác động xấu của một loại thuốc, và đối với tình trạng nhiễm độc” (APA 2000, trang 191). Thuật ngữ chất gây nghiện “có thể đề cập đến sự lạm dụng thuốc, một loại thuốc, hoặc một loại độc tố” (APA 2000, trang 191). Trong TIP này, thuật ngữ chất gây nghiện đề cập đến việc lạm dụng rượu cũng như các loại thuốc khác.

Những rối loạn liên quan đến chất gây nghiện được chia thành hai nhóm: những rối loạn do sử dụng chất gây nghiện và những rối loạn bị kích thích bởi chất gây nghiện. Theo Ấn phẩm

về mặt Thống kê và Chẩn đoán về Những rối loạn Tâm thần, tái bản lần thứ tư, Phiên bản Điều chỉnh bằng Văn bản, những rối loạn do sử dụng chất gây nghiện bao gồm cả “sự phụ thuộc chất gây nghiện” và “việc lạm dụng chất gây nghiện.” Sự phụ thuộc chất gây nghiện đề cập đến “một chuỗi các triệu chứng sinh lý, hành vi cư xử và nhận thức cho thấy rằng cá nhân đó đang tiếp tục sử dụng chất gây nghiện bất chấp những vấn đề quan trọng liên quan đến chất gây nghiện. Có một mô hình của việc tự quản lý được lập đi lập lại có thể dẫn đến việc chịu đựng, cai nghiện, và hành vi dùng thuốc có xu hướng ép buộc” (APA 2000, trang 192). Việc lạm dụng chất gây nghiện đề cập đến “một mô hình sử dụng chất gây nghiện được thể hiện qua những hậu quả trái ngược nghiêm trọng và thường tái diễn liên quan đến việc sử dụng chất gây nghiện lặp đi lặp lại. (APA 2000, trang 198). Cần phải lưu ý rằng vì mục đích của TIP này, thuật ngữ “lạm dụng chất gây nghiện” đôi khi được dùng để biểu thị cả việc lạm dụng chất

gây nghiện và sự phụ thuộc chất gây nghiện như đã được định nghĩa trong Ấn phẩm về mặt Thống kê và Chẩn đoán về Những rối loạn Tâm thần, tái bản lần thứ tư, Phiên bản Điều chỉnh bằng Văn bản (gọi tắt là DSM-IV-TR)

TIP này cũng sử dụng những định nghĩa trong DSM-IV-TR cho tình trạng ngộ độc chất gây nghiện và việc cai nghiện chất gây nghiện. Tình trạng ngộ độc chất gây nghiện là “sự phát triển của hội chứng đặc trưng về chất gây nghiện đảo ngược do việc hấp thu vào của (hoặc gặp phải) một chất gây nghiện” trong thời gian gần đây, trong khi việc cai nghiện chất gây nghiện là “sự phát triển của một thay đổi về hành vi đặc trưng về chất gây nghiện, với những sự việc diễn ra song song về nhận thức và sinh lý, đó là do sự ngưng hẳn, hoặc giảm bớt, việc sử dụng chất gây nghiện nhiều và lâu dài. (APA 2000, trang 199, 201). Bảng 1-1 dưới đây gồm những định nghĩa của những thuật ngữ này và những thuật ngữ liên quan khác.

Bảng 1-1
Những định nghĩa của các Thuật ngữ trong DSM-IV-TR

Thuật ngữ	Định nghĩa
Chất gây nghiện	Lạm dụng một loại thuốc gây nghiện, thuốc, hoặc một loại độc tố
Những rối loạn liên quan đến chất gây nghiện	Những rối loạn liên quan đến việc lạm dụng thuốc (bao gồm rượu), đối với những tác động xấu của một loại thuốc, và đối với tình trạng ngộ độc.
Việc lạm dụng chất gây nghiện (trong TIP này, đôi khi cũng được dùng để đề cập đến “sự phụ thuộc chất gây nghiện”)	Một mô hình không thích nghi tốt (đó là có tác động xấu đến cuộc sống của một người nào đó) về việc sử dụng chất gây nghiện được biểu hiện qua những hậu quả tiêu cực đáng kể và tái diễn liên quan đến việc sử dụng các chất gây nghiện lặp đi lặp lại.
Sự phụ thuộc chất gây nghiện (trong TIP này, “việc lạm dụng chất gây nghiện đôi khi được dùng để bao gồm “sự phụ thuộc”)	Một chuỗi các triệu chứng sinh lý, hành vi cư xử và nhận thức cho thấy rằng cá nhân đó đang tiếp tục sử dụng chất gây nghiện bất chấp những vấn đề quan trọng liên quan đến chất gây nghiện. Một người đang trong tình trạng phụ thuộc vào thuốc cho thấy một mô hình của việc tự quản lý lặp đi lặp lại mà thường dẫn đến sự chịu đựng, cai nghiện, và hành vi dùng thuốc có xu hướng ép buộc.

Bảng 1-1
Những định nghĩa của các Thuật ngữ trong DSM-IV-TR

Thuật ngữ	Định nghĩa
Sự nhiễm độc chất gây nghiện	Sự phát triển của hội chứng đặc trưng về chất gây nghiện đảo ngược do việc hấp thu vào của (hoặc gặp phải) một chất gây nghiện trong thời gian gần đây.
Việc cai nghiện chất gây nghiện	Sự phát triển của một thay đổi về hành vi không thích nghi tốt đặc trưng về chất gây nghiện, với những hậu quả về nhận thức và sinh lý, đó là kết quả của sự ngưng hẳn, hoặc giảm bớt, việc sử dụng chất gây nghiện nhiều và lâu dài.
<i>Nguồn: APA 2000.</i>	

Việc điều trị/Phục hồi bao gồm việc đánh giá liên tục đang diễn ra về tình trạng xã hội, tâm lý và thể chất của bệnh nhân, cũng như là một sự phân tích về những yếu tố rủi ro về mặt môi trường có thể đóng góp vào việc sử dụng chất gây nghiện và việc xác định những nguyên nhân tái phát lập tức cũng như những chiến lược ngăn chặn để đối phó với chúng. Quá trình này còn bao gồm việc cung cấp sự chăm sóc y tế và chăm sóc tâm thần cơ bản, nếu cần thiết, để giúp đỡ bệnh nhân kiêng sử dụng chất gây nghiện và tối thiểu hoá tác động xấu về thể chất do chất gây nghiện gây ra. Cuối cùng, mục tiêu của việc điều trị/phục hồi là đạt được một cấp độ cao hơn về chức năng xã hội bằng cách giảm thiểu các yếu tố rủi ro, tăng cường các yếu tố bảo vệ, và vì vậy giảm bớt khả năng tái phát.

Việc duy trì bao gồm việc tư vấn và hỗ trợ liên tục được cụ thể hoá trong kế hoạch điều trị, sự sàng lọc, và đẩy mạnh các chiến lược phòng chống tái phát, và việc gia nhập vào quá trình ngăn chặn tái phát đang diễn ra, sau quá trình chăm sóc, và/hoặc chăm sóc tại nhà (Lehman và cộng sự 2000).

Đây là điểm lưu ý cuối cùng, trong TIP này những người có nhu cầu về các dịch vụ cai nghiện và sau đó là điều trị lạm dụng chất gây

nghiện được xem như những bệnh nhân để nhấn mạnh rằng những người này đang sắp có mối liên hệ với các y bác sĩ, y tá, phụ tá bác sĩ, và những nhân viên công tác xã hội y tế trong một bối cảnh y tế trong đó bệnh nhân thường gặp vấn đề về thể chất từ những ảnh hưởng của quá trình cai nghiện các chất gây nghiện đặc trưng. Trong một số chương trình cai nghiện có bối cảnh xã hội, thuật ngữ “khách hàng” hoặc “người tiêu thụ” có thể được dùng thay thế cho “bệnh nhân.”

Những nguyên tắc hướng dẫn trong Quá trình Cai nghiện và Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện

Ủy ban Đồng thuận nhất trí nhận ra rằng việc cung cấp các dịch vụ cai nghiện thành công phụ thuộc vào những tiêu chuẩn mà trong một chừng mực nào đó có thể được đánh giá về mặt kinh nghiệm và được các bên đồng thuận. Ủy ban Đồng thuận đã phát triển những hướng dẫn (được nêu trong Bảng 1-2 dưới đây) có thể phục vụ như một nền tảng cho TIP này.

Bảng 1-2

Những Nguyên tắc hướng dẫn do Ủy ban Đồng thuận đề xuất

1. Quá trình cai nghiện không phải là quá trình điều trị lạm dụng chất gây nghiện mà là một phần của một hệ thống chăm sóc cho những rối loạn liên quan đến chất gây nghiện.
2. Quá trình cai nghiện bao gồm ba giai đoạn thiết yếu và liên tục như sau:
 - Giai đoạn Đánh giá
 - Giai đoạn Ổn định
 - Giai đoạn chuẩn bị cho bệnh nhân tâm lý sẵn sàng tiếp nhận việc điều trị
 - Một quá trình cai nghiện mà không kết hợp cả ba giai đoạn tối quan trọng này được Ủy ban Đồng thuận xem là không hoàn chỉnh và không đầy đủ.
3. Quá trình cai nghiện có thể diễn ra ở những địa điểm khác nhau và ở các cường độ khác nhau trong những bối cảnh đó. Việc bố trí bệnh nhân phải phù hợp với nhu cầu của chính bệnh nhân.
4. Những bệnh nhân tìm đến quá trình cai nghiện phải được trải qua các bước của quá trình cai nghiện đã miêu tả ở trên bất kể ở bối cảnh nào hoặc cường độ điều trị nào.
5. Tất cả những bệnh nhân yêu cầu được điều trị cho những rối loạn do sử dụng chất gây nghiện phải nhận được sự điều trị chất lượng và kỹ lưỡng và phải được liên hệ với một chương trình điều trị lạm dụng chất gây nghiện sau khi cai nghiện trong trường hợp họ không tham gia vào dịch vụ điều trị do cùng một chương trình cung cấp đã cung cấp cho họ các dịch vụ cai nghiện. Không thể có những sai sót trong việc điều trị cho những rối loạn do sử dụng chất gây nghiện (CSAT 2000a).
6. Cuối cùng, gói bảo hiểm trọn gói cho các dịch vụ cai nghiện phải hiệu quả về mặt chi phí. Nếu hệ thống bồi hoàn không thể cung cấp việc chi trả cho quá trình cai nghiện hoàn chỉnh, bệnh nhân có thể được cho ra sớm, dẫn đến việc cai nghiện không được can thiệp về mặt xã hội và y tế. Việc đảm bảo những biến chứng y khoa cuối cùng sẽ nâng cao chi phí chăm sóc sức khỏe toàn diện.
7. Những bệnh nhân tìm đến với các dịch vụ cai nghiện đến từ những dân tộc, từ những bối cảnh văn hoá xã hội khác nhau cũng như có những nhu cầu về sức khoẻ đặc trưng và những hoàn cảnh sống khác nhau. Các tổ chức cung cấp các dịch vụ cai nghiện cần phải đảm bảo rằng họ có những biện pháp thực hành tiêu chuẩn để giải quyết sự đa dạng về văn hoá. Một điều thiết yếu nữa là các nhà cung cấp việc chăm sóc phải có những kỹ năng khám chữa bệnh đặc biệt cần thiết để cung cấp việc đánh giá toàn diện chuẩn xác về mặt văn hoá. Các nhà quản lý chương trình cai nghiện có nhiệm vụ đảm bảo rằng sẽ luôn có các chương trình đào tạo thích hợp cho nhân viên. (Xem thông tin về chương trình đào tạo sự thông thạo văn hoá và những khả năng cụ thể mà các bác sĩ lâm sàng cần để trở nên “thông thạo về văn hoá” trong TIP sắp tới Cải thiện Sự thông thạo về Văn hoá trong Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện [CSAT trong quá trình phát triển a]).
8. Một quá trình cai nghiện thành công có thể phần nào được đo lường bởi một cá nhân đang điều trị việc phụ thuộc chất gây nghiện và tuân theo phác đồ điều trị của chương trình phục hồi/điều trị lạm dụng chất gây nghiện sau khi cai nghiện.

Những Thử thách trong việc Cung cấp quá trình Cai nghiện Hiệu quả

Việc tìm ra cách hiệu quả nhất thúc đẩy quá trình hồi phục của bệnh nhân là một thử thách rất lớn đối với những nhà cung cấp dịch vụ cai nghiện. Quá trình cai nghiện hiệu quả không chỉ bao gồm sự ổn định về y khoa của bệnh nhân và quá trình cai nghiện các chất gây nghiện bao gồm cả rượu an toàn và nhân đạo mà còn bao gồm việc tiếp nhận điều trị. Việc kết hợp thành công quá trình cai nghiện và điều trị lạm dụng chất gây nghiện sẽ giúp giảm thiểu hiện tượng “cánh cửa xoay” nhằm chỉ việc cai nghiện lặp đi lặp lại, giúp tiết kiệm chi phí về lâu về dài, và còn cung cấp mức độ chăm sóc nhân đạo và hoàn chỉnh mà bệnh nhân cần (Kertesz và cộng sự 2003). Các cuộc nghiên cứu cho thấy quá trình cai nghiện và mối liên hệ của nó với các mức độ điều trị thích hợp dẫn đến tình trạng gia tăng quá trình phục hồi và sự giảm thiểu việc sử dụng quá trình cai nghiện và các dịch vụ điều trị trong tương lai. Thêm vào đó, quá trình phục hồi còn giúp giảm tỉ lệ phạm tội, giảm chi phí chăm sóc sức khỏe chung, và các quá trình điều trị phẫu thuật và y tế cấp tính đắt tiền từ việc lạm dụng chất gây nghiện không được điều trị (Abbot và cộng sự 1998; Aszalos và cộng sự 1999). Trong khi về cơ bản việc cai nghiện không phải là điều trị, hiệu quả của nó vẫn có thể phần nào được đánh giá bởi sự kiên khem liên tục của bệnh nhân.

Một thử thách khác đối với việc cung cấp quá trình cai nghiện hiệu quả xảy ra khi các chương trình cố gắng phát triển mối liên hệ với các dịch vụ điều trị. Một cuộc nghiên cứu (bởi Mark và cộng sự 2002) được thực hiện cho Cơ quan Quản lý Lạm dụng Chất Gây nghiện và Sức khỏe Tâm thần đã nhấn mạnh những khó khăn của hệ thống cung cấp dịch vụ cai nghiện. Theo các tác giả, mỗi năm có ít nhất 300.000 bệnh nhân có những rối loạn do sử dụng chất gây nghiện hoặc ngộ độc thuốc cấp tính tham gia quá trình cai nghiện nội trú trong các bệnh viện đa khoa trong khi những người khác lại

tham gia quá trình cai nghiện trong những bối cảnh khác. Thực tế, chỉ khoảng một phần năm bệnh nhân ra khỏi các bệnh viện chăm sóc cấp tính cho việc điều trị lạm dụng chất gây nghiện tiếp nhận cai nghiện trong suốt thời gian nằm viện. Hơn thế nữa, chỉ 15 % người được nhận vào quá trình cai nghiện thông qua phòng cấp cứu và sau đó xuất viện có thể tiếp nhận việc điều trị lạm dụng chất gây nghiện. Cuối cùng, thời gian nằm viện trung bình cho những bệnh nhân đang trong quá trình cai nghiện và điều trị trong năm 1997 chỉ là 7.7 ngày (Mark và cộng sự 2002). Xét về việc “nghiên cứu đã cho thấy các bệnh nhân tiếp nhận sự chăm sóc liên tục có kết quả tốt hơn về mặt cai thuốc và tỉ lệ kết nạp lại tốt hơn những ai không nhận được sự chăm sóc liên tục,” các tác giả đã kết luận rằng có một nhu cầu rõ ràng về mối liên hệ tốt hơn giữa các dịch vụ cai nghiện và các dịch vụ điều trị thiết yếu cho toàn bộ quá trình phục hồi của bệnh nhân. (Mark và cộng sự 2002, trang 3).

Hệ thống bồi hoàn có thể đặt ra một thử thách khác trong việc cung cấp các dịch vụ cai nghiện hiệu quả (Galanter và cộng sự 2000). Những nhà đầu tư phía thứ ba đôi khi thích quản lý việc chi trả cho quá trình cai nghiện một cách tách biệt với những giai đoạn khác của quá trình điều trị cai nghiện, và vì thế cho rằng quá trình cai nghiện cứ như thể diễn ra độc lập với việc điều trị cai nghiện. Việc “gói trọn” các dịch vụ như thế đã góp phần thúc đẩy sự tách biệt tất cả các dịch vụ thành những phần riêng rẽ (Kasser và cộng sự 2000). Trong các trường hợp khác, một vài chính sách bồi hoàn và sử dụng đã quy định rằng chỉ có “quá trình cai nghiện” hiện nay có thể chịu sự quản lý, và “quá trình cai nghiện” cho chính sách đó hoặc công ty bảo hiểm không bao gồm việc tư vấn không y tế mà trước giờ là một phần không thể thiếu của việc điều trị lạm dụng chất gây nghiện. Nhiều chương trình điều trị đã và đang tìm được các tư vấn viên về lạm dụng chất gây nghiện để đặc biệt giúp đỡ cho những bệnh nhân có ý kháng cự, đặc biệt là cho những bệnh nhân cảm thấy vô cùng xấu hổ về tình trạng của mình và sự thật là họ đang dùng các chất gây nghiện một cách mất kiểm soát. Tuy nhiên một số nhà đầu

tư sẽ không bồi hoàn cho các dịch vụ không y tế như là những dịch vụ do các tư vấn viên cung cấp, và vì vậy việc sử dụng các nhân viên như thế bởi một dịch vụ điều trị hay cai nghiện có thể là không thể được, bất kể sự thật là họ được nhiều người công nhận là hữu dụng cho các bệnh nhân.

Các nhà đầu tư đang dần dần bắt đầu hiểu rằng việc cai nghiện chỉ là một thành tố của một chiến lược điều trị toàn diện. Các tiêu chí bố trí bệnh nhân như là những tiêu chí do Hiệp Hội Y Khoa Cai Nghiện Hoa Kỳ (ASAM) quy định

trong ấn phẩm Các tiêu chí Bố trí Bệnh nhân, Tái bản lần thứ hai, Phiên bản Điều chỉnh (ASAM 2001), đã giữ vai trò chủ đạo khi các bác sĩ lâm sàng và các nhà bảo hiểm cố gắng đạt được các thoả hiệp về mức độ điều trị mà một bệnh nhân cụ thể đòi hỏi, cũng như bởi cảnh thích hợp về mặt y tế có cung cấp các dịch vụ điều trị. Theo đó, TIP này đưa ra các đề xuất cho việc giải quyết các mâu thuẫn cũng như định nghĩa rõ ràng các thuật ngữ được sử dụng trong việc bố trí bệnh nhân và các bối cảnh điều trị như là một bước để thấu hiểu nhau rõ ràng hơn trong số các bên có liên quan.

2 Bối cảnh điều trị, Các Mức độ Chăm sóc, và Việc Bố trí Bệnh nhân

Việc thành lập các tiêu chí có tính đến tất cả những nhu cầu có thể có của các bệnh nhân đang tiếp nhận các dịch vụ cai nghiện và điều trị là một nhiệm vụ cực kỳ phức tạp. Chương tiếp theo này sẽ thảo luận những tiêu chí cho việc bố trí bệnh nhân vào những bối cảnh điều trị thích hợp và cung cấp các dịch vụ được yêu cầu (đó là mức độ chăm sóc).

Tổng quan

Vai trò của những Bối cảnh Khác nhau trong việc Cung cấp các Dịch vụ

Phòng khám của Bác sĩ

Trung tâm Chăm sóc Khẩn cấp hoặc Khoa Cấp cứu Độc lập

Cơ sở Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện hoặc Sức Khỏe Tâm thần Độc lập

Các Chương trình Nằm viện bán phần và chương trình cho Bệnh nhân Ngoại trú Tập trung

Những địa điểm Nội trú Chăm sóc Cấp tính

Những Mối quan tâm khác Liên quan đến những mức độ Chăm sóc và Việc Bố trí

Vai trò của những Bối cảnh Khác nhau trong việc Cung cấp các Dịch vụ

Thuốc cai nghiện đã không ngừng được tìm kiếm để phát triển một hệ thống chăm sóc hiệu quả có thể đáp ứng được những yêu cầu khám chữa bệnh của bệnh nhân với địa điểm chăm sóc thích hợp theo cách hiệu quả nhất về chi phí và ít hạn chế nhất. (Xem bảng thông tin bên dưới để biết thêm chi tiết về việc chăm sóc ít hạn chế nhất). Những thử thách đối với việc bố trí hiệu quả thích hợp với yêu cầu khách hàng ra đời từ những vấn đề sau đây:

- Những khoản thiếu hụt trong hệ thống các địa điểm chăm sóc và các mức độ chăm sóc

- Những hạn chế do các nhà đầu tư phía thứ ba áp đặt (chẳng hạn như việc tuân thủ nghiêm ngặt các tiêu chí về chi phí đã được tiêu chuẩn hoá)
- Sự hạn chế về quyền hạn của các bác sĩ lâm sàng (và đôi khi là thiếu hụt kiến thức) để quyết định bối cảnh chăm sóc và mức độ chăm sóc thích hợp nhất cho bệnh nhân.
- Việc bảo hiểm mà không mang lại lợi ích cho tình trạng rối loạn do sử dụng chất gây nghiện đã tồn tại như một phần của gói bảo hiểm cho bệnh nhân của nó
- Sự vắng bóng của các gói bảo hiểm sức khoẻ (Gastfriend và cộng sự 2000)

Hiện chưa có giải pháp hoặc công thức rõ ràng nào để vượt qua các thử thách vừa nêu trên.

Bất chấp những trở ngại đó, đã có một vài tiến bộ trong việc phát triển các tiêu chí bố trí bệnh nhân toàn diện. Bởi vì sự lựa chọn bối cảnh điều trị và cường độ điều trị (mức độ chăm sóc) rất quan trọng nên ASAM đã cho ra đời Ấn phẩm *Các tiêu chí Bố trí Bệnh nhân, Tái bản lần Hai, Phiên bản Điều chỉnh* (gọi tắt là PPC-2R) là một công cụ khám chữa bệnh dựa trên Ủy ban Đồng thuận cho việc bố trí bệnh nhân trong bối cảnh và mức độ chăm sóc phù hợp. Ấn phẩm PPC-2R của ASAM tượng trưng cho nỗ lực nhằm xác định làm thế nào những địa điểm chăm sóc có thể đáp ứng được các nhu cầu và các đặc điểm đặc biệt của bệnh nhân. Các tiêu chí hiện nay đã xác định tiêu chuẩn chăm sóc được chấp nhận rộng rãi nhất cho việc điều trị cho những rối loạn do sử dụng chất gây nghiện. Các tiêu chí do ASAM đưa ra nhằm cung cấp

Việc Chăm sóc Ít Hạn chế Nhất

Việc chăm sóc Ít Hạn chế nhất đề cập đến dân quyền của các bệnh nhân và quyền lựa chọn dịch vụ chăm sóc của họ. Có bốn vấn đề cụ thể về tầm quan trọng mang tính chất y khoa và lịch sử như sau:

1. Các bệnh nhân phải được điều trị trong các bối cảnh mà dân quyền và tự do tham gia vào xã hội của họ ít bị can thiệp nhất.
2. Các bệnh nhân có thể không chấp thuận những đề xuất của các bác sĩ về việc chăm sóc. Một mặt điều này bao gồm quyền từ chối bất cứ sự chăm sóc nào, mặt khác nó còn bao gồm quyền có được sự chăm sóc trong một bối cảnh mà họ đã lựa chọn (chứng nào mà những cân nhắc về mối nguy hiểm và khả năng tâm thần được thoả mãn). Điều này ngụ ý rằng bệnh nhân có quyền tìm kiếm một mức độ chăm sóc cao hơn hoặc khác hơn sự chăm sóc mà bác sĩ đã sắp xếp cho họ.
3. Các bệnh nhân phải được thông báo về những người tham gia vào việc xác định kế hoạch chăm sóc của họ. Việc lập kế hoạch này nên được thực hiện dưới sự hợp tác giữa các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khoẻ và bệnh nhân.
4. Việc cân nhắc cẩn thận và kỹ càng luật lệ của Quốc gia và các chính sách của cơ quan cần phải có cho những bệnh nhân không thể hành động theo ý muốn riêng của họ. Bởi vì tính chất phức tạp về mặt pháp lý của vấn đề này sẽ khác nhau từ Quốc gia này đến Quốc gia khác mà TIP này không thể cung cấp hướng dẫn dứt khoát ở đây, nhưng các nhà cung cấp cần xem xét liệu một người có bị tước quyền một cách nghiêm trọng hay không, có ý tự tử, hoặc có ý giết người hay không; có thể gây ra những tổn thương về thể xác nghiêm trọng; hoặc, ở một vài Quốc gia, có thể gây ra những tổn hại về tài sản. Trong những trường hợp như thế, luật pháp Quốc gia và/hoặc luật pháp từ sự vận dụng án lệ có thể giữ các nhà cung cấp có trách nhiệm nếu họ không cam kết chăm sóc cho bệnh nhân, thế nhưng trong các trường hợp khác thì các chương trình có thể dẫn đến tố tụng cho trường hợp giữ lại bệnh nhân một cách cưỡng bức.

những hướng dẫn khám chữa bệnh linh động; những tiêu chí này có thể không thích hợp cho những bệnh nhân cụ thể hoặc những bối cảnh chăm sóc cụ thể.

Ấn phẩm PPC-2R đã xác định sáu “phương hướng đánh giá sẽ được xem xét trong việc đưa ra các quyết định bố trí bệnh nhân” (ASAM 2001, trang. 4) như sau:

1. Nhiệm vụ cấp tính và/hoặc Có khả năng Cai nghiện
2. Những điều kiện Y sinh và những Biến chứng
3. Những điều kiện về Cảm xúc, Hành vi, hoặc Nhận thức và những Biến chứng
4. Tâm lý sẵn sàng Thay đổi
5. Tái phát, Việc sử dụng Tiếp tục, hoặc Có những vấn đề còn Tiếp diễn
6. Quá trình hồi phục/Môi trường sinh hoạt

Ấn phẩm PPC-2R của ASAM miêu tả cả những địa điểm nơi các dịch vụ có thể diễn ra cũng như cường độ của các dịch vụ (cụ thể là mức độ chăm sóc) mà bệnh nhân có thể nhận được trong những bối cảnh cụ thể. Tuy nhiên cần lưu ý một điều quan trọng được nhắc lại nhiều lần là các tiêu chí trong Ấn phẩm PPC-2R của ASAM không mô tả tất cả các chi tiết có thể có vai trò quan trọng đối với sự thành công của việc điều trị (Gastfriend và cộng sự 2000). Hơn thế nữa, những giả định truyền thống rằng việc điều trị có thể được cung cấp chỉ trong một bối cảnh cụ thể có thể không mang tính ứng dụng hoặc có giá trị đối với bệnh nhân. Việc đánh giá và cân nhắc lâm sàng về hoàn cảnh cụ thể của bệnh nhân là cần phải có cho quá trình cai nghiện và điều trị thích hợp.

Bên cạnh các tiêu chí bố trí bệnh nhân chung cho việc điều trị những rối loạn do sử dụng chất gây nghiện, ASAM còn phát triển một hệ thống các tiêu chí bố trí thứ hai quan trọng hơn cho những mục đích của TIP này—đó là năm mức độ chăm sóc được sắp xếp cho “Quá trình Cai nghiện dành cho Người trưởng thành” nằm trong Phương hướng 1 (ASAM 2001). Năm mức độ ấy bao gồm

1. *Mức độ I-D: Quá trình Cai nghiện dành cho Bệnh nhân có thể đi lại được Không có Sự giám sát Tại chỗ* (chẳng hạn như phòng khám của bác sĩ, cơ quan chăm sóc sức khỏe gia đình). Mức độ chăm sóc này là một dịch vụ được tổ chức cho bệnh nhân ngoại trú được giám sát trong khoảng thời gian đã được lên kế hoạch trước đó.
2. *Mức độ II-D: Quá trình Cai nghiện dành cho Bệnh nhân có thể đi lại được Với Sự giám sát Tại chỗ* (chẳng hạn như dịch vụ nằm viện theo ngày). Mức độ chăm sóc này được giám sát bởi những y tá có năng lực và có giấy phép hành nghề.
3. *Mức độ III.2-D: Quá trình Cai nghiện Tại nhà được Quản lý về y tế* (chẳng hạn như bối cảnh cai nghiện xã hội hoặc không có sự hỗ trợ y tế). Mức độ chăm sóc này nhấn mạnh sự hỗ trợ từ xã hội và đồng nghiệp của bệnh nhân và được nhằm vào những bệnh nhân mà tình trạng nhiễm độc của họ và/hoặc quá trình cai nghiện cần phải có sự hỗ trợ suốt 24/24.
4. *Mức độ III.7-D: Quá trình Cai nghiện dành cho Bệnh nhân nội trú được Giám sát về y tế* (chẳng hạn như trung tâm cai nghiện độc lập). Khác với Mức độ III.2.D, mức độ này cung cấp các dịch vụ cai nghiện có sự giám sát về y tế suốt 24 giờ.
5. *Mức độ IV-D: Quá trình Cai nghiện Tập trung dành cho Bệnh nhân nội trú được Quản lý về y tế* (chẳng hạn như trung tâm cho bệnh nhân nội trú trong bệnh viện tâm thần). Mức độ này cung cấp dịch vụ chăm sóc suốt 24 giờ trong những bối cảnh chăm sóc cấp tính cho bệnh nhân nội trú.

Như đã được mô tả trong Ấn phẩm PPC-2R của ASAM, phạm vi cai nghiện không chỉ đề cập đến sự suy giảm các đặc tính về tâm lý và sinh lý của các hội chứng cai nghiện, mà còn đề cập đến sự can thiệp vào quá trình sử dụng có tính bắt buộc trong số những người được chẩn đoán là bị phụ thuộc vào chất gây nghiện (ASAM 2001). Chính vì sức mạnh của quá trình này và những khó khăn vốn có trong việc vượt qua quá

trình này ngay cả khi không có hội chứng cai nghiện rõ ràng nào nên giai đoạn điều trị này thường đòi hỏi sự tăng cường về các dịch vụ ban đầu để thúc đẩy sự tham gia vào các hoạt động điều trị cũng như sự giới thiệu vai trò của bệnh nhân. Cụ thể là giai đoạn này nên giúp bệnh nhân có một tâm lý sẵn sàng và từ đó có sự cam kết tham gia điều trị lạm dụng chất gây nghiện đồng thời thúc đẩy sự kết hợp các phép chữa bệnh vững mạnh giữa bệnh nhân và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc.

Một lưu ý quan trọng là các tiêu chí trong Ấn phẩm PPC-2R của ASAM chỉ là những hướng dẫn, và không có những phác đồ cố định cho việc xác định bệnh nhân nào sẽ được bố trí theo mức độ nào. Để biết thêm thông tin chi tiết về việc bố trí bệnh nhân, độc giả nên xem lại TIP 13, *Vai trò và Hiện Trạng của Các tiêu chí Bố trí Bệnh nhân trong việc Điều trị Những Rối loạn do sử dụng Chất gây nghiện* (Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện [CSAT] 1995h).

Vì TIP này hướng đến những độc giả có thể hoặc không quen thuộc với các mức độ chăm sóc trong Ấn phẩm PPC-2R của ASAM, phần tiếp theo đây sẽ thảo luận về các dịch vụ và việc bố trí cụ thể đối với những bối cảnh chăm sóc quen thuộc với số đông độc giả.

Phòng khám của Bác sĩ

Thực tế cho thấy có gần một nửa số bệnh nhân ghé thăm nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính gặp vấn đề liên quan đến việc sử dụng chất gây nghiện. (Miller và Gold 1998). Kỳ thực, chính vì các y bác sĩ thường là người đầu tiên tiếp xúc với những bệnh nhân này, nên việc điều trị thường bắt đầu trong phòng khám của các bác sĩ gia đình (Miller và Gold 1998). Các bác sĩ nên thận trọng trong việc xác định xem bệnh nhân nào có thể tiếp nhận quá trình cai nghiện một cách an toàn theo một nền tảng cơ bản dành cho bệnh nhân ngoại trú. Như một quy luật chung, việc điều trị cho bệnh nhân ngoại trú cũng hiệu quả như việc điều trị cho bệnh nhân nội trú cho những bệnh nhân có những hội chứng cai nghiện từ nhẹ đến vừa phải. (Hayashida 1998).

Đối với những y bác sĩ điều trị cho bệnh nhân có những rối loạn do sử dụng chất gây nghiện thì việc chuẩn bị cho bệnh nhân bước vào quá trình điều trị và phát triển một hệ thống kết hợp các phép chữa bệnh giữa bệnh nhân và bác sĩ nên bắt đầu càng sớm càng tốt. Quá trình này bao gồm việc cung cấp cho bệnh nhân và gia đình họ những thông tin về quá trình cai nghiện và việc điều trị lạm dụng chất gây nghiện theo sau đó bên cạnh việc cung cấp sự chăm sóc y tế hoặc thực hiện việc chuyển tiếp khi cần thiết. Nhân viên được bố trí cho quá trình này nên bao gồm những phiên dịch viên có bằng cấp chuyên môn cho các bệnh nhân điếc và những phiên dịch viên cho các ngôn ngữ khác nếu chương trình đang phục vụ cho những bệnh nhân đang có nhu cầu về các dịch vụ này. Các bác sĩ phải chịu trách nhiệm về nơi ăn chốn ở cho những chuyển viếng thăm thường xuyên sau đó trong suốt quá trình quản lý việc cai nghiện cấp tính. Ngoài ra không được phân phát thuốc men một cách bừa bãi mà phải tuân theo liều lượng đã quy định.

Mức độ chăm sóc

Quá trình cai nghiện dành cho bệnh nhân có thể đi lại được không có sự giám sát tại chỗ

Mức độ cai nghiện này (Mức độ I-D của ASAM) là một dịch vụ được tổ chức dành cho bệnh nhân ngoại trú được tiến hành trong bối cảnh là các văn phòng, cơ sở chăm sóc sức khỏe hoặc điều trị cai nghiện, hoặc trong nhà một bệnh nhân cụ thể do những y bác sĩ đã được đào tạo kỹ lưỡng phụ trách và họ sẽ cung cấp sự đánh giá, quá trình cai nghiện, và các dịch vụ chuyển tiếp được giám sát về mặt y tế theo kế hoạch mà chương trình đã vạch ra trước đó. Những dịch vụ này sẽ được cung cấp theo kỳ một cách đều đặn. Các dịch vụ này nên được tiến hành theo một hệ thống những chính sách, và thủ tục hoặc những phác đồ y tế đã xác định (ASAM 2001). Quá trình cai nghiện cho bệnh nhân có thể đi lại được xem là chỉ thích hợp khi một mạng lưới hỗ trợ xã hội hữu ích và tích cực đã sẵn sàng cho bệnh nhân. Trong mức độ

chăm sóc này, những dịch vụ cai nghiện cho bệnh nhân ngoại trú nên được thiết kế sao cho có thể xử lý được mức độ nghiêm trọng của bệnh nhân, để đạt được quá trình cai nghiện từ những loại thuốc làm thay đổi tâm tính một cách an toàn và thoải mái, cũng như để tạo điều kiện thuận lợi cho quá trình chuyển tiếp của bệnh nhân đến quá trình điều trị và phục hồi.

Quá trình cai nghiện dành cho bệnh nhân có thể đi lại được với sự giám sát tại chỗ

Điều thiết yếu cho mức độ chăm sóc này—và giúp phân biệt nó với Quá trình Cai nghiện dành cho Bệnh nhân có thể đi lại được Không có Sự giám sát Tại chỗ—là sự sẵn sàng của những y tá có giấy phép hành nghề và có năng lực (cụ thể là những y tá đã đăng ký [gọi tắt là RNs] hoặc những y tá thực tập đã được cấp phép hành nghề [gọi tắt là LPNs] và họ sẽ giám sát những bệnh nhân suốt nhiều giờ liền mỗi ngày theo quy định của dịch vụ. (ASAM 2001). Mặt khác, mức độ cai nghiện này (Mức độ II-D của ASAM) cũng là một dịch vụ được tổ chức cho bệnh nhân ngoại trú. Tương tự như Mức độ I-D, trong mức độ này các dịch vụ cai nghiện cũng sẽ được cung cấp theo kỳ một cách đều đặn và được tiến hành theo một hệ thống các chính sách và thủ tục hoặc những phác đồ y khoa đã xác định. Các dịch vụ cho bệnh nhân ngoại trú được thiết kế nhằm xử lý mức độ nghiêm trọng của bệnh nhân và để đạt được quá trình cai nghiện từ những loại thuốc làm thay đổi tâm tính một cách an toàn và thoải mái, cũng như để tạo điều kiện thuận lợi cho việc tiếp nhận quá trình điều trị và phục hồi của bệnh nhân. (ASAM 2001).

Việc bố trí nhân viên

Mặc dù không cần phải có mặt 24/24 ở nơi điều trị nhưng sự có mặt của các y bác sĩ và y tá vẫn luôn cần thiết cho quá trình cai nghiện diễn ra trong văn phòng. Ở những Quốc gia nơi các phụ tá bác sĩ, những y tá thực tập, hoặc những chuyên gia y tá lâm sàng thực hành cao cấp được cấp phép hành nghề như những người thực hiện các hoạt động y tế thì họ có thể thực

hiện những nhiệm vụ mà thông thường là do một bác sĩ phụ trách (ASAM 2001).

Bởi vì quá trình cai nghiện được thực hiện trên cơ sở dành cho bệnh nhân ngoại trú trong những bối cảnh như thế này nên việc những nhân viên điều dưỡng và y tế luôn luôn sẵn sàng là vô cùng quan trọng để đánh giá và góp phần khẳng định rằng việc cai nghiện trong một môi trường ít được giám sát hơn vẫn an toàn. Tất cả các bác sĩ đánh giá và điều trị cho bệnh nhân phải có được và hiểu được những thông tin liên quan đến những nhu cầu của những bệnh nhân này, và tất cả phải có kiến thức về những chiều hướng tâm lý xã hội và y sinh của những bệnh nhân phụ thuộc vào các loại thuốc cấm và rượu. Những kỹ năng và những nền tảng kiến thức cần thiết gồm có:

- Hiểu được làm thế nào để nhận biết và hiểu được những dấu hiệu và triệu chứng của tình trạng ngộ độc chất gây nghiện/rượu và các loại thuốc khác và quá trình cai nghiện
- Hiểu được quá trình điều trị cũng như việc giám sát thích hợp cho những tình trạng này
- Khả năng tạo điều kiện thuận lợi cho việc tiếp nhận điều trị của cá nhân bệnh nhân

Sự tư vấn về y khoa cần phải luôn sẵn sàng trong những tình huống khẩn cấp. Các nhân viên y tế có nhiệm vụ phải nối kết các bệnh nhân với các dịch vụ điều trị mặc dù điều này có thể là một đòi hỏi không hợp lý khó có thể được đáp ứng trong một bối cảnh điều trị là các văn phòng bận rộn. Mỗi liên hệ với các dịch vụ điều trị có thể do các bác sĩ hoặc bởi những tư vấn viên, nhà tâm lý học, nhân viên công tác xã hội, và những chuyên gia chăm cứu được chỉ định cung cấp và họ sẽ luôn sẵn sàng hỗ trợ hoặc là tại chỗ hoặc thông qua hệ thống chăm sóc sức khỏe (ASAM 2001).

Trung tâm Chăm Sóc Khẩn cấp Độc lập hoặc Khoa Cấp cứu

Có rất nhiều sự khác biệt giữa các cơ sở chăm sóc khẩn cấp và các phòng cấp cứu (gọi tắt là ERs). Thông thường những bệnh nhân không

thể hoặc không muốn chờ đợi cho đến khi gặp bác sĩ trong văn phòng của họ sẽ yêu cầu dịch vụ chăm sóc khẩn cấp, trong khi đó những phòng cấp cứu được dùng thường xuyên hơn cho những bệnh nhân tự nhận thấy họ đang trong tình trạng khủng hoảng. Khác với những khoa cấp cứu được yêu cầu hoạt động 24/24, những trung tâm chăm sóc khẩn cấp độc lập thường có giờ làm việc cụ thể. Nhân viên làm việc cho những trung tâm chăm sóc khẩn cấp thường ít hơn nhân viên trong một phòng cấp cứu. Việc tuyển chọn nhân viên tiêu chuẩn cho quy trình này bao gồm chỉ một bác sĩ, một y tá đã đăng ký, một kỹ thuật viên, và một thư ký. Tuy có những sự khác biệt như vậy nhưng giữa hai bộ phận này thường xảy ra tình trạng chồng chéo lên nhau trong quá trình thực hiện—cụ thể phòng cấp cứu sẽ xem xét những vấn đề về y tế để xử lý khi đến văn phòng, và các cơ sở chăm sóc khẩn cấp sẽ giải quyết một số trường hợp cấp cứu khác.

Một trung tâm chăm sóc khẩn cấp độc lập hoặc khoa cấp cứu thường được yêu cầu cung cấp việc đánh giá và việc chăm sóc y sinh cấp tính (bao gồm chăm sóc tâm thần). Tuy nhiên, những bối cảnh này thường không thể cung cấp sự ổn định tâm lý xã hội thỏa mãn hoặc sự ổn định y sinh hoàn chỉnh (điều mà bao gồm cả bước khởi đầu và sự giảm dần về lượng thuốc được sử dụng trong quá trình điều trị những hội chứng cai nghiện chất gây nghiện). Việc lựa chọn bệnh nhân chữa trị theo tình trạng nguy cấp của họ một cách thích hợp và mối liên hệ thành công với các dịch vụ cai nghiện đang diễn ra là cực kỳ quan trọng. Các dịch vụ cai nghiện đang diễn ra có thể được cung cấp trong một môi trường dành cho bệnh nhân nội trú, tại nhà, hoặc ngoại trú. Những bệnh nhân gặp nhiều biến chứng tâm lý xã hội hoặc y sinh hơn thì có thể yêu cầu được điều trị trong một môi trường dành cho bệnh nhân nội trú. Việc chăm sóc trong những bối cảnh như thế có thể rất tốn kém và chỉ diễn ra khi có những mối quan tâm nghiêm túc về sự an toàn của bệnh nhân.

Việc đánh giá chính xác và kịp thời trong một khoa cấp cứu là cực kỳ quan trọng. Điều này sẽ cho phép việc chuyển tiếp bệnh nhân nhanh

chóng đến một môi trường cung cấp sự chăm sóc hoàn chỉnh hơn. Lý tưởng nhất là nhân viên trong khoa cấp cứu phải ít nhiều có kinh nghiệm và chuyên môn trong việc xác định xem những bệnh nhân đang sử dụng chất gây nghiện và có thể sẽ trải qua hoặc đang trải nghiệm những triệu chứng cai nghiện có đang trong tình trạng nguy cấp hay không. Ba quy luật tất yếu này được áp dụng cho những khoa cấp cứu đồng thời cũng áp dụng cho việc xử lý những bệnh nhân ngộ độc và bệnh nhân bắt đầu quá trình cai nghiện của khoa.

- Những khoa cấp cứu và các bác sĩ lâm sàng không nên chỉ đơn giản là quản lý thuốc men cho những bệnh nhân nhiễm độc và sau đó gửi họ về nhà.
- Không một bệnh nhân nhiễm độc nào được phép rời khỏi bệnh viện. Tất cả các bệnh nhân ấy phải được chuyển đến môi trường cai nghiện thích hợp nếu có thể mặc dù có những giới hạn có tính pháp lý không cho phép giữ bệnh nhân lại trong trường hợp bệnh nhân không đồng ý (Armenian và cộng sự 1999).
- Cần phải có sự phân biệt rõ rệt giữa tình trạng ngộ độc cấp tính và việc cai nghiện. Tình trạng ngộ độc cấp tính đưa ra những vấn đề và thách thức đặc biệt cần phải được giải quyết. Nguy cơ tự vẫn ở các bệnh nhân ngộ độc cần phải được đánh giá cẩn thận. Chính vì sự không cương quyết và hành vi cư xử mạo hiểm nên các bệnh nhân bị ngộ độc cũng như những bệnh nhân bắt đầu quá trình cai nghiện đáng nhận được sự quan tâm đặc biệt. Để biết thêm thông tin về việc điều trị những bệnh nhân ngộ độc, xem chương 3.

Mức độ chăm sóc

Sự chăm sóc sẽ được cung cấp cho những bệnh nhân mà các dấu hiệu và triệu chứng cai nghiện đã trở nên nghiêm trọng để có thể yêu cầu các dịch vụ chăm sóc điều dưỡng và y tế đó. Các dịch vụ này được cung cấp theo một hệ thống các thủ tục hoặc những phác đồ y khoa đã xác định do các bác sĩ quản lý. Cả hai môi trường này sẽ cung cấp việc đánh giá được hướng dẫn

về y khoa và việc chăm sóc cấp tính bao gồm sự bắt đầu của quá trình cai nghiện chất gây nghiện. Thực tế, không có môi trường điều trị nào có thể mang đến sự ổn định về y sinh hoặc sự quan sát 24/24 thoả đáng. Nhìn chung, việc chọn lựa bệnh nhân để chữa trị theo tình trạng nguy cấp của họ đối với dịch vụ chăm sóc cho bệnh nhân nội trú có thể dễ dàng hơn trong hai môi trường này.

Những trung tâm chăm sóc khẩn cấp độc lập và các khoa cấp cứu là những môi trường điều trị dành cho bệnh nhân ngoại trú được thiết kế đặc biệt để giải quyết những nhu cầu của những bệnh nhân đang trong tình trạng khủng hoảng về y sinh. Đối với những bệnh nhân có những rối loạn do sử dụng chất gây nghiện, việc chăm sóc trong những môi trường như thế không hoàn chỉnh cho đến khi liên kết thành công việc điều trị được tập trung cụ thể về vấn đề rối loạn do sử dụng chất gây nghiện. Để đạt được điều này, một sự đánh giá toàn diện cả về những vấn đề tâm lý xã hội cũng như về y sinh sẽ được đề xuất bất cứ nơi nào có thể.

Sự nhận thức về giá trị của việc đánh giá bệnh nhân đa diện là vấn đề trung tâm đối với khả năng của các bác sĩ lâm sàng trong việc quyết định những lựa chọn chữa trị cho bệnh nhân theo tình trạng nguy cấp (sự liên kết) sao cho ít hạn chế nhất và hiệu quả nhất về chi phí nhất cho một bệnh nhân được chỉ định.

Việc bố trí nhân viên

Nhân viên của các khoa cấp cứu và những đơn vị chăm sóc khẩn cấp độc lập đều do các bác sĩ bố trí. Những luật lệ tương tự liên quan đến việc ai sẽ có thể cung cấp sự chăm sóc được áp dụng ở đây như họ đã làm trong cuộc thảo luận về việc sắp xếp nhân viên của quá trình cai nghiện diễn ra ở phòng khám bệnh (ASAM 2001). Một y tá đã đăng ký hoặc y tá khác có năng lực và có giấy phép hành nghề luôn sẵn sàng cho việc chăm sóc điều dưỡng và giám sát chính. Tuy vậy những nhà tâm lý học, nhân viên công tác xã hội, tư vấn viên về cai nghiện, và chuyên gia chăm cứu thường không có mặt sẵn trong những bối cảnh cai nghiện như thế

này. Các bác sĩ hoặc các y tá phụ trách thường giúp cho sự liên kết với việc điều trị lạm dụng chất gây nghiện dễ dàng hơn.

Cơ sở Điều trị Lạm Dụng Chất gây nghiện hoặc Sức khoẻ Tâm thần Độc lập

Các cơ sở điều trị lạm dụng chất gây nghiện độc lập có thể hoặc không thể được trang bị để cung cấp việc đánh giá và việc điều trị những tình trạng tâm thần đồng diễn và những vấn đề tâm sinh lý xã hội đầy đủ bởi vì các dịch vụ có sự khác nhau đáng kể từ cơ sở này đến cơ sở khác. Mặt khác, các cơ sở sức khoẻ tâm thần cho bệnh nhân nội trú thường có thể cung cấp việc điều trị cho những rối loạn do sử dụng chất gây nghiện và những tình trạng tâm thần đồng diễn. Tuy nhiên, cũng như những cơ sở điều trị lạm dụng chất gây nghiện, hệ thống các dịch vụ hiện có cũng khác nhau từ cơ sở sức khoẻ tâm thần này đến cơ sở sức khoẻ tâm thần khác.

Những hướng dẫn chung trong việc xem xét việc bố trí bệnh nhân trong một trong hai môi trường cai nghiện này được đề cập bên dưới; tuy nhiên, cần phải nhấn mạnh rằng một sự hiểu biết rõ ràng về các dịch vụ cụ thể mà một bối cảnh đã chỉ định cung cấp là không thể thiếu đối với việc xác định lựa chọn điều trị sao cho ít hạn chế nhất và hiệu quả nhất về chi phí. Mỗi quan tâm về vấn đề an toàn cũng vô cùng quan trọng, và quyết định cuối cùng liên quan đến việc bố trí luôn luôn tùy thuộc vào bác sĩ điều trị.

Mức độ chăm sóc

Quá trình Cai nghiện Cho Bệnh nhân Nội trú Được Giám sát về Y tế

Quá trình cai nghiện cho bệnh nhân nội trú cung cấp sự giám sát, quan sát, và hỗ trợ 24/24 cho bệnh nhân nhiễm độc hoặc đang trong quá trình cai nghiện. Bởi vì mức độ chăm sóc này tương đối hạn chế và tốn kém hơn lựa chọn điều trị tại nhà, nhiệm vụ của quá trình điều trị trong môi trường điều trị này nên được tập trung rõ ràng và hạn chế về phạm vi. Những vấn đề quan

trọng cần lưu ý là phải đảm bảo rằng bệnh nhân được ổn định về y tế (bao gồm sự bắt đầu và sự giảm dần về lượng thuốc được dùng cho việc điều trị của quá trình cai nghiện); nhấn mạnh việc đánh giá cho sự ổn định tâm sinh lý xã hội đầy đủ, sự can thiệp nhanh chóng; cũng như việc tạo điều kiện thuận lợi cho sự liên kết hiệu quả và sự tham gia vào những dịch vụ thích hợp khác cho bệnh nhân ngoại trú và nội trú.

Những môi trường điều trị dành cho bệnh nhân nội trú cung cấp quá trình cai nghiện tập trung cho bệnh nhân nội trú được quản lý về y tế. Ở mức độ chăm sóc này, các bác sĩ luôn túc trực 24/24 mỗi ngày qua điện thoại. Một bác sĩ nên sẵn sàng tiếp cận bệnh nhân trong vòng 24 giờ đầu khi bệnh nhân mới được đưa vào (hoặc sớm hơn, nếu cần thiết về phương diện y tế) và nên sẵn sàng cung cấp việc giám sát tại chỗ và sự đánh giá sau đó theo ngày. Một y tá đăng ký hoặc chuyên gia điều dưỡng giỏi nên có mặt để quản lý việc đánh giá bước đầu. Một y tá sẽ chịu trách nhiệm về việc giám sát sự tiến bộ của bệnh nhân và việc quản lý thuốc men theo giờ nếu cần thiết. Nhân viên có năng lực và có phép hành nghề cũng nên sẵn sàng để quản lý thuốc men theo những chỉ thị của bác sĩ.

Quá trình Cai nghiện Tại nhà được Quản lý về Y tế

Những môi trường cai nghiện tại nhà khác nhau rất lớn về mức độ chăm sóc mà nó cung cấp. Những môi trường có sự giám sát y tế tập trung với sự có mặt của các bác sĩ, y tá thực tập, phụ tá bác sĩ, và những y tá có thể xử lý tất cả các trường hợp ngoại trừ những biến chứng của tình trạng nhiễm độc và quá trình cai nghiện nghiêm trọng nhất. Mặt khác, một số môi trường cai nghiện tại nhà có sự giám sát về y tế tập trung ít nhất. Quá trình cai nghiện tại nhà như thế với sự giám sát y tế hạn chế thường được xem như “quá trình cai nghiện xã hội.” (Mặc dù mô hình “cai nghiện xã hội” không giới hạn trong những cơ sở tại nhà.) Những cơ sở với ít mức độ chăm sóc hơn nên có những thủ tục rõ ràng để thay thế cho việc thực hiện và theo đuổi sự chuyển đổi và sự liên kết y tế thích hợp, đặc biệt là trong trường hợp khẩn

cấp. Ví dụ, một bệnh nhân đang có nguy cơ động kinh hoặc lên cơn mê sảng cần phải được chuyển đến cơ sở y tế thích hợp để được chăm sóc cấp tính cho những triệu chứng hiện tại, có thể được dùng thuốc, và sau đó trở lại với môi trường cai nghiện xã hội cho việc giám sát và quan sát liên tục. Sự thành lập mối quan hệ hợp tác giữa những cơ quan thể này là một ví dụ điển hình về cách cung cấp sự chăm sóc đầy đủ cho bệnh nhân rất hiệu quả về chi phí.

Những chương trình cai nghiện tại nhà cung cấp sự giám sát, quan sát, và hỗ trợ 24/24 cho những bệnh nhân nhiễm độc hoặc đang trong quá trình cai nghiện. Quá trình này nhấn mạnh sự hỗ trợ từ xã hội và đồng nghiệp (ASAM 2001). Những tiêu chuẩn đã phát hành bởi những tổ chức như Ủy ban Chung về Sự Công nhận Các Tổ chức Sức khỏe (gọi tắt là JCAHO) và Ủy ban về Sự Công nhận Các Cơ sở Phục hồi (gọi tắt là CARF) cung cấp những thông tin thêm về những tiêu chuẩn đánh giá chất lượng cho quá trình cai nghiện tại nhà. Thông tin thêm về vấn đề này hiện có trên trang thông tin điện tử JCAHO (www.jcaho.org) và trang CARF (www.carf.org).

Việc bố trí nhân viên

Những chương trình cai nghiện cho bệnh nhân nội trú thường tuyển dụng những bác sĩ lâm sàng có bằng cấp và được phép hành nghề và các bác sĩ ấy sẽ làm việc theo chế độ 24/24 đã được lên kế hoạch trước đó, phải cung cấp sự đánh giá, chăm sóc, và các dịch vụ điều trị được hướng dẫn một cách chuyên nghiệp cho bệnh nhân và gia đình của họ. Một nhóm các bác sĩ lâm sàng liên ngành được đào tạo bài bản (như là các y bác sĩ, y tá đã đăng ký và y tá thực tập có phép hành nghề, tư vấn viên, nhân viên công tác xã hội, và nhà tâm lý học) phải luôn sẵn sàng để tiếp cận và điều trị bệnh nhân và để hiểu và nhận biết được những thông tin liên quan đến những nhu cầu của bệnh nhân. Số lượng và các quy định của các thành viên trong nhóm bác sĩ điều trị phải thích hợp với mức độ nghiêm trọng của những vấn đề của bệnh nhân (ASAM 2001).

Việc bố trí nhân viên cho những chương trình cai nghiện tại nhà do những nhân viên có năng lực đã được đào tạo và có đủ khả năng để thực hiện những phác đồ chữa trị đã được bác sĩ chấp thuận cho việc quan sát và giám sát bệnh nhân thực hiện. Những nhân viên này cũng sẽ chịu trách nhiệm về việc xác định mức độ chăm sóc thích hợp và tạo điều kiện thuận lợi cho sự chuyển tiếp bệnh nhân đến quá trình chăm sóc đang diễn ra. Việc đánh giá về y tế và tư vấn cũng nên sẵn sàng 24/24 giờ một ngày theo những hướng dẫn thực hành điều trị/chuyển tiếp. Tất cả các bác sĩ lâm sàng sẽ tiếp cận và điều trị cho bệnh nhân phải hiểu và nhận biết được những thông tin liên quan đến nhu cầu của những bệnh nhân này và phải có kiến thức về những chiều hướng y sinh và tâm lý xã hội của sự phụ thuộc rượu và các chất gây nghiện khác. Những kiến thức này bao gồm khả năng nhận biết về những dấu hiệu và triệu chứng của tình trạng ngộ độc và cai nghiện cũng như sự điều trị và giám sát thích hợp của những tình trạng ấy và làm thế nào giúp cho việc tiếp nhận sự chăm sóc hiện có của cá nhân bệnh nhân dễ dàng hơn. Các nhân viên nên đảm bảo rằng các bệnh nhân đang uống thuốc theo chỉ định và những yêu cầu có tính pháp lý của các bác sĩ (ASAM 2001).

Việc bố trí nhân viên cho một vài chương trình cai nghiện tại nhà còn nhằm để giám sát việc dùng thuốc tự quản cho sự quản lý quá trình cai nghiện. Tất cả những chương trình như thế nên dựa vào những phác đồ khám chữa bệnh được thành lập để xác định những bệnh nhân có nhu cầu về y sinh vượt quá khả năng của cơ sở đó và để xác định chương trình nào có nhu cầu về việc chuyển đổi những bệnh nhân này đến những môi trường điều trị thích hợp hơn.

Những chương trình Nằm viện Một phần và chương trình Tập trung dành cho Bệnh nhân Ngoại trú

Một chương trình tập trung dành cho bệnh nhân ngoại trú (gọi tắt là IOP) hoặc chương trình nằm viện một phần (gọi tắt là PHP) thích hợp cho những bệnh nhân có những triệu

chứng cai nghiện từ nhẹ đến vừa phải. Việc đánh giá tâm lý xã hội và sự can thiệp tỉ mỉ nên luôn sẵn sàng bên cạnh việc đánh giá và sự ổn định về y sinh. Nhiều chương trình như thế có những mối liên hệ chặt chẽ về việc khám chữa bệnh và/hoặc về vấn đề quản lý với các trung tâm bệnh viện. Khi cần thiết, việc lựa chọn bệnh nhân chữa trị theo mức độ nguy cấp của họ theo một mức độ chăm sóc cao hơn cần phải dễ dàng đạt được. Ngoài ra, việc điều trị cho bệnh nhân ngoại trú phải được cung cấp cùng lúc với tất cả giai đoạn của quá trình cai nghiện.

Mức độ chăm sóc

Mức độ cai nghiện này là một dịch vụ được tổ chức cho bệnh nhân ngoại trú đòi hỏi bệnh nhân phải có mặt tại địa điểm cai nghiện nhiều giờ trong một ngày. Vì thế nó cũng tương tự như ở phòng khám của bác sĩ nơi cung cấp việc cai nghiện cho bệnh nhân có thể đi lại được với sự giám sát tại chỗ. Khác với ở phòng khám của bác sĩ, trong IOP và PHP thì một thông lệ tiêu chuẩn là phải có một nhóm liên ngành luôn sẵn sàng để cung cấp hoặc tạo điều kiện cho sự liên kết với một hệ thống các dịch vụ chuyển tiếp, cai nghiện, và đánh giá được giám sát về mặt y tế.

Các dịch vụ cai nghiện cũng được cung cấp theo kỳ một cách thường xuyên và được cung cấp theo một hệ thống các chính sách và thủ tục hoặc những phác đồ y khoa đã xác định. Các dịch vụ cho bệnh nhân ngoại trú thế này được thiết kế để xử lý mức độ của sự nghiêm trọng lâm sàng của bệnh nhân, cũng như để đạt được quá trình cai nghiện khỏi những loại thuốc làm thay đổi tâm tính (bao gồm cả rượu), và để giúp cho bệnh nhân tham gia vào việc điều trị và phục hồi đang diễn ra một cách hiệu quả (ASAM 2001).

Một chương trình nằm viện một phần có thể có môi trường điều trị tương tự (cụ thể là không gian điều trị) như là một chương trình điều trị chăm sóc cấp tính cho bệnh nhân nội trú. Mặc dù có cùng một không gian điều trị, các mức độ chăm sóc do hai chương trình này cung cấp rất khác biệt nhau nhưng lại bổ sung cho nhau. Các chương trình chăm sóc cấp tính cho bệnh

nhân nội trú cung cấp các dịch vụ cai nghiện cho những bệnh nhân có nguy cơ gặp phải quá trình cai nghiện nghiêm trọng và cho những bệnh nhân cần mức độ chăm sóc đặc biệt được quản lý về y tế cao nhất, bao gồm việc tiếp cận với trang thiết bị hỗ trợ mạng sống và sự hỗ trợ y tế 24/24. Ngược lại, các chương trình nằm viện một phần lại cung cấp các dịch vụ cho những bệnh nhân có những triệu chứng cai nghiện từ nhẹ đến vừa phải mà không thể gặp nguy hiểm hoặc bị đe dọa tính mạng cũng như không đòi hỏi sự hỗ trợ về y tế 24/24. Sự chuyển tiếp từ một chương trình chăm sóc cấp tính cho bệnh nhân nội trú đến hoặc là chương trình nằm viện một phần hoặc là chương trình tập trung dành cho bệnh nhân ngoại trú được xem như là một “bước lùi.” Tiêu biểu là, không biết những chương trình này có cùng không gian điều trị và nhân viên với chương trình chăm sóc cấp tính cho bệnh nhân nội trú hoặc là khác biệt về vật chất so với một mô hình bệnh viện hay không nhưng họ có mối quan hệ mật thiết về khám chữa bệnh và/hoặc về quản lý với các trung tâm bệnh viện. Những mối quan hệ làm việc hợp tác luôn không thể thiếu khi theo đuổi mục tiêu trong việc cung cấp cho bệnh nhân mức độ chăm sóc thích hợp nhất trong một môi trường ít tốn kém nhất.

Việc bố trí nhân viên

Việc bố trí nhân viên cho các chương trình IOPs và PHPs do các bác sĩ có mặt hàng ngày như là những thành viên chủ động của một nhóm liên ngành gồm các chuyên gia được đào tạo bài bản và những người quản lý về y tế việc chăm sóc bệnh nhân thực hiện. Một y tá đăng ký hoặc y tá khác có năng lực và được phép hành nghề phải luôn sẵn sàng cho việc chăm sóc điều dưỡng và quan sát chính trong suốt ngày điều trị. Những tư vấn viên về cai nghiện hoặc những bác sĩ lâm sàng về cai nghiện có phép hành nghề cũng nên sẵn sàng để quản lý những sự can thiệp có kế hoạch theo những nhu cầu đã được đánh giá của bệnh nhân. Các chuyên gia liên ngành (như là các bác sĩ, tư vấn viên, nhân viên công tác xã hội, nhà tâm lý học, và chuyên gia chăm cứu) phải sẵn sàng như một nhóm liên ngành để tiếp cận và chăm sóc cho

bệnh nhân bị rối loạn liên quan đến chất gây nghiện cũng như những bệnh nhân có cả rối loạn do sử dụng chất gây nghiện và tình trạng về hành vi cư xử, cảm xúc hoặc y sinh đồng diễn. Sự liên kết thành công với việc điều trị cho rối loạn do sử dụng chất gây nghiện (bên cạnh sự ổn định y sinh) là vấn đề trung tâm cho nhiệm vụ của một chương trình nằm viện một phần hoặc chương trình tập trung cho bệnh nhân ngoại trú (ASAM 2001). Để biết thêm thông tin chi tiết, xem TIP *Lạm dụng chất Gây nghiện: Những vấn đề Lâm sàng về Điều trị Tập trung cho Bệnh nhân Ngoại trú* [CSAT trong quá trình phát triển d].

Môi trường Chăm sóc Cấp tính cho Bệnh nhân Nội trú

Có rất nhiều dạng môi trường chăm sóc cấp tính cho bệnh nhân nội trú bao gồm:

- Các bệnh viện đa khoa chăm sóc cấp tính
- Các đơn vị điều trị cai nghiện chăm sóc cấp tính trong các bệnh viện đa khoa chăm sóc cấp tính
- Các bệnh viện tâm thần chăm sóc cấp tính
- Những bệnh viện khác chuyên về sự phụ thuộc hoá chất được phép hoạt động

Những môi trường điều trị này cùng chia sẻ nhân viên điều dưỡng và y tế chăm sóc cấp tính, trang thiết bị hỗ trợ sự sống, cũng như sự tiếp cận đến toàn bộ những nguồn tài nguyên sẵn có của một bệnh viện đa khoa chăm sóc cấp tính hoặc đơn vị tâm thần của nó. Mức độ chăm sóc này cung cấp quá trình cai nghiện tập trung cho bệnh nhân nội trú được quản lý về y tế (ASAM 2001).

Mức độ chăm sóc

Việc chăm sóc cấp tính cho bệnh nhân nội trú là một dịch vụ được tổ chức cung cấp việc cai nghiện nội trú được giám sát y tế do các chuyên gia điều dưỡng và y tế cung cấp. Việc đánh giá được giám sát về y tế và việc quản lý quá trình cai nghiện trong một cơ sở lâu dài với những giường bệnh nội trú được cung cấp cho những bệnh nhân mà dấu hiệu và triệu chứng cai nghiện

của họ đã trở nên nghiêm trọng đến mức phải yêu cầu sự chăm sóc nội trú 24/24. Các dịch vụ nên được cung cấp theo một hệ thống chính sách và thủ tục hoặc những phác đồ khám chữa bệnh do bác sĩ có trình độ chuyên môn chấp thuận và chỉ định (ASAM 2001). Thông tin về các chương trình nội trú cấp tính hiện có trên trang thông tin điện tử JCAHO (www.jcaho.org) và trang CARF (www.carf.org).

Việc bố trí nhân viên

Việc bố trí nhân viên cho các chương trình cai nghiện cấp tính cho bệnh nhân nội trú do các bác sĩ túc trực 24/24 giờ mỗi ngày như là những thành viên chủ động của nhóm liên ngành gồm các chuyên gia được đào tạo bài bản và những người quản lý về mặt y tế sự chăm sóc bệnh nhân thực hiện. Ở một số Quốc gia, những nhiệm vụ này có thể do một y tá đăng ký hoặc phụ tá bác sĩ phụ trách. Như thường lệ, một y tá đăng ký hoặc y tá thực tập có phép hành nghề phải sẵn sàng cho việc chăm sóc điều dưỡng và quan sát chính 24 giờ mỗi ngày. Những tư vấn viên về cai nghiện đã được cơ sở chấp thuận hoặc những bác sĩ lâm sàng về cai nghiện có phép hành nghề phải có mặt 8 giờ mỗi ngày để quản lý sự can thiệp đã được sắp xếp trước theo những nhu cầu đã được đánh giá của bệnh nhân. Một nhóm liên ngành gồm các bác sĩ lâm sàng được đào tạo kỹ lưỡng (cụ thể là các bác sĩ, y tá, tư vấn viên, nhân viên công tác xã hội, và nhà tâm lý học) nên sẵn sàng để tiếp cận và điều trị bệnh nhân bị rối loạn liên quan đến chất gây nghiện, hoặc bệnh nhân có những tình trạng về hành vi, tâm lý, y sinh và sử dụng chất gây nghiện đồng diễn (ASAM 2001).

Những mối quan tâm khác liên quan đến các Mức độ Chăm sóc và Bố trí

Một phần vì nhu cầu giữ cho chi phí điều trị thấp nhất có thể và một phần vì kết quả nghiện

cứu trong lĩnh vực này, quá trình cai nghiện ngoại trú đang trở thành tiêu chuẩn cho việc điều trị các triệu chứng của quá trình cai nghiện khỏi sự phụ thuộc chất gây nghiện ở nhiều nơi. Hầu hết những chương trình điều trị rượu đã phát hiện ra rằng hơn 90% bệnh nhân có những triệu chứng cai nghiện có thể được xem như những bệnh nhân ngoại trú (Abbott và cộng sự 1995). Việc kiểm tra cẩn thận các bệnh nhân này là thiết yếu để đăng ký trước việc điều trị nội trú cho những khách hàng ấy với quá trình cai nghiện có thể phức tạp; chẳng hạn như, những bệnh nhân gặp tình trạng tâm thần hoặc y tế hơi cấp (mà bản thân họ không đòi hỏi việc nằm viện) và những bệnh nhân có nguy cơ bị tai biến mạch máu hoặc lên cơn mê sảng nên nhận được sự chăm sóc nội trú. Các chương trình điều trị cai nghiện nội trú sẽ khác nhau về mức độ chăm sóc tâm thần hoặc y tế cấp tính được cung cấp. Bảng 2-1 bên dưới mang đến một cái nhìn khái quát về những vấn đề cần xem xét trong việc quyết định giữa cai nghiện nội trú và ngoại trú.

Các tiêu chí của ASAM đang được áp dụng rộng rãi vì “tính hiệu lực” của chúng, mặc dù kết quả của chúng vẫn chưa được chứng minh về phương diện lâm sàng. Những nghiên cứu trước đó về những môi trường điều trị tập trung và bị hạn chế nhiều hoặc ít về những mô hình được lựa chọn ngẫu nhiên thường không thể thể hiện sự khác biệt, và những nghiên cứu lại tiếp tục thể hiện mô hình này (Gastfriend và cộng sự 2000). Việc liệu những bệnh nhân đang trong quá trình cai nghiện ngoại trú sẽ có kết quả tốt hơn những bệnh nhân nội trú vẫn tiếp tục được chứng minh qua tình hình thực tế (Hayashida 1998).

Một lưu ý quan trọng khác là những hướng dẫn về việc bố trí của ASAM không phải luôn luôn là sự hướng dẫn tốt nhất trong việc bố trí bệnh nhân trong một môi trường điều trị thích hợp ở một mức độ chăm sóc thích hợp. Chẳng hạn, một bác sĩ lâm sàng phải xử lý thế nào với bệnh nhân đủ tiêu chuẩn cho việc điều trị ngoại trú theo những hướng dẫn của ASAM nhưng lại vô gia cư và phải chịu đựng giá lạnh khi nhiệt độ

Bảng 2-1
Những vấn đề cần Xem xét trong việc Chọn lựa Việc Cai nghiện
Nội trú hay Ngoại trú

Những cân nhắc	Biểu hiện
Khả năng đến phòng khám hàng ngày	Cần thiết nếu việc cai nghiện ngoại trú được thực hiện
Tiền sử bị lên cơn mê sảng hoặc tai biến mạch máu trước đó	Chống chỉ định với việc cai nghiện ngoại trú: có thể bị tái phát; một tình huống cụ thể có thể đề xuất việc cai nghiện ngoại trú
Không có sự chấp thuận được thông báo	Đòi hỏi môi trường được bảo vệ (nội trú)
Tình trạng tự tử/phạm tội sát nhân/loạn thần kinh	Đòi hỏi môi trường được bảo vệ (nội trú)
Có thể/sẵn sàng tuân theo những đề nghị về điều trị	Đòi hỏi môi trường được bảo vệ (nội trú) nếu không thể tuân theo những đề nghị đó
Những tình trạng y tế đồng diễn	Những tình trạng y tế không ổn định như là bệnh tiểu đường, chứng tăng huyết áp, hoặc đang mang thai: tất cả những sự chống chỉ định tung đổi mạnh đối với quá trình cai nghiện ngoại trú
Người hỗ trợ để trợ giúp	Không thật cần thiết nhưng được khuyến khích cho quá trình cai nghiện ngoại trú
<i>Nguồn:</i> Chuyên gia Ủy ban Đồng thuận Sylvia Dennison, Bác sĩ y khoa	

xuống dưới không? Hiện chưa có dịch vụ nào dành cho những trường hợp như thế. Những hướng dẫn của ASAM sẽ được xem như “đang diễn ra,” như các tác giả của chúng đã thừa nhận (ASAM 2001, trang 19). Tuy nhiên, chúng là một hệ thống quan trọng về những hướng dẫn giúp ích rất nhiều cho các bác sĩ lâm sàng. Đối với các nhà quản lý, những tiêu chuẩn đã xuất bản bởi những tổ chức như JCAHO và CARF cung cấp sự hướng dẫn cho sự vận hành chương trình toàn diện. Thông tin chi tiết hiện có trên trang thông tin điện tử JCAHO (www.jcaho.org) và trang CARF (www.carf.org).

Thật quá rõ ràng là quá trình cai nghiện liên quan đến nhiều vấn đề hơn là chỉ đơn giản là cai nghiện một bệnh nhân khỏi rượu hoặc các

loại chất gây nghiện khác về phương diện y khoa. Quá trình cai nghiện, cho dù hoàn tất trên cơ sở nội trú, tại nhà, hay ngoại trú, thì đều thường là sự kết hợp các phép chữa bệnh bước đầu giữa bệnh nhân và bác sĩ lâm sàng. Bất kể là các chất gây nghiện nào liên quan, một quy trình cai nghiện phải mang đến một cơ hội cho việc đánh giá y sinh (bao gồm tâm thần), sự chuyển tiếp cho những dịch vụ phù hợp, và sự liên kết với các dịch vụ điều trị. Chương 3 tiếp theo đây sẽ mang đến một cái nhìn khái quát về những vấn đề y sinh và tâm lý xã hội liên quan đến quá trình cai nghiện, các chiến lược để khuyến khích bệnh nhân tham gia, và tổng quan về việc cung cấp mối liên hệ đầy đủ với những dịch vụ và việc điều trị tiếp theo sau đó.

3 Tổng quan về Những vấn đề Tâm lý xã hội và Y sinh Trong suốt Quá trình Cai nghiện

Bất kể là môi trường điều trị hoặc mức độ chăm sóc nào, mục tiêu chính của quá trình cai nghiện là cung cấp việc cai nghiện các chất gây nghiện an toàn và nhân đạo đồng thời thúc đẩy bệnh nhân tiếp nhận việc điều trị và phục hồi lâu dài. Quá trình cai nghiện mang đến một cơ hội có một không hai cho sự can thiệp trong suốt thời kỳ khủng hoảng cũng như lay động khách hàng để tạo ra những thay đổi trong quản lý về sức khỏe và quá trình hồi phục. Vì lẽ đó, mục đích chính của nhân viên cai nghiện là xây dựng sự kết hợp các phép chữa bệnh và thúc đẩy bệnh nhân tiếp nhận điều trị. Quá trình này nên bắt đầu ngay khi bệnh nhân đang trong tình trạng ổn định về y tế (Onken và cộng sự 1997).

Sự phụ thuộc về tâm lý, những tình trạng y tế và tâm thần đồng diễn, những hỗ trợ xã hội, và những tình trạng về môi trường có sức ảnh hưởng lớn đến khả năng cai thuốc thành công và được duy trì liên tục. Nghiên cứu cho thấy rằng việc giải quyết những vấn đề về tâm lý xã hội trong suốt quá trình cai nghiện đã gia tăng đáng kể khả năng bệnh nhân sẽ trải qua một quá trình cai nghiện an toàn và tiếp tục tham gia vào việc điều trị lạm dụng chất gây nghiện. Khả năng đáp ứng nhu cầu của bệnh nhân một cách đầy cảm thông của các nhân viên có thể tạo ra sự khác biệt giữa việc tái phát sử dụng chất gây nghiện và sự khởi đầu một lối sống mới (và tích cực hơn).

Chương này sẽ giải quyết những vấn đề về tâm lý xã hội và y sinh có thể ảnh hưởng đến quá trình cai nghiện và việc điều trị sau đó. Nó còn nhấn mạnh những thủ tục đánh giá cho những bệnh nhân đang trong quá trình cai nghiện, thảo luận những chiến lược trong việc khuyến khích bệnh nhân tham gia cũng như giữ lại bệnh nhân trong quá trình cai nghiện và chuẩn bị cho họ bước vào điều trị, và cuối cùng là mang đến một cái nhìn khái quát về việc cung cấp những mối liên hệ với các dịch vụ khác.

Tổng quan

Gồm có:

Đánh giá và Giải quyết Những vấn đề về Tâm lý xã hội và Y sinh

Những vấn đề cần Cân nhắc trong Việc thực hiện Sự Đánh giá Ban đầu

Những hướng dẫn Chung cho Việc giải quyết Những mối quan tâm về Y tế Túc thời

Những hướng dẫn Chung cho Việc giải quyết Những Nhu cầu Sức khoẻ Tâm thần Túc thời

Những hướng dẫn Chung cho Việc giải quyết Những mối quan tâm về Dinh dưỡng

Những vấn đề cần Cân nhắc cho tình trạng Nhiễm độc và Cai nghiện dành cho Thanh thiếu niên

Những vấn đề cần Cân nhắc cho những Bệnh nhân đang là Bố Mẹ

Những vấn đề cần Cân nhắc cho những nạn nhân của nạn Bạo hành Gia đình

Những vấn đề cần Cân nhắc cho Những Bệnh nhân Đa Văn hoá

Những vấn đề cần Cân nhắc cho Những khả năng Tái phát Thường xuyên

Những Chiến lược trong việc Khuyến khích bệnh nhân tham gia cũng như việc Giữ lại Bệnh nhân trong Quá trình Cai nghiện

Hướng dẫn Bệnh nhân về Quá trình Cai nghiện

Sử dụng Những Hệ thống Hỗ trợ

Duy trì một Môi trường hoàn toàn Không có Thuốc gây nghiện

Những Nguyên tắc cho Sự Chăm sóc Bao quát trong suốt thời gian sử dụng Các Dịch vụ Cai nghiện

- Các dịch vụ cai nghiện không cung cấp một “liệu pháp chữa trị” cho những rối loạn do sử dụng chất gây nghiện. Chúng thường là bước đầu tiên để đến với quá trình phục hồi và là “cánh cửa đầu tiên” mà qua đó các bệnh nhân tiến đến quá trình điều trị.
- Những rối loạn do sử dụng chất gây nghiện thường có thể chữa trị được và có khả năng sẽ hồi phục.
- Những rối loạn chất gây nghiện là những rối loạn về não bộ và không phải là chứng căn cứ của những khiếm khuyết về đạo đức.
- Bệnh nhân được điều trị với sự tôn trọng và lòng tự trọng trong mọi lúc.
- Bệnh nhân được hỗ trợ khi điều trị và không bị phán xét.
- Việc hoạch định các dịch vụ được thực hiện trong mối quan hệ hợp tác với bệnh nhân đó và mạng lưới hỗ trợ xã hội của anh/cô ấy, bao gồm những người như là gia đình, những nhân vật quan trọng khác, hoặc những người chủ.
- Tất cả những chuyên gia sức khoẻ liên quan đến dịch vụ chăm sóc bệnh nhân sẽ tối ưu hoá những cơ hội để xúc tiến quá trình hồi phục và các hoạt động duy trì và để liên kết anh/cô ấy đến việc điều trị lạm dụng chất gây nghiện thích hợp ngay sau giai đoạn cai nghiện.
- Sự tham gia tích cực của gia đình và những hệ thống hỗ trợ khác trong khi vẫn tôn trọng quyền riêng tư và bảo mật của bệnh nhân luôn được khuyến khích.
- Những bệnh nhân được điều trị với những cân nhắc về lai lịch của cá nhân, văn hoá, sở thích, khuynh hướng giới tính, tình trạng bất lực, tình trạng không được bảo vệ, và thể mạnh của họ.

Xem xét Những Phương pháp Khác
Gia tăng Động cơ Thúc đẩy
Góp phần Giúp cho Sự can thiệp về Động cơ
Thúc Đẩy thích hợp với Giai đoạn Thay đổi
Thúc đẩy Sự Kết hợp Các Phép chữa bệnh

Quá trình Chuyển tiếp và Những mối liên hệ

Việc đánh giá về Những Nhu cầu Hồi phục của Bệnh nhân

Những Bối cảnh Điều trị

Cung cấp Sự Liên kết với Những Hoạt động Điều trị và Duy trì

Cung cấp Sự Tiếp cận với Các Dịch vụ Chăm sóc có tính Đặc thù

Giảm thiểu đến mức thấp nhất Những Rào cản trong việc Tiếp cận

Sử dụng Quản lý Trường hợp cụ thể

Sự liên kết với Những Dịch vụ Tâm thần Đang diễn ra

Sự liên kết với Sự Chăm sóc Y tế Sau đó

Những vấn đề cần Cân nhắc cho Những Cá nhân Bị Phụ thuộc Chất gây nghiện Kinh niên

Đánh giá và Giải quyết Những Vấn đề Tâm lý xã hội và Y sinh

Những bệnh nhân đang bước vào quá trình cai nghiện đang trải qua cuộc khủng hoảng lớn về y tế và cá nhân họ. Bản thân quá trình cai nghiện có thể gây ra hoặc làm nghiêm trọng hơn những vấn đề hiện tại về cảm xúc, tâm lý và tâm thần. Những nhân viên cai nghiện cần được trang bị để xác định và giải quyết những vấn đề tiềm ẩn.

Những vấn đề cần Cân nhắc trong việc Thực hiện Sự Đánh giá Ban đầu

Một sự đánh giá ban đầu sẽ giúp các nhân viên phụ trách quá trình cai nghiện biết trước sự thay đổi nào có thể khiến cho một quá trình cai nghiện hiệu quả và an toàn trở nên phức tạp. Bảng 3-1 bên dưới sẽ nêu ra những lĩnh vực y

Bảng 3-1
Những Phạm vi Đánh giá về Y sinh và Tâm lý xã hội Ban đầu

Những lĩnh vực về Y sinh

- *Tiền sử sức khỏe nói chung*—Tiền sử về y tế và phẫu thuật của bệnh nhân là gì? Có đang gặp tình trạng y tế hay tâm thần nào không? Có triệu chứng dị ứng với thuốc không? Có tiền sử về tai biến mạch máu không?
- *Tình trạng Tâm thần*—Bệnh nhân là người hướng nội, luôn cảnh giác, hay chịu hợp tác? Những suy nghĩ của họ có mạch lạc không? Có dấu hiệu nào cho thấy họ có những rối loạn tâm thần và suy nghĩ tự huỷ hoại không?
- *Việc đánh giá về thể chất nói chung thông qua cuộc kiểm tra về hệ thần kinh*—Việc này sẽ giúp xác định sức khỏe chung của bệnh nhân và xác định bất cứ rối loạn y tế hoặc tâm thần nào của mối quan tâm trước mắt.
- *Nhiệt độ, mạch, huyết áp*—Đây là những biểu hiện quan trọng và cần phải được theo dõi chặt chẽ trong suốt quá trình cai nghiện.
- *Những mô hình lạm dụng chất gây nghiện*—Lần cuối bệnh nhân sử dụng chất gây nghiện là khi nào? Loại chất gây nghiện họ lạm dụng là gì? Lượng chất gây nghiện đã sử dụng và mức độ sử dụng thường xuyên thế nào?

Bảng 3-1

Những Phạm vi Đánh giá về Y sinh và Tâm lý xã hội Ban đầu

- *Kiểm tra Sự nhiễm độc trong nước tiểu cho những chất gây nghiện thường bị lạm dụng.*
- *Việc điều trị lạm dụng chất gây nghiện hoặc việc cai nghiện trong quá khứ—Việc này nên bao gồm cả quá trình cai nghiện và số lượng những quá trình cai nghiện trước đó cũng như bất cứ biến chứng nào có thể xảy ra.*

Những Lĩnh vực về Tâm lý xã hội

- *Những đặc điểm về Nhân khẩu học—Những thông tin thu thập được về giới tính, độ tuổi, dân tộc, văn hoá, ngôn ngữ, và trình độ học vấn.*
- *Điều kiện sống—Bệnh nhân là người vô gia cư hay sống trong một nơi trú ẩn nào đó? Hoàn cảnh sống là gì? Những người quan trọng khác đối với họ có sống trong nhà không (và, nếu có, họ có thể giám sát một cách an toàn không?)*
- *Nguy cơ bạo lực, tự vẫn—Bệnh nhân là người hung hãn, chán nản, hay tuyệt vọng? Có tiền sử về bạo lực hay không?*
- *Phương tiện vận chuyển—Bệnh nhân có phương tiện đi lại đầy đủ để đến điểm hẹn hay không? Có cần phải có sự sắp xếp khác không?*
- *Tình hình tài chính—Bệnh nhân có khả năng mua thuốc hay thực phẩm hay không? Bệnh nhân có việc làm và thu nhập đầy đủ hay không?*
- *Tình trạng con cái—Bệnh nhân có thể chăm sóc con, có thể cung cấp sự chăm sóc đầy đủ cho con, và đảm bảo sự an toàn của con hay không?*
- *Tình trạng Hợp pháp—Bệnh nhân có phải là một công dân hợp pháp hay không? Có vấn đề gì về pháp lý chưa giải quyết hay không? Có đang bị toà án xử lý hay không?*
- *Những khiếm khuyết về thể chất, giác quan hoặc về nhận thức—Bệnh nhân có những khiếm khuyết nào cần cân nhắc kỹ lưỡng hay không?*

sinh và tâm lý xã hội có thể ảnh hưởng đến tình trạng ổn định của bệnh nhân.

Những phần tiếp theo bao gồm những hướng dẫn chung và những cân nhắc quan trọng cần tuân theo khi cung cấp các dịch vụ cai nghiện.

Những Hướng dẫn Chung cho việc Giải quyết Những Mối quan tâm về Y tế Tức thời

Bởi vì việc lạm dụng chất gây nghiện ảnh hưởng đến tất cả bộ máy làm việc trong cơ thể cùng với việc không thể tự chăm sóc bản thân nên việc quá trình cai nghiện trở nên phức tạp hơn vì những vấn đề về y tế là hoàn toàn bình thường. Các chuyên gia sức khoẻ nên kiểm tra những vấn đề về y tế có thể đưa khách hàng vào nguy cơ khủng hoảng y tế hoặc đưa các khách hàng khác hoặc nhân viên đến những chứng bệnh

truyền nhiễm. Phần này vạch ra những cân nhắc quan trọng cho cả các nhân viên y tế và phi y tế. Chương 5 cung cấp một cái nhìn khái quát lâm sàng về những tình trạng y tế đồng diễn và cơ bản được hướng đến nhân viên y tế.

Những tình trạng y tế đồng diễn

Việc tư vấn ban đầu nên bao gồm sự đánh giá về những dấu hiệu, triệu chứng và mức độ nghiêm trọng của việc cai nghiện được mong đợi. Việc cai nghiện không phải là một ngành khoa học chính xác, nhưng bất cứ sự sai lệch đáng kể nào từ quá trình cai nghiện được trông đợi nên được quan sát chặt chẽ. Bảng 3-2 bên dưới sẽ cung cấp một danh sách những dấu hiệu và triệu chứng của những tình trạng cần sự lưu ý về y tế tức thì. Tất cả các nhân viên làm việc với bệnh nhân nên nhận thức được những điều này và tìm kiếm sự tư vấn về y tế cho bệnh nhân khi cần thiết.

Bảng 3-2
Những Triệu chứng và Dấu hiệu
của Những Tình trạng Cần Sự Lưu ý
về Y tế Tức thì

- Sự thay đổi về tình trạng tâm thần
- Sự gia tăng nỗi lo lắng và sợ hãi
- Tình trạng Ảo giác
- Chứng tai biến mạch máu não
- Nhiệt độ cao hơn 100.4 độ F (tương đương 38 độ C) (những bệnh nhân này được xem là có nguy cơ lây nhiễm cao)
- Sự gia tăng và/hoặc sự suy giảm đáng kể về huyết áp và nhịp tim
- Chứng mất ngủ
- Các cơn đau ở vùng bụng
- Xuất huyết ở dạ dày-ruột trên và dưới
- Những thay đổi trong sự phản ứng của các đồng tử
- Những phản xạ căng dây chằng và chứng co giật mất cá, một phản xạ tác động lên đôi chân khi bị nhấn vào miệng (cụ thể là đối với vùng miệng của bệnh nhân), biểu hiện tính dễ bị kích thích của hệ thần kinh trung ương và khả năng bị động kinh

Chứng động kinh là mối quan tâm đặc biệt. Các nhân viên đang hành nghề nên trao đổi với bệnh nhân và gia đình của họ về những rối loạn về chứng động kinh và tiền sử về động kinh. Ngoài ra, những nhân viên phi y tế nên nhận thức được những dấu hiệu của chứng động kinh đang đe dọa như là sự tê liệt, tăng huyết áp, những phản xạ quá khích, và nhiệt độ cao và mạch đập nhanh. Điều thiết yếu là các nhân viên phi y tế phải được đào tạo kỹ lưỡng theo những phác đồ để ngăn chặn sự tổn thương trong trường hợp có tai biến. Một bác sĩ hoặc y tá sẽ đánh giá khả năng thực hiện được những phác đồ này. Để biết thêm thông tin chi tiết về chứng động kinh, xem chương 4.

Tất cả các nhân viên đang làm việc với bệnh nhân phải quen thuộc với những rối loạn về y tế có liên quan với các chất gây nghiện khác nhau hoặc đường lối quản lý. Chứng nghiện rượu có ảnh hưởng đến rất nhiều các bộ phận trong cơ

thể bao gồm gan, lá lách, hệ thần kinh trung ương, hệ thống tim mạch, và hệ thống nội tiết. Chất côcain sẽ gây ra nhiều biến chứng về y tế thông qua hiện tượng co mạch (cụ thể là, sự thu hẹp mạch máu), bao gồm chứng nhồi máu cơ tim (đau tim), đột quỵ, bệnh thận, sự sảy thai tự phát, và thậm chí là sự nhồi máu vùng ruột (sự chết đi của các mô). Côcain còn có thể gây ra chứng động kinh và chứng loạn nhịp tim (nhịp tim không đều). Việc dùng ma túy quá liều có thể dẫn tới sự suy giảm hô hấp có thể gây tử vong. Việc tiêm thuốc vào tĩnh mạch có thể làm gia tăng nguy cơ gây ra các biến chứng lây nhiễm, bao gồm HIV/hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải, vi rút viêm gan, chứng áp xe, và sự nhiễm trùng (sự lây lan việc truyền nhiễm từ địa điểm gốc vào cơ thể). Sự quản lý những diễn biến diễn ra trong phổi có thể gây ra những rối loạn cho phổi (Dackis và Gold 1991). Những nhân viên cai nghiện phi y tế cũng phải nhận biết được các loại thuốc được sử dụng cho quá trình cai nghiện, những loại thuốc cho những rối loạn y tế và tâm thần thông thường, và những dấu hiệu của những phản ứng và sự tương tác thuốc thông thường.

Bệnh truyền nhiễm

Phải áp dụng tất cả các biện pháp để phòng tiêu chuẩn cho tất cả các bệnh nhân để bảo vệ nhân viên và bệnh nhân khỏi sự lây nhiễm các căn bệnh truyền nhiễm, bao gồm HIV và chứng viêm gan A, B và C. Tất cả các vết thương hở phải được xử lý sớm để ngăn chặn sự lây lan. Các nhà cung cấp nên sử dụng các biện pháp để phòng sự lây nhiễm HIV/sự lây nhiễm về hệ hô hấp và qua đường máu cho đến khi phát hiện sự lây nhiễm HIV và hệ hô hấp. Bệnh nhân bị những lây nhiễm về hô hấp phải được đánh giá cẩn thận. Ủy ban Đồng thuận kiến nghị phải kiểm tra xem bệnh nhân có mắc bệnh lao hay không hoặc xem xét những kết quả kiểm tra gần đây của tất cả các bệnh nhân để quét kiểm tra về chứng lao phổi. Có thể chụp X quang phần ngực nếu bệnh nhân có tiền sử và việc đánh giá về thể chất của bệnh nhân cho thấy cần phải chụp. Nhân viên cai nghiện phi y tế phải được đào tạo để nhận biết những dấu hiệu của những

chúng bệnh truyền nhiễm thông thường có thể lây lan qua đường tiếp xúc thông thường, bao gồm tình trạng tổn thương do ghê và cháy rạn.

Những Hướng dẫn Chung cho việc Giải quyết Những Nhu cầu về Sức khỏe Tâm thần Tức thời

Phần tiếp theo đây sẽ cung cấp những hướng dẫn chung cho việc điều trị bệnh nhân có nhu cầu tức thì về sức khỏe tâm thần. Để biết thêm thông tin chi tiết về việc điều trị bệnh nhân có những tình trạng tâm thần đồng diễn xem TIP 42, *Điều trị Lạm dụng Chất Gây nghiện cho Bệnh nhân có những Rối loạn Đồng diễn* (Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất Gây nghiện [gọi tắt là CSAT] 2005c).

Tự vẫn

Những người sử dụng nhiều loại chất gây nghiện có khả năng chịu đựng những rối loạn tâm thần, và nguy cơ rối loạn tâm thần cao nhất nằm trong số những ai sử dụng cả thuốc phiện và thuốc làm giảm căng thẳng và/hoặc rượu (Marsden và cộng sự 2000). Sự suy nhược thường xảy ra nhiều hơn trong số những người lạm dụng nhiều loại thuốc gây nghiện khác nhau, và phụ nữ có nguy cơ suy nhược cao hơn nam giới. Trong số những bệnh nhân có dấu hiệu tích cực với sự suy nhược, thì nguy cơ tự vẫn lại cao. Nghiên cứu của Marsden và các đồng nghiệp vào năm 2000 thực hiện trên 1,075 khách hàng đang điều trị cho thấy rằng có 29% bệnh nhân có ý định tự tử trong 3 tháng vừa qua.

Trong suốt quá trình cai nghiện và tình trạng ngộ độc cấp tính, điều quan trọng cần làm là phải cung cấp một môi trường có thể hạn chế đến mức thấp nhất những cơ hội tự vẫn. Như là một sự đề phòng, những địa điểm cai nghiện mà nhân viên khó quan sát không được có những vật dụng có thể dùng để tự tử. Những cuộc kiểm tra về an toàn phải được thực hiện thường xuyên và phải tăng cường kiểm tra khi thấy bệnh nhân có những dấu hiệu trầm cảm, xấu hổ, cảm giác tội lỗi, thấy mình vô dụng,

không có giá trị, và tuyệt vọng. Khi có thể, những bệnh nhân có nguy cơ tự sát cao phải được bố trí trong những khu vực được nhân viên giám sát dễ dàng. Quan trọng nhất là khi tiếp xúc với những bệnh nhân có nguy cơ tự tử, nhân viên nên tránh sự đối đầu trực tiếp và sự phán xét khắt khe và thay vào đó là tập trung vào bản chất của những rối loạn chất gây nghiện có thể điều trị và những lựa chọn phục hồi sẵn có. Những tiếp xúc này giúp mang lại cơ hội cho nhân viên đối thoại với bệnh nhân liên quan đến sự ảnh hưởng của sử dụng chất gây nghiện đối với bệnh lý về tâm thần và ngược lại.

Tính Giận dữ và Hung hăng

Rượu, côcain, chất kích thích, và tình trạng ngộ độc chất ma túy có thể khiến cho những nguy cơ về bạo lực gia tăng. Những triệu chứng dẫn đến nguy cơ bạo lực gia tăng này bao gồm ma túy, bệnh hoang tưởng, cảm giác lo âu, và trầm cảm. Như một sự đề phòng, tất cả các bệnh nhân bị nhiễm độc phải đều được xem là những người có khả năng bạo lực tiềm ẩn (Miller và cộng sự 1994). Những chương trình nên phát triển tốt những kế hoạch để bảo đảm sự an toàn của nhân viên và bệnh nhân, bao gồm những phác đồ cho việc phản ứng lại do những cơ quan thi hành luật địa phương hoặc những thầu khoán về an ninh ban hành. Các nhân viên làm việc trong chương trình cai nghiện phải được đào tạo về kỹ thuật để tiết giảm sự nguy hiểm và sự hiệu chiến của bệnh nhân. Trong nhiều trường hợp, những hành vi hiệu chiến của bệnh nhân có thể được xoa dịu thông qua những phương tiện về môi trường và qua lời ăn tiếng nói của các nhân viên. (Reilly và Shopshire 2002). Đối với việc bảo vệ nhân viên và bệnh nhân, sự ràng buộc về thể chất sẽ được áp dụng như là một phương sách cuối cùng và những chương trình nên biết được những quy định và luật pháp địa phương về sự ràng buộc thể chất để thực hiện cho đúng. Bảng 3-3 bên dưới sẽ liệt kê một số cách hữu dụng trong việc quản lý bệnh nhân dễ nổi cáu và hung hăng. Độc giả có thể xem lại những tiêu chuẩn đã phát hành trước đó của những tổ chức như JCAHO

và CARF cho những hướng dẫn chi tiết hơn. Thông tin chi tiết hiện có trên Trang thông tin điện tử JCAHO (www.jcaho.org) và trang CARF (www.carf.org). Cơ quan Quản lý lạm dụng Chất Gây nghiện và Sức khỏe Tâm thần (SAMHSA) cũng đã cho ra đời những hướng dẫn về việc áp dụng sự cách ly và giam giữ mà theo họ là nên tiết giảm và xoá bỏ việc sử dụng biện pháp này nếu có thể (SAMHSA 2002).

Bảng 3-3 **Những Chiến lược trong việc Tiết giảm Những hành vi Hung hăng**

- Ăn nói nhỏ nhẹ.
- Cách ly bệnh nhân khỏi tiếng ồn và những trò giải trí.
- Mang lại cảm giác an tâm cho bệnh nhân và tránh sự đối đầu, phán xét, hoặc xằng giọng giận dữ.
- Kêu gọi sự hỗ trợ từ gia đình bệnh nhân và những thành viên khác có thể tin tưởng.
- Cung cấp thuốc khi cần thiết.
- Cách ly bệnh nhân khỏi những người có thể khuyến khích hoặc hỗ trợ những hành vi hiếu chiến.
- Kêu gọi thêm nhân viên tham gia vào như là sự hỗ trợ hữu hình nếu tình hình chuyển biến xấu.
- Có một kế hoạch phát triển rõ ràng để kêu gọi sự hỗ trợ từ việc thi hành luật hoặc nhân viên bảo vệ nếu cần thiết.
- Thiết lập những phác đồ rõ ràng cho việc tiếp nhận bệnh nhân để giúp kiểm tra những bệnh nhân có khuynh hướng hiếu chiến/bạo lực.
- Xác định mức độ an ủi động viên riêng cho từng người trong khi tiếp xúc với bệnh nhân và tôn trọng những hạn chế của cá nhân họ.
- Đảm bảo rằng bác sĩ hay bệnh nhân không bị ngăn cản khi rời khỏi phòng kiểm tra.

Những rối loạn tâm thần đồng diễn

Khi được bệnh nhân chấp thuận, một cuộc tìm hiểu về tiền sử sức khỏe tâm thần của bệnh nhân và gia đình nên được thực hiện vì nó rất hữu ích trong việc xác định những tình trạng tâm thần đồng diễn và các chuyên gia về sức khỏe tâm thần phụ trách chăm sóc cho bệnh nhân phải được tư vấn về vấn đề này. Nếu bệnh nhân đã có sẵn hồ sơ về được liệu đã từng sử dụng thì phải sao chép lại hồ sơ đó để phục vụ cho việc xem xét sau này (phải tuân theo những hạn chế của luật bảo mật Liên bang và Quốc gia).

Việc chẩn đoán cho những rối loạn liên quan đến chất gây nghiện và những tình trạng tâm thần đồng diễn rất khó khăn trong suốt quá trình bị ngộ độc cấp tính và cai nghiện bởi vì thường không thể chẩn đoán chính xác cho đến khi hình ảnh lâm sàng cung cấp một sự đánh giá đầy đủ hơn về ảnh hưởng của sử dụng chất gây nghiện và cả những hội chứng của những rối loạn tâm thần. Khi bệnh nhân chuyển từ những triệu chứng cai nghiện nghiêm trọng đến vừa phải thì mối quan tâm đối với việc chẩn đoán khác nhau của những rối loạn do sử dụng chất gây nghiện và những rối loạn tâm thần khác trở thành vấn đề ưu tiên (First et al. 2002). Những hướng dẫn của Hiệp hội Tâm thần Hoa Kỳ (gọi tắt là APA) và Hội Y Khoa Cai nghiện Hoa Kỳ (gọi tắt là ASAM) đã đề nghị khoảng thời gian kiêng khem là từ 2 đến 4 tuần trước khi chẩn đoán một rối loạn về tâm thần (APA 2000; ASAM 2001).

Những Hướng dẫn Chung cho việc Giải quyết những Mối quan tâm về Dinh dưỡng

Suy dinh dưỡng là mối quan tâm hàng đầu ở những bệnh nhân đang trong quá trình cai nghiện bởi vì sự thiếu hụt chất dinh dưỡng kết hợp với việc sử dụng chất gây nghiện có thể gây cản trở hoặc thậm chí là kéo dài quá trình cai

nghiện (Nazrul Islam và cộng sự 2001). Thói quen ăn uống không điều độ lâu dài và việc hấp thu chế độ ăn uống nghèo nàn chỉ làm vấn đề thêm trầm trọng (Pelican và cộng sự 1994). Bản thân quá trình cai nghiện là rất căng thẳng cho cơ thể bệnh nhân và có thể dẫn đến sự đòi hỏi về dinh dưỡng gia tăng. Chế độ dinh dưỡng phù hợp trong suốt quá trình phục hồi cải thiện những ảnh hưởng có hại của việc lạm dụng chất gây nghiện đến một mức độ cao hơn/đáng kể (Nazrul Islam và cộng sự 2001).

Sự đánh giá về Dinh dưỡng

Việc đánh giá về tình trạng dinh dưỡng nên là một phần cốt lõi của quá trình cai nghiện. Tuy nhiên cần lưu ý rằng đối với những bệnh nhân lạm dụng chất gây nghiện, việc quản lý về các chất lưu dễ cháy để giải quyết sự khử nước nên là bước đầu tiên, cùng với việc đánh giá về dinh dưỡng xảy ra sau khi bệnh nhân được nạp nước đầy đủ.

Sự đánh giá về dinh dưỡng nên bao gồm những danh mục về phòng thí nghiệm và phép nhân trắc học, một tiền sử về dinh dưỡng chi tiết, và việc tư vấn dinh dưỡng (Simko và cộng sự 1995). Sự can thiệp sẽ bắt đầu trong giai đoạn cai nghiện cấp tính ban đầu và tiếp tục thông qua quá trình cai nghiện và việc điều trị lạm dụng chất gây nghiện sau đó. Nếu bệnh nhân đồng ý, có thể đưa những thành viên trong gia đình bệnh nhân hoặc những thành viên quan trọng khác vào quá trình đánh giá và tư vấn về dinh dưỡng.

Cân nặng cũng là một vấn đề quan trọng trong việc xác định tình trạng dinh dưỡng của một người bị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện. Việc lạm dụng chất gây nghiện có thể dẫn đến sự suy giảm khả năng hấp thu thức ăn và phá vỡ quá trình trao đổi chất của bệnh nhân, điều có thể gây ra hội chứng rối loạn về ăn uống, sụt cân, và suy dinh dưỡng. Ngược lại, sự tăng cân có thể liên quan đến việc thiếu hoạt động cũng như sự hấp thu quá mức hydrat-cacbon bị tinh chế cao (Zador và cộng sự 1996). Các bác sĩ phải hỏi thăm bệnh nhân liệu họ có bất cứ thay đổi nào về cân nặng hay không. Trong khi một

bệnh nhân có thể được chăm sóc đầy đủ thì có một loại thước đo độ dày lượng mỡ trong cơ thể (một công cụ giúp đo lường độ dày của lớp mỡ dưới da) có thể xác định độ dày của cơ thể (mối quan hệ của khối lượng của cơ thể với khối lượng của nó), mặc dù chỉ số khối lượng của cơ thể có thể là sự biểu hiện tốt hơn về tình trạng dinh dưỡng (Simko và cộng sự 1995).

Những câu hỏi khác dùng để hỏi trong suốt quá trình đánh giá ban đầu là những câu hỏi về cảm giác thèm ăn, chế độ ăn, thực phẩm yêu thích, thói quen ăn bữa phụ, dị ứng thức ăn, thực phẩm kiêng kỵ, chế độ ăn kiêng đặc biệt, và thực phẩm cần tránh bởi vì tín ngưỡng về tôn giáo hoặc văn hoá. Một bảng câu hỏi về tần số xuất hiện của thực phẩm, nhật ký thức ăn, hoặc việc nhớ lại những loại thức ăn đã dùng trong 24 giờ/một ngày cũng sẽ được sử dụng.

Nhiều loại thuốc gây nghiện thường đi kèm với sự trao đổi chất glucoza (chất đường) khác thường. Sự bất thường này có nghĩa là cơ thể đó không thể duy trì một sự tập trung lượng đường ổn định trong máu. Mức độ đường trong máu cao hay thấp một cách bất thường có thể dễ dàng bị nhầm lẫn với dấu hiệu và triệu chứng của tình trạng ngộ độc rượu hoặc cai nghiện; vì lẽ đó, một cuộc kiểm tra về lượng đường trong máu là cực kỳ quan trọng đối với những bệnh nhân có tiền sử về những bất thường về lượng đường trong máu. Việc hạ đường huyết (lượng đường trong máu thấp) ở bệnh nhân bị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện có thể dẫn đến sự thay đổi tâm tính mạnh mẽ. Khi lượng đường trong máu hạ xuống dưới một ngưỡng nhất định thì những bệnh nhân này thường cảm thấy tuyệt vọng, lo âu, hoặc ủ rũ và có thể lên cơn thèm thuốc gây nghiện.

Sự thiếu hụt về dinh dưỡng kết hợp với những chất gây nghiện cụ thể

Như đã lưu ý trước đó, việc lạm dụng chất gây nghiện có thể cản trở sự sử dụng và tích trữ chất dinh dưỡng. Nhân viên cai nghiện phải quen thuộc với sự thiếu hụt chất dinh dưỡng kết hợp với các chất gây nghiện cụ thể. Chất opioid

được biết đến là dùng để làm giảm sự hấp thu canxi và gia tăng lượng kali trong cơ thể và chất béo. Sự thiếu hụt chất Magiê thường được xem xét trong tình trạng nghiện rượu kinh niên. Sự thiếu hụt các chất dinh dưỡng khác có thể thấy khi nghiện rượu gồm có sự thiếu hụt chất đạm, chất béo, kẽm, canxi, sắt, vitamin A và E, và các vitamin hoà tan trong nước như pyridoxine, sinh tố B, folate, và vitamin B12 (Nazrul Islam và cộng sự 2001). Rượu còn chứa nhiều calo (7kcal/gm) mà khi tiêu thụ một lượng quá lớn có thể thay thế những loại thức ăn giàu dinh dưỡng. Chất côcain là một loại chất gây cản trở sự thèm ăn và có thể cản trở việc hấp thu canxi và vitamin D. Cần phải thực hiện những cuộc kiểm tra trong phòng thí nghiệm về lượng đạm, vitamin, và sắt và những chất điện phân khác để xác định mức độ chức năng gan cũng như là mức độ bổ sung (Fontaine và cộng sự 2001). Ngoài ra còn phải rèn luyện tính thận trọng khi sử dụng những chất bổ sung bởi vì những mối liên hệ tiềm ẩn của chúng với các loại thuốc và quá trình điều trị khác.

Giải quyết sự thiếu dinh dưỡng

Quá trình cai nghiện cần bao gồm những nỗ lực để giải quyết sự thiếu dinh dưỡng và giúp cho bệnh nhân bắt đầu tiếp nhận chương trình về thói quen ăn uống được cải thiện. Một điều cực kỳ quan trọng là chuyển đổi mô hình từ việc đưa vào cơ thể những chất gây nghiện có hại cho cơ thể đến việc hấp thu vào những thực phẩm giúp chữa trị cho cơ thể (Nebelkopf 1981, 1987, 1988). Nên cân nhắc đến số bữa ăn đều đặn, khẩu vị, và biểu hiện. Các loại thực phẩm dễ ăn và được bày trí bắt mắt có thể giúp cho bệnh nhân dễ tiêu thụ những chất dinh dưỡng quan trọng và đầy đủ calo. Một điều quan trọng cần phải biết là trong suốt quá trình cai nghiện, bệnh nhân phải tránh việc thay thế chất gây nghiện này với một chất gây nghiện khác. Việc tiêu thụ quá liều chất cafein hoặc đường có thể ảnh hưởng xấu đến quá trình cai nghiện và dẫn tới khả năng tái phát. Bệnh nhân chỉ nên được cung cấp thức uống không có cafein và những bữa ăn phụ tốt cho sức khoẻ thay vì những thực phẩm nhiều hydrat-cacbon đã tinh

chế như những loại thực phẩm bọc đường như kẹo, bánh quy, hoặc bánh rán. Trái cây tươi, rau cải, và những thực phẩm khoẻ mạnh khác có thể có ích cho sức khoẻ và tình trạng khoẻ mạnh của bệnh nhân.

Những rối loạn về đường ruột (như là buồn nôn, nôn mửa, và tiêu chảy) có thể xuất hiện trong giai đoạn đầu cai nghiện. Những rối loạn ấy có thể làm cho việc khử nước tệ hơn và có thể làm rối loạn sự cân bằng hoá chất trong máu, điều mà ngược lại có thể dẫn đến những thay đổi về tình trạng tâm thần, những vấn đề về tim hoặc hệ thần kinh, và những tình trạng y khoa nguy hiểm khác. Bệnh nhân có những rối loạn về đường ruột chỉ có thể ăn được những thức ăn lỏng hợp vệ sinh. Khi họ đã ăn được thức ăn rắn thì những bữa ăn cân bằng phải bao gồm thực phẩm ít béo, cùng với việc gia tăng hấp thu chất đạm (từ thịt, sản phẩm từ sữa, rau họ đậu), hydrat-cacbon phức hợp (từ bánh mì và ngũ cốc tốt cho sức khoẻ), và chất xơ ăn kiêng được kiến nghị (Duyff 1996). Những bệnh nhân đang trong quá trình cai nghiện cũng có thể bị táo bón. Việc gia tăng chất xơ trong thực đơn ăn kiêng sẽ giúp giảm bớt tình trạng khó chịu này.

Những cân nhắc về bệnh nhân có yêu cầu ăn kiêng đặc biệt

Những bệnh nhân có yêu cầu về chế độ ăn kiêng đặc biệt cần phải có một liệu pháp điều trị về dinh dưỡng tăng cường. Ví dụ như một người bị tiểu đường nên tuân theo những hướng dẫn ăn kiêng dành cho người tiểu đường của Hiệp hội Tiểu đường Hoa Kỳ, những hướng dẫn này nhấn mạnh việc sắp xếp bữa ăn mang tính đặc thù (Hiệp hội Tiểu đường Hoa Kỳ 2004). Một bệnh nhân là người ăn chay có thể bị thiếu hụt về dinh dưỡng, đặc biệt nếu cô/anh ấy là người ăn chay trường (đó là một người tránh ăn tất cả các loại thực phẩm từ động vật, kể cả sản phẩm từ sữa và trứng). Nếu một người ăn chay trường tiếp nhận cai nghiện với khả năng tích trữ dinh dưỡng thấp thì chế độ ăn kiêng của cô/anh ấy phải được tăng cường thêm rau họ đậu, thực phẩm tương tự như thịt, chất đạm rau cải, các loại đậu, và hạt. Nhiều tình trạng y tế khác

(như là những vết loét, bệnh tim, dị ứng thức ăn, v.v.) cũng có thể cản chế độ ăn kiêng đặc biệt. Trong quá trình hấp thu, phải lưu ý đến bất cứ những vấn đề nào về chế độ ăn kiêng đặc biệt.

Những vấn đề cần cân nhắc cho Tình trạng Nhiễm độc và Cai nghiện cho Thanh thiếu niên

Nhìn chung, việc cai nghiện cho thanh thiếu niên cũng tương tự như cho các khách hàng thành niên. Tuy nhiên, bệnh nhân thanh thiếu niên có thể uống nhiều rượu hơn trong một khoảng thời gian ngắn so với bệnh nhân thành niên cho nên điều đặc biệt quan trọng đối với các nhà cung cấp dịch vụ cai nghiện là phải hết sức cảnh giác với việc gia tăng nồng độ cồn trong máu ở những bệnh nhân này. Hơn nữa, thanh thiếu niên có thể sử dụng thuốc gây nghiện nhiều hơn người thành niên mà họ không thể xác định, để kết hợp những chất gây nghiện khác nhau với rượu, để tiêu thụ những chất gây nghiện mà họ không nhận biết được, và không sẵn sàng để lộ việc sử dụng thuốc gây nghiện (Westermeyer 1997). Kết quả là Ủy ban Đồng thuận đã kiến nghị nên kiểm tra thường xuyên những bệnh nhân trưởng thành về tình trạng ngộ độc thuốc cấm. Một việc quan trọng nữa là các nhân viên phải được đào tạo cách đánh giá việc sử dụng PCP, điều có thể được biểu hiện với những triệu chứng tương tự như chứng rối loạn tâm thần. Nhân viên nên hỏi trực tiếp bệnh nhân thanh thiếu niên là họ có đã và đang sử dụng PCP trong vòng 12 giờ trước khi vào trung tâm khám chữa bệnh hoặc điều trị hay không.

Bệnh nhân thanh thiếu niên phải được bố trí trong một môi trường trong sạch và an toàn với sự giám sát và chăm sóc hỗ trợ. Nếu có nghi ngờ về việc sử dụng rượu, ma túy, hoặc các loại thuốc khác kết hợp với cơn mưa thì việc bảo vệ đường thở của bệnh nhân và việc đặt bệnh nhân nằm nghiêng để tránh hít vào những thứ đã nôn ra là cực kỳ quan trọng. Trong nhiều trường hợp có sử dụng thuốc giảm đau về hô hấp thì sự hỗ trợ hô hấp là cần phải có. Nếu bệnh nhân là

người hay phản kháng thì phải áp dụng sự ràng buộc thể chất như là phương sách cuối cùng khi được phép và thích hợp. Đối với những ca nhẹ hơn thì có thể quan sát trong im lặng với tâm trạng cảm thông và chia sẻ. Thêm vào đó, những bệnh nhân thanh thiếu niên thường được phục vụ trong môi trường dành riêng cho thanh thiếu niên nên được tách biệt với số đông bệnh nhân thành niên và được giám sát chặt chẽ để đảm bảo rằng họ không trở thành nạn nhân bị trù dập (cụ thể là qua lời nói, thể xác, hoặc giới tính) bởi những bệnh nhân thành niên. Cuối cùng, bệnh nhân thanh niên trong những bối cảnh cai nghiện phải luôn luôn được kiểm tra kỹ lưỡng về khả năng tự vẫn và những vấn đề tâm thần đồng diễn.

Đôi khi việc thiết lập mối quan hệ với bệnh nhân thanh thiếu niên là một thử thách lớn vì kinh nghiệm tiếp xúc với người thành niên của họ có thể gây ra những hậu quả ngược. Để cải thiện tình trạng đó thì nên hỏi những câu hỏi mở và sử dụng thuật ngữ đường phố để chỉ các loại thuốc bên cạnh những sự biểu hiện khác mà thanh thiếu niên thường sử dụng có thể có ích cho cả việc thiết lập mối quan hệ và để đạt được một tiền sử chính xác về sử dụng chất gây nghiện. Xem thêm thông tin về cách làm việc và tiếp xúc với thanh thiếu niên ở TIP 31, *Kiểm tra và Đánh giá Những Thanh thiếu niên về những Rối loạn do sử dụng Chất gây nghiện* (CSAT 1999d), và TIP 32, *Việc Điều trị cho Bệnh nhân Thanh thiếu niên Có Những Rối loạn do sử dụng Chất Gây nghiện* (CSAT 1999f).

Những vấn đề cần Cân nhắc ở Những Bệnh nhân có Con

Đối với những bệnh nhân—đặc biệt là phụ nữ—đang trong quá trình cai nghiện thì sự an toàn của các con họ thường là mối quan tâm hàng đầu và cũng là một trong những rào cản lớn nhất cho việc duy trì cai nghiện. Ngay cả những phụ nữ không cần phải trông nom con của họ thì họ cũng thường là những người phải tiếp tục chăm sóc chúng. Vài đứa trẻ có thể rất cần mẹ khi bị cách ly khỏi mẹ mình, và những

nhu cầu của chúng có thể dẫn đến sự dứt bỏ quá trình cai nghiện của người mẹ. Vì thế, việc đảm bảo rằng những đứa trẻ có một nơi an toàn để ở trong khi mẹ của chúng đang cai nghiện là cực kỳ quan trọng. Trước tình hình đó, việc làm việc với những người phụ nữ và đàn ông để xác định xem gia đình hoặc bạn bè có thể hỗ trợ họ hay không có thể giúp xác định được nguồn chăm sóc trẻ em tạm thời. Trong trường hợp chưa chắc chắn về việc chăm sóc cho đứa trẻ thì cần có sự tư vấn hoặc sự chuyển tiếp đến các dịch vụ xã hội của cơ sở điều trị khi bệnh nhân đang cai nghiện

Những vấn đề cần Cân nhắc ở Những Nạn nhân bị Bạo hành Gia đình

Trong khi cả đàn ông và phụ nữ đều là nạn nhân của tình trạng bạo hành gia đình thì việc sử dụng chất gây nghiện của phụ nữ thường đi kèm với nguy cơ bị bạo hành cao hơn từ chồng của họ (Cunradi và cộng sự 2002). Những nhân viên nên biết những dấu hiệu của tình trạng bị bạo hành gia đình và được chuẩn bị để tuân theo những thủ tục để đảm bảo sự an toàn của bệnh nhân.

Nếu một bệnh nhân tiết lộ tiền sử bị bạo hành gia đình thì những nhân viên đã được đào tạo có thể giúp đỡ nạn nhân lập ra một kế hoạch an toàn lâu dài hoặc thực hiện sự chuyển tiếp thích hợp. Nếu kế hoạch an toàn được thực hiện hoặc những số điện thoại đường dây nóng có thể giúp đỡ cho việc bạo hành gia đình được cung cấp thì những thông tin liên quan phải được xử lý cẩn thận để không tiết lộ mục đích của nó (được liệt kê ra như là những nguồn sức khỏe của phụ nữ) bởi vì những người bạo hành có thể tiếp xúc với tất cả những gì thuộc về cá nhân bệnh nhân. Tất cả những thông tin về bạo hành gia đình được in ra cũng phải được nguy trang và bệnh nhân không được giữ lại thông tin nào khi rời khỏi cơ sở an toàn. Nếu nạn nhân cần khai báo về nạn bạo hành hoặc muốn được giữ lại thì việc này phải được thực hiện từ một môi trường an toàn (ví dụ như môi trường cai nghiện nội trú). Trong trường hợp

không thể làm được gì thì nạn nhân phải được hộ tống tới một địa điểm an toàn mới. Điều quan trọng là người bị bạo hành, bất kể là nam hay nữ, đều không được phép nói chuyện với người đã bạo hành với mình trong quá trình cai nghiện. Những ông bố bà mẹ là nạn nhân của nạn bạo hành gia đình có thể cần sự giúp đỡ về những kỹ năng nuôi nấng con cái cũng như được tư vấn về chăm sóc trẻ em an toàn. Vì lẽ đó, điều quan trọng với các nhà cung cấp việc cai nghiện là phải quen thuộc với những nguồn chăm sóc trẻ địa phương. Xem TIP 25, *Điều trị Lạm dụng Chất Gây nghiện và Bạo hành Gia đình*, để biết thêm thông tin chi tiết (CSAT 1997b).

Những vấn đề cần Cân nhắc ở Những Bệnh nhân Đa dạng về Văn hoá

Trong việc cung cấp những hỗ trợ tâm lý xã hội cho những bệnh nhân đa dạng về văn hoá, sự nhạy cảm về văn hoá là một vấn đề vô cùng quan trọng. Những mong đợi về quá trình cai nghiện từ phía khách hàng, những cảm giác của họ về hệ thống chăm sóc sức khỏe nói chung, và những cấu trúc hỗ trợ cộng đồng và xã hội của họ khác nhau theo những bối cảnh văn hoá của họ. Khi làm việc với bất cứ nhóm người cụ thể nào, các y bác sĩ nên tránh xác định bệnh nhân về phương diện văn hoá, bởi vì việc quá chú trọng – hoặc không chú trọng chủng tộc hoặc dân tộc của bệnh nhân có thể rất bất lợi (Clark và cộng sự 1998). Bảng 3-4 sẽ cung cấp cho các bác sĩ lâm sàng những câu hỏi hữu ích để hướng dẫn những cuộc thảo luận giữa họ với bệnh nhân.

Những vấn đề cần Cân nhắc về Khả năng Tái phát Kinh niên

Một bệnh nhân hiện đang bị tái phát sau một khoảng thời gian kiêng khem đã kéo dài hơn có thể cảm thấy đặc biệt tuyệt vọng và dễ tổn thương (một ảnh hưởng về việc vi phạm chế độ kiêng khem). Trong trường hợp này, các bác sĩ lâm sàng có thể thừa nhận những tiến bộ đã có trước khi tái phát và cam đoan với bệnh

Bảng 3-4

Những Câu hỏi Hướng dẫn các Y bác sĩ Hiểu Tốt hơn Bối cảnh Văn hoá của Bệnh nhân

- Anh/chị muốn tôi sử dụng ngôn ngữ nào?
- Những chuyên gia trị liệu và khách hàng đôi khi có những ý kiến trái chiều về những chứng bệnh, anh/chị có thể cho tôi biết thêm về lý do tại sao hiện giờ anh/chị phải tham gia cai nghiện?
- Anh/chị có yêu cầu sự hỗ trợ nào cho những hoạt động thường ngày không (ví dụ như làm vệ sinh cá nhân, mua sắm, thanh toán hoá đơn, vân vân)?
- Anh/chị gọi tình trạng hiện tại của mình là gì (vì nó liên quan đến sử dụng chất gây nghiện)? Gia đình anh/chị nhìn nhận tình trạng hiện tại của anh/chị thế nào (khi nó liên quan đến sử dụng chất gây nghiện)
- Vai trò của rượu và thuốc gây nghiện trong gia đình anh/chị là gì?
- Cộng đồng nhìn nhận tình trạng hiện tại của anh/chị thế nào (khi nó liên quan đến sử dụng chất gây nghiện) Hoặc vai trò của rượu và thuốc gây nghiện trong cộng đồng anh/chị đang sống là gì?
- Anh/chị đã có những trải nghiệm gì với hệ thống chăm sóc sức khoẻ?
- Anh/chị có nghĩ việc sử dụng chất gây nghiện là một vấn đề với mình không?
- Anh/chị nghĩ nguyên nhân nào gây ra tình trạng hiện tại của anh/chị (khi nó liên quan đến sử dụng chất gây nghiện)
- Anh/chị nghĩ tại sao nó lại bắt đầu?
- Những gì đang diễn ra trong cơ thể anh/chị?
- Tình trạng hiện tại của anh/chị đã thay đổi cuộc sống của anh/chị như thế nào (khi nó liên quan đến sử dụng chất gây nghiện)?
- Anh/chị đã cố gắng giải quyết vấn đề liên quan đến sử dụng chất gây nghiện như thế nào trong quá khứ? Nó có hữu ích không? Những gì hiệu quả và những điều nào không?
- Tại sao hiện giờ anh/chị lại đến đây?
- Anh/chị có đang dùng bất cứ loại thảo dược hoặc thực phẩm đặc biệt nào cho vấn đề này không?
- Những mối quan tâm hoặc sợ hãi nào về tình trạng hiện tại của mình làm anh/chị trầm trồ (khi nó liên quan đến sử dụng chất gây nghiện)?
- Những mối quan tâm hoặc sợ hãi nào về việc điều trị này làm anh/chị trầm trồ

Nguồn: Phòng theo Tang và Bigby 1996; Thurman và cộng sự 1995.

nhân rằng những thành tựu đạt được từ quá trình phục hồi trong quá khứ không phải đã hoàn toàn mất đi (bất chấp cảm giác họ đang có ở hiện tại), có lẽ là việc tái định hình mức độ nghiêm trọng của nỗi đau cảm xúc như là một biểu hiện cho thấy quá trình phục hồi quan trọng thế nào đối với bệnh nhân.

Những Chiến lược Cho việc Khuyến khích và Giữ lại Bệnh nhân trong Quá trình Cai nghiện

Một điều thiết yếu là phải ngăn bệnh nhân đang tham gia cai nghiện khỏi tình trạng “rơi xuống những mảnh vỡ” (thất vọng) (Kertesz và cộng sự 2003). Những nhà cung cấp phải thừa nhận và thể hiện sự tôn trọng đến nỗi đau, nhu cầu, và niềm vui của bệnh nhân, và hợp lý hoá nỗi sợ hãi, sự mâu thuẫn trong tư tưởng, sự mong đợi về quá trình phục hồi, và những thay đổi tích cực trong cuộc sống của bệnh nhân. Điều thiết yếu đối với các bác sĩ lâm sàng là tiếp xúc với bệnh nhân trong quá trình cai nghiện để liên tục mang đến hy vọng và sự mong đợi về quá trình phục hồi. Một môi trường điều trị thoải mái, thư giãn, sạch sẽ, sự quan tâm về y tế luôn sẵn sàng, và an ninh rất có lợi cho những bệnh nhân đang chịu đựng sự khó chịu của quá trình cai nghiện. Thông qua kinh nghiệm cai nghiện, nhân viên cai nghiện phải được thống nhất với nhau rằng việc cai nghiện chỉ là sự khởi đầu của quá trình điều trị chất gây nghiện và rằng quá trình phục hồi và các hoạt động duy trì là rất quan trọng cho việc phục hồi lâu dài.

Hướng dẫn Bệnh nhân về Quá trình Cai nghiện

Trong suốt quá trình ngộ độc và cai nghiện, thật hữu ích khi cung cấp thông tin về quá trình cai nghiện tiêu biểu dựa trên sự lạm dụng một loại thuốc gây nghiện cụ thể. Quá trình cai nghiện thường bao gồm những triệu chứng trái ngược với những ảnh hưởng của loại thuốc

cụ thể. Ảnh hưởng ngược lại này có thể gây ra sự lo âu và mối bận tâm cho bệnh nhân. Việc cung cấp thông tin về những triệu chứng cai nghiện thông thường của sự lạm dụng các loại thuốc gây nghiện cụ thể có thể làm giảm sự khó chịu và khả năng cá nhân sẽ rút khỏi các dịch vụ cai nghiện sớm (Xem danh sách những triệu chứng cai nghiện trong chương 4). Những bối cảnh thường gặp gỡ bệnh nhân trong khi cai nghiện nên có những tài liệu bằng văn bản về những ảnh hưởng của thuốc gây nghiện và việc cai nghiện khỏi các chất gây nghiện cụ thể, và có nhân viên thành thạo về những dấu hiệu và triệu chứng cai nghiện. Một vấn đề cần cân nhắc nữa là việc cung cấp những thông tin như thế cho những bệnh nhân không nói tiếng Anh và gia đình của họ.

Những sự can thiệp có thể hỗ trợ bệnh nhân trong việc xác định và quản lý những thôi thúc sử dụng cũng có thể có ích trong việc giữ bệnh nhân lại trong quá trình cai nghiện và đảm bảo sự bắt đầu của quá trình phục hồi. Những sự can thiệp này có thể bao gồm những phương pháp về nhận thức-hành vi có thể giúp cá nhân xác định những suy nghĩ hoặc những thôi thúc sử dụng, sự phát triển của một kế hoạch mang tính đặc thù để chống lại những thôi thúc này, và việc dùng thuốc như thuốc naltrexone để làm giảm sự thèm muốn (Anton 1999; Miller và Gold 1994).

Sử dụng Những Hệ thống Hỗ trợ

Việc sử dụng những luật sư của khách hàng để can ngăn những bệnh nhân muốn rút khỏi quá trình cai nghiện sớm có thể là một chiến lược hiệu quả trong việc thúc đẩy sự giữ lại bệnh nhân cho việc cai nghiện. Khách thăm nuôi phải được hướng dẫn về tầm quan trọng của sự hỗ trợ cá nhân trong cả quá trình cai nghiện và điều trị lạm dụng chất gây nghiện. Nếu có thể, và nếu bệnh nhân ổn định thì anh hoặc cô ấy có thể tham gia chương trình 12-Bước tại chỗ hoặc những cuộc họp nhóm hỗ trợ khác trong khi vẫn tiếp nhận các dịch vụ cai nghiện. Những hoạt động này tăng cường nhu cầu điều trị lạm dụng chất gây nghiện và những hoạt

động duy trì và có thể cung cấp một hệ thống hỗ trợ hướng đến việc điều trị quan trọng khi hoàn thành các dịch vụ cai nghiện.

Duy trì một Môi trường cai nghiện Không có Thuốc Gây nghiện

Việc duy trì một môi trường cai nghiện hoàn toàn không có bóng dáng của thuốc gây nghiện là vấn đề thiết yếu giúp níu giữ khách hàng ở lại quá trình cai nghiện. Những nhà cung cấp nên cảnh giác với những hành vi tìm kiếm thuốc gây nghiện, bao gồm cả việc mang rượu hoặc những loại thuốc khác vào cơ sở. Những khu vực thăm nuôi phải ở những nơi dễ quan sát để các nhân viên tiện theo dõi, và các nhân viên có thể cũng muốn tìm thêm những khu vực thăm nuôi và những khu vực công cộng khác theo định kỳ để giám cơ hội tìm được chất gây nghiện. Tuy nhiên cần đặc biệt lưu ý là nhân viên phải được tôn trọng khi cố gắng duy trì môi trường điều trị không thuốc gây nghiện. Cần phải giải thích rõ với bệnh nhân và thân nhân đến thăm nuôi về lý do tại sao không được phép mang chất gây nghiện vào cơ sở điều trị.

Cần nhắc Những Phương pháp Khác

Những phương pháp khác như châm cứu cũng rất an toàn, ít tốn kém, và ngày càng phổ biến ở cả quá trình cai nghiện và điều trị lạm dụng chất gây nghiện. Mặc dù hiệu quả của những phương pháp điều trị này vẫn chưa được hợp thức hoá trong những phiên xét xử về y tế được kiểm soát chặt chẽ, nếu một liệu pháp chữa trị khác có thể đưa bệnh nhân vào quá trình cai nghiện và giữ họ ở đó thì tính hữu dụng của nó có thể vượt khỏi bất cứ các phép chữa bệnh cụ thể nào mà nó có thể có (Trachtenberg 2000). Những phương pháp điều trị khác tồn tại bên ngoài hệ thống y sinh Phương Tây, đặc biệt được nhóm lại với nhau với tên gọi là Các loại Thuốc Bổ sung hay Thuốc Khác, cũng có thể hữu ích cho việc giữ bệnh nhân ở lại quá trình cai nghiện. Thực ra, xét về sự đa dạng về văn hoá ở Hoa Kỳ thì những phương pháp khác phù hợp với văn hoá nên được cân nhắc.

Tăng cường Động lực cai nghiện

Sự tăng cường về động lực cai nghiện đặc biệt thích hợp với việc hoàn thành mục tiêu của các dịch vụ cai nghiện trong việc thúc đẩy sự bắt đầu quá trình phục hồi và các hoạt động duy trì. Việc sử dụng những kỹ thuật này trong bối cảnh cai nghiện làm tăng khả năng giúp bệnh nhân tìm kiếm việc điều trị bằng cách giúp họ hiểu được những ảnh hưởng xấu của việc tiếp tục sử dụng chất gây nghiện. Nó cũng thiết lập mối quan hệ hỗ trợ và không phán xét giữa tư vấn viên lạm dụng chất gây nghiện và bệnh nhân—sự kết hợp các phép chữa trị này là một yếu tố quan trọng trong lựa chọn tìm kiếm các dịch vụ điều trị của bệnh nhân (Miller và Rollnick 2002). TIP 35, Sự Tăng cường Động lực cho Sự Thay đổi trong Điều trị Lạm dụng Chất Gây nghiện (CSAT 1999c) đã đề cập đến những sự can thiệp và kỹ thuật cụ thể để gia tăng động lực thay đổi những hành vi liên quan đến chất gây nghiện. TIP 35 cũng bao gồm một vài nguyên tắc cơ bản thông thường với những can thiệp về động lực cai nghiện như sau (CSAT 1999c, trang xvii):

- Tập trung vào những thế mạnh của bệnh nhân
- Thể hiện sự tôn trọng những quyết định và sự tự do ý chí của bệnh nhân; sự tôn trọng cần phải được duy trì mọi lúc, ngay cả khi bệnh nhân bị ngộ độc.
- Tránh việc đối đầu với bệnh nhân.
- Cá nhân hoá việc điều trị.
- Không sử dụng tên riêng, biệt danh xúc phạm đến nhân quyền của bệnh nhân như là “người nghiện” hoặc “kẻ nát rượu”
- Thấu hiểu và thông cảm cho bệnh nhân, nỗ lực tìm hiểu quan điểm của bệnh nhân và chấp nhận cảm xúc của họ
- Chấp nhận mục tiêu điều trị có thể dẫn đến những mục tiêu cuối cùng.
- Hỗ trợ bệnh nhân trong việc phát triển nhận thức về tình trạng không nhất quán giữa những mục tiêu hoặc những giá trị và hành vi hiện tại của anh/cô ấy.

- Lắng nghe chân thành những mối bận tâm trước mắt của bệnh nhân và đặt những câu hỏi mở.

Ngoài ra, đội cai nghiện có thể thúc đẩy mối quan hệ giữa bệnh nhân với những thành viên quan trọng khác. Sử dụng những sự can thiệp như là Sự Củng cố Cộng đồng và Việc Đào tạo Gia đình (gọi tắt là CRAFT) (Miller và cộng sự 1999), đội cai nghiện có thể giúp đỡ những thành viên quan trọng này tham gia vào cuộc sống của bệnh nhân lợi dụng những khoảng khắc khi bệnh nhân đã sẵn sàng thay đổi và hỗ trợ bệnh nhân trong việc chuẩn bị cho sự thay đổi theo cách không đe dọa, không đối đầu. Ủy ban Đồng thuận không khuyến nghị các bác sĩ lâm sàng đối đầu trực tiếp với bệnh nhân trong khi giúp bệnh nhân bị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện bắt đầu quá trình cai nghiện và điều trị lạm dụng chất gây nghiện sau đó. Những kỹ thuật liên quan một cách có mục đích đến việc đối đầu với bệnh nhân về hành vi sử dụng chất gây nghiện của họ như là Sự Can thiệp Johnson nơi mà những thành viên quan trọng khác được đào tạo để đối đầu với những bệnh nhân sử dụng chất gây nghiện (Liepman 1993), đã được chứng minh là rất hiệu quả khi những thành viên quan trọng khác thực hiện chúng. Tuy nhiên, những cuộc nghiên cứu sau đó của các bác sĩ lâm sàng, các nhóm, và những chương trình dựa vào những kỹ thuật đối đầu đã mang lại những kết quả không tốt lắm (Miller và cộng sự 1995). Hơn nữa, số đông những cá nhân quan trọng khác không muốn sử dụng những kỹ thuật này, và vì lẽ đó những kỹ thuật này không được khuyến khích sử dụng (Miller và cộng sự 1999).

Việc chăm sóc nên được thực hiện để đảm bảo rằng bất cứ thành viên quan trọng nào liên quan đến việc thúc đẩy bệnh nhân tiếp nhận điều trị là thích hợp cho nhiệm vụ này và chỉ những cá nhân đã được bác sĩ lâm sàng giới thiệu với sự can thiệp này mới nên tham gia vào. Ngoài ra cũng cần đến một người được đào tạo bài bản để hoặc là làm huấn luyện viên hoặc là giúp cho sự can thiệp diễn ra dễ dàng hơn. Điều quan trọng nữa là lựa chọn điều trị được đề nghị nên

sẵn sàng và vì thế nếu bệnh nhân đồng ý thì sự tiếp nhận vào việc điều trị có thể nhanh và liên tục. Những cá nhân được chọn để làm nhiệm vụ can thiệp nên hỗ trợ sự kiêng khem thuốc gây nghiện của bệnh nhân. Hơn nữa, nếu bệnh nhân xem trọng mối quan hệ của anh/cô ấy với những thành viên quan trọng khác thì sẽ dễ dàng thành công hơn. (Longabaugh và cộng sự 1993).

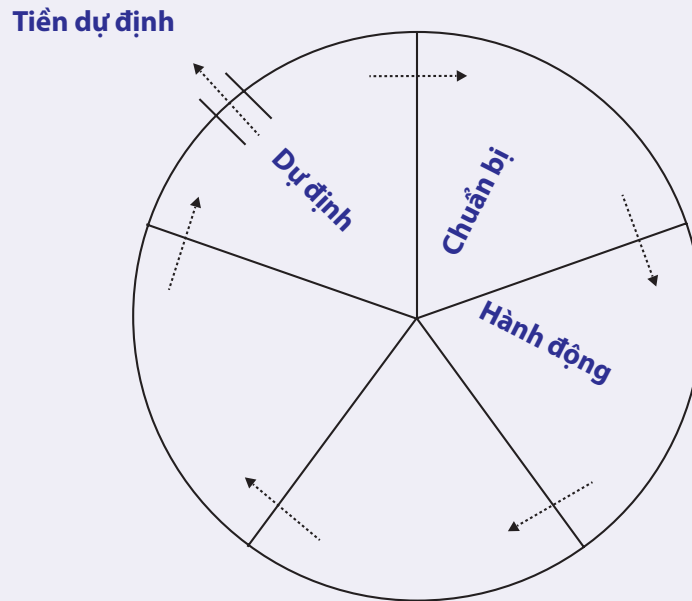
Góp phần Giúp cho Sự can thiệp về Động lực cai nghiện thích hợp với Giai đoạn Thay đổi

Có lẽ mô hình hợp lệ và được biết đến nhiều nhất của “tình trạng sẵn sàng thay đổi” đã được áp dụng cho lạm dụng chất gây nghiện là *mô hình transtheoretical*, còn được biết đến là *những giai đoạn của mô hình thay đổi* (DiClemente và Prochaska 1998). Những sự can thiệp để gia tăng động lực tiếp nhận điều trị lạm dụng chất gây nghiện của bệnh nhân được mô tả trong TIP 35, *Gia tăng Động lực cho Sự Thay đổi trong Điều trị Lạm dụng Chất Gây nghiện* (CSAT 1999c) là dựa vào mô hình này.

Theo mô hình này thì một khách hàng sẽ được xem là đang ở một giai đoạn nào đó trong năm giai đoạn sẵn sàng thay đổi hành vi lạm dụng chất gây nghiện của anh ấy và mỗi giai đoạn sẽ càng lúc càng tiến gần tới quá trình phục hồi lâu dài. Những giai đoạn này gồm *giai đoạn tiền dự định, giai đoạn dự định, giai đoạn chuẩn bị, giai đoạn hành động, và giai đoạn duy trì*. Mô hình này cho rằng những cá nhân có thể chuyển tới chuyển lui giữa những giai đoạn khác nhau vào mọi lúc. Hệ quả của sự phỏng đoán này là rằng mức độ của động lực của cá nhân bệnh nhân tuyệt đối không phải là một đặc điểm lâu dài. Hơn nữa, động cơ thay đổi của bệnh nhân có thể bị những người khác ảnh hưởng bao gồm những nhân viên điều trị cai nghiện

Tóm lại, điều cơ bản là cố gắng đưa bệnh nhân đến giai đoạn thay đổi tiếp theo. Bác sĩ lâm sàng cần phải xác định bất cứ trở ngại nào có thể có làm tổn hại đến sự tiến bộ của bệnh nhân thông qua những giai đoạn thay đổi. Mô hình

Bảng 3-5
Mô hình Transtheoretical (Những Giai đoạn Thay đổi)



Nguồn: DiClemente và Prochaska 1998.

transtheoretical được mô tả chi tiết trong Bảng 3-5 và những chi tiết của từng giai đoạn được mô tả trong phần bên dưới.

Trong giai đoạn tiền dự định thì bệnh nhân không cân nhắc bất cứ thay đổi nào về hành vi sử dụng chất gây nghiện trong một tương lai gần. Cụ thể là, một bệnh nhân trong giai đoạn này hoặc là không nhận thức được việc sử dụng chất gây nghiện của mình là một vấn đề hoặc không sẵn sàng hoặc quá hèn nhát không dám thay đổi. Thông thường, bệnh nhân trong giai đoạn này chưa trải nghiệm những hậu quả nghiêm trọng từ việc sử dụng chất gây nghiện. Trong suốt giai đoạn tiền dự định, bác sĩ lâm sàng nên lưu tâm đến và chộp lấy bất cứ sự đấu tranh tư tưởng nào mà bệnh nhân biểu lộ ra ngoài đối với những hành vi liên quan đến chất gây nghiện. Những mâu thuẫn trong tư tưởng này có khả năng xuất hiện trong suốt quá trình cai nghiện ban đầu, trước khi bệnh nhân trở về với khu vực tương đối thoải mái và khả năng từ chối cao hơn. Đối với những bệnh nhân quyết tâm không có ý định thay đổi thì mục tiêu chính là giúp bệnh nhân bắt đầu nghĩ đến việc thay đổi. Để đạt được điều

này, bác sĩ lâm sàng có thể thể hiện sự quan tâm, lắng nghe quan điểm của bệnh nhân, và luôn tạo điều kiện cho những cuộc đối thoại tiếp theo nữa về những lựa chọn điều trị.

Đến giai đoạn *dự định thay đổi* thì cá nhân bệnh nhân đã có một vài nhận thức rằng việc sử dụng chất gây nghiện là một vấn đề. Trong giai đoạn này, bệnh nhân có thể bộc lộ mong muốn hoặc sự sẵn sàng thay đổi nhưng vẫn chưa có kế hoạch cụ thể để thực hiện điều đó trong tương lai gần, và giai đoạn này dự kiến là sẽ diễn ra từ 2 đến 6 tháng tới. Bất kể có được đề cập rõ ràng hay không thì mọi người vẫn nghĩ rằng hầu hết những cá nhân trong giai đoạn này đều đang đấu tranh tư tưởng dữ dội về việc thay đổi. Cụ thể là, bên cạnh mong muốn thay đổi là mong muốn tiếp tục hành vi hiện tại. Đối với những bệnh nhân trong giai đoạn này, các bác sĩ lâm sàng được khuyến khích nên sử dụng “những chiến lược cân bằng có tính quyết định” để giúp bệnh nhân đi đến giai đoạn hành động (Carey và cộng sự 1999). Trong phương pháp này, bác sĩ lâm sàng sẽ giúp bệnh nhân xem xét những khía cạnh tích cực cũng như tiêu cực của việc

lạm dụng chất gây nghiện của họ và nhờ bệnh nhân tác động lẫn nhau với mong đợi rằng thước đo của những thủ thuật về cân bằng sẽ ủng hộ cho việc tiếp nhận hành vi mới. Sự giáo dục tâm lý về sự tương tác của lạm dụng chất gây nghiện với những vấn đề khác, bao gồm sức khỏe, pháp lý, nghề nghiệp, nuôi nấng con cái, và bệnh lý về tâm thần có thể là một phần của tiến trình này. Việc giúp bệnh nhân hiểu được những cảm giác mâu thuẫn trong tư tưởng về việc thay đổi những hành vi sử dụng chất gây nghiện là bình thường và được mong đợi là đặc biệt hữu ích trong giai đoạn này.

Trong giai đoạn *chuẩn bị*, bệnh nhân đã nhận thức được rằng việc sử dụng chất gây nghiện thực sự là một vấn đề lớn và khát khao thay đổi. Hơn thế nữa, bệnh nhân đã đưa ra một quyết định rất tinh tế là cam kết sẽ thực hiện thay đổi hành vi. Giai đoạn này được xác định như là một giai đoạn mà qua đó bệnh nhân chuẩn bị cho sự thay đổi sắp đến theo những cách rất cụ thể như là quyết định xem họ có cần một chương trình điều trị chính thống không và, nếu có thì đó là chương trình nào. Giai đoạn này được mô tả bởi việc đặt ra mục tiêu và thực hiện những cam kết ngừng sử dụng như là thông báo cho đồng nghiệp, bạn bè, và gia đình về những kế hoạch điều trị. Đối với những bệnh nhân trong giai đoạn này, các bác sĩ lâm sàng nên khơi gợi những mục tiêu và chiến lược thay đổi của bệnh nhân và luôn cảnh giác về những dấu hiệu cho thấy bệnh nhân đã sẵn sàng chuyển đến giai đoạn hành động. Điều quan trọng là bác sĩ lâm sàng phải đáp ứng lại nhanh chóng bất cứ yêu cầu điều trị nào để tận dụng động cơ này trước khi nó biến mất. Một trong những vai trò tối quan trọng của bác sĩ lâm sàng trong giai đoạn này là hỗ trợ bệnh nhân trong việc phát triển kế hoạch hành động hoặc phát triển giao kèo về hành vi, bao gồm cả những nhu cầu cá nhân của bệnh nhân. Cũng là một phần của quá trình này là việc bác sĩ lâm sàng nên giúp đỡ bệnh nhân tìm kiếm sự hỗ trợ xã hội. Khai thác những mong muốn của bệnh nhân liên quan đến việc điều trị và vai trò của bệnh nhân trong việc đó là rất quan trọng. Cuối cùng, bởi vì khó khăn thường gặp trong việc

đánh giá quá trình điều trị nên bác sĩ lâm sàng nên thảo luận với bệnh nhân những cách thức duy trì động lực thay đổi trong suốt thời gian chờ đợi để bước vào chương trình điều trị, ví dụ bệnh nhân có nên được bố trí vào một danh sách chờ hay không.

Trong giai đoạn *hành động*, bệnh nhân sẽ thực hiện những bước chủ động để thay đổi những hành vi sử dụng chất gây nghiện. Giai đoạn này bao gồm việc thực hiện những thay đổi về thói quen và môi trường như là không dành thời gian cho những nơi hoặc với những người có hành vi sử dụng thuốc gây nghiện. Những thay đổi này thậm chí có thể tiếp tục được thực hiện trong 3 đến 6 tháng tới sau khi đã ngừng hẳn việc lạm dụng chất gây nghiện.

Trong giai đoạn *duy trì*, bệnh nhân sẽ làm việc để duy trì những thay đổi đã khởi phát từ giai đoạn hành động.

Thúc đẩy Sự Kết hợp các Phép chữa bệnh

Sự kết hợp các phép chữa bệnh đề cập đến chất lượng của mối quan hệ giữa một bệnh nhân và nhà cung cấp việc chăm sóc và là “yếu tố không cụ thể” dự đoán những kết quả trị liệu thành công xuyên suốt những trị liệu đa dạng khác (Horvath và Luborsky 1993). Sự kết hợp các phép chữa bệnh phải được phát triển trong bối cảnh có khả năng thành lập một sự kết hợp để giúp đỡ các cá nhân—như là một mạng lưới hỗ trợ sức khỏe hoặc cộng đồng phép chữa bệnh. Mối quan hệ thích hợp về phương diện lâm sàng giữa bệnh nhân và bác sĩ lâm sàng mang tính hỗ trợ, thông cảm, và không phán xét là dấu hiệu phân biệt của sự kết hợp phép chữa bệnh mạnh mẽ.

Sự sẵn sàng thay đổi báo trước một sự liên kết phép chữa bệnh tích cực trong tương lai (Connors và cộng sự 2000). Đối lại, những mối liên kết mạnh mẽ dẫn đến những kết quả tích cực trong những bệnh nhân nghiện rượu (Connors và cộng sự 1997), cũng như những bệnh nhân liên quan đến việc duy trì bằng Methadone, về những biện pháp như sử dụng

thuốc cấm, tình trạng nghề nghiệp, và chức năng tâm lý. Ngoài ra, chuyên môn và năng lực của bác sĩ dẫn đến sự tự tin trong điều trị và đẩy mạnh sự liên kết phép chữa bệnh. Cũng nên nhấn mạnh sự kết hợp với một mạng lưới hỗ trợ xã hội, việc mà có thể là một nhà tiên tri đầy quyền lực tiên đoán việc liệu bệnh nhân có ở lại với quá trình điều trị hay không (Luborsky 2000).

Xét về tầm quan trọng của sự liên kết phép chữa bệnh và sự thật là quá trình cai nghiện thường là điểm khởi đầu cho bệnh nhân đi đến các dịch vụ điều trị lạm dụng chất gây nghiện, công việc về việc thành lập một liên kết các phép chữa bệnh một cách lý tưởng sẽ bắt đầu dựa trên sự tiếp nhận điều trị. Nhiều hướng dẫn trong những hướng dẫn được đề cập bên trên về việc tăng cường động lực áp dụng cho việc thành lập mối quan hệ này. Newman (1997) đã đưa ra thêm một vài kiến nghị cho việc phát triển sự liên kết phép chữa bệnh như là thảo luận vấn đề về tính bảo mật với bệnh nhân và thừa nhận rằng con đường đến quá trình phục hồi là con đường vô cùng khó khăn. Ông ấy còn khuyên các bác sĩ là phải kiên định, đáng tin cậy, và luôn sẵn sàng, ngay cả khi bệnh nhân không làm được như thế. Bác sĩ lâm sàng nên giữ bình tĩnh và tử tế ngay cả khi bệnh nhân trở nên chán nản đáng lưu ý. Các y bác sĩ đang hành nghề nên tự tin nhưng phải khiêm tốn và nên đặt ra những giới hạn theo một cách đầy tôn trọng mà không cần gây ra một cuộc đấu tranh về quyền lực nào. Xem danh sách các đặc điểm giá trị nhất cho một bác sĩ lâm sàng trong việc đẩy mạnh sự liên kết phép chữa bệnh trong Bảng 3-6

Sự chuyển tiếp và Những Mối liên hệ

Khi một cá nhân vượt qua những triệu chứng cai nghiện nghiêm trọng nhất và vấn an toàn và ổn định về y tế thì sự tập trung về những can thiệp tâm lý xã hội sẽ chuyển tới việc chuẩn bị chủ động cho bệnh nhân tiếp nhận điều trị lạm dụng chất gây nghiện và các hoạt động duy trì.

Bảng 3-6 **Những Đặc điểm Quan trọng Nhất** **đối với Sự liên kết Phép chữa bệnh** **của Bác sĩ lâm sàng**

- Hỗ trợ, cảm thông và thấu hiểu, và không phán xét
- Biết được những bệnh nhân nào có thể tham gia và những bệnh nhân nào nên được chuyển đến nhà cung cấp việc điều trị khác
- Có thể thiết lập mối quan hệ với bất cứ khách hàng nào
- Nhớ thảo luận những vấn đề về bảo mật
- Thừa nhận những thử thách trên con đường đến quá trình phục hồi
- Kiên định, và đáng tin cậy
- Luôn giữ bình tĩnh và tử tế ngay cả khi bệnh nhân không vui
- Tự tin nhưng không tự cao
- Đặt ra những giới hạn mà không cần gây ra cuộc đấu tranh về quyền lực
- Nhận ra những tiến bộ của khách hàng đối với mục tiêu
- Khuyến khích sự biểu lộ về phía khách hàng

Những sự can thiệp này bao gồm (1) việc đánh giá những đặc điểm, thế mạnh, và tình trạng dễ bị tổn thương của bệnh nhân sẽ ảnh hưởng những kiến nghị cho điều trị lạm dụng chất gây nghiện; (2) chuẩn bị cho bệnh nhân tham gia vào quá trình điều trị; và (3) liên kết thành công bệnh nhân với quá trình điều trị cũng như các dịch vụ và nguồn tài nguyên cần thiết khác.

Việc đảm bảo rằng bệnh nhân có những rối loạn do sử dụng chất gây nghiện sẽ tham gia điều trị lạm dụng chất gây nghiện theo sau quá trình cai nghiện thường rất khó khăn. Nhiều bệnh nhân tin rằng khi họ chấm dứt lạm dụng chất gây nghiện từ cơ thể thì họ sẽ đạt được sự kiêng khem. Hơn nữa, một vài chính sách bảo hiểm có thể không bao gồm việc điều trị, hoặc chỉ cung cấp dịch vụ một phần. Bệnh nhân có thể phải đối mặt với những kênh thông tin ruồng rà

để xác định xem việc điều trị có được bao gồm hay không, và nếu có thì chi phí là bao nhiêu.

Việc chuẩn bị nên tập trung vào việc chấm dứt những rào cản về hành chính đối với việc tiếp nhận điều trị lạm dụng chất gây nghiện trước khi thảo luận những lựa chọn điều trị với bệnh nhân. Những thảo luận với bệnh nhân nên nhất quán với khả năng đang cải thiện của bệnh nhân để tiến hành và đánh giá thông tin theo cách mà bệnh nhân có thể hành động theo ý muốn riêng của họ.

Sự Đánh giá về Những Nhu cầu về Quá trình Phục hồi của Bệnh nhân

Để đưa ra những kiến nghị thích hợp cho việc điều trị và các hoạt động phục hồi đang diễn ra, các nhân viên cai nghiện cần xác định những đặc điểm cá nhân của khách hàng và những môi trường điều trị của họ mà có thể ảnh hưởng đến mức độ chăm sóc, bối cảnh, và các dịch vụ chuyên biệt cần cho quá trình phục hồi. Ấn phẩm Các tiêu chí Bố trí Bệnh nhân, Tái bản lần Hai, Phiên bản điều chỉnh (PPC-2R) của ASAM (ASAM 2001) đã giới thiệu một mô hình được sử dụng rộng rãi nhất cho việc xác định mức độ của các dịch vụ cần thiết để giải quyết những rối loạn liên quan đến chất gây nghiện. Những mức độ của các dịch vụ điều trị này được sắp xếp từ những nhóm can thiệp sớm căn cứ vào cộng đồng đến những dịch vụ nội trú tập trung được quản lý về y tế. Như đã lưu ý ở chương 2, các nhà cung cấp cần phải đưa ra quyết định về việc bố trí dựa vào sáu chiều hướng sau:

1. Tình trạng Ngộ độc Cấp tính và/hoặc Quá trình Cai nghiện
2. Những tình trạng Y sinh và Những Biến chứng
3. Những trạng thái về Cảm xúc, Hành vi, hoặc Nhận thức hoặc Những Biến chứng
4. Sự sẵn sàng thay đổi
5. Khả năng Tái phát, Tiếp tục sử dụng, hoặc Vấn đề còn Tiếp diễn
6. Môi trường Sống/Phục hồi

Bởi vì thời gian bệnh nhân ở lại những môi trường cai nghiện còn hạn chế nên thách thức đối với các chương trình là thực hiện một sự đánh giá toàn diện về những nhu cầu phục hồi của cá nhân bệnh nhân. Hãy luôn ghi nhớ là, các chương trình cai nghiện nên tập trung vào những lĩnh vực thiết yếu để thực hiện một mối liên kết thích hợp với các dịch vụ điều trị lạm dụng chất gây nghiện. Việc đánh giá những nhu cầu tâm lý xã hội ảnh hưởng đến bản thân quá trình phục hồi có thể được để dành cho những chuyên gia cung cấp việc điều trị lạm dụng chất gây nghiện thực hiện. Những cần nhắc về những đánh giá khác bao gồm:

- Những nhu cầu đặc biệt như là những tình trạng y tế và tâm thần đồng diễn có thể khiến cho việc điều trị phức tạp hơn hoặc hạn chế sự tiếp cận với những dịch vụ phục hồi hiện có
- Tình trạng mang thai, những khiếm khuyết về thể chất, và những yếu kém về nhận thức làm hạn chế những bối cảnh điều trị thích hợp cho bệnh nhân
- Những vấn đề về hệ thống hỗ trợ như là hỗ trợ từ gia đình, nạn bạo hành gia đình, và sự cách ly ảnh hưởng đến những kiến nghị về những môi trường điều trị tại nhà so với điều trị ngoại trú
- Nhu cầu của những đứa trẻ phụ thuộc
- Nhu cầu về điều trị cụ thể về giới tính (Để biết thêm thông tin chi tiết, xem các TIP sắp tới, *Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện: Giải quyết những Nhu cầu Cụ thể của Phụ nữ* [CSAT trong giai đoạn phát triển e] và *Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện: Những Vấn đề của Nam giới* [CSAT trong giai đoạn phát triển g]).

Bảng 3-7 dưới đây sẽ nêu ra những lĩnh vực mà Ủy ban Đồng thuận đã kiến nghị cho việc đánh giá để xác định kế hoạch phục hồi thích hợp nhất

Phụ lục C liệt kê một nhóm những công cụ hữu ích trong việc mô tả tình trạng nghiện ngập và những rối loạn liên quan (chẳng hạn như là, Danh mục về mức độ Nghiêm trọng của tình

Bảng 3-7
Những lĩnh vực Được kiến nghị Xem xét để Xác định
Những Kế hoạch Phục hồi Thích hợp

Lĩnh vực	Diễn giải
Những tình trạng Y tế và Biến chứng	Những căn bệnh truyền nhiễm, bệnh kinh niên cần điều trị chuyên biệt và tập trung, tình trạng mang thai, và các cơn đau kinh niên
Động lực/Sự Sẵn sàng Thay đổi	Mức độ mà qua đó bệnh nhân thừa nhận rằng những hành vi sử dụng chất gây nghiện là vấn đề lớn và sẵn sàng đổi mới với nó một cách thẳng thắn
Những khiếm khuyết về Thể chất, Giác quan, hoặc Khả năng Đi lại	Những tình trạng thể chất cần những cơ sở hoặc nhân viên được thiết kế đặc biệt
Tiền sử Tái phát và Khả năng tái phát	Những mẫu hình tái phát mang trong quá khứ, thời gian kiêng khem, và những nhà tiên tri về sự kiêng khem; nhận thức của khách hàng về nguyên nhân gây ra tái phát và sự thèm thuốc
Sự Lạm dụng/phụ thuộc Chất Gây nghiện	Cường độ sử dụng, lượng sử dụng, và thời gian sử dụng, sự lặp đi lặp lại các vấn đề; những biểu hiện của việc lạm dụng hoặc phụ thuộc
Những Vấn đề về Phát triển và Nhận thức	Khả năng tham gia vào những bối cảnh điều trị đối đầu, và lợi ích từ những sự can thiệp về nhận thức và liệu pháp chữa trị nhóm
Sự Hỗ trợ từ Gia đình và Xã hội	Mức độ của sự hỗ trợ từ gia đình và những thành viên quan trọng khác, những người bạn không nghiện thuốc, mối liên quan trong những nhóm hỗ trợ
Những Rối loạn Tâm thần Đồng diễn	Những triệu chứng tâm thần khác có thể khiến cho việc điều trị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện thêm phức tạp và đòi hỏi việc điều trị cho chúng, những mối bận tâm về sự an toàn trong những bối cảnh cụ thể (lưu ý rằng việc đánh giá những rối loạn đồng diễn nên bao gồm việc xác định bất cứ loại thuốc tâm thần nào mà bệnh nhân có thể sử dụng cho tình trạng của mình)
Trẻ em Phụ thuộc	Việc giám hộ những đứa trẻ phụ thuộc hoặc chăm sóc cho những đứa trẻ không bị giám hộ và những lựa chọn chăm sóc của những đứa trẻ này trong suốt quá trình phục hồi
Chấn thương và Nạn Bạo hành	Nạn bạo hành gia đình hiện nay ảnh hưởng đến sự an toàn của môi trường sống, sự rối loạn căng thẳng hậu chấn thương hoặc tiền sử về chấn thương có thể khiến quá trình phục hồi phức tạp hơn

Lĩnh vực	Diễn giải
Tiền sử về Điều trị	Những trải nghiệm phục hồi thành công và không thành công trước đó có thể ảnh hưởng đến quyết định về dạng môi trường điều trị yêu cầu.
Hoàn cảnh Văn hoá	Nhân dạng về văn hoá, những vấn đề, và những thế mạnh có thể ảnh hưởng đến quyết định tìm kiếm các chương trình phục hồi cụ thể về phương diện văn hoá, những thế mạnh về văn hoá hoặc những khó khăn có thể yêu cầu mức độ chăm sóc hoặc bối cảnh điều trị
Các Thế mạnh và Nguồn tài nguyên	Những thế mạnh và những nguồn tài nguyên có một không hai của khách hàng và môi trường của họ
Ngôn ngữ	Những vấn đề về ngôn ngữ hoặc lời ăn tiếng nói có thể khiến cho việc giao tiếp khó khăn hơn hoặc cần phải có một phiên dịch viên quen thuộc với việc lạm dụng chất gây nghiện

trạng Nghiện ngập [gọi tắt là ASI]), đánh giá sự sẵn sàng về động cơ để thay đổi (Các giai đoạn của Việc sẵn sàng Thay đổi và Thước đo Sự háo hức về Việc Điều trị [gọi tắt là SOCRATES] và Trường Đại học chuyên về Việc Đánh giá Sự Thay đổi Rhode Island [gọi tắt là URICA], và việc đánh giá những tình trạng tâm thần đồng diễn và những yếu tố gia đình và xã hội. Việc quản lý những công cụ này cần những mức độ tinh vi khác nhau về phía bác sĩ lâm sàng. Tất cả những công cụ này phải được xem xét về mức độ hiểu biết về văn hoá, ngôn ngữ học, và về nhận thức cũng như tính thích hợp về việc phát triển cho từng bệnh nhân. Xem TIP 13 để biết thêm thông tin về việc bố trí bệnh nhân, *Vai trò và Hiện trạng của Các tiêu chí Bố trí Bệnh nhân trong việc Điều trị Những Rối loạn do sử dụng Chất gây nghiện* (CSAT 1995h).

Những Bối cảnh Điều trị

Cũng như với những bối cảnh được dùng cho quá trình cai nghiện, những địa điểm cung cấp việc điều trị lạm dụng chất gây nghiện thường bị nhầm lẫn với cường độ của các dịch vụ. Có một điều ngày càng rõ ràng là mặc dù cả cường độ của các dịch vụ và bối cảnh đều quan trọng đối với quá trình phục hồi thành công nhưng chúng lại là hai chiều hướng riêng biệt

cần được xem xét khi liên kết khách hàng với việc điều trị. Quá trình này được gọi là “phi liên kết” hoặc “không trọn gói” và thường liên quan đến việc xác định nhu cầu cho các dịch vụ xã hội một cách độc lập với cường độ khám chữa bệnh (Gastfriend và McLellan 1997; McGee và Mee-Lee 1997).

Việc điều trị và các hoạt động duy trì được cung cấp trong nhiều bối cảnh khác nhau bao gồm những địa điểm được thiết kế đặc biệt để cung cấp việc điều trị lạm dụng chất gây nghiện như là các trung tâm điều trị lạm dụng chất gây nghiện độc lập cũng như là những địa điểm hoạt động vì những mục đích khác bao gồm những trung tâm sức khoẻ tâm thần, nhà giam, và những cơ sở cải tạo cộng đồng. Diễn giải của những bối cảnh này được đề cập bên dưới:

- *Các chương trình cho bệnh nhân nội trú* cho việc điều trị lạm dụng chất gây nghiện thường được cung cấp trong các bệnh viện và những phòng khám độc lập và cung cấp sự chăm sóc điều dưỡng suốt 24 giờ bên cạnh việc điều trị tập trung cho những vấn đề liên quan đến chất gây nghiện.
- *Các chương trình điều trị tại nhà* thường cung cấp sự giám sát suốt 24 giờ bởi nhân viên phi y tế và sự sẵn sàng của các nhân

viên y tế có thể bị hạn chế. Những chương trình này cung cấp việc tư vấn về lạm dụng chất gây nghiện chuyên sâu và khách hàng có thể tham gia vào chế độ bảo dưỡng của các cơ sở. Sự hỗ trợ từ đồng nghiệp cũng rất quan trọng đối với việc điều trị được cung cấp. Như một quy luật chung, bệnh nhân sẽ ở lại cơ sở điều trị tại nhà từ 7 đến 30 ngày.

- *Những cộng đồng trị liệu* (gọi tắt là TCs) thường cung cấp sự giám sát 24/24 bởi những nhân viên phi y tế hoặc những khách hàng có quá trình phục hồi lâu dài. Họ có khuynh hướng cung cấp các dịch vụ tư vấn chuyên sâu và dựa vào sự hỗ trợ từ đồng nghiệp và sự đối đầu để hình thành những hành vi của khách hàng. TC này được dựa trên những khái niệm về sự tự lực. Bệnh nhân trong một TC sẽ ở lại lâu hơn các bệnh nhân của chương trình điều trị tại nhà—những bệnh nhân thường ở lại ít nhất 30 ngày và thường là từ 6 tháng đến một năm. Trong một vài trường hợp đặc biệt, như là môi trường tư pháp thì bệnh nhân của TC có thể ở lại đến 2 năm hoặc hơn.
- *Các chương trình điều trị tại nhà chuyển tiếp và những kỹ túc xá* thường cung cấp sự giám sát 24/24 từ những nhân viên phi y tế hoặc những khách hàng có quá trình hồi phục lâu dài. Bệnh nhân trong những chương trình này thường đang làm việc và tham gia vào việc tư vấn và hỗ trợ từ đồng nghiệp trong suốt các buổi tối và cuối tuần
- *Việc nằm viện Một phần và chương trình điều trị theo ngày* kết hợp các nhân viên y tế và phi y tế để cung cấp các dịch vụ tư vấn chuyên sâu vào các giờ trong ngày. Bệnh nhân sẽ trở về nhà vào buổi tối.
- *Các chương trình chuyên sâu cho bệnh nhân ngoại trú* thường được cung cấp bởi nhân viên phi y tế ở phòng khám. Bệnh nhân sẽ nhận được dịch vụ tư vấn từ 6 đến 9 giờ mỗi tuần trong vòng hai hoặc ba lần tiếp xúc.
- *Các dịch vụ truyền thống cho bệnh nhân ngoại trú* cụ thể được cung cấp bởi các tư vấn viên trong phòng khám hoặc văn phòng

và cung cấp các dịch vụ ít giờ hơn các chương trình “ngoại trú chuyên sâu”

- *Các hoạt động duy trì việc phục hồi* không phải là quá trình điều trị nhưng có giá trị lớn cho sự duy trì tình trạng kiêng rượu đang diễn ra. Chúng bao gồm nhóm 12-Bước và những nhóm hỗ trợ khác nhằm duy trì những thành quả đã đạt được trong bối cảnh điều trị. Việc thành lập Nhà Oxford và những môi trường sống “sạch sẽ và không có rượu” nằm trong số những nguồn tài nguyên mà các bác sĩ lâm sàng nên khai thác và có lẽ nên phối hợp với các hoạt động duy trì.

Cung cấp Mối Liên hệ với Quá trình Điều trị và các Hoạt động Duy trì

Khoảng phân nửa số bệnh nhân hẹn điều trị không xuất hiện trong lần hẹn đầu tiên và 20 phần trăm số bệnh nhân hoặc nhiều hơn cũng không xuất hiện trong cuộc hẹn thứ hai (Gottheil và cộng sự 1997; Parker 2002). Khi bệnh nhân gần hoàn thành việc cai nghiện, việc họ có đi bước kế tiếp và tiếp nhận điều trị hay không tùy thuộc vào những thay đổi. Những bệnh nhân đang làm thuê, được thúc đẩy vượt khỏi giai đoạn tiền dự định, và có sự hỗ trợ từ gia đình và xã hội cũng như những bệnh nhân gặp những tình trạng tâm thần đồng diễn có nhiều khả năng khởi xướng việc điều trị. Trái lại, những bệnh nhân phụ thuộc thuốc gây nghiện nghiêm trọng và những người đã lớn tuổi ít có khả năng theo đuổi xuyên suốt và tiếp nhận điều trị (Kirchner và cộng sự 2000; Weisner và cộng sự 2001). Phụ nữ có khả năng bắt đầu việc điều trị sau quá trình cai nghiện cao hơn nam giới, và những cá nhân có bảo hiểm sức khỏe thể hiện sự chia nhỏ về sức khỏe hành vi và những yêu cầu chia sẻ chi phí thấp hơn có khả năng tiếp nhận điều trị cao hơn những ai không có dịch vụ này (Mark và cộng sự 2003b). Kleinman và những người cộng tác của ông (2002) đã theo dõi 279 bệnh nhân nghiện ma túy và thuốc có chất opioid đang trong quá trình cai nghiện để xác định có bao nhiêu bệnh nhân gia nhập quá trình điều trị lạm

dùng chất gây nghiện 30 ngày sau khi rời khỏi chương trình cai nghiện. Họ phát hiện ra rằng những bệnh nhân được phóng thích, vô gia cư, hoặc những ai đang sử dụng thuốc gây nghiện dưới 20 năm có khả năng tiếp nhận điều trị cao hơn những người khác.

Nghiên cứu cho thấy rằng những bệnh nhân có khả năng bắt đầu và duy trì trong quá trình phục hồi nếu họ tin tưởng các dịch vụ sẽ giúp họ trong những vấn đề cụ thể trong cuộc sống (Fiorentine và cộng sự 1999). Bảng 3-8 bên dưới đề xuất những chiến lược mà các nhân viên cai nghiện có thể áp dụng cho bệnh nhân của họ để thúc đẩy sự bắt đầu quá trình điều trị và các hoạt động duy trì.

Bảng 3-8
Những Chiến lược Để Thúc đẩy Sự
Bắt đầu Quá trình Điều trị và các
Hoạt động Duy trì

- Thực hiện việc đánh giá về mức độ khẩn cấp cho việc điều trị.
- Tiết giảm thời gian giữa cuộc gọi và cuộc hẹn ban đầu.
- Gọi để xếp lại lịch cho những cuộc hẹn đã bỏ lỡ.
- Cung cấp thông tin về những điều mong đợi trong giai đoạn điều trị đầu tiên.
- Cung cấp thông tin về tính bảo mật.
- Cung cấp sự động viên hữu hình.
- Kêu gọi sự hỗ trợ từ các thành viên trong gia đình.
- Giới thiệu khách hàng với tư vấn viên sẽ cung cấp các dịch vụ phục hồi.
- Cung cấp các dịch vụ giải quyết những nhu cầu cơ bản như là chỗ ở, nghề nghiệp, và chăm sóc trẻ.

Nguồn: Carroll 1997; Fehr và cộng sự 1991.

Cung cấp sự Tiếp cận với các Dịch vụ Chăm sóc Đặc thù

Bệnh nhân có khả năng tham gia quá trình điều trị nếu họ tin tưởng những vấn đề của họ sẽ được giải quyết bao gồm cả những nhu cầu được đặc biệt giải quyết bởi các dịch vụ chăm sóc đặc thù (cụ thể là chỗ ở, sự hỗ trợ về hướng nghiệp, chăm sóc trẻ, phương tiện đi lại) (Fiorentine và cộng sự 1999). Bên cạnh đó, những bệnh nhân đang nhận được các dịch vụ chăm sóc đặc thù cần thiết vẫn ở lại quá trình điều trị lạm dụng chất gây nghiện lâu hơn và cải thiện hơn những người không nhận được những dịch vụ này (Hser và cộng sự 1999).

Điều quan trọng đối với những bệnh nhân đã vượt qua quá trình cai nghiện và ngộ độc cấp tính là phải đảm bảo rằng những nhu cầu cơ bản của bệnh nhân sẽ được đáp ứng sau khi hoàn thành cai nghiện. Những nhu cầu này bao gồm sự tiếp cận với một môi trường sống an toàn, ổn định, và hoàn toàn không có thuốc gây nghiện nếu có thể; sự an toàn về thể chất; thức ăn/và quần áo; sức khỏe hiện tại và sự chăm sóc trước khi sinh, trợ giúp về tài chính, và chăm sóc trẻ. Việc đảm bảo bước tiếp cận đến những nhu cầu cơ bản này có thể là một vấn đề lớn, và nhân viên phải linh động và sáng tạo trong việc tìm kiếm những phương tiện có thể đáp ứng nhu cầu cơ bản của bệnh nhân.

Rất rõ ràng, việc lập kế hoạch cho các dịch vụ nên mở rộng ra khỏi những vấn đề về phụ thuộc chất gây nghiện đến những lĩnh vực khác có thể ảnh hưởng đến việc tuân theo quá trình phục hồi. Những nhà cung cấp dịch vụ cai nghiện nên quen thuộc với những nguồn tài nguyên sẵn có về sự hỗ trợ pháp lý, chăm sóc răng, những nhóm hỗ trợ, các phiên dịch viên, hỗ trợ chỗ ở, điều trị chấn thương, những nhóm nuôi con nạy cảm về sự phục hồi, sự hỗ trợ về tinh thần và văn hoá, hỗ trợ nghề nghiệp, và những chương trình hỗ trợ khác cho những nhu cầu cơ bản. Gia đình và những hệ thống hỗ trợ khác có thể có ích cho bệnh nhân trong việc tiếp cận

dịch vụ và nên tham gia vào việc lên kế hoạch cho các dịch vụ càng thường xuyên càng tốt và phải luôn được sự chấp thuận của bệnh nhân.

Để giải quyết những nhu cầu của những bệnh nhân vô gia cư và nghèo khổ, các nhà cung cấp dịch vụ cai nghiện phải quen thuộc với những nơi trú ẩn khẩn cấp, hỗ trợ tiền mặt, và những chương trình cung cấp thức ăn trong cộng đồng của họ và nên thiết lập những mối quan hệ chuyển tiếp. Việc đánh giá phụ nữ, thanh thiếu niên, người trưởng thành, và những cá nhân dễ bị tổn thương khác về vấn đề bị ngược đãi bởi những một thành viên khác ở cùng nhà cũng rất quan trọng. Bệnh nhân phải được liên kết với việc chăm sóc sức khỏe chính và trước khi sinh về nạn bạo hành gia đình. Lý tưởng nhất là mối liên hệ với những chương trình này nên bao gồm nhiều hơn một số điện thoại đường dây nóng; nhân viên cai nghiện nên hỗ trợ bệnh nhân trong việc lên lịch cho những cuộc hẹn ban đầu và việc sắp xếp phương tiện đi lại.

Sự liên kết với việc chăm sóc sức khỏe và tiền sản chính cũng như với những nguồn tài nguyên từ cộng đồng là vấn đề thiết yếu cho những cá nhân có những rối loạn do sử dụng chất gây nghiện. Những mối liên hệ có thể là một cơ chế hiệu quả để hỗ trợ bệnh nhân trong việc tiếp cận các dịch vụ này nếu chúng không có sẵn như là một phần của chương trình cai nghiện. Những sắp xếp về sự chuyển tiếp được chính thức hoá bằng những hợp đồng hoặc bản ghi nhớ về sự hiểu biết có thể có ích để xác định những nghĩa vụ có tính tổ chức (D'Aunno 1997).

Tối thiểu hoá Những Rào cản trong vấn đề Tiếp cận

Một phần không thể thiếu của quá trình liên kết bệnh nhân với quá trình phục hồi và điều trị là giải quyết những rào cản trong vấn đề tiếp cận. Phương tiện vận chuyển, chăm sóc trẻ suốt thời gian điều trị, khả năng tái phát giữa việc rời khỏi quá trình cai nghiện và việc tiếp nhận điều trị, nhu cầu về chỗ ở, và những vấn đề về an toàn như là nạn bạo hành gia đình phải được

giải quyết thông qua một kế hoạch có tính đặc thù trước khi rút khỏi điều trị.

Vấn đề về việc bố trí bệnh nhân vào danh sách chờ gây ra một rào cản đặc biệt cho điều trị và giải pháp nằm trong việc phát triển những chiến lược để duy trì động lực cho việc điều trị suốt thời gian chờ đợi.

Đối với phụ nữ có thai và những bệnh nhân có con thì nỗi lo rằng Các Dịch vụ Bảo vệ Trẻ em có đưa con họ thoát khỏi sự lạm dụng và bỏ mặc chúng do việc sử dụng thuốc có thể là một rào cản cho việc tiếp nhận chương trình điều trị.

Bên cạnh đó, việc tiếp xúc với những bác sĩ hân học hoặc không thân thiện và việc đối mặt với sự chống đối từ gia đình, từ vợ hoặc chồng, hoặc bạn bè có thể gây cản trở cho việc tiếp nhận điều trị.

Nhân viên cai nghiện phải có kiến thức về luật pháp của Quốc gia liên quan đến sử dụng thuốc gây nghiện trong thời gian mang thai và những định nghĩa về ngược đãi trẻ em và bỏ bê chúng để có thể đảm bảo và khuyến khích phụ nữ tham gia điều trị.

Những bệnh nhân được xác định là có khiếm khuyết về thể chất hay nhận thức cũng đối mặt với những trở ngại đặc biệt trong việc điều trị. Độc giả có thể xem lại TIP 29, *Việc Điều trị Rối loạn do sử dụng Chất Gây nghiện cho Những Bệnh nhân có Vấn đề về Thể chất và Nhận thức* (CSAR 1998g) và TIP 36, *Điều trị Lạm dụng Chất Gây nghiện cho Bệnh nhân gặp những Vấn đề về Bỏ bê và Ngược đãi Trẻ em* (CSAT 2000d), để biết thêm thông tin chi tiết về những chủ đề này.

Đối với bệnh nhân là người dân tộc thiểu số, những trở ngại trong việc tiếp cận điều trị có thể xuất phát từ những yếu tố ngôn ngữ, văn hoá, và tài chính. Khả năng phát triển những can thiệp cụ thể về văn hoá, nhân viên đào tạo và phiên dịch viên của chương trình để đáp lại những nhu cầu cụ thể của những bệnh nhân này, và nhận thức về những khác biệt văn hoá trong sự biểu hiện những triệu chứng là rất

cần thiết cho việc cải thiện bước tiếp cận đến sự chăm sóc. Việc giám sát nhân viên và quá trình đào tạo trong những vấn đề xuyên văn hoá cũng quan trọng như tất cả các chương trình phục vụ cho số đông bệnh nhân đa dạng. TIP sắp tới *Cải thiện Sự Thông thạo Về Văn hoá trong Điều trị Lạm dụng Chất Gây nghiện* (CSAT trong giai đoạn phát triển a) sẽ bao gồm nhiều thông tin hơn về chủ đề này.

Sử dụng việc Quản lý Trường hợp

Việc quản lý trường hợp mang đến cơ hội để giúp các dịch vụ phù hợp với những nhu cầu cá nhân của khách hàng và để tối thiểu hoá những trở ngại trong những dịch vụ này (Gastfriend và McLellan 1997). Việc quản lý trường hợp là một hệ thống các dịch vụ cố gắng hỗ trợ khách hàng trong việc tiếp cận những nguồn tài nguyên cần thiết. Nó là một chiến lược có ích để đảm bảo rằng việc tiếp cận các dịch vụ trọn gói như nghề nghiệp, chỗ ở, dịch vụ chăm sóc sức khoẻ, và những nhu cầu cơ bản được đáp ứng cùng với việc tối thiểu hoá những trở ngại trong việc tiếp cận điều trị lạm dụng chất gây nghiện. Như đã nêu trong TIP 27, Quản lý Trường hợp Toàn diện cho Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện (CSAT 1998a), những chức năng thông thường của việc quản lý trường hợp được xác định như là việc đánh giá, lên kế hoạch, mối liên hệ, giám sát, và sự ủng hộ tích cực. Những nhà quản lý trường hợp có thể giúp cho việc liên kết quan trọng giữa các dịch vụ cai nghiện và quá trình điều trị dễ dàng hơn bằng cách cung cấp phương tiện vận chuyển đến cơ sở phục hồi, sắp xếp việc chăm sóc trẻ, hoặc hỗ trợ những nhu cầu về chỗ ở. Hơn nữa, quản lý trường hợp là một chiến lược được sử dụng rộng rãi để kết hợp việc điều trị lạm dụng chất gây nghiện và sức khoẻ tâm thần cho những bệnh nhân có những tình trạng tâm thần đồng diễn (Drake và Mueser 2000).

Mối Liên hệ với Các Dịch vụ tâm thần Đang diễn ra

Mặc dù việc thực hiện sự chuyển tiếp cho sự chăm sóc tâm thần đang diễn ra là quan trọng

nhưng sự xuất hiện các triệu chứng tâm lý không nên cản trở nhân viên cai nghiện chuyển tiếp bệnh nhân đến điều trị lạm dụng chất gây nghiện. Những bệnh nhân gặp tình trạng tâm thần đồng diễn dường như có thể bắt đầu và được hưởng lợi từ việc điều trị lạm dụng chất gây nghiện như những cá nhân không gặp tình trạng tâm thần đồng diễn (Joe và cộng sự 1995).

Bởi vì một vài chứng bệnh về tâm thần có thể ảnh hưởng đến sự thêm thuốc ở những bệnh nhân phụ thuộc chất gây nghiện nên điều quan trọng là phải đảm bảo rằng tình trạng tâm thần và rối loạn do sử dụng chất gây nghiện sẽ được xử lý trong quá trình phục hồi (Anton 1999). Những cá nhân đang uống thuốc về tâm thần nên được tư vấn về tầm quan trọng của việc tiếp tục sử dụng những loại thuốc này. Bất cứ khi nào có thể, việc rời khỏi các dịch vụ cai nghiện phải được phối hợp với nhà cung cấp dịch vụ sức khoẻ tâm thần của bệnh nhân trong cộng đồng đó, và bệnh nhân nên sắp xếp một cuộc hẹn ngay khi rời khỏi cơ sở cai nghiện. Các nhà cung cấp các dịch vụ cai nghiện nên yêu cầu bệnh nhân ký vào những thông cáo thông tin thích hợp để cung cấp sự đánh giá và các tài liệu khác cho nhà cung cấp sức khoẻ tâm thần để thúc đẩy sự chăm sóc liên tục. Điều này chỉ nên xảy ra khi bệnh nhân đã ổn định về kinh tế và trong một trạng thái rằng anh/cô ấy có thể đưa ra những quyết định nhất quán về vấn đề này (cụ thể là trong khi bị ngộ độc, bệnh nhân không nên bị cấm ký kết thông cáo)

Đối với những cá nhân có những hội chứng tâm thần đồng diễn thì việc điều trị phối hợp cho những rối loạn do sử dụng chất gây nghiện và chứng bệnh về tâm thần được đề xuất. Các dịch vụ quản lý trường hợp như đã mô tả bên trên có thể đặc biệt quan trọng cho những bệnh nhân có những chứng bệnh về tâm thần nghiêm trọng làm cản trở khả năng tự tiếp cận các dịch vụ của họ.

Có một tình trạng ngày càng tăng là các nhà cung cấp dịch vụ về điều trị lạm dụng chất gây nghiện và sức khoẻ tâm thần đang thực hiện những mô hình sử dụng bác sĩ lâm sàng được

đào tạo để cung cấp cả việc điều trị lạm dụng chất gây nghiện và sức khỏe tâm thần đồng thời (Drake và Mueser 2000). Xem TIP 42, *Điều trị Lạm dụng Chất Gây nghiện cho Người có những rối loạn tâm thần đồng diễn* (CSAT 2005c) để biết thêm thông tin.

Sự liên kết với Việc Chăm sóc Y tế Tiếp sau đó

Nên tìm kiếm sự đồng ý của bệnh nhân để kêu gọi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chính của anh/cô ấy tham gia vào việc phối hợp chăm sóc.

Bệnh nhân bị tình trạng y tế kinh niên và những bệnh nhân cần dịch vụ chăm sóc tiếp theo sau nên sắp xếp một cuộc hẹn về dịch vụ chăm sóc tiếp theo trước khi rời khỏi bối cảnh cai nghiện (Luborsky và cộng sự 1997).

Những vấn đề cần Cân nhắc cho Những Cá nhân Phụ thuộc Chất Gây nghiện Kinh niên

Đối với những bệnh nhân gặp những vấn đề lạm dụng chất gây nghiện phải cai nghiện thường xuyên nhưng lại có khoảng thời gian kiêng khem hạn chế thì những phương pháp điều trị

truyền thống có lẽ không có hiệu quả. Trong một vài trường hợp, việc giải quyết những nhu cầu khác có thể khuyến khích cá nhân bị phụ thuộc chất gây nghiện kinh niên tiếp nhận điều trị. Những phương pháp quản lý trường hợp có thể thành công trong việc giải quyết nhu cầu về nơi ăn chốn ở, chăm sóc sức khỏe, và những nhu cầu cơ bản mặc dù cá nhân bệnh nhân chưa sẵn sàng đối mặt với vấn đề nghiện rượu hay sử dụng các loại thuốc khác (Cox và cộng sự 1998). TIP 27, *Quản lý Trường hợp Toàn diện cho Điều trị Lạm dụng Chất Gây nghiện* (CSAT 1998a), cung cấp thêm thông tin về việc cung cấp các dịch vụ quản lý trường hợp cho những bệnh nhân vô gia cư gặp những rối loạn lạm dụng chất gây nghiện và những ai gặp những vấn đề phức tạp khác.

Bằng chứng của việc sử dụng không thích hợp lặp đi lặp lại của các dịch vụ cai nghiện tự nguyện có thể mở ra con đường cho sự cam kết dẫn quyền đến điều trị tình nguyện nơi mà đây là một lựa chọn, và, nơi những nguồn tài nguyên cai nghiện bị hạn chế, các hệ thống điều trị cần sáng tạo hơn trong vấn đề thiết kế kế hoạch chăm sóc cho những bệnh nhân tìm kiếm việc cai nghiện thường xuyên mà không có bằng chứng nào về lợi ích về việc trị liệu.

4 Các dịch vụ Cai nghiện Thể chất cho việc Cai nghiện các Chất Gây nghiện Cụ thể

Chương này nhấn mạnh những chế độ điều trị cụ thể cho những chất gây nghiện cụ thể và cung cấp hướng dẫn về những phương diện y tế, điều dưỡng, và các dịch vụ xã hội của những quá trình điều trị này. Nó cũng bao gồm những cân nhắc về số lượng bệnh nhân cụ thể. Mặc dù phần lớn nó được viết để phục vụ cho những chuyên gia chăm sóc sức khỏe nhưng một số chuyên gia không được đào tạo về y tế cũng có thể sử dụng được. Để tạo điều kiện cho số đông độc giả, chương này còn bao gồm những định nghĩa của các thuật ngữ về kỹ thuật mà có lẽ khá xa lạ với một vài độc giả -- ví dụ như, "bệnh nhân không còn sốt (không còn nóng nữa)."

Tổng quan

Gồm có

Việc Kiểm tra và Đánh giá Tâm lý xã hội và Y sinh

Những dấu hiệu Y sinh và việc Sử dụng chúng

Ngộ độc và Cai nghiện Rượu

Những Dấu hiệu và Triệu chứng Ngộ độc

Những Dấu hiệu và Triệu chứng Cai nghiện

Những Biến chứng y tế của Việc Cai nghiện Rượu: Những hậu quả Có thể gây Tử vong

Việc quản lý quá trình Cai nghiện Không dùng Thuốc

Quá trình Cai nghiện Xã hội

Việc quản lý quá trình Cai nghiện Có dùng Thuốc

Việc quản lý Tình trạng Mê sảng và Động kinh

Chăm sóc và Động viên Bệnh nhân

Những mối Bận tâm Trước mắt Khác

Các chất gây nghiện dạng thuốc phiện (Opioid)

Những Triệu chứng Cai nghiện Opioid

Việc quản lý quá trình Cai nghiện Không dùng Thuốc

Việc quản lý quá trình Cai nghiện Có dùng Thuốc

Chấm dứt Việc Điều trị Duy trì bằng Methadone

Quá trình giải độc và cai nghiện khẩn cấp

Chăm sóc và Động viên Bệnh nhân

Chất Benzodiazepine và Các loại thuốc Ngủ-An thần Khác

Những Triệu chứng Ngộ độc và Cai nghiện Liên quan đến Chất Benzodiazepine và Các Loại thuốc Ngủ-An thần Khác

Việc quản lý quá trình Cai nghiện Có dùng Thuốc

Chất Kích thích

Những Triệu chứng Cai nghiện Chất Kích thích

Biến chứng Y khoa của Việc Cai nghiện Chất Kích thích

Việc quản lý quá trình Cai nghiện Không dùng Thuốc

Việc quản lý quá trình Cai nghiện Có dùng Thuốc

Chăm sóc và Động viên Bệnh nhân

Những Mối quan tâm khác trước mắt

Thuốc hít/Dùng môi

Những Triệu chứng Cai nghiện Liên quan đến Thuốc hít/Dùng môi

Những Biến chứng Y khoa trong việc Cai nghiện Thuốc hít/Dùng môi

Việc quản lý quá trình Cai nghiện Không dùng Thuốc

Việc quản lý quá trình Cai nghiện Có dùng Thuốc

Chăm sóc và Động viên Bệnh nhân

Chất Nicôtin

Những Triệu chứng Cai nghiện Liên quan đến Nicôtin

Đánh giá Mức độ Nghiêm trọng

Những Biến chứng Y khoa trong việc Cai nghiện chất Nicôtin

Việc quản lý quá trình Cai nghiện Không dùng Thuốc

Việc quản lý quá trình Cai nghiện Có dùng Thuốc

Chăm sóc và Động viên Bệnh nhân

Cần sa và Những Loại Thuốc Khác có chứa THC

Chất Xteoit Bị Đồng hoá

Những Triệu chứng Cai nghiện Liên quan đến chất Xteoit

Những Biến chứng Y khoa trong việc Cai nghiện chất Xteoit

Việc quản lý quá trình Cai nghiện chất Xteoit

Chăm sóc và Động viên Bệnh nhân

Nhóm ma túy

Hallucinogens - Chất ma túy gây ảo giác

Chất Gamma-hydroxybutyrate (gọi tắt là GHB)

Ecstasy- Thuốc lắc

Chất Ketamin và PCP (Phencyclidine)

Các Loại khác

Quản lý Việc Lạm dụng Nhiều loại Chất Gây nghiện: Phương pháp tiếp cận tích hợp

Lạm dụng Chất Gây nghiện Ưu tiên

Những Phương pháp Khác

Những vấn đề cần Cân nhắc về Dạng Bệnh nhân Cụ thể

Phụ nữ có Thai

Thanh thiếu niên

Người Khuyết tật hoặc bị Tình trạng Đồng diễn

Người Mỹ Phi

Người Châu Á và Người ở Khu vực Thái Bình Dương

Người Mỹ Da đỏ

Người Tây Ban Nha/Châu Mỹ La Tinh

Đồng tính Nam và Nữ

Thanh thiếu niên

Những người Đang bị Giam giữ/Ngồi tù

Việc Kiểm tra và Đánh giá Tâm lý xã hội và Y sinh

Phần tiếp theo đây đề cập đến việc đánh giá tâm lý xã hội và y sinh phức tạp hơn có thể xảy ra sau cuộc tiếp xúc ban đầu như là một cá nhân đang trong quá trình cai nghiện. Việc kiểm tra tâm lý xã hội và y sinh và các dịch vụ có liên quan chặt chẽ với nhau: không việc nào có thể thành công nếu thiếu việc kia như trường hợp được minh họa bên dưới.

Trường hợp cụ thể

Một người đàn ông Cấp-ca 44 tuổi mới học đến lớp năm có mặt ở phòng khám cấp cứu để

tham gia quá trình cai rượu nhẹ đã không có rượu trong người trong suốt 9 giờ liền. Bệnh nhân bị run nhẹ với triệu chứng buồn nôn và mất ngủ; huyết áp là 142/94; mạch đập 96. Bệnh nhân không bị sốt và Chỉ số Đánh giá Cai nghiện thuộc Cơ sở Khám chữa bệnh về nồng độ cồn (gọi tắt là CIWA-Ar) (xem bên dưới) là 12, biểu hiện tình trạng cai nghiện nhẹ. Một kế hoạch điều trị được đề xuất yêu cầu dùng thuốc lorazepam (một loại thuốc benzodiazepine) theo liều cố định giảm dần trong 3 ngày điều trị ngoại trú cùng với đa vitamin và sinh tố B khác. Bệnh nhân được hướng dẫn trở lại mỗi ngày để các nhân viên điều dưỡng tiến hành đánh giá sơ bộ. Theo nhân viên công tác xã hội được chỉ định phụ trách bệnh nhân này thì không có

Bảng 4-1:
Những Công cụ Đánh giá Sự Phụ thuộc và Cai nghiện Rượu và các Chất Gây nghiện Cụ thể

Loại thuốc phụ thuộc	Công cụ	Trích dẫn/ Tham khảo	Ghi chú
Alcohol -	CIWA-Ar	Sullivan và cộng sự 1989	10 đề mục cần 2 đến 5 phút để hoàn thành; điểm từ 0-67, với 10 hoặc hơn 10 về mức độ quan trọng về y tế; cần đào tạo để quản lý
Cocaine	Việc Đánh giá Mức độ Nghiêm trọng Chọn lựa Côcain (gọi tắt là CSSA)	Kampman và cộng sự	18 đề mục hoàn thành trong 10 phút; điểm cao nghĩa là kết quả kém
Chất gây nghiện dạng Opioid	Thước đo Việc Cai nghiện chất Opiate Chủ quan (gọi tắt là SOWS)	Handelsman và cộng sự 1987	Bảng câu hỏi gồm 16 mục; sử dụng thang đo 0-4, tỉ lệ đáp lại tới mức độ nào mà họ đang trải nghiệm từng 16 đặc điểm này; điểm cao biểu hiện việc cai nghiện nghiêm trọng hơn
	Thước đo Việc Cai nghiện chất Opiate Khách quan (gọi tắt là OOWS)	Handelsman và cộng sự 1987	Mức độ quan sát bệnh nhân cao hơn trong khoảng 10 phút và biểu hiện nếu có của 13 biểu hiện của việc cai nghiện hiện tại; điểm có thể xếp từ 0 đến 13, với điểm cao hơn biểu hiện tình trạng cai nghiện nghiêm trọng hơn; nhân viên phải quen thuộc với những dấu hiệu cai nghiện

phương tiện vận chuyển đáng tin cậy nào để đưa bệnh nhân đến phòng khám, có tình trạng bạo hành gia đình về phía cả hai vợ chồng, và khả năng thực hiện những hướng dẫn y khoa hàng ngày là một câ hời lớn.

Mặc dù những vấn đề y khoa trong trường hợp này cho thấy bệnh nhân có thể được quản lý thành công như một bệnh nhân ngoại trú, sự đánh giá tỉ mỉ về những khía cạnh tâm lý xã hội và y sinh của tình trạng bệnh nhân bao gồm việc thiếu phương tiện đi lại, nguy cơ bạo hành, và không có khả năng thực hiện những hướng dẫn y khoa thường xuyên đã biểu hiện mạnh mẽ rằng bệnh nhân nên ở lại môi trường điều trị được giám sát 24/24 như chương trình cai nghiện hoặc điều trị tại nhà. Xem Bảng 4-1 để minh hoạ thêm cho một số khía cạnh cơ bản của tình trạng sức khoẻ và tâm lý xã hội của bệnh nhân nên được bao gồm trong việc kiểm tra và đánh giá.

Bảng 4-1 bên dưới đã liệt kê rất nhiều những công cụ hữu dụng trong việc mô tả cường độ của tình trạng cai nghiện cụ thể (xem phụ lục C để biết thêm thông tin về những công cụ này và làm thế nào đạt được chúng).

Những Dấu hiệu Hoá sinh và Việc Sử dụng chúng

Phần này tập trung vào những xét nghiệm trong phòng thí nghiệm về hoá sinh giúp phát hiện ra sự tồn tại hoặc vắng mặt của rượu hoặc một loại thuốc lạm dụng khác, có thể xác định việc sử dụng lũy tích trong vài tuần qua. Những cuộc thử nghiệm trong tất cả những lĩnh vực này được phát triển tốt và có hiệu lực đối với rượu. *Đây không phải là trường hợp cho hầu hết tất cả trường hợp lạm dụng chất gây nghiện.* Những dấu hiệu sinh hoá không phải là việc quét kiểm tra đầy đủ hoặc chỉ đơn thuần là những công cụ đánh giá, mà hơn hết là được sử dụng để hỗ trợ việc đánh giá lâm sàng toàn diện hơn. Sự sử dụng thông thường của những dấu hiệu hoá sinh là:

1. Trong bối cảnh kiểm tra ban đầu để hỗ trợ hoặc bác bỏ những thông tin khác dẫn đến sự chẩn đoán, đánh giá, và quản lý thích hợp.

2. Vì những mục đích pháp y (cụ thể là đánh giá một tài xế sau một vụ tai nạn xe hơi).

3. Trong việc phát hiện sự sử dụng lén lút rượu và những chất gây nghiện khác trong bối cảnh chữa bệnh nơi mà sự kiêng khem, quá trình phục hồi, và điều trị đang được xúc tiến.

Các bác sĩ lâm sàng cũng có thể giới thiệu thông tin từ những dấu hiệu hoá sinh cho bệnh nhân như là một công cụ hiệu quả trong việc tăng cường động cơ. Ví dụ, thông tin liên quan đến tranxaminaza (những chất enzym đặc biệt thực hiện những phản ứng hoá học trong gan) giúp cung cấp cho bệnh nhân những thông tin chủ quan về mức độ sử dụng rượu hiện tại và khả năng huỷ hoại gan cấp tính. Điều này có thể giúp bệnh nhân chuyển từ việc điều trị dự tính đến bắt đầu chữa trị thực sự. Để biết thêm về cuộc thảo luận về những dấu hiệu sinh học trong lạm dụng chất gây nghiện, xem Ấn phẩm của Javors và các đồng nghiệp (1997).

Nồng độ cồn trong máu

Nồng độ cồn trong máu (gọi tắt là BAC) có thể được xác định bởi những quy trình trong phòng thí nghiệm có độ nhạy cao mà thường có sẵn trong hầu hết các khoa cấp cứu, bệnh viện, phòng thí nghiệm hoá học lâm sàng. Phần lớn, việc xoá bỏ nồng độ cồn trong máu gây ra sự giảm dần về lượng theo từng đơn vị thời gian hơn là lượng phần trăm), vì vậy khái niệm về “thời gian cần thiết cho qua trình chuyển

Độc nồng độ Cồn Cô đặc Trong máu

Sự cô đặc nồng độ cồn trong máu được đánh giá theo tỉ lệ milligram (mg) rượu mỗi dèxilit (dL) máu. Con số này được chuyển thành phần trăm. Một trăm mg/dL tương đương với 100mg phần trăm hoặc 0.1 phần trăm. Vì vậy, một BAC của 1 mg phần trăm tương đương với sự cô đặc của 100mg rượu mỗi dèxilit máu.

Nguồn: Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất Gây nghiện (CSAT) 1995a.

hoá hoặc chấm dứt việc nghiện rượu” không thật sự chính xác. Tuy nhiên, những khí động học loại đầu tiên và thời gian cần thiết cho quá trình chuyển hoá hoặc chấm dứt việc nghiện rượu chần chừ xảy ra khi BAC thấp (cụ thể là dưới 10mg phần trăm), và thời gian cần thiết cho quá trình chuyển hoá hoặc chấm dứt việc nghiện rượu theo trật tự khoảng 15 phút tại điểm đó. Mặc dù tỉ lệ không xuất hiện của 15mg phần trăm mỗi giờ là có thể là mức trung bình cho những người nghiện rượu vừa phải, những giá trị cao hơn đã được phát hiện ở một nhóm những tài xế người Thụy Điển hiểu rõ việc lái xe khi đang bị ngộ độc (19mg/dL/hr) (Jones và Andersson 1996). Mức độ chuyển hoá rượu gia tăng với sự phụ thuộc—một vài người nghiện rượu có thể chuyển hoá từ 20 đến 25mg/dL/hr (Jones và Andersson 1996), và Jones và Sternebring (1992) đã phát hiện ra rằng những bệnh nhân nghiện rượu có thể chuyển hoá 22mg/dL/hr trong suốt thời gian cai nghiện.

Khi kiến thức về BAC được kết hợp với thông tin lâm sàng thì nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khoẻ có thể đưa ra một vài dự đoán liên quan đến tình trạng cấp tính của quá trình cai nghiện. Ví dụ, trong máu của một người mà nồng độ rượu là 200mg phần trăm nhưng người ấy đã có tình trạng run (sự run tay), phản xạ nhanh, tim đập nhanh, đổ nhiều mồ hôi, và có lẽ CIWA-Ar đo được mức độ vừa phải hoặc cao (khoảng 15 hoặc cao hơn) thì bác sĩ lâm sàng có thể dự đoán rằng việc cai nghiện sẽ rất nghiêm trọng. Tuy nhiên như đã lưu ý, tỉ lệ chuyển hoá rượu gia tăng với sự phụ thuộc. Chẩn đoán ngộ độc rượu là một chẩn đoán lâm sàng và không chỉ đơn giản dựa vào một BAC. Một người có BAC là 200mg phần trăm có thể trong quá trình cai nghiện, bị ngộ độc (cho thấy những dấu hiệu và triệu chứng liên quan), hoặc không thể hiện dấu hiệu và triệu chứng của hoặc là nhiễm độc hoặc cai nghiện. Một BAC trên 100mg phần trăm không cần thiết phải biểu hiện tình trạng ngộ độc lâm sàng.

Như tất cả những quy trình thí nghiệm khác, việc kiểm tra nồng độ rượu trong máu cũng có những hạn chế. Thông thường phải có sự

cho phép của bệnh nhân trước khi tiến hành kiểm tra, bản thân việc kiểm tra có thể rất tốn kém, và việc kiểm tra có tính pháp lý có thể không tránh khỏi những thủ tục pháp lý rườm rà cụ thể.

Nồng độ cồn trong hơi thở

Mặc dù chi phí ban đầu của những công cụ nhỏ đo độ cồn trong hơi thở có thể khá cao, những chi phí theo định kỳ (của những ống thổi dùng một lần và sự hiệu chuẩn độ lại theo định kỳ) lại thấp. Kỹ thuật đo ít xâm phạm cá nhân người được đo hơn việc kiểm tra máu và những nhà cung cấp dịch vụ sức khoẻ có thể theo dõi nồng độ cồn trong máu lặp đi lặp lại với chi phí thấp trong suốt quy trình đánh giá và cai nghiện. Việc phát hiện ra nồng độ cồn cao ngày càng tăng trong một khoảng thời gian ngắn có thể biểu hiện việc dùng rượu quá liều. Nồng độ cồn trong hơi thở cung cấp sự hướng dẫn hữu ích trong việc xác định liệu có nên yêu cầu bệnh nhân nhập viện hay không.

Những hạn chế của việc xác định nồng độ cồn trong hơi thở cần sự hợp tác của bệnh nhân và rằng một số bệnh nhân bị bệnh phổi không thể tập trung một hơi thở đủ dài (hơi thở mạnh) để thể hiện chỉ số chính xác cho thiết bị đo. Thỉnh thoảng, những bệnh nhân mà nồng độ rượu trong hơi thở biểu hiện tình trạng sử dụng rượu hiện tại sẽ quả quyết rằng họ đang dùng nước súc miệng có chứa cồn. Việc yêu cầu bệnh nhân súc miệng lại với nước nhiều lần và sau đó thực hiện việc đo nồng độ cồn trong hơi thở trong 15 đến 30 phút thường sẽ quyết định xem lời nói của bệnh nhân có đúng không.

Việc kiểm tra nồng độ ma túy trong nước tiểu

Việc kiểm tra lượng thuốc trong nước tiểu có những khác biệt rất lớn về những phương pháp giúp phát hiện, về độ nhạy và đặc trưng, chi phí, và tình trạng sẵn sàng. Nhà cung cấp dịch vụ sức khoẻ đánh giá bệnh nhân cho việc cai nghiện nên quen thuộc với hình thức đo lường đang được sử dụng này; một vài ví dụ cụ thể là nhiều kỹ thuật kiểm tra chất enzym, phép ghi sắc lớp mỏng, phép ghi sắc chất lỏng biểu hiện

cao, nồng độ cồn cô đặc trong nước tiểu, và phép đo phổ khối lượng-phép ghi sắt thể khí.

Các bác sĩ lâm sàng đã được thông báo cũng nên nhận thức về việc những loại ma túy nào sẽ được kiểm tra ở phòng thí nghiệm họ sử dụng, thời kỳ của sổ của việc phát hiện (khoảng thời gian chuyển hoá của một chất gây nghiện, hoặc độ chùng bao lâu một loại thuốc có thể được phát hiện khi hấp thu vào), và liệu sự phản ứng chéo với những chất gây nghiện can thiệp khác có thể thay đổi kết quả hay không. Nhiều phòng thí nghiệm cho thấy việc kiểm tra khẳng định cụ thể hơn về các kiểm tra xác thực, điều mà có thể loại bỏ phần lớn sự sai lệch về hình ảnh. Điều quan trọng là phải làm rõ loại kết quả kiểm tra nào sẽ được báo cáo. Những chất gây nghiện can thiệp và gây phản ứng chéo dẫn đến những sai lệch về tính xác thực thường được thảo luận trong những bản tin và những ấn phẩm được xuất bản định kỳ bởi Viện nghiên cứu Quốc gia về Lạm dụng Thuốc Gây nghiện (gọi tắt là NIDA) và các Trung tâm Kiểm soát và Ngăn ngừa Dịch bệnh (gọi tắt là CDC). Thông thường, nhân viên giám sát phòng thí nghiệm cấp cao có những thông tin mới nhất trong lĩnh vực này và thường có thể được tư vấn qua email hoặc điện thoại trong trường hợp khẩn cấp. Những hạn chế của việc kiểm tra lượng thuốc trong nước tiểu bao gồm những vấn đề về sự đồng thuận và quyền riêng tư của bệnh nhân, chi phí, không có khả năng kiểm tra cho một vài loại thuốc gây nghiện, và không có khả năng quét kiểm tra lượng thuốc trong nước tiểu để cung cấp thông tin về tình trạng cai nghiện hiện tại.

Xét nghiệm nước tiểu thể hiện kết quả rõ đối với các chất sau:

- Chất benzodiazepines
- Barbiturates-Thuốc an thần
- Cocain
- Amphetamines
- Opioids- Các chất gây nghiện dạng thuốc phiện
- Chất Phencyclidine (PCP)

Cũng cần lưu ý rằng việc kiểm tra chất opioid hiện tại đề cập chính đến những loại thuốc “hữu cơ” được chiết xuất từ chất opium (cụ thể là ma túy, côđêin, và mocphin). Các chất opioid tổng hợp như là chất hydrocodone và methadone không được phát hiện bởi những cuộc kiểm tra thông thường; tương tự với chất oxycodone. Nếu có nghi ngờ về việc sử dụng những loại thuốc này thì có thể tiến hành những cuộc kiểm tra đặc biệt. Quan trọng nhất là, mỗi chương trình nên làm cho những kiểm tra về nước tiểu của nó thích hợp để phản ánh những mô hình sử dụng chất gây nghiện phổ biến trong cộng đồng.

Gamma-glutamyltransferase (gọi tắt là GGT)

GGT được đo lường theo lượng huyết thanh (những tế bào trong máu không đỏ cũng không trắng) suốt nhiều năm như là một dấu hiệu cho thấy tình trạng hư tổn trong gan. Gần đây hơn, GGT đã được ủng hộ như là một biểu hiện của việc sử dụng rượu lữ tiến (Dackis 2001). Độ nhạy của việc kiểm tra xếp từ 60 đến 70 phần trăm và đặc trưng (khả năng không xác định nhầm hoặc nhầm lẫn việc dùng rượu với những rối loạn khác) là từ 40 đến 50 phần trăm. Nhìn chung, cả độ nhạy và nét đặc trưng ở phụ nữ là thấp hơn nam giới. GGT chắc chắn có liên quan đến việc uống rượu nhưng thường yêu cầu uống nhiều (hơn sáu lần uống mỗi ngày) để phản chấn hơn và chỉ khoảng phân nửa số bệnh nhân có biểu hiện phản chấn. Có thông tin là khoảng thời gian yêu cầu của huyết thanh GGT đã được nâng lên sau khi bắt đầu kiêng khem là từ 2 đến 3 tuần với bệnh gan do rượu. Chlorpromazine, thuốc ngủ, và acetaminophen đều có thể làm tăng lượng huyết thanh GGT.

GGT bị hạn chế bởi chi phí cao và nét đặc trưng tương đối thấp, điều mà đôi khi dẫn đến những đánh giá sai lệch về tính xác thực. GGT hữu ích như là một công cụ làm gia tăng động lực cai nghiện cho những bệnh nhân có khả năng từ chối cao trong suốt quá trình cai nghiện. Bằng chứng của một lá gan bị tổn hại, như được đánh giá bởi GGT, cung cấp cho bệnh nhân sự phản hồi chủ quan liên quan đến những hậu quả của

việc uống rượu và vì vậy đóng một vai trò cực kỳ quan trọng trong việc tăng cường động lực. Bệnh viêm gan là một thuật ngữ chung đề cập đến chứng viêm gan với sự huỷ hoại các tế bào gan. Chứng viêm gan có thể là do các loại vi rút (như trong bệnh viêm gan A,B,C) hoặc gây tổn hại đến gan từ các chất độc (như là các hoá chất, rượu, những loại thuốc được kê toa hoặc thuốc có thể mua tự do không cần sự chỉ định của bác sĩ). Trong bất cứ dạng viêm gan nào, GGT đều có thể được nâng lên, biểu hiện sự huỷ hoại các tế bào gan. Vì lẽ đó, sự gia tăng GGT không tự động có nghĩa là gan bị tổn hại từ việc uống rượu, mặc dù đây chắc chắn là một trong những nguyên nhân thông thường nhất cho lượng GGT gia tăng trong những bệnh nhân nhập viện ở Bắc Mỹ. Việc sử dụng lượng GGT cùng với mức độ chuyển hoá thiếu hụt hydrat-cacbon (CDT) là một biểu hiện khá nhạy và cụ thể của việc uống rượu. Việc kiểm tra CDT được thảo luận cụ thể bên dưới.

Chuyển hoá thiếu hụt hydrat-cacbon

CDT đã được phát triển hơn 20 năm như là một dấu hiệu của việc uống rượu luy tiến nhưng hiện giờ đang có mặt rộng rãi như là một công cụ khám chữa bệnh. Độ nhạy là khoảng từ 70 đến 80 phần trăm, và nét đặc trưng là lớn hơn 90 phần trăm. Độ nhạy và đặc trưng có phần hơi thấp hơn ở phụ nữ so với nam giới. Hầu hết những loại thuốc trị liệu hoặc thuốc bị lạm dụng dường như không ảnh hưởng đến mức độ CDT. Khi mức độ CDT và GGT được kết hợp với nhau, độ nhạy và nét đặc trưng tăng lên đến hơn 90 phần trăm (Anton 2001). Việc kiểm tra CDT bị hạn chế bởi chi phí khá cao, không có sẵn trong một số phòng thí nghiệm, và những kết quả sai lệch về tính xác thực sẽ dẫn đến việc kiêng khem những bệnh nhân mắc bệnh gan giai đoạn cuối do những nguyên nhân khác hơn là việc uống rượu (DiMartini et al. 2001).

Khối lượng Phân tử (MCV)

Kích thước hồng cầu được đo lường theo Coulter counter và thường là một phần của tổng lượng máu hoàn chỉnh; vì vậy nó có sẵn

cho các bác sĩ lâm sàng. Độ nhạy và nét đặc trưng là từ 30 đến 50 phần trăm. Vì thế, việc rèn luyện tính cẩn thận khi phiên dịch một MCV đã nâng lên trong mối quan hệ với việc uống rượu. Cuộc kiểm tra này phải được xem như là phần bổ sung cho những dấu hiệu sinh học khác cụ thể và nhạy hơn, như GGT hoặc CDT. Giai đoạn tiến triển, tình trạng dinh dưỡng, việc hút thuốc, và những tình trạng bệnh lý đồng diễn mà không có sự tồn tại của rượu có thể khiến cho kết quả kiểm tra bất bình thường.

Việc cai nghiện và Ngộ độc Rượu

Những Dấu hiệu và Triệu chứng Ngộ độc

Biểu hiện lâm sàng của tình trạng ngộ độc rượu rất khác biệt một phần phụ thuộc vào nồng độ cồn trong máu và mức độ chịu đựng thuốc đã phát triển trước đó. Nếu mức độ cô đặc rượu là giữa 20mg phần trăm và 80mg phần trăm thì tình trạng mất sự phối hợp các cơ, những thay đổi về tâm trạng, thay đổi tính cách, và sự gia tăng ở thần kinh vận động bắt đầu. Ở mức độ từ 80 đến 200mg phần trăm thì sự suy yếu về hệ thần kinh tăng dần xảy ra với sự mất điều hoà (không có khả năng kết hợp các hoạt động về cơ) và việc nói lắp trở nên nổi bật hơn. Nhiều chức năng nhận thức cũng suy giảm. Nồng độ cồn trong máu ở mức độ giữa 200 và 300mg phần trăm thì tình trạng buồn nôn và nôn mửa có thể xảy ra, điều mà cùng với thuốc giảm đau có thể gây ra những nguy cơ nghiêm trọng về hệ hô hấp và bao tử. Ở mức độ cao hơn 300mg phần trăm, sự giảm nhiệt (nhiệt độ cơ thể thấp) với sự suy giảm về ý thức có thể xảy ra ngoại trừ những bệnh nhân chịu được thuốc. Tình trạng hôn mê bắt đầu ở mức độ từ 400 đến 600mg phần trăm, nhưng điều này không cố định, một lần nữa vẫn phụ thuộc vào sự chịu đựng. Mặc dù có những ngoại lệ, mức BAC giữa 600 và 800mg phần trăm là có thể gây tử vong. Ở mức độ này, hệ hô hấp, tim mạch, và việc kiểm soát nhiệt độ cơ thể đều thất bại. Xem Bảng 4-2 về những triệu chứng ngộ độc rượu.

Bởi vì tỉ lệ loại bỏ rượu khỏi cơ thể thông thường là từ 10 đến 30mg phần trăm mỗi giờ nên những mục tiêu cho việc điều trị ngộ độc rượu là giữ gìn hệ hô hấp và chức năng tim mạch cho đến khi nồng độ cồn giảm xuống tới mức an toàn. Những bệnh nhân bị ngộ độc nghiêm trọng và hôn mê do uống rượu nên được quản lý theo cùng một phương pháp như tất cả những bệnh nhân hôn mê khác, với sự chăm sóc đặc biệt trong việc giám sát những chức năng quan

trọng sống còn, bảo vệ hệ hô hấp, và quan sát việc hít thở, hạ đường huyết, và thiếu hụt sinh tố B. Việc kiểm tra cho những loại thuốc khác có thể đóng góp vào tình trạng hôn mê, cũng như những nguồn cảm ứng hôn mê khác, nên được thực hiện. Tâm trạng lo âu được quản lý tốt nhất với những phương pháp điều dưỡng và giữa các cá nhân với nhau hơn là những loại thuốc bổ sung mà có thể chỉ làm phức tạp thêm và làm chậm trễ sự loại bỏ rượu trong cơ thể.

Bảng 4-2
Những Triệu chứng Ngộ độc Rượu

Nồng độ Cồn trong Máu	Hình ảnh Lâm sàng
20–100mg phần trăm	• Thay đổi hành vi và tâm trạng • Giảm phối hợp • Suy giảm khả năng lái xe hoặc vận hành máy móc
101–200mg phần trăm	• Giảm phối hợp ở hầu hết các hoạt động • Suy giảm khả năng diễn đạt bằng lời nói • Khó khăn trong đi lại • Suy giảm về khả năng tư duy và đánh giá nói chung
201–300mg phần trăm	• Đánh dấu sự suy giảm về khả năng tư duy, trí nhớ, và phối hợp • Đánh dấu sự suy giảm về mức độ cảnh giác • Sự mất trí nhớ tạm thời • Buồn nôn và Nôn mửa
301–400mg phần trăm	• Vẫn là các triệu chứng kể trên nhưng trầm trọng hơn đi kèm với giảm nhiệt độ cơ thể và huyết áp • Chứng buồn ngủ cao độ • Chứng hay quên
401–800mg phần trăm	• Khó đánh thức bệnh nhân dậy (Hôn mê) • Sự suy giảm nghiêm trọng về mạch đập, nhiệt độ, huyết áp, và khả năng hô hấp • Tiểu tiện không kiểm soát • Tử vong

* Khác biệt lớn với mức độ chịu đựng (những người uống rượu kinh niên cho thấy có ít ảnh hưởng đến nồng độ cồn trong máu).

Nguồn: Thành viên Ủy ban Đồng thuận Robert Malcolm, Bác sĩ Y khoa

Những Dấu hiệu và Triệu chứng Cai nghiện

Những tài liệu của Hippocrat được viết cách đây khoảng 400 năm trước công nguyên, đã cho chúng ta hình ảnh lâm sàng bằng văn bản đầu tiên về việc cai nghiện rượu khi ông ấy tuyên bố rằng nếu bệnh nhân đang “ở vào thời kỳ đẹp nhất trong đời họ và nếu việc uống rượu làm anh ấy run tay,” thì đó có thể là trường hợp rõ ràng nhất cho thấy bệnh nhân đang có những dấu hiệu và triệu chứng cai nghiện. Đến hôm nay, việc cai nghiện rượu vẫn chưa được nhận ra và chưa được điều trị. Những dấu hiệu và triệu chứng của việc cai nghiện rượu cấp tính thường bắt đầu từ 6 đến 24 giờ sau khi bệnh nhân uống rượu lần cuối cùng. Quá trình cai nghiện rượu có thể bắt đầu khi bệnh nhân vẫn còn tình trạng cô đặc rượu trong máu nghiêm trọng. Những dấu hiệu và triệu chứng có thể bao gồm như sau:

- Không thể nghỉ ngơi, dễ cáu gắt, lo âu
- Biếng ăn (không thèm ăn), buồn nôn, nôn mửa
- Chóng run rẩy, tim đập nhanh, tăng huyết áp
- Mất ngủ, mơ nhiều, gặp ác mộng
- Kém tập trung, suy giảm trí nhớ và khả năng phán đoán
- Nhạy cảm hơn với âm thanh, ánh sáng, cảm giác về xúc giác
- Ảo giác (thính giác, thị giác, hoặc xúc giác)
- Ảo tưởng, thường là giống hoang tưởng hoặc hoang tưởng truy hại
- Chóng động kinh nghiêm trọng (Chóng động kinh nghiêm trọng tượng trưng cho sự thái hồi về điện nghiêm trọng, khái quát hoá, và bất thường của những phản quan trọng của não bộ, dẫn đến việc mất ý thức, ngưng thở ngắn, và sự cứng cơ theo sau bởi sự co giật các cơ; khoảng ngủ ngắn rồi thức dậy sau đó với tình trạng rối loạn từ nhẹ đến nghiêm trọng thường xảy ra)
- Thân nhiệt cao (sốt cao)

- Tình trạng mê sảng với việc mất phương hướng liên quan đến thời gian, nơi chốn, con người, và hoàn cảnh; sự dao động về mức độ ý thức

Để biết thêm thông tin về cuộc thảo luận về chóng động kinh và mê sảng, bao gồm những cơn mê sảng, xem phần bên dưới với tiêu đề là Quản lý Tình trạng Mê sảng và Động kinh.

Việc cai nghiện rượu mức độ nhẹ thông thường bao gồm sự lo âu, dễ cáu gắt, chóng khó ngủ, và chóng chán ăn. Nhiều quá trình cai nghiện rượu thường được mô tả bởi tình trạng run tay và rất rõ nét, toát mồ hôi, mạch nhanh (trên 100 lần/phút) và cao huyết áp (lớn hơn mức 140/90), buồn nôn (đôi khi đi kèm với nôn mửa), và nhạy cảm cao với tiếng ồn và ánh sáng (cảm thấy mọi thứ như ồn hơn và sáng hơn thường ngày). Nhìn thấy và nghe thấy những điều không tồn tại trong khoảng thời gian ngắn (ảo giác về âm thanh và hình ảnh) cũng có thể xảy ra. Sốt cao hơn 38 độ cũng có thể xảy ra dù việc chăm sóc nên được thực hiện để xác định xem đó có phải là dấu hiệu của tình trạng nhiễm trùng hay không. Chóng động kinh và mê sảng thực sự, như đã thảo luận ở bất cứ đâu, tượng trưng cho những dạng cai nghiện rượu nghiêm trọng cùng cực nhất. Việc cai nghiện mức độ nhẹ được xác định không chính xác lắm, nhưng lại tượng trưng cho một số đặc điểm của cả việc cai nghiện mức độ nhẹ và nghiêm trọng.

Quá trình diễn biến của những triệu chứng này luôn thay đổi. Một cá nhân có thể tiến bộ phần nào thông qua một số triệu chứng đã lưu ý bên trên và sau đó có một sự cải thiện từ từ. Những cá nhân khác có thể có những triệu chứng từ nhẹ đến vừa phải với hầu hết cách giải quyết đột ngột. Tuy nhiên một nhóm khác có thể có dấu hiệu chóng động kinh nghiêm trọng hoặc ảo giác. Một vài người phụ thuộc rượu, bất kể mô hình họ uống hoặc mức độ uống, dường như cũng xuất hiện những triệu chứng nhỏ hoặc không có triệu chứng cai nghiện gì. Những người không thường xuyên chén say sưa dường như ít khả năng có những triệu chứng cai nghiện hơn những cá nhân xuyên uống rượu ít có khả năng có những triệu chứng cai nghiện so với những người nghiện rượu nặng mà sau đó

ngừng uống rượu đột ngột nhưng điều này vẫn chưa có bằng chứng xác thực. Như đã thảo luận trước đó trong phần đánh giá, việc sử dụng công cụ đo lường lâm sàng được tiêu chuẩn hoá cho việc cai nghiện như là CIWA-Ar rất có giá trị bởi vì nó hướng dẫn bác sĩ lâm sàng thông qua nhiều phạm vi của việc cai nghiện rượu và cho phép việc đánh giá bán định lượng về chứng buồn nôn, chứng run rẩy, sự tăng động thái quá tự trị, cảm giác lo âu, bối rối, rối loạn cảm giác, đau đầu, và mất phương hướng. Độ tuổi, tình trạng sức khoẻ nói chung, những yếu tố dinh dưỡng, và những tình trạng tâm thần hoặc y khoa đồng diễn dường như cũng đóng một vai trò quan trọng trong việc gia tăng mức độ nghiêm trọng của những triệu chứng của quá trình cai nghiện.

Những yếu tố lâm sàng hữu dụng nhất để đánh giá khả năng và mức độ của quá trình cai nghiện hiện tại là lần cai nghiện cuối cùng của bệnh nhân và một số những lần cai nghiện trước đó (được điều trị hay không điều trị) mà họ đã trải qua, với ba hoặc bốn lần đã trở thành một con số đáng kể cụ thể cho sự xuất hiện của những phản ứng cai nghiện nghiêm trọng nếu việc chăm sóc y tế không được cung cấp. Sự giả định rằng hiện tượng này sẽ tự nó biểu lộ, điều mà đã và đang được đề cập đến như là “sự giả thuyết nhen nhóm,” được thiết lập rõ ràng trong phần lý thuyết của bài nghiên cứu (Booth và Blow 1993; Wojnar và cộng sự 1999). Quá trình cai nghiện không phức tạp hoặc từ nhẹ đến vừa phải được mô tả thông qua những triệu chứng như việc thiếu ngủ, cáu kỉnh, chán ăn, chứng run, mất ngủ, những chức năng nhận thức bị suy giảm, và những thay đổi nhẹ về tri giác. Việc cai nghiện phức tạp hoặc nghiêm trọng hơn thường đi kèm với một hoặc nhiều yếu tố như tình trạng mê sảng, ảo giác, ảo tưởng, động kinh, và những rối loạn về nhiệt độ cơ thể, mạch đập, và huyết áp.

Những Biểu chứng Lâm sàng của Quá trình Cai Rượu: Những Hậu quả Tử vong Có thể có

Chứng động kinh, mê sảng (lên cơn mê sảng nghiêm trọng kèm theo tình trạng run); và

những rối loạn về nhiệt độ cơ thể, mạch đập, và huyết áp là những hậu quả của tình trạng nghiện rượu nghiêm trọng có thể dẫn đến tử vong. Những biến chứng khác của quá trình cai rượu bao gồm sự lây nhiễm, hạ đường huyết, xuất huyết dạ dày-ruột (GI), chấn thương không phát hiện ra, suy thoái chức năng gan, bệnh tim (sự giãn nở của tim với việc bơm máu không hiệu quả), viêm tuyến tụy, và bệnh về não (sự suy giảm chức năng não chung chung). Nếu có nghi ngờ về những biến chứng đang đe dọa hoặc sự tồn tại của chúng thì nên yêu cầu bệnh nhân nhập viện cũng như đòi hỏi mức độ quản lý đơn vị chăm sóc đặc biệt có thể có. Ngoài ra cũng nên đảm bảo việc tư vấn với các bác sĩ nội khoa chuyên về các căn bệnh truyền nhiễm, dịch vụ chăm sóc phổi, và gan; các bác sĩ phẫu thuật; các bác sĩ thần kinh; nhà tâm lý học; chuyên gia gây tê; và các chuyên gia khác phụ thuộc vào bản chất của những biến chứng.

Việc Quản lý Quá trình Cai nghiện Không dùng Thuốc

Việc quản lý một bệnh nhân trong quá trình cai nghiện rượu không dùng thuốc là một vấn đề khó khăn bởi vì những chỉ dẫn cho việc này chưa được thiết lập rõ ràng qua những nghiên cứu khoa học hoặc bất cứ phương pháp có cơ sở nào. Bên cạnh đó, quá trình cai nghiện không thể dự đoán trước được và những kỹ thuật hiện có trong việc kiểm tra và đánh giá không cho phép chúng ta dự đoán chính xác rằng ai sẽ hoặc sẽ không gặp phải những biến chứng có thể đe dọa đến mạng sống. Quá trình cai nghiện nghiêm trọng có thể đi kèm với chứng động kinh bởi vì sự suy giảm tương đối về axit gamma-amin (gọi tắt là GABA) và tình trạng quá tích cực tương đối của những hệ thống N-metyla-D-atpatác (một kiểu phụ của hệ thống thụ quan kích thích) (Moak và Anton 1996). Sự thất bại trong điều trị chứng co giật mới chớm là một sự sai lệch từ tiêu chuẩn chăm sóc chung được thiết lập.

Những khía cạnh tích cực của phương pháp không dùng thuốc là nó rất hiệu quả về chi phí và cung cấp sự tiếp cận ít tốn kém với quá trình cai nghiện cho những bệnh nhân tìm đến sự

hỗ trợ. Việc quan sát thường tốt hơn là không điều trị, nhưng những bệnh nhân ở tình trạng cai nghiện vừa phải đến nghiêm trọng sẽ được phục vụ tốt nhất ở một mức độ chăm sóc cao hơn. Những cá nhân có sức khỏe tốt, không có tiền sử về những phản ứng cai nghiện trước đó, có thể được phục vụ tốt bởi việc quản lý quá trình cai nghiện không dùng thuốc. Tuy nhiên, nhân viên giám sát trong trường hợp này nên có những khả năng đánh giá và có thể kêu gọi sự giúp đỡ thông qua hệ thống y khoa khẩn cấp. Những phương pháp của việc quản lý cai nghiện không dùng thuốc bao gồm sự hỗ trợ thường xuyên giữa các cá nhân, sự cung cấp chất lưu và thực phẩm đầy đủ, quan tâm tới vấn đề vệ sinh, ngủ đủ giấc, và việc giữ gìn một môi trường hoàn toàn không có rượu/không ma túy.

Quá trình Cai nghiện Xã hội

Những chương trình cai nghiện xã hội được định nghĩa như là những dịch vụ điều trị không y tế ngăn ngừa cho những cá nhân có những rối loạn do sử dụng chất gây nghiện. Một chương trình cai nghiện xã hội sẽ cung cấp phòng ốc, cơm tháng, và sự hỗ trợ giữa các cá nhân cho những bệnh nhân ngộ độc và những bệnh nhân đang trong quá trình cai nghiện chất gây nghiện. Ủy ban Đồng thuận đã phát hiện rằng trong diễn tiến thực tế, các chương trình cai nghiện xã hội rất khác nhau về phương pháp và phạm vi. Một số chương trình cung cấp sự giám sát điều dưỡng và y tế tại chỗ trong khi những chương trình khác cung cấp sự tiếp cận với việc đánh giá điều dưỡng và y tế thông qua phòng khám, những chương trình chăm sóc khẩn cấp, và những khoa cấp cứu. Một số chương trình cai nghiện xã hội chỉ cung cấp phòng và cơm tháng cơ bản cho một quá trình cai nghiện gọi là “gà tây lạnh”, trong khi những chương trình khác cung cấp sự sử dụng thuốc có sự giám sát. Đôi khi các loại thuốc được kê toa ngay từ đầu quá trình cai nghiện bởi các chuyên gia chăm sóc sức khỏe trong bối cảnh điều trị ngoại trú, trong khi nhân viên trong chương trình cai nghiện xã hội giám sát việc quản lý của những loại thuốc này. Bất kể tình huống cụ thể là gì,

thì sự giám sát y tế, kể cả việc giám sát những dấu hiệu có tính sống còn phải luôn là một phần không thể thiếu của mỗi chương trình cai nghiện xã hội.

Ủy ban Đồng thuận đồng ý rằng đối với những triệu chứng cai nghiện rượu, thuốc giảm đau-thuốc ngủ, các chất gây nghiện dạng opioid, việc nằm viện (hoặc một vài hình thức chăm sóc y tế 24 giờ) thường là bối cảnh được chọn lựa nhiều hơn cho việc cai nghiện, dựa trên những nguyên tắc về những mối bận tâm về an toàn và nhân đạo. Khi không thể cung cấp việc nằm viện, một bối cảnh cung cấp sự hỗ trợ y tế và điều dưỡng cao 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần sẽ được thay vào. Ủy ban Đồng thuận sẵn sàng thừa nhận rằng các chương trình cai nghiện xã hội là, đối với một số cộng đồng, những nguồn tài nguyên duy nhất cho những bệnh nhân vô gia cư không được bảo hiểm. Việc cai nghiện xã hội được yêu thích hơn việc cai nghiện trong những môi trường không được giám sát như là trên đường, các nhà mỏ, hoặc nhà giam. Ủy ban Đồng thuận cũng lưu ý rằng ở một số khu vực nội thành lớn, các chương trình cai nghiện xã hội có uy tín và lâu đời trong việc cung cấp sự giám sát và chăm sóc chất lượng cao cho các khách hàng. Những chương trình cai nghiện xã hội được tổ chức và tài trợ bởi nhiều nguồn bao gồm những tổ chức đáng tin cậy, quỹ từ thiện cộng đồng, và những nhà cầm quyền của đô thị và địa phương khác.

Quá trình hình thành chương trình cai nghiện xã hội rất phức tạp. Thông thường, những chương trình này phát triển ngoài nhu cầu của cộng đồng khi không còn sự lựa chọn nào khác. Những báo cáo trước đây (từ Whitfield và cộng sự 1978) cho thấy rằng nhiều cá nhân đang cai nghiện rượu có thể được quản lý thành công mà không cần dùng thuốc trong một bối cảnh cai nghiện xã hội. Những bài phê bình sau đó tiếp tục đề cập về chủ đề này (Lapham và cộng sự 1996) đã đưa ra những kết luận tương tự. Việc Ủy ban Đồng thuận phân tích các báo cáo này sâu sắc và kỹ lưỡng hơn cho thấy rằng một vài vấn đề khoa học đã bị xem nhẹ và đi sai hướng. Thực sự một số những nghiên cứu này đã loại trừ nhiều khách hàng có tình trạng

ngghiêm trọng từ những cuộc khảo sát của họ trước khi chuyển họ đến việc cai nghiện xã hội. Một vài cuộc khảo sát có một tỉ lệ từ nhân viên-đến-khách hàng rất cao trong suốt quá trình cai nghiện xã hội, và vì thế việc cung cấp một mức độ hỗ trợ tâm lý cũng cao hơn một cách bất thường. Ngày nay cách bố trí nhân viên như thế thường không tìm thấy trong những chương trình cai nghiện xã hội.

Ủy ban Đồng thuận đã thừa nhận rằng, đối với một nhóm cá nhân đáng kể, những hội chứng cai nghiện sử dụng chất gây nghiện không dẫn tới những hậu quả có thể gây tử vong hoặc thậm chí là sự hoành hành của bệnh tật đáng kể. Việc xác định cá nhân nào sẽ đạt được những kết quả tốt hơn thường rất khó khăn, và thực sự việc xác định này trước sự chuyển đến quá trình cai nghiện xã hội thường không được thực hiện. Một vài tín ngưỡng sai lầm đã xuất hiện trong bối cảnh cai nghiện xã hội: Những cá nhân đang thực hiện cai nghiện các chất dạng opioid thường được cho là yêu cầu được nhập viện để làm giảm bớt sự chịu đựng, trong khi những cá nhân đang cai nghiện rượu đôi khi lại từ chối việc điều trị trong bệnh viện cho quá trình cai nghiện vì nhiều nguyên nhân, mặc dù việc cai rượu gây ra sự chịu đựng khắc nghiệt và có thể có hậu quả chết người.

Ủy ban Đồng thuận đã thống nhất về nhiều hướng dẫn cho chương trình cai nghiện xã hội như sau:

- Những chương trình như thế nên tuân theo những quy định của chính quyền địa phương liên quan đến giấy phép và điều tra.
- Điều cần phải yêu cầu cao là những cá nhân tiếp nhận cai nghiện xã hội phải được đánh giá bởi những nhân viên đang hành nghề chăm sóc chính (các y bác sĩ, phụ tá bác sĩ, y tá thực tập) có kinh nghiệm trong điều trị lạm dụng chất gây nghiện.
- Một cuộc đánh giá như thế phải xác định được hiện tại bệnh nhân có đang bị ngộ độc hay không và mức độ ngộ độc thế nào, loại hội chứng cai nghiện, mức độ nghiêm trọng của quá trình cai nghiện, thông tin liên quan đến việc cai nghiện trong quá khứ, và có dấu

hiệu của tình trạng phẫu thuật, y tế và tâm thần đồng diễn có thể yêu cầu cao sự chăm sóc chuyên biệt (xem chương 3, Bảng 3-1).

- Phải lưu ý đặc biệt đến những bệnh nhân đã thực hiện nhiều quá trình cai nghiện trong quá khứ và đến những bệnh nhân mà mỗi quá trình cai nghiện dường như nghiêm trọng hơn những lần trước đó—hiện tượng mà được gọi là “ảnh hưởng nhen nhóm” (Ballenger và Post 1978; Booth và Blow 1993; Malcolm và cộng sự 2000; Shaw và cộng sự 1998; Wojnar và cộng sự 1999; Worner 1996). Những đối tượng có tiền sử về việc cai nghiện nghiêm trọng, thực hiện nhiều quá trình cai nghiện, lên cơn mê sảng, hoặc động kinh không phải là những ứng viên tốt cho các chương trình cai nghiện xã hội.
- Tất cả những chương trình cai nghiện xã hội nên có một môi trường hoàn toàn không có rượu và thuốc gây nghiện, có những nhân viên quen thuộc với những đặc điểm của những hội chứng cai nghiện sử dụng chất gây nghiện, được đào tạo về kỹ năng hỗ trợ sự sống cơ bản, và có sự tiếp cận với hệ thống y tế khẩn cấp có thể cung cấp phương tiện vận chuyển đến khoa cấp cứu và những địa điểm khác của sự chăm sóc lâm sàng.

Việc Quản lý Quá trình Điều trị Cai nghiện bằng Thuốc

Trong suốt 15 năm qua nhiều bài phê bình và bài báo bày tỏ quan điểm (Fuller và Gordis 1994; Lejoyeux và cộng sự 1998; Mayo-Smith 1997; Nutt và cộng sự 1989; Shaw 1995) đã khẳng định rằng chỉ một số ít bệnh nhân nghiện rượu sẽ thực sự tiếp nhận việc cai nghiện rượu quan trọng có dùng thuốc và việc xác định thiếu số quan trọng đó đôi khi lại là một vấn đề nan giải, thế nhưng có những dấu hiệu và triệu chứng của những vấn đề còn đang bỏ dở đó có thể cảnh tỉnh những nhân viên chăm sóc để tìm kiếm sự quan tâm về y tế.

Việc xác định xem liệu có nên sử dụng việc quản lý y tế cho quá trình điều trị cai nghiện rượu đòi hỏi bệnh nhân phải được chia thành ba nhóm. Nhóm đầu tiên và cũng là là nhóm rõ ràng nhất bao gồm những khách hàng có tiền sử trước đó

về những dạng cai nghiện nghiêm trọng nhất, đó là về tình trạng động kinh và/hoặc mê sảng. Nhóm này sẽ được thảo luận chi tiết hơn trong phần bên dưới, nhưng nói chung, việc điều trị với thuốc của nhóm này trong giai đoạn kiêng khem sớm, cho dù chúng có sự bắt đầu của những triệu chứng cai nghiện hay không cũng phải được tiến hành càng nhanh càng tốt.

Nhóm bệnh nhân thứ hai cần điều trị bằng thuốc tức thì bao gồm những bệnh nhân đang trong quá trình cai nghiện và có biểu hiện những triệu chứng ở mức độ vừa phải của quá trình cai nghiện.

Nhóm bệnh nhân thứ ba bao gồm những ai có thể vẫn đang bị ngộ độc và vì vậy không có thời gian để phát triển những triệu chứng cai nghiện hoặc những ai mà, trong thời điểm tiếp nhận điều trị, đã được kiêng khem trong một vài giờ và không phát triển những dấu hiệu và triệu chứng của việc cai nghiện. Một quyết định liên quan đến thuốc men cho nhóm này phần nào nên dựa vào độ tuổi, số năm nghiện rượu, và số lần cai nghiện nghiêm trọng được điều trị hoặc không được điều trị trước đó. (ba hoặc bốn lần dường như là một ngưỡng quan trọng trong việc dự đoán việc cai nghiện nghiêm túc trong tương lai (Shaw 1995). Nếu có một cơ hội được quan sát bệnh nhân trong khoa cấp cứu của phòng khám hoặc bối cảnh tương tự suốt từ 6 đến 8 giờ kế tiếp, thì sau đó có thể trì hoãn quyết định liên quan đến việc điều trị và tái đánh giá theo định kỳ khách hàng thuộc nhóm này. Nếu không thực hiện được điều này thì sau đó bệnh nhân phải trở lại bối cảnh điều trị có sự giám sát của gia đình, những thành viên quan trọng khác, hoặc trong một chương trình cai nghiện khác.

Quyết định về việc có nên cung cấp cho bệnh nhân một thuốc đơn trước khi rời khỏi quá trình cai nghiện và có lẽ cung cấp một hoặc hai liều thuốc bổ sung trong bối cảnh chuyển tiếp phải dựa trên quá trình giám sát đầy đủ, khả năng liệu bệnh nhân sẽ tiếp tục uống thuốc trong khi đang tiến hành điều trị hay không, và liệu bệnh nhân có thể hoặc sẽ trở lại để được đánh giá ngày hôm sau hay không. Trong một vài trường hợp, có lẽ không điều trị có thể an toàn hơn là

điều trị có dùng thuốc. Mayo-Smith (1997) đã cho thấy rằng chất benzodiazepine đã giúp chống lại chứng động kinh trong khi cai rượu và vì thế bệnh nhân với tiền sử về động kinh trước đó nên được điều trị sớm. Việc này được áp dụng tương tự cho tình trạng lên cơn mê sảng. Cả hai chủ đề này sẽ được khai thác chi tiết hơn trong phần tiếp theo. Việc uống quá nhiều rượu trong những tuần trước khi cai rượu cũng báo trước nhiều quá trình cai nghiện nghiêm trọng hơn (Lejoyeux và cộng sự 1998), thế nhưng cũng khẳng định rằng tiền sử ấy thường khó xảy ra.

Một quan điểm ít được chấp nhận và gây nhiều tranh cãi hơn về những biểu hiện cho việc điều trị bằng thuốc cho quá trình cai rượu xuất phát từ những nghiên cứu nỗ lực để đánh giá hoặc đo lường sự căng thẳng do oxidative, điều làm nền tảng của những căn nguyên không có oxidative (loại hoá chất phá huỷ chất đạm), và nhấn mạnh kích thích tố trong suốt quá trình cai rượu (Dupont và cộng sự 2000; Tsai và cộng sự 1998). Những nghiên cứu này khẳng định rằng những cá nhân đang trong quá trình cai nghiện nhẹ mà không cần điều trị vẫn có khả năng hình thành những sản phẩm oxidative độc hại có khả năng gây tổn hại đến thần kinh và làm chết một số tế bào. Ủng hộ cho tranh luận này là sự thật về việc cai rượu dường như càng tiến triển tệ hơn với mỗi giai đoạn liên tiếp (Malcolm và cộng sự 2000) và rằng một số bệnh nhân phụ thuộc rượu đã cho thấy có dấu hiệu mất trí nhớ theo thời gian. Mặt khác, độ tuổi, tình trạng dinh dưỡng, chấn thương, những tình trạng đồng diễn, và những sự kiện không được xác định khác cũng có thể đóng góp vào quá trình này.

Quyết định điều trị một bệnh nhân trong việc cai rượu hoặc trong những nguy cơ tiềm ẩn về quá trình cai rượu phần lớn sẽ dựa vào sự đánh giá lâm sàng của bác sĩ đang hành nghề, dựa vào những yếu tố đã lưu ý bên trên bên cạnh vấn đề về việc liệu việc điều trị thực sự có thể gây ra nhiều thiệt hại hơn là mang lại kết quả tốt không. Chủ đề này được thảo luận bên dưới với tên gọi là Những hạn chế của Benzodiazepine trong việc Điều trị cho Bệnh nhân Ngoại trú. Để biết thêm thông tin về việc điều trị có hỗ trợ

về thuốc, xem TIP 43, Hỗ trợ điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện trong chương trình điều trị nghiện (CSAT 2005d).

Việc điều trị cai nghiện rượu với thuốc Benzodiazepine

Tuỳ thuộc vào bối cảnh khám chữa bệnh và hoàn cảnh của bệnh nhân, có rất nhiều chế độ điều trị cai rượu được chấp nhận có sử dụng benzodiazepines. Những loại thuốc này vẫn là loại thuốc được lựa chọn nhiều nhất cho việc điều trị cai nghiện rượu. Việc công nhận trước đó về quá trình cai rượu và sự cung cấp ngay lập tức chất benzodiazepine phù hợp thường sẽ ngăn chặn phản ứng cai nghiện tiến đến những hậu quả nghiêm trọng. Những bệnh nhân bị nghi ngờ đang cai nghiện rượu nên được nhanh chóng xem xét bởi nhà cung cấp việc chăm sóc chính (đó là bác sĩ, y tá thực tập, phụ tá bác sĩ) có kinh nghiệm trong việc chẩn đoán và quản lý việc cai nghiện rượu. Cần phải nhắc nhở các bác sĩ đang hành nghề rằng thuốc benzodiazepine có tác dụng phụ và những hạn chế của nó. Những hạn chế này càng nổi bật hơn khi điều trị cai rượu trong bối cảnh ngoại trú.

Việc dung nạp liều thuốc benzodiazepine

Việc quản lý y tế hay điều dưỡng của thuốc benzodiazepine được chuyển hoá từ từ, thường là tiêm vào trong tĩnh mạch, nhưng đôi lúc là bằng đường uống, có thể được thực hiện mỗi 1 đến 2 giờ cho đến khi có sự tiến bộ đáng kể về phương diện lâm sàng (như là suy giảm điểm CIWA-Ar xuống 10 hoặc ít hơn) hoặc bệnh nhân trở nên tỉnh táo hơn (Sellers và Naranjo 1985). Những bệnh nhân có nhiều nguy cơ gặp những biến chứng nghiêm trọng nhất của trong quá trình cai rượu hoặc những ai đang trải qua quá trình cai nghiện nghiêm trọng nên nhập viện và có thể được điều trị với chế độ này. Nói chung, những bệnh nhân có quá trình cai nghiện nghiêm trọng có thể nhận 20mg lượng diazepam hoặc 100mg chlordiazepoxide mỗi 2 đến 3 giờ cho đến khi tình trạng được cải thiện. Việc giảm đau quá mức, sự mất điều hoà (thiếu sự phối hợp giữa các cơ), và tình trạng rối loạn, đặc biệt ở những bệnh nhân cao tuổi, có thể xảy ra với phác đồ này. Nhân viên điều trị nên giám

sát chặt chẽ huyết áp và mạch đập và những đặc điểm về hô hấp. Họ nên được chuẩn bị kỹ lưỡng để phát hiện và nhanh chóng xử lý tình trạng ngưng thở bằng cách dùng máy thở oxy. Cần phải có những nhân viên giàu kinh nghiệm và có nhiều thời gian để giám sát bệnh nhân thường xuyên và tiêm thuốc vào tĩnh mạch.

Liệu pháp gây ra triệu chứng

Sử dụng CIWA-Ar hoặc những thước đo mức độ cai rượu tương tự, nhân viên y tế có thể được đào tạo để nhận ra những dấu hiệu và triệu chứng của việc cai nghiện rượu, thực hiện phân loại bệnh nhân, và dựa vào sự phân loại đó cung cấp thuốc benzodiazepine cho những bệnh nhân của họ chỉ khi những dấu hiệu và triệu chứng đạt đến một ngưỡng cụ thể. Các cuộc nghiên cứu đã cho thấy rằng việc đào tạo thích hợp cho các y tá trong việc áp dụng CIWA-Ar đã đột ngột làm giảm số lượng bệnh nhân cần nhận thuốc gây ra triệu chứng (Saitz và cộng sự 1994; Wartenberg và cộng sự 1990). Chế độ này đã và đang được sử dụng thành công với thuốc benzodiazepine trong thời gian điều trị ngắn, ức thì, và lâu dài.

Việc đào tạo nhân viên trong một quy trình tiêu chuẩn hoá của việc quản lý thước đo sự phân loại là rất quan trọng và việc đào tạo lại theo định kỳ để đảm bảo sự uy tín trong số những người làm công tác đo lường là thiết yếu. Một thói quen tiêu biểu của việc quản lý liệu pháp gây ra triệu chứng là: cung cấp 50mg thuốc chlordiazepoxide (Librium) cho CIWA-Ar lớn hơn 9 và đánh giá lại trong 1 giờ. Tiếp tục cung cấp 50 chlordiazepoxide mỗi giờ cho đến khi CIWA-Ar là nhỏ hơn 10. Liều lượng sử dụng và mức độ thường xuyên có thể thay đổi tuỳ thuộc vào tình trạng lâm sàng của cá nhân bệnh nhân được xác định bởi nhà cung cấp y tế. Bệnh nhân có tiền sử bị động kinh trong lúc cai nghiện nên nhận những liều thuốc benzodiazepine có tác dụng lâu dài (ví dụ như chất diazepam [Valium], 20mg mỗi 6 giờ trong 3 ngày) bất kể CIWA-Ar ở điểm nào, và nên nhận thêm các liều bổ sung nếu điểm CIWA-Ar tăng lên. Ở đây cần phải lưu ý rằng liệu pháp gây ra triệu chứng không được khuyến khích sử dụng cho việc cai nghiện ngoại trú. Liệu pháp gây ra

triệu chứng cần chuyên gia chăm sóc sức khỏe phải giám sát chặt chẽ và đưa ra quyết định.

Những liều thuốc giảm dần về số lượng

Trước khi bắt đầu bất cứ chế độ giảm dần về lượng nào thì tình trạng bệnh nhân phải hoàn toàn ổn định; cụ thể là, tất cả những dấu hiệu và triệu chứng của việc cai nghiện phải được cải thiện. Không có sự ổn định thích hợp thì không một chương trình giảm dần nào có thể thành công. Khi bệnh nhân đã ổn định, việc uống thuốc benzodiazepine có thể được quản lý theo một liều đã quyết định trước đó cho nhiều ngày và dần dần giảm dần theo thời gian. Đây là một chế độ thường được sử dụng.

Phác đồ phân thuốc theo liều rất khác nhau trong số các cơ sở điều trị dựa trên những nhu cầu của số đông bệnh nhân. Cụ thể là những bệnh nhân có thể nhận 50mg thuốc chlordiazepoxide hoặc 10mg thuốc diazepam mỗi 6 giờ trong suốt ngày đầu tiên điều trị và 25mg thuốc chlordiazepoxide hoặc 5mg diazepam mỗi 6 giờ vào ngày thứ hai và thứ ba. Phương pháp cho việc phân liều mỗi 6 giờ thì không chính xác trong việc giúp cho thuốc thích nghi tốt để chống lại các triệu chứng; một chế độ phân liều chính xác hơn chính là việc xác định tuổi (điều chỉnh liều thuốc theo phản ứng thuốc) theo tình trạng nghiêm trọng của các triệu chứng. Một chế độ khác là việc quản lý của 1 đến 2mg lorazepam hai hoặc ba lần một ngày trong ngày đầu tiên, theo sau bởi sự giảm dần trong 3 đến 5 ngày tới. Phương pháp chung đối với việc giảm dần là thiết lập một liều cấp tính trong vòng 24 giờ đầu tiên, sau đó giảm dần trong ba ngày tiếp theo: ví dụ, 400 chlordiazepoxide tổng cộng trong ngày đầu, sau đó là 300, 200, 100, và ngừng hẳn vào ngày thứ 5. Việc này phải được kéo dài thêm nếu lorazepam được sử dụng. Những liều thuốc cai nghiện sẽ bị bỏ nếu bệnh nhân ngủ sâu, cho thấy có dấu hiệu quá liều, hoặc thể hiện việc mất điều hòa.

Việc sử dụng những liều thuốc giảm dần rất hấp dẫn trong những bối cảnh nơi mà những giám sát về điều dưỡng và y tế được đào tạo không thể thực hiện thường xuyên; tuy nhiên,

bản thân điều này là rất nguy hiểm. Việc dùng thuốc ít hơn- hoặc quá liều với chế độ này có thể xảy ra phụ thuộc vào sự chịu được thuốc benzodiazepine; tình trạng hút thuốc kinh niên, tình trạng gây ra sự chuyển hoá benzodiazepine; chức năng gan; độ tuổi; và triệu chứng tâm thần và y tế đồng diễn. Việc sử dụng chế độ này có thể là vấn đề trong bối cảnh điều trị ngoại trú nơi mà nó thường được áp dụng. Việc cung cấp cho bệnh nhân với 4 đến 5 ngày sử dụng thuốc benzodiazepine và đối mặt với khả năng mà bệnh nhân có thể uống và tiếp nhận benzodiazepine là một rủi ro. Điều đặc biệt quan trọng là phải áp đặt cho bệnh nhân những giới hạn nghiêm ngặt về việc điều khiển xe, leo trèo, hoặc vận hành những máy móc nguy hiểm

Phác đồ phân liều đơn mỗi ngày

Jauhar và Anderson (2000) đã so sánh việc phân liều đơn mỗi ngày của thuốc diazepam với việc phân đa liều mỗi ngày của thuốc chlordiazepoxide cho những bệnh nhân nội trú đang được điều trị cai rượu. Những bệnh nhân thuộc nhóm phân liều đơn thuốc diazepam mỗi ngày cũng đã làm thế tương tự như nhóm phân đa liều thuốc chlordiazepoxide. Các tác giả kiến nghị rằng chế độ này có thể hấp dẫn đối với cộng đồng hoặc những bối cảnh cai nghiện xã hội, đặc biệt là nếu bệnh nhân có thể được giám sát giữa những liều được cung cấp. Cần phải nghiên cứu thêm về vấn đề này ở một nhóm nhiều bệnh nhân hơn.

Việc chọn lựa thuốc benzodiazepine cụ thể cho bất cứ chế độ nào phụ thuộc vào một số yếu tố nhưng yếu tố quan trọng nhất là bác sĩ lâm sàng phải quản lý một loại mà cô ấy có kinh nghiệm sử dụng nhiều nhất. Mặc dù đã nghiên cứu suốt 30 năm nhưng không một loại benzodiazepine đơn nào được xem như là sự lựa chọn số một trong việc điều trị cai rượu. Tất cả thuốc benzodiazepine đã được nghiên cứu đã có hiệu quả tốt hơn giả được nhưng lại không tương đương nhau. Nhiều bác sĩ lâm sàng thích dùng thuốc benzodiazepine cho khoảng thời gian điều trị dài hơn như là chlordiazepoxide và diazepam, đòi hỏi liều sử dụng hàng ngày ít thường xuyên hơn, mức độ

huyết thanh tương đối ổn định, và khả năng tự giảm dần của những loại thuốc này dựa trên thời gian điều trị lâu dài của chúng.

Diazepam và chlordiazepoxide

Cả diazepam và chlordiazepoxide đều có thể uống dễ dàng bằng đường miệng và cũng sẵn sàng được tiêm vào tĩnh mạch (IV). Việc tiêm những loại thuốc này vào cơ không được khuyến khích kể từ khi có bằng chứng cho thấy việc hấp thu vào cơ không ổn định. Một nghiên cứu đề xuất rằng nếu thuốc chlordiazepoxide (còn gọi là Librium) được uống quá liều với rượu thì ít dẫn đến tử vong hơn là diazepam (còn gọi là Valium) (Serfaty và Masterton 1993). Những người phản đối việc sử dụng hai loại thuốc này chỉ ra rằng chúng có thời gian điều trị lâu dài (mặc dù một vài bác sĩ lâm sàng nhìn nhận vấn đề này như một lợi thế bởi vì nó ngăn chặn sự xuất hiện những triệu chứng cai nghiện giữa các liều), có nhiều chất chuyển hoá chủ động, và đi qua nhiều giai đoạn chuyển hoá oxidative trong gan. Những bệnh nhân lớn tuổi hơn hoặc những bệnh nhân bị bệnh về gan có thể tích lũy những loại thuốc này nhanh chóng mà không cần có thể chuyển hoá chúng. Những hậu quả có thể có bao gồm giảm đau quá liều hoặc chúng mất điều hoà, và đôi khi cũng có thể xảy ra tình trạng rối loạn sau đó.

Lorazepam

Lorazepam (còn gọi là Ativan) có khoảng thời gian điều trị tức thời khoảng từ 8-15 giờ, và mặc dù nó thường được cung cấp theo dạng đa liều mỗi ngày thì chỉ có thể được cung cấp khoảng hai lần một ngày. Lorazepam, với khoảng thời gian điều trị ngắn hơn và không được dự trữ nhiều trong mô mỡ thực sự thường được cung cấp thường xuyên hơn những thuốc chữa bệnh có tác dụng lâu dài. Nó được hấp thu dễ dàng qua đường miệng, vào cơ và vào tĩnh mạch. Những bệnh nhân lớn tuổi hơn và những bệnh nhân bị bệnh gan nghiêm trọng chịu đựng loại thuốc này tốt hơn và nó cũng là một loại thuốc chống co giật hiệu quả trong việc chặn đứng chứng động kinh xảy ra lần thứ hai trong quá trình cai rượu (D'Onofrio và những người khác 1999). Tuy nhiên, có ý kiến

cho rằng chứng động kinh có thể xảy ra muộn hơn trong quá trình cai nghiện với những loại thuốc benzodiazepine có tác dụng ngắn như là lorazepam và oxazepam (Shaw 1995).

Oxazepam

Oxazepam (còn gọi là Serax) thường được lựa chọn hơn bởi những bác sĩ nội khoa và bác sĩ chuyên khoa gan đang điều trị cai rượu cho những bệnh nhân với chức năng gan bị tổn hại nghiêm trọng. Nó có khoảng thời gian điều trị tương đối ngắn từ 6 đến 8 giờ. Sự trao đổi chất của nó rất đơn giản và nó không có chất trao đổi. Chất này được hấp thu tương đối chậm bằng đường miệng so với những chất benzodiazepine khác và phải được cung cấp ba đến bốn lần một ngày, và chỉ có ở Hoa Kỳ ở dạng uống.

Cuối cùng, kinh nghiệm của bác sĩ điều trị, những đặc điểm của bệnh nhân, và bối cảnh bệnh nhân sẽ được điều trị sẽ xác định việc lựa chọn loại thuốc sử dụng. Mặc dù tất cả thuốc benzodiazepine hiện tại ở Hoa Kỳ đều có đặc điểm chung nhưng giá thành vẫn khác nhau và điều này cũng có thể là một yếu tố trong việc chọn lựa.

Những hạn chế của benzodiazepine trong điều trị ngoại trú

Mặc dù benzodiazepine vẫn là loại thuốc chính trong điều trị cai nghiện rượu, chúng vẫn có những hạn chế đặc biệt phải được thông báo khi điều trị cho những bệnh nhân ngoại trú. Sự tương tác thuốc benzodiazepine có thể có với rượu có thể dẫn tới hôn mê và suy giảm hô hấp, mất phối hợp các dây thần kinh vận động (dẫn đến đột quỵ và tai nạn xe), và việc lạm dụng thuốc. Việc lạm dụng thường diễn ra trong bối cảnh sử dụng đồng thời rượu, các chất gây nghiện dạng opioid, hoặc chất kích thích.

Còn có hai hạn chế khác của benzodiazepine có thể liên quan đến một vài bối cảnh chữa bệnh cho một số bệnh nhân. Đầu tiên, mặc dù thuốc benzodiazepine đã được nghiên cứu hơn 30 năm và có hiệu quả cho việc ngăn chặn những triệu chứng cai nghiện rượu ở bất kỳ giai đoạn nào thì khả năng làm ngừng lại diễn biến xấu của từng phản ứng cai rượu

liên tiếp vẫn đang là câu hỏi lớn cần lời giải đáp. Hiện nay có ít nhất chín nghiên cứu đã phát hiện ra rằng tình trạng gia tăng nhanh số lượng quá trình cai rượu trước đây đã gia tăng mức độ nghiêm trọng của việc cai rượu, đặc biệt là chứng động kinh và mê sảng, và làm suy giảm sự phản ứng với thuốc giảm đau benzodiazepine (Ballenger và Post 1978; Booth và Blow 1993; Brown và cộng sự. 1988; Gross và cộng sự 1972; Lechtenberg và Worner 1990, 1992; Malcolm và cộng sự 2000; Shaw và cộng sự 1998; Worner 1996). Một cuộc nghiên cứu thứ mười bởi (Wojnar và cộng sự 1999) đã phát hiện ra rằng mức độ nghiêm trọng của những triệu chứng cai rượu gia tăng được giám sát chỉ xuất hiện ở thiểu số bệnh nhân (22 phần trăm) trong số 418 bệnh nhân được điều trị lặp đi lặp lại. Tuy nhiên, trong nhóm này thì một trong năm bệnh nhân sẽ gặp tình trạng động kinh nhiều gấp ba lần so với nhóm bệnh nhân đồng hơn không lũy tiến và chết sớm hơn 7 năm cho nhóm không lũy tiến. Trong phần lớn những nghiên cứu này, những bệnh nhân được điều trị với thuốc benzodiazepine dù chỉ là một ít cũng sử dụng cả thuốc ngủ.

Mỗi bận tâm thứ hai, và hiện tại mang tính giả thuyết hơn về việc sử dụng benzodiazepine điều trị bệnh nhân ngoại trú trong việc cai rượu là rằng chúng có thể “châm môi” hoặc làm tái phát việc uống rượu. Hai cuộc nghiên cứu tiền lâm sàng đã ủng hộ giả thuyết này (Deutsch và Walton 1977; Hedlund và Wahlstrom 1998). Một cuộc thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, không biết trước đã so sánh thuốc carbamazepine với lorazepam cho việc điều trị ngoại trú của quá trình cai rượu đã phát hiện rằng những bệnh nhân ngoại trú sử dụng lorazepam thì có khả năng uống lại gấp ba lần những bệnh nhân sử dụng carbamazepine. Nhóm sử dụng lorazepam có khả năng tái nghiện rượu cao gấp hai lần trong thời kỳ hậu cai nghiện trước mắt hơn là nhóm sử dụng carbamazepine (Malcolm và cộng sự 2002).

Danh sách những trường hợp chống chỉ định có thể có trong việc sử dụng thuốc benzodiazepine trong điều trị cai rượu cho những bệnh nhân cụ thể được thể hiện trong Bảng 4-3 bên dưới.

Bảng 4-3 **Những trường hợp Chống chỉ định** **Có thể có trong việc Sử dụng** **Benzodiazepine trong Điều trị** **Cai Rượu**

- Phản ứng dị ứng trước đó
- Sự mất phản xạ có điều kiện ngược lại với tình trạng trước đó (ví dụ như khuynh hướng bạo lực, cảm giác lo âu, tự làm hại bản thân)
- Những hậu quả bất lợi nghiêm trọng trước đó có thể có những hậu quả y khoa-pháp lý nếu chúng tái diễn (ví dụ như gãy xương hông, tình trạng động kinh [chứng động kinh liên tục trong nhiều phút])
- Những thay đổi nghiêm trọng về tình trạng tâm thần với liều thấp thuốc benzodiazepine (ví dụ như chứng rối loạn, mê sảng)
- Một bối cảnh ngoại trú nơi mà việc sử dụng thuốc giảm đau với rượu đã xảy ra trước đó với tình trạng ngộ độc nghiêm trọng dẫn tới chấn thương, hôn mê, hoặc ngưng thở

Những loại thuốc khác

Thuốc an thần (Barbiturates)

Thuốc an thần đã được sử dụng gần một thế kỷ nay trong việc điều trị cai rượu. Phần lớn thuốc an thần, ngoài thuốc ngủ, đã không còn được yêu thích nữa bởi vì sự tương tác với rượu nghiêm trọng có thể gây tử vong từ việc sử dụng quá liều những loại thuốc một mình, sự chịu đựng nhanh chóng, và khả năng lạm dụng thuốc cao. Thuốc an thần rất dễ bị nghiện. Trong việc khám chữa bệnh, thuốc men thường hiệu quả cho cả việc điều trị cai rượu và quá trình cai nghiện thuốc an thần-thuốc ngủ mặc dù một số cuộc thử nghiệm được kiểm soát đã được thực hiện với nó (Wilbur và Kulik 1981). Thuốc ngủ có thời gian điều trị lâu hơn và có thể tích lũy một cách nhanh chóng. Việc dùng thuốc ngủ quá liều cũng có thể dẫn đến tử vong. Những thành viên Ủy ban Đồng thuận chỉ đề xuất sử dụng thuốc an thần trong những bối cảnh có sự giám sát cao.

Thuốc chống co giật (Anticonvulsants)

Thuốc chống co giật đã được sử dụng ở Châu Âu khoảng một phần tư thế kỷ trong điều trị cai rượu. Thuốc carbamazepine (còn gọi là Atretol, Tegretol) đã được chứng minh trong ít nhất ba cuộc thử nghiệm là có hiệu quả như là những loại thuốc giảm đau khác trong việc cai nghiện rượu từ nhẹ đến vừa phải (Malcolm và các cộng sự. 2001). Dù không được nghiên cứu tỉ mỉ, axit valproic cũng được chứng minh là hiệu quả (Reoux và cộng sự 2001). Những loại thuốc chống co giật trước đây ở thế hệ đầu tiên có những khiếm khuyết là chúng chỉ được nghiên cứu trong quá trình cai nghiện từ nhẹ đến vừa phải, trong một số trường hợp hiếm hoi có thể có độc tính ảnh hưởng nghiêm trọng đến xương tuỷ và gan, tương tác với nhiều loại thuốc khác, và chỉ được dùng ở dạng uống. Tuy nhiên, chúng không phải là những chất được kiểm soát, không bị lạm dụng, và như đã lưu ý trước đó, carbamazepine có thể có xu hướng làm giảm một số tỉ lệ của hành vi uống rượu tức thì trong việc điều trị sau cai nghiện của bệnh nhân ngoại trú. Những loại thuốc mới hơn như là tiagabine, oxcarbazepine, và gabapentin dường như không có những nguy cơ này, nhưng những cuộc nghiên cứu đầy đủ hơn đã không được thực hiện để khẳng định tính hiệu quả và an toàn của chúng.

Các loại thuốc khác

Những dược phẩm điều trị chứng cao huyết áp và chứng đau thắt lưng và những loại chất kích thích thụ thể alpha adrenergic có chọn lọc như là clonidine đã được sử dụng trong việc điều trị cai rượu. Chúng không ngăn chặn chứng động kinh trong cơn mê sảng và không có nhiều lợi ích cho việc cải thiện những triệu chứng cai nghiện. Tuy nhiên, một số bệnh nhân sẽ gặp tình trạng tim đập nhanh và cao huyết áp mà sẽ không được kiểm soát bởi thuốc benzodiazepine và vì vậy những dược phẩm điều trị chứng cao huyết áp và chứng đau thắt lưng và những loại chất kích thích thụ thể alpha adrenergic có chọn lọc có thể được sử dụng ở những bệnh nhân này. Những chủ vận canxi cũng sẽ cải thiện một số triệu

chứng của việc cai rượu. Cũng như với những dược phẩm điều trị chứng cao huyết áp và chứng đau thắt lưng và clonidine, những chủ vận canxi nên được xem là liệu pháp bổ sung chủ yếu để quản lý chứng cao huyết áp nghiêm trọng trong suốt quá trình cai nghiện.

Những loại thuốc chống loạn thần kinh

Những loại thuốc chống loạn thần kinh đã được sử dụng từ lâu để kiểm soát chứng lo âu quá độ, ảo giác, ảo tưởng, và mê sảng suốt quá trình cai rượu. Những loại thuốc cũ hiệu quả thấp như là chlorpromazine thường bị tránh sử dụng bởi vì chúng có thể làm giảm ngưỡng lên cơn động kinh. Những loại thuốc hiệu quả cao hơn như là dược phẩm tổng hợp (còn gọi là Haldol) cũng có thể làm giảm ngưỡng bị động kinh, nhưng không thông dụng lắm. Dược phẩm tổng hợp và những loại thuốc liên quan có thể dùng ở dạng uống, tiêm vào cơ, và vào tĩnh mạch. Các bác sĩ lâm sàng nên lưu ý rằng bởi vì thuốc chống loạn thần kinh có thể hạ thấp ngưỡng lên cơn động kinh nên việc sử dụng chúng suốt quá trình cai rượu nên được thực hiện với sự chăm sóc cao và cần phải giám sát bệnh nhân chặt chẽ.

Những dược phẩm ngăn chặn khả năng tái phát

Những dược phẩm ngăn chặn khả năng tái phát như là naltrexone và acamprosate đang được xem xét như là những liệu pháp trị liệu bổ sung trong suốt việc điều trị cai nghiện sau đó, mặc dù chúng không hiệu quả cho việc cai rượu. Bởi vì từ một phần ba đến một phần năm bệnh nhân ngoại trú đang cai nghiện bằng thuốc benzodiazepine sẽ hoặc là tái nghiện hoặc rời khỏi quá trình điều trị sớm, naltrexone và acamprosate có thể có giá trị hỗ trợ trong việc làm giảm khả năng tái nghiện rượu của bệnh nhân suốt quá trình cai nghiện sau đó. Liệu pháp dùng naltrexone liều cao thường gây ra với một số độc tính về gan, nhưng điều này không được báo cáo ở những bệnh nhân uống những liều điều trị để tăng cường sự ngăn chặn tái phát. Acamprosate có thể gây ra bệnh tiêu chảy ở một số bệnh nhân trong quá trình cai rượu. Vì thế không có cuộc

nghiên cứu được kiểm soát chặt chẽ nào được thực hiện để cung cấp những hướng dẫn về việc khi nào cần giới thiệu những loại thuốc này suốt thời gian cai nghiện hoặc liệu có nên đợi cho đến giai đoạn đầu của quá trình phục hồi hay không. Xem Kranzler và Jaffe (2003) để biết thêm chi tiết.

Những dược phẩm khác

Abecarnil (Anton và cộng sự 1997), và gần đây hơn là baclofen (Addolorato và cộng sự 2002), đều cho thấy những hứa hẹn trong việc điều trị cai rượu. Tuy nhiên, những thông tin không đầy đủ về những loại thuốc này đang được thu thập dần và vì vậy chúng không được đề xuất sử dụng trong những bối cảnh khám chữa bệnh. Việc sử dụng chúng trong quá trình cai rượu cần phải được xem như là đang thí điểm và chưa hoàn chỉnh cho hiện tại.

Việc Quản lý chứng Mê sảng và Động kinh

Mê sảng và chứng động kinh là hai bệnh lý xuất hiện nhiều nhất trong quá trình cai rượu. Mục tiêu chính của việc quản lý y tế là để tránh tình trạng động kinh và tình trạng mê sảng đặc biệt gọi là cuồng sản với việc sử dụng nhiều thuốc cho quá trình cai nghiện chính (đó là việc sử dụng thuốc benzodiazepine liều cao hơn). Cần thực hiện ngăn chặn ở những nơi mà cuồng sản được quan tâm. Cuồng sản không phát triển đột ngột mà thay vào đó là sự tiến triển từ những triệu chứng cai nghiện trước đó. Những phương pháp dùng thuốc gây ra triệu chứng được quản lý thích hợp sẽ ngăn chặn cuồng sản và hạn chế việc dùng quá liều có thể xảy ra khi việc dùng thuốc benzodiazepine liều cao được quản lý mà không liên quan đến phản ứng lâm sàng. Về phương diện lâm sàng thì có thể là một thử thách khi phân biệt cuồng sản đang dở dang với độc tính benzodiazepine vào ngày thứ 3 của quá trình cai nghiện. Khi có hoài nghi thì trong hầu hết các trường hợp thì việc tẩm thuốc quá mức hơn sẽ an toàn hơn là không điều trị đầy đủ và cho phép cuồng sản phát triển. Flumazenil (còn gọi là Romazicon) có thể được sử dụng để đảo ngược tình trạng

dùng benzodiazepine quá liều.

Tử vong và tàn tật có thể xuất hiện khi cuồng sản hoặc động kinh không có sự chăm sóc y tế. Nhiều yếu tố liên quan đến mức độ nghiêm trọng của việc cai rượu như là tiêu thụ một lượng rượu lớn trong những tuần lễ trước khi điều trị, mức độ nghiêm trọng của những giai đoạn cai nghiện cuối cùng, và số lượng những giai đoạn cai nghiện có điều trị hoặc không điều trị trước đó. Những yếu tố khác như là tuổi tác ngày càng cao; sức khỏe tổng quát của bệnh nhân, bao gồm tình trạng dinh dưỡng; những rối loạn y tế, phẫu thuật và tâm thần đồng diễn; và việc dùng thuốc (theo toa, không theo toa, hoặc thảo dược) cũng có thể gia tăng mức độ nghiêm trọng của những triệu chứng cai nghiện. Việc quản lý y tế thích hợp sớm của quá trình cai rượu làm giảm khả năng xảy ra những biến chứng này, và giảm định sự công nhận sớm.

Đối với những bệnh nhân có tiền sử cuồng sản hoặc động kinh, việc điều trị bằng thuốc benzodiazepine sớm được thể hiện trong bối cảnh tiếp xúc khám chữa bệnh đầu tiên (cụ thể là phòng khám của bác sĩ, phòng khám, dịch vụ chăm sóc khẩn cấp, khoa cấp cứu). Những bệnh nhân có những triệu chứng cai nghiện nghiêm trọng, nhiều lần cai nghiện trong quá khứ (hơn ba lần), và những tình trạng y tế không ổn định và tâm thần đồng diễn nên được quản lý như nhau.

Khi việc đánh giá lâm sàng bước đầu được thực hiện, và việc chẩn đoán là chắc chắn thì nên dùng thuốc. Việc cung cấp cho bệnh nhân một liều benzodiazepine không nên chậm trễ bởi việc đợi chờ sự trở lại của những nghiên cứu trong phòng thí nghiệm, những vấn đề về đi lại, hoặc sự số giường còn trống trong bệnh viện. Việc quản lý sớm sinh tố B và hỗn hợp các vitamin cũng nên thực hiện trong khoảng thời gian này. Khi cuồng sản hoàn chỉnh đã phát triển thì chúng có khuynh hướng diễn tiến xấu bất kể việc có uống thuốc, và có rất ít bằng chứng trong lịch sử ngành y tế cho thấy rằng bất cứ việc điều trị có dùng thuốc nào có thể phá hủy tức thì cuồng sản.

Những bệnh nhân có triệu chứng cuồng sản nghiêm trọng nên có phương tiện y tế khẩn cấp để được chuyển đến một khoa cấp cứu có đủ năng lực và thường bị yêu cầu nằm viện. Nếu cuồng sản trở nên nghiêm trọng, những bệnh nhân có thể cần được bố trí vào một đơn vị chăm sóc đặc biệt (gọi tắt là ICU), và trong những bối cảnh như thế thì sẽ bắt đầu giám sát liên tục về nhịp tim, mạch đập, huyết áp, tập trung khí oxy, thân nhiệt, và tỉ lệ hô hấp với hệ thống y tế khẩn cấp và liên tục trong khoa cấp cứu và ICU.

Việc chăm sóc sớm sẽ phụ thuộc vào những biến chứng y tế và phẫu thuật và có thể đòi hỏi những phác đồ từ sự hỗ trợ sự sống qua tim tiên tiến (gọi tắt là ACLS) và/hoặc sự hỗ trợ cuộc sống về chấn thương tiên tiến. Sự cải thiện chất lưu và chất điện phân (muối trong máu), sốt cao, và huyết áp cao là vấn đề sống còn. Cần dung nạp các liều thuốc (việc cung cấp nhanh chóng của những liều cao ban đầu) của diazepam hoặc lorazepam vào tĩnh mạch như là sinh tố B IV (trước khi Glucoza IV) và hỗn hợp vitamin. Bác sĩ nên cân nhắc về các dược phẩm tổng hợp tiêm vào cơ hoặc tĩnh mạch (Haldol và những dược phẩm khác) để điều trị chứng lo âu và ảo giác. Sự chăm sóc điều dưỡng là thiết yếu, với sự lưu ý đặc biệt đến việc quản lý thuốc, sự động viên an ủi bệnh nhân, những sự ràng buộc mềm mỏng, và sự liên lạc thường xuyên với những phản ứng định hướng và sự gạt bỏ những nhận thức sai về môi trường.

Chứng động kinh trong quá trình cai rượu tượng trưng cho một thử thách khác trong việc quản lý (Ahmed và cộng sự 2000), bởi vì không có cuộc nghiên cứu lâm sàng quy mô lớn nào được thực hiện để thiết lập một cách vững chắc những thực hành điều trị tốt nhất. Đa số các cơn động kinh trong cai rượu xảy ra trong vòng 48 giờ đầu tiên sau khi ngưng hẳn hoặc giảm uống rượu, với cột mốc đỉnh điểm là trong vòng 24 giờ (Victor và Adams 1953). Hầu hết cơn động kinh trong quá trình cai rượu là cơn duy nhất nhưng nếu có hơn một cơn động kinh xảy ra thì chúng có khuynh hướng diễn ra trong vòng nhiều giờ. Trong khi chứng động kinh trong cai rượu có thể xảy ra nhiều ngày sau thì

sẽ là khôn ngoan khi có cảm giác nghi ngờ cho những nguyên nhân khác. Những ai đang trải qua cơn động kinh trong cai rượu đều có nhiều nguy cơ bị chứng cuồng sản, trong khi đó hoàn toàn không thể có trường hợp một bệnh nhân đã ở trong tình trạng cuồng sản sau đó cũng sẽ trải qua cơn động kinh.

Sự xuất hiện chứng động kinh trong cai rượu xảy ra rất nhanh, thường không có cảnh báo trước cho cá nhân bệnh nhân đó hoặc bất cứ ai xung quanh anh ấy. Bệnh nhân sẽ bị mất tri giác, và nếu đang ngồi thì thường ngã phịch xuống, nhưng nếu đang đứng thì sẽ tức khắc ngã xuống sàn. Cơ thể của bệnh nhân trở nên cứng đơ và ngưng thở. Giai đoạn này của chứng động kinh gọi là giai đoạn tăng lực thường kéo dài vài giây và hiếm khi hơn một phút.

Giai đoạn hai của chứng động kinh (thường ẩn tượng hơn và do những người chứng kiến nhớ lại) bao gồm co giật phần đầu, cổ, cánh tay, và cẳng chân. Có lại nhịp thở trong suốt giai đoạn giật rung này của chứng động kinh nhưng không đều. Suốt giai đoạn này, bệnh nhân có thể cắn vào môi, lưỡi, hoặc phần bên trong má. Việc tiểu tiện mất kiểm soát cũng có thể xảy ra. Ngay sau khi chứng co giật ngừng hẳn, bệnh nhân thường có một khoảng thời gian giống như là đang ngủ với nhịp thở đều hơn. Nôn mửa cũng có thể xảy ra vào lúc này. Giấc ngủ ngắn thường xảy ra chỉ vài giây khi có hành vi nhận thức hoặc vài phút. Hiếm khi bệnh nhân không thức dậy và có một thời kỳ thứ hai cơ thể trở nên cứng đơ theo sau bởi chứng co giật các cơ. Hiện tượng này được biết đến là tình trạng động kinh. Về hành vi nhận thức, cá nhân bệnh nhân thường bị rối loạn nhẹ với những gì đã xảy ra và có thể mất phương hướng với nơi mà cô/anh ấy đang ở. Thời kỳ rối loạn hậu động kinh thường kéo dài vài phút nhưng có thể duy trì trong vài giờ ở một số bệnh nhân. Chứng đau đầu, buồn ngủ, buồn nôn, và đau nhức các cơ có thể tiếp tục tồn tại ở một số bệnh nhân trong vài giờ. Xem bảng chi tiết bên dưới về những việc cần làm khi gặp trường hợp động kinh.

Không thể dự đoán chắc chắn là ai sẽ lên cơn động kinh trong suốt quá trình cai rượu. Có một vài yếu tố rõ ràng làm gia tăng nguy cơ bị

Những điều cần làm khi gặp trường hợp động kinh

- Ngay từ dấu hiệu đầu của tình trạng giống như là động kinh thì những người chứng kiến không chuyên môn nên kêu gọi nhân viên y tế đã được đào tạo.
- Tùy thuộc vào bối cảnh, việc này có nghĩa là gọi 911 hoặc gọi cho y tá hoặc bác sĩ phụ trách đơn vị phòng khám hay bệnh viện đó.
- Trong khi chờ đợi sự giúp đỡ y tế, một người không chuyên môn chứng kiến cơn động kinh do cai rượu nên nhẹ nhàng cố gắng ngăn người lên cơn động kinh bị thương khi cô/anh ấy ngã xuống sàn nhà bằng cách bảo vệ phần đầu và cơ thể bệnh nhân khỏi những vật nhọn và cứng. Dù vậy thông thường tình trạng bệnh nhân mất ý thức ban đầu và té ngã thường không ai nhìn thấy.
- Trong giai đoạn co giật, nếu cơn co giật nghiêm trọng thì điều quan trọng là phải bảo vệ phần đầu của bệnh nhân không bị đập mạnh bằng cách đặt một vật mềm bên dưới đầu và cổ bệnh nhân. Đôi khi có thể đặt tay hoặc giày của ai đó bên dưới đầu.
- Không nên cố gắng đưa bất cứ vật gì vào miệng bệnh nhân (như là thìa, bút chì, bút máy, lưỡi dao). Việc cố gắng đưa vật gì vào miệng có thể gây tổn hại đến răng và lưỡi, hoặc bệnh nhân có thể nuốt các vật đó vào và làm tắc nghẽn đường thở.
- Những bệnh nhân bắt đầu nôn mửa nên được đặt nghiêng xuống nhẹ nhàng để những thứ bị nôn ra từ bao tử có thể thoát ra khỏi miệng và không bị tràn vào phổi. Những để cho những thứ bị nôn ra tràn vào phổi sẽ ngay lập tức dẫn đến việc thở khó khăn và, trong vòng vài giờ, sẽ dẫn đến tình trạng viêm phổi nghiêm trọng.
- Ngay cả khi bệnh nhân có vẻ như hoàn toàn tỉnh táo, cảnh giác, và có phương hướng mà không có tổn thương gì sau khi lên cơn động kinh cũng nên được nhanh chóng chuyển đến cơ sở y tế để kiểm tra đánh giá lại về y tế.
- Những cá nhân tỉnh táo nhưng bị rối loạn và mất phương hướng nên gửi đến họ những thông điệp dễ chịu giúp họ yên lòng để tái định hướng lại cho họ về những gì đã xảy ra và họ đang ở đâu.

động kinh nhưng ngay cả ở những bệnh nhân có tất cả những yếu tố này thì hầu hết bệnh nhân sẽ không lên cơn động kinh. Ngoài tổng số 100 người đang cai rượu thì chỉ có hai hoặc ba người trong số họ bị lên cơn động kinh. Nhà tiên tri duy nhất tốt nhất về một cơn động kinh do cai rượu trong tương lai là chứng động kinh do cai rượu trước đó. Những cá nhân đã có ba hoặc nhiều hơn ba giai đoạn cai nghiện có báo cáo trong quá khứ có nhiều khả năng lên cơn động kinh bất kể những yếu tố khác bao gồm độ tuổi, giới tính, hoặc tình trạng sức khỏe tổng quát. Tuy nhiên, những yếu tố khác có thể gia tăng nguy cơ bị động kinh cho tất cả các bệnh nhân gồm có:

- Uống rượu liên tiếp hơn hai mươi năm
- Có sức khỏe kém và chế độ dinh dưỡng kém
- Có những chấn thương phần đầu trước đó

- Có những rối loạn về canxi huyết thanh, natri, kali, hoặc magiê

Những bệnh nhân đã từng lên cơn động kinh có thể được điều trị với thuốc diazepam hoặc lorazepam IV và những phác đồ ACLS. Điều này giúp làm giảm nhưng không ngăn chặn hoàn toàn khả năng lên cơn động kinh lần hai (D'Onofrio và cộng sự 1999). Trong một số hiếm bệnh nhân bị động kinh tái diễn nhiều lần hoặc tình trạng động kinh liên tiếp trong nhiều phút thì một sự tư vấn về phương pháp gây mê có thể được yêu cầu cho sự gây mê tổng quát. Việc đánh giá về những rối loạn chất điện phân, tổn thương hệ thần kinh trung ương (gọi tắt là CNS), và những vấn đề cân cân nhắc của việc cai nghiện thuốc an thần-thuốc ngủ phải được xem xét lại.

Những bệnh nhân đã lên cơn động kinh hoặc nghi ngờ sẽ lên cơn động kinh trong cai rượu

nên được cung cấp thuốc benzodiazepine ngay lập tức, tốt nhất là tiêm vào tĩnh mạch. Cuộc nghiên cứu bởi D'Onofrio và các cộng sự (1999) cho thấy rằng một liều đơn 1mg lorazepam tiêm vào tĩnh mạch sẽ làm giảm nguy cơ động kinh tái diễn, giảm tỉ lệ trở lại các khoa cấp cứu, và hạ thấp tỉ lệ nhập viện. Bất chấp báo cáo này, Ủy ban Đồng thuận đã thống nhất rằng bệnh nhân nên nhập viện cho quá trình điều trị cai nghiện sau đó để được giám sát và cải thiện những triệu chứng cai nghiện khác, làm giảm sự chịu đựng, và được ổn định cho việc điều trị phục hồi sau này.

Việc bổ sung các loại thuốc chống động kinh (gọi tắt là AEDs) không được xem là có hiệu quả (Chance 1991; Hillbom và Hjelm-Jager 1984; Rathlev và cộng sự 1994). Điều này chủ yếu dựa vào những đánh giá về phenytoin (Dilantin và những loại khác). Các loại AED mới hơn vẫn chưa được nghiên cứu sâu sát trong việc ngăn chặn chứng động kinh trong quá trình cai rượu. Ủy ban Đồng thuận đề xuất rằng liệu pháp AED nên được cân nhắc trong những bệnh nhân cai rượu từng bị nhiều cơn động kinh trong quá khứ (vì bất kỳ nguyên nhân nào), có tiền sử về chấn thương đầu gần đây, chứng viêm màng não trong quá khứ, viêm não, hoặc tiền sử động kinh trong gia đình. Việc đánh giá tiếp theo về cơn động kinh đầu tiên thường liên quan đến việc đánh giá về thần kinh (chụp X-quang và đo điện não đồ bằng máy tính), ngay cả khi cơn động kinh bị nghi ngờ là do quá trình cai rượu.

Việc Chăm sóc và Động viên bệnh nhân

Cần cung cấp sự hỗ trợ và việc chăm sóc vệ sinh giữa các cá nhân cùng với chế độ dinh dưỡng đầy đủ. Nhân viên hỗ trợ bệnh nhân trong quá trình cai nghiện nên cung cấp bất cứ sự trợ giúp nào là cần thiết để giúp đỡ bệnh nhân làm vệ sinh sau khi vào cơ sở điều trị và tắm thật sạch sẽ ngay khi họ đã ổn định về y tế. Cũng nên cung cấp việc điều trị ghê, rặn trên cơ thể và những bệnh lý về da khác của bệnh nhân. Việc quét kiểm tra bệnh lao cũng nên được thực hiện. Việc chăm sóc răng miệng

cũng phải luôn sẵn sàng. Bệnh nhân phải được quét kiểm tra về những chấn thương về thể chất, bao gồm những vết thâm tím và những vết rách. Việc chủng ngừa uốn ván cũng có thể cần thiết. Những bệnh nhân có tình trạng tâm thần hay thay đổi hoặc mức độ nhận thức hay thay đổi nên được xem xét kỹ hơn trong các khoa cấp cứu, được đánh giá và có thể phải nhập viện. Nhân viên nên tiếp tục quan sát bệnh nhân về những chấn thương vùng đầu sau khi tiếp nhận điều trị bởi vì một vài chấn thương đầu, như là khối máu tụ dưới màng cứng có thể không hiện ra tức thì và những cân nhắc về chi phí có thể cản trở việc kiểm tra chụp cắt lớp não trong một số bối cảnh điều trị.

Những mối quan tâm khác trước mắt

Rượu có thể tương tác với nhiều loại dược phẩm để gây ra sự suy nhược CNS nghiêm trọng. Một số ví dụ tiêu biểu như là thuốc benzodiazepines, thuốc an thần, meprobamate, và những nhóm thuốc an thần và thuốc ngủ khác. Metoclopramide và những loại thuốc chống loạn thần kinh như là phenothiazines cũng có thể gây ra tình trạng suy nhược ở CNS. Một phản ứng giống như disulfiram (còn gọi là Antabuse) được mô tả qua hiện tượng xuất huyết, toát mồ hôi, mạch nhanh, buồn nôn, và đau ngực đã được báo cáo là do metronidazole và nhiều loại thuốc kháng sinh bao gồm, nhưng không giới hạn, như là cefamandole, cefoperazone, và cefotetan. Acetaminophen liều thấp có thể diễn tiến cấp tính với rượu để gây ra tình trạng nhiễm độc gan (tổn hại gan). Các bác sĩ lâm sàng cũng nên xác định liệu bệnh nhân có đang dùng aspirin hoặc những loại thuốc kháng viêm không có chất xteoit (chẳng hạn như là Motrin hoặc Advil, cả hai đều chứa ibuprofen) kết hợp với việc uống rượu. Các loại thuốc chống tiểu đường phối hợp với rượu có thể gây ra tình trạng hạ đường huyết (đường trong máu thấp) và tình trạng nhiễm axit lactic (máu trở nên có nhiều tính chất axit). Tính hiệu quả của các phép chữa bệnh và ranh giới an toàn trong việc sử dụng những loại thuốc chống âu lo, chống suy nhược, và chống loạn

thần kinh được một số người nghi là bị giảm tác dụng do uống rượu, nhưng điều này phần lớn dựa vào những thông tin có tính giai thoại hơn. Rượu tương tác với một lượng lớn các loại dược phẩm khác sẽ dẫn đến những hậu quả ít nghiêm trọng hơn. Một vài minh chứng quan trọng là thuốc giảm đau, thuốc an thần, thuốc chống động kinh, và thuốc chống đông máu như là Coumadin. Những bệnh nhân có thể phải uống những loại thuốc này cần phải được giám sát chặt chẽ và phải có người giám sát chặt chẽ thuốc men của họ.

Các chất gây nghiện dạng Opioid

Opioid có khả năng gây nghiện rất cao và việc dùng nó kinh niên sẽ dẫn đến những triệu

chứng cai nghiện mà mặc dù không nguy hiểm về phương diện y tế cũng có thể gây khó chịu nhiều và gây ra cảm giác cực kỳ bất an. Tất cả các chất gây nghiện dạng opioid (như là ma túy, thuốc phiện, oxycodone, codein và Methadone) gây ra những ảnh hưởng tương tự qua việc tương tác với những cơ quan thụ cảm các chất dạng opioid (μ , δ , và κ) nội sinh (nghĩa là tự bản thân cơ thể sinh ra) (đó là, những điểm cụ thể trên tế bào nơi mà những chất gây nghiện này gắn kết với tế bào đó). Chủ vận opioid kích thích những thụ quan này và các cơ đối vận opioid ngăn chặn chúng lại và cản trở hành động của chúng.

Những Triệu chứng Cai nghiện Opioid

Tất cả những chất gây nghiện dạng opioid đều gây ra những dấu hiệu và triệu chứng cai

Bảng 4-4
Những Dấu hiệu và Triệu chứng của Việc Cai nghiện và Tình trạng ngộ độc Opioid

Ngộ độc Opioid	Cai nghiện Opioid
Dấu hiệu	Dấu hiệu
Mạch chậm	Mạch nhanh
Huyết áp thấp	Huyết áp cao
Thân nhiệt thấp	Thân nhiệt cao
Giảm đau	Mất ngủ
Đồng tử nhỏ	Đồng tử mở lớn
Di chuyển chậm	Phản xạ thái hoá bất thường
Nổi lách	Toát mồ hôi
Ngủ gật	Sồn gai ốc
Triệu chứng	Tỉ lệ hô hấp tăng
Trạng thái phờ phơ	Chảy nước mắt, ngáp
Chứng mất cảm giác đau (những ảnh hưởng từ thuốc giảm đau)	Sổ mũi
Điềm tỉnh	Cơn ho

Bảng 4-4**Những Dấu hiệu và Triệu chứng của Việc Cai nghiện và Tình trạng ngộ độc Opioid**

	Triệu chứng
	Co rút vùng bụng, buồn nôn, nôn mửa, tiêu chảy
	Đau nhức xương và cơ
	Lo âu
Nguồn: Thành viên Ủy ban Đồng thuận Charles Dackis, Bác sĩ Y khoa	

nghiện tương tự với một số khác biệt về mức độ nghiêm trọng, thời gian bắt đầu, và khoảng thời gian diễn ra triệu chứng, tùy thuộc vào chất gây nghiện dạng opioid mà bệnh nhân đã sử dụng, thời gian sử dụng, liều dùng hàng ngày, và khoảng thời gian ngừng giữa các liều. Ví dụ, việc cai nghiện ma túy tiêu biểu bắt đầu từ 8 đến 12 giờ sau khi dùng liều ma túy cuối cùng và giảm bớt trong vòng một khoảng thời gian từ 3 đến 5 ngày. Việc cai nghiện Methadone thường bắt đầu từ 36 đến 48 giờ sau liều dùng cuối cùng, tối đa là sau khoảng 3 ngày, và dần dần giảm trong khoảng thời gian 3 tuần hoặc lâu hơn. Những yếu tố sinh lý, di truyền học và tâm lý có thể ảnh hưởng đáng kể đến tình trạng ngộ độc và mức độ nghiêm trọng của quá trình cai nghiện. Bảng 4-4 bên dưới tóm tắt lại nhiều dấu hiệu và triệu chứng thường gặp của việc cai nghiện và tình trạng ngộ độc chất gây nghiện dạng opioid.

Bác sĩ lâm sàng sử dụng các thước đo tình trạng ngộ độc và cai nghiện như là những hướng dẫn để tránh việc cho bệnh nhân dùng thuốc ít hơn hoặc quá liều trong suốt quá trình cai nghiện có sự giám sát y tế; số lượng và cường độ của các dấu hiệu xác định mức độ nghiêm trọng của việc cai nghiện các chất dạng opioid. Điều quan trọng cần phải biết là việc cai nghiện opioid không được điều trị dần dần sẽ làm tăng mức độ nghiêm trọng của những dấu hiệu và triệu chứng và sau đó giảm xuống theo cách tự hạn chế. Việc đánh giá lập đi lập lại nên được thực hiện trong suốt quá trình cai nghiện để xác định liệu những triệu chứng này đang được

cải thiện hay đang tệ hơn. Việc đánh giá lập đi lập lại cũng phải xác định được tính hiệu quả của sự can thiệp về dược lý. Những chiến lược cai nghiện nên nhằm vào việc thiết lập sự kiểm soát đối với hội chứng cai nghiện chất opioid, điều mà việc giảm liều có thể được thực hiện dần dần sau đó.

Những biến chứng y tế đi kèm với quá trình cai nghiện opioid có thể phát triển và phải được xác định và điều trị nhanh chóng. Không giống như việc cai nghiện rượu và thuốc an thần, việc cai nghiện opioid không phức tạp không đe dọa đến tính mạng. Hiếm khi, những triệu chứng về dạ dày-ruột nghiêm trọng do việc cai nghiện opioid gây ra như là nôn mửa hoặc tiêu chảy, có thể dẫn đến sự mất nước và mất cân bằng chất điện giải. Hầu hết các bệnh nhân có thể được điều trị với chất lưu dạng uống, đặc biệt là những chất lưu chứa chất điện giải, và một số có thể cần liệu pháp tiêm tĩnh mạch. Bên cạnh đó, căn bệnh về tim tim ẩn có thể trầm trọng hơn khi có những triệu chứng như là cao huyết áp, mạch nhanh, toát mồ hôi và là đặc điểm của việc cai nghiện opioid. Có thể xuất hiện sốt suốt quá trình cai nghiện opioid và sẽ phản ứng lại quá trình cai nghiện. Những nguyên nhân khác gây sốt nên được đánh giá, đặc biệt là với những người tiêm thuốc vào tĩnh mạch, bởi vì sự lây nhiễm HIV, vi rút viêm gan, áp xe, những địa điểm tiêm chích bị lây nhiễm, và chứng viêm phổi thường xảy ra trong số bệnh nhân này và luôn luôn đòi hỏi sự quan tâm cao về y tế. Những rối loạn về lo âu, đặc biệt là những rối loạn liên quan đến cảm giác lo lắng hoảng

sợ, cũng có thể cho thấy cường độ gia tăng trong suốt quá trình cai nghiện opioid. Cuối cùng, bất cứ tình trạng nào liên quan đến cơn đau đều có thể trở nên tệ hơn trong suốt quá trình cai nghiện opioid bởi vì ngưỡng của cơn đau đã giảm bớt và thiếu thốn sự mất cảm giác đau (giảm đau) do sử dụng opioid gây ra. Hiện tượng này đặc biệt thường phổ biến với cơn đau răng và chứng đau lưng kinh niên.

Việc Quản lý Quá trình Cai nghiện Không dùng Thuốc

Các bác sĩ lâm sàng không được khuyến khích quản lý những triệu chứng cai nghiện opioid nghiêm trọng (gây ra sự bức dọc và kéo dài trong nhiều giờ) mà không dùng những loại thuốc cai nghiện hiệu quả được thảo luận bên dưới. Ngay cả việc dùng opioid nhẹ cũng thường gây ra các mức độ triệu chứng học khó chịu trong cai nghiện. Việc quản lý hội chứng này mà không dùng thuốc có thể gây ra sự chịu đựng không cần thiết trong số những bệnh nhân không chịu đựng được những cơn đau thể xác.

Việc Quản lý Quá trình Cai nghiện bằng Thuốc

Việc quản lý quá trình cai nghiện opioid bằng thuốc thường có thể thành công thông qua việc sử dụng Methadone (bên cạnh những loại thuốc bổ sung trị chứng buồn nôn, nôn mửa, tiêu chảy, và co rút dạ dày). Những quy định của liên bang hạn chế việc dùng Methadone cho điều trị cai nghiện opioid đối với những chương trình được cấp phép đặc biệt, ngoại trừ trong những trường hợp bệnh nhân phải nằm viện để điều trị một tình trạng y tế cấp tính khác. Methadone là thuốc được sử dụng thường xuyên nhất được chấp thuận dùng cho quá trình cai nghiện bởi Hiệp hội Thực phẩm và Dược liệu (gọi tắt là FDA), và một loại thuốc mới là buprenorphine (được thảo luận chi tiết bên dưới) đã được chấp thuận cho sử dụng. Methadone có thể được sử dụng cho việc cai nghiện ma túy và tất cả những chủ vận opioid.

Một loại thuốc khác thường được sử dụng nữa là clonidine (Gold và cộng sự 1984), một chủ

vận α -adrenergic làm giảm hầu hết những triệu chứng cai nghiện opioid mà không gây ra tình trạng ngộ độc opioid hoặc thuốc. Tuy nhiên, bởi vì việc cai nghiện dùng clonidine kém hiệu quả hơn so với nhiều triệu chứng cai nghiện opioid nên những loại thuốc bổ sung thường cần thiết để điều trị chứng mất ngủ, đau nhức cơ, xương và đau đầu. Các loại thuốc bổ sung không nên sử dụng thay thế cho một liều thuốc cai nghiện đầy đủ. Những chủ vận opioid bổ sung có thể sử dụng về mặt lý thuyết cho quá trình cai nghiện nhưng sẽ phải bị quản lý ở dạng “không có nhãn hiệu”, bởi vì FDA chỉ chấp thuận duy nhất Methadone cho mục đích này. Việc sử dụng không nhãn hiệu (kê toa một loại thuốc được chấp thuận cho một tình trạng bệnh lý khác) khó có thể được biện minh, xét về tính hiệu quả của Methadone trong việc đảo chiều cai nghiện opioid.

Việc cai nghiện được yêu cầu cho những bệnh nhân tìm kiếm điều trị có những dấu hiệu và triệu chứng đủ để đảm bảo việc điều trị với thuốc và cho những ai bị từ chối việc duy trì hoặc vì một vài lý do không được yêu cầu cai nghiện. Ngoài ra, những bệnh nhân phụ thuộc vào những chất gây nghiện opioid đôi lúc phải nhập viện vì những vấn đề sức khỏe khác và có thể yêu cầu việc cai nghiện trong bệnh viện mặc dù họ không tìm kiếm việc điều trị lạm dụng chất gây nghiện. Những bệnh nhân như thế có thể được duy trì dùng Methadone trong suốt thời gian nằm viện cho bất cứ tình trạng bệnh lý nào hơn là chỉ việc nghiện chất opioid. Bệnh viện không nhất thiết phải là một chương trình điều trị opioid có đăng ký chùng nào mà bệnh nhân còn được nhận vào cho việc điều trị cai nghiện những chất khác hơn là opioid. Mặt khác, một số người có thể không sử dụng đủ lượng thuốc opioid để phát triển thành những triệu chứng cai nghiện, và đối với những loại khác thời gian đủ có lẽ sẽ trôi qua từ liều dùng cuối cùng để phá hủy việc cắt cơn và xóa bỏ nhu cầu cai nghiện.

Methadone

Phần này sẽ thảo luận về thuốc Methadone như là một loại thuốc dùng cho quá trình cai

nghiện. Để xem thông tin chi tiết về việc duy trì bằng Methadone, độc giả có thể xem lại TIP 43 *Hỗ trợ điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện trong chương trình điều trị nghiện* (CSAT 2005d). Trong khi Methadone là một trong những loại thuốc được sử dụng rộng rãi hơn cho việc cai nghiện opioid, việc sử dụng của nó được quy định cao và nó chỉ có thể được kê toa cho quá trình cai nghiện bởi một bác sĩ tại Cơ quan Quản lý Lạm Dụng Chất Gây nghiện và Sức khỏe Tâm thần (SAMHSA)-một phòng khám dùng Methadone được chứng nhận hoặc nếu bệnh nhân phải nhập viện vì một bệnh lý y tế khác. (Các chương trình cai nghiện có thể được công nhận để kê toa Methadone bằng cách thực hiện quá trình được miêu tả trong TIP 43). Những quy định của liên bang cho phép sử dụng Methadone trong cả việc điều trị cai nghiện ngắn ngày ít hơn 30 ngày và việc điều trị lâu dài hơn từ 30 đến 180 ngày. Những quy định này còn nêu rõ rằng nếu một bệnh nhân thất bại trong hai nỗ lực cai nghiện trong thời gian 12 tháng thì anh/cô ấy phải được đánh giá cho quá trình điều trị khác (cụ thể là liệu pháp thay thế opioid đang diễn ra).

Methadone là một chủ vận có tác dụng lâu dài ở một cơ quan thụ cảm μ -opioid mà trong thực tế đã thay thế ma túy (hoặc những chất gây nghiện opioid bị lạm dụng khác) và tái ổn định vị trí đó, do đó đảo chiều các triệu chứng cai nghiện opioid. Nếu duy trì một khoảng thời gian đủ lâu thì ảnh hưởng ổn định này thậm chí có thể đảo ngược những khuyết điểm về hệ miễn dịch và nội tiết gây ra bởi việc nghiện ma túy lâu dài. Đây là một trong những nguyên nhân quan trọng để xem xét sự hoán đổi đối với việc duy trì trong suốt hầu hết những đợt tiếp nhận cai nghiện dùng Methadone.

Khi liều Methadone cần được thiết lập thì Methadone có thể được cung cấp một lần một ngày và thường giảm dần từ 3 đến 5 ngày từ 5 đến 10mg một ngày. Liều yêu cầu ban đầu được xác định bằng cách ước lượng lượng opioid đã sử dụng và đánh giá phản ứng của bệnh nhân để cung cấp Methadone. Các bác sĩ lâm sàng nên theo dõi không cho bệnh nhân uống ít hơn

liều Methadone đã chỉ định; uống đủ liều là cực kỳ quan trọng. Bệnh nhân đôi khi cường điệu việc tiêu thụ hàng ngày của họ để có thể nhận liều Methadone cao hơn. Vì lẽ đó, trong lịch sử vẫn chưa có sự thay thế nào cho một cuộc kiểm tra thể chất để tìm kiếm những dấu hiệu của việc cai nghiện opioid. Các bác sĩ điều trị không nên chỉ quen thuộc với những dấu hiệu nhiễm độc và cai nghiện đã được công bố trong Bảng 4-4, mà còn phải có kỹ năng trong việc phân biệt những đặc điểm này của việc cai nghiện opioid. Việc tránh điều trị quá liều là tối quan trọng trong suốt quá trình cai nghiện dùng Methadone bởi vì việc dùng quá liều loại thuốc này có thể gây ra tình trạng quá liều, trong khi đó việc cai nghiện opioid không cấu thành mối nguy hiểm về y tế trong những người trưởng thành khỏe mạnh khác. Để biết thêm thông tin chi tiết về Methadone và những loại thuốc khác dùng để điều trị tình trạng nghiện opioid, xem TIP 43, *Hỗ trợ điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện trong chương trình điều trị nghiện* (CSAT 2005d).

(CSAT 2005d).

Những bệnh nhân phụ thuộc opioid nghiêm trọng có thể cần liều khởi đầu từ 30 đến 40mg một ngày; liều này nên đầy đủ cho ngay cả quá trình cai nghiện nghiêm trọng nhất. Nếu mức độ phụ thuộc không rõ thì những dấu hiệu và triệu chứng cai nghiện có thể được đánh giá lại trong 1 đến 2 giờ sau khi cung cấp liều 10mg methadone. Việc cung cấp liều thuốc methadone và sau đó đánh giá ảnh hưởng của nó (cũng được gọi là liều thử thách) là một sự can thiệp quan trọng của quá trình cai nghiện. Những dấu hiệu an thần và ngộ độc sau liều methadone thử thách đòi hỏi một liều khởi đầu thấp hơn. Tương tự thế, tình trạng ngộ độc ở bất cứ điểm nào của quá trình cai nghiện đều báo hiệu nhu cầu giữ lại hoặc nhanh hơn nữa là dứt bỏ (giảm tới liều không) methadone. Nên cung cấp sự chăm sóc để tránh cung cấp methadone cho những bệnh nhân mới được nhận vào có dấu hiệu ngộ độc opioid, bởi vì việc dùng quá liều có thể xảy ra. Lưu ý rằng sự ổn định liều methadone là việc điều trị có chọn

lựa cho những bệnh nhân đang có thai và phụ thuộc thuốc opioid.

Clonidine (Catapres)

Clonidine đầu tiên được bán ở thị trường và được chấp thuận cho điều trị cao huyết áp nhưng cũng được sử dụng cho quá trình cai nghiện opioid từ năm 1978. Trong khi clonidine không được FDA chấp thuận cho điều trị cai nghiện opioid, nó vẫn được dùng rộng rãi dưới dạng “không nhãn hiệu” cho mục đích này (Alling 1992) bởi vì lịch sử đã chứng minh tính hiệu quả của nó cho tình trạng này. Những ưu điểm của clonidine so với methadone trong điều trị cai nghiện opioid bao gồm:

- Clonidine không gây ra tình trạng ngộ độc opioid và không được tăng cường.
- FDA không phân loại clonidine vào nhóm thuốc có khả năng lạm dụng. Tuy nhiên đã có báo cáo về một số trường hợp lạm dụng. (Xem phần bên dưới về phụ nữ có thai và chất opioid.)
- Bởi vì clonidine không tương tác với thụ quan μ -opioid nên việc cai nghiện diễn ra mà không có opioid
- Không cần giấy phép đặc biệt nào cho việc phân phối loại thuốc này.

Một khuyết điểm trong việc cai nghiện dùng Methadone với naltrexone (một cơ đối vận opioid), như so sánh với clonidine, là rằng naltrexone, khi nó được kê toa cho việc kiêng khem, thì nó có thể thúc giục quá trình cai nghiện opioid nếu được cung cấp quá sớm sau liều Methadone cuối cùng. Vấn đề này không tồn tại với clonidine, khiến cho loại thuốc này đặc biệt có ích trong chương trình điều trị không có thuốc hoặc một sự kết hợp các phép chữa bệnh.

Tuy nhiên, những bệnh nhân nghiện opioid thường thích quá trình cai nghiện dùng Methadone hơn là clonidine. Mặc dù clonidine làm giảm bớt một số triệu chứng của việc cai nghiện opioid, nó thường tương đối không hiệu quả trong điều trị chứng mất ngủ, đau cơ, và lên cơn thèm thuốc. Ti lệ hoàn chỉnh cho quá

trình cai nghiện opioid sử dụng clonidine đã và đang rất thấp (từ 20 đến 40 phần trăm); những bệnh nhân đã hoàn thành thủ tục này có khả năng phụ thuộc vào những chất opioid hơn là ma túy, có bảo hiểm sức khỏe riêng, và báo cáo mức độ thấp hơn của những triệu chứng cai nghiện chủ quan hơn những ai không hoàn thành thủ tục này (Strobbe và cộng sự 2003).

Một phác đồ sử dụng clonidine thích hợp là 0.1mg dạng uống như là một liều thử nghiệm. Một liều 0.2mg có thể được dùng ban đầu cho những bệnh nhân có những dấu hiệu cai nghiện opioid nghiêm trọng hoặc cho những bệnh nhân cân nặng hơn 90 kg. Việc ngâm dưới lưỡi cũng có thể được áp dụng. Các bác sĩ lâm sàng nên kiểm tra huyết áp của bệnh nhân trước khi cho dùng thuốc clonidine và không nên dùng clonidine nếu huyết áp ở tâm thu thấp hơn 90 hoặc huyết áp ở tâm trương dưới 60. Những thông số này có thể giãn ra đến 80/50 trong một vài trường hợp nếu bệnh nhân tiếp tục phản nản về quá trình cai nghiện và không đang trải qua những triệu chứng tụt huyết áp ở tư thế đứng (tình trạng huyết áp hạ xuống đột ngột do việc đứng). Clonidine (từ 0.1 đến 0.2mg dạng uống) có thể được cung cấp sau đó mỗi 4 đến 6 giờ khi cần thiết. Việc cai nghiện dùng clonidine được thực hiện tốt nhất trong bối cảnh điều trị nội trú, vì những dấu hiệu và tác dụng phụ có tính sống còn có thể được quản lý chặt chẽ hơn trong môi trường điều trị này. Trong những trường hợp cai nghiện nghiêm trọng, liều thuốc clonidine hiện hành (được cung cấp vào những khoảng ngừng thường xuyên hơn là chỉ đơn thuần là “khi cần thiết”) có thể có lợi (Alling 1992). Việc đòi hỏi clonidine hàng ngày được thiết lập bằng cách lập bảng kê tổng cộng lượng thuốc được cung cấp trong vòng 24 giờ đầu tiên, và chia nhỏ chúng ra thành ba hoặc bốn liều một ngày. Tổng lượng clonidine không thể vượt quá 1.2mg trong vòng 24 giờ đầu và 2.0mg sau đó, với những liều được giữ theo những thông số đã lưu ý bên trên. Liều hiện hành sau đó được chấm dứt trong nhiều ngày. Clonidine phải được cung cấp giảm dần để tránh chứng cao huyết áp tác động ngược trở lại.

Miếng dán clonidine thấm thấu qua da mà FDA đã chấp thuận vào năm 1986 cho điều trị chứng cao huyết áp cũng được sử dụng trong việc cai nghiện opioid. Tuy nhiên, sự an toàn của miếng dán đó trong điều trị cai nghiện opioid đã không được nghiên cứu đầy đủ trong những thử nghiệm lâm sàng được kiểm soát. Việc clonidine thấm thấu qua da có ảnh hưởng bất lợi liên tiếp ngay cả sau khi miếng dán đó được gỡ bỏ. Ảnh hưởng của clonidine về huyết áp có thể vì vậy mà bị kéo dài, dẫn đến tình trạng tuột huyết áp dai dẳng không mong muốn. Vì lẽ đó, miếng dán chỉ được dùng nếu huyết áp của bệnh nhân được giám sát thường xuyên (Alling 1992).

Miếng dán có thuốc clonidine có ba kích cỡ cung cấp một liều thuốc clonidine hàng ngày dạng uống là 0.2mg (tương đương 3.5 cm²), 0.4mg (tương đương 7.0 cm²), hoặc 0.6mg (tương đương 10.5 cm²). Miếng dán cung cấp thuốc clonidine đến 7 ngày và dùng một miếng là đủ. Sự tiện lợi của việc dùng một lần cho phép bác sĩ lâm sàng tránh chia nhỏ liều dùng như việc dùng nhiều liều trong suốt chương trình phục hồi. Nói riêng, những bệnh nhân có thể tập trung vào điều trị phục hồi mà không bị làm xao lãng bởi nhu cầu yêu cầu liều clonidine dạng uống lặp đi lặp lại. Những dấu hiệu mang tính sống còn nên được giám sát ít nhất bốn lần một ngày để đánh giá những dấu hiệu và triệu chứng dai dẳng của việc cai nghiện hoặc những ảnh hưởng không mong muốn của clonidine đối với huyết áp.

Buprenorphine

Buprenorphine, một chủ vận μ -opioid một phần mà đã được FDA cho phép sử dụng ở dạng chích (gọi là Buprenex) cho việc điều trị cơn đau, gần đây đã được chấp thuận như là một loại thuốc dùng cho quá trình cai nghiện và cho việc điều trị opioid như là một lựa chọn khác cho việc duy trì methadone. Một số thử nghiệm lâm sàng đã báo cáo là nó có hiệu quả cho việc cai nghiện ma túy (Becker và cộng sự 2001; Bickel và cộng sự 1988; Diamant và cộng sự 1998), và loại thuốc này nên đóng một vai

trò quan trọng trong việc giúp bệnh nhân dần dần thoát khỏi việc duy trì bằng Methadone (Amass và cộng sự 2004; Banys và cộng sự 1994; Johnson và cộng sự 2000).

Buprenorphine còn có dạng uống với tên gọi là Subutex, thuốc chỉ chứa buprenorphine, và được dùng cho những bệnh nhân đang bắt đầu điều trị phụ thuộc thuốc. Một dạng khác, Suboxone, chứa buprenorphine và naloxone, và được chỉ định cho những bệnh nhân phụ thuộc các thuốc opioid đã bắt đầu điều trị và đang tiếp tục liệu pháp dùng thuốc. Buprenorphine dành sự ưu ái lớn đối với thụ quan μ -opioid, bất kể việc nó chỉ là chủ vận một phần, và có thể thay thế những opioid khác như là ma túy. Đặc điểm này giúp buprenorphine có khả năng thúc giục quá trình cai nghiện opioid khi được quản lý với những bệnh nhân gần đây đã sử dụng ma túy (Kosten và McCance-Katz 1995).

Một lợi thế của buprenorphine là độ an toàn của nó. Bởi vì ảnh hưởng chủ vận một phần, buprenorphine có một “ảnh hưởng trần” liên quan đến khả năng dùng quá liều (Walsh và cộng sự 1994). Không giống như Methadone có thể gây ra sự suy giảm hô hấp gia tăng với liều ngày càng tăng, những ảnh hưởng về hệ hô hấp của buprenorphine có khuynh hướng khựng lại bởi vì ảnh hưởng chủ vận một phần của nó. Một ưu điểm khác của buprenorphine là nó có thể phân phát ở phòng khám của bác sĩ, không giống như Methadone chỉ có thể phân phát ở những trung tâm điều trị đã chỉ định. Điều này khiến cho việc tiếp cận với loại thuốc này cho sự phụ thuộc opioid tiện lợi hơn rất nhiều cho cả bệnh nhân và bác sĩ. Xem thêm TIP 40 về *Những Hướng dẫn Lâm sàng cho việc Sử dụng Buprenorphine trong Điều trị Cai nghiện Opioid* (CSAT 2004a).

Khác với methadone, buprenorphine có thể được kê toa bởi các y bác sĩ không có liên hệ với một chương trình điều trị opioid được công nhận. Tuy nhiên, vẫn có một quá trình đào tạo và chứng nhận cụ thể mà các bác sĩ phải tham gia để có thể kê toa loại thuốc này. Những thông tin về mặt pháp lý của việc kê toa

thuốc buprenorphine và những quy định trong việc thực hiện quá trình cai nghiện trong phòng khám của bác sĩ có thể được tìm thấy ở trang thông tin điện tử www.buprenorphine.samhsa.gov/. Thông tin được cung cấp ngay tại chỗ bao gồm thông tin về Đạo Luật Điều trị Nghiện Thuốc (gọi tắt là DATA) năm 2000 như sau: “[DATA 2000] mở rộng bối cảnh khám chữa bệnh của việc điều trị nghiện opioid có dùng thuốc bằng cách cho phép những bác sĩ có năng lực chuyên môn phân phối hoặc kê toa những loại thuốc gây mê đặc biệt được chấp thuận trong Phụ lục III, IV, và V trong điều trị nghiện opioid trong những bối cảnh điều trị hơn là Chương trình Điều trị Opioid truyền thống (ví dụ như phòng gây tê). Bên cạnh đó, DATA 2000 còn giảm gánh nặng về quy định cho các bác sĩ chọn thực hành liệu pháp cai nghiện opioid bằng cách cho phép những bác sĩ có năng lực chuyên môn áp dụng và nhận lại sự khước từ của những yêu cầu đăng ký đặc biệt được xác định trong Đạo Luật Về Chất Gây nghiện Có Kiểm soát” (SAMHSA 2002).

Chấm dứt Việc Điều trị Duy trì methadone

Những cá nhân tìm kiếm sự gián đoạn trong việc duy trì dùng thuốc methadone đòi hỏi một quá trình cai nghiện dài hơn chương trình cai nghiện ma túy đã miêu tả bên trên. Liệu thuốc methadone phải được giảm dần từ 5 đến 10mg một tuần cho đến khi đạt được liều hàng ngày từ 30 đến 40mg. Vào lúc đó, việc cai nghiện với hoặc là clonidine hoặc liều Methadone ít hơn có thể được thực hiện. Việc sử dụng clonidine có ưu điểm là nhanh gọn vì một quá trình cai nghiện sử dụng clonidine hoàn chỉnh thường được thực hiện trong vòng 2 đến 3 tuần (Gold và cộng sự 1984).

Khi việc yêu cầu liều hàng ngày được thành lập bằng cách sử dụng những nguyên tắc đã vạch ra bên trên, bệnh nhân có thể được bố trí sử dụng liều clonidine hiện hành. Liều yêu cầu thường là 0.2mg, ba đến bốn lần một ngày, mặc dù sự chuẩn độ (sự điều chỉnh liều dùng theo phản ứng của thuốc) là cần thiết dựa vào

những thông tin thu thập được trong suốt quá trình kiểm tra lâm sàng. Liều bổ sung khi cần thiết (đôi khi gọi tắt là “PRN”) 0.2mg clonidine cũng có thể được cung cấp và những thông số huyết áp phải được theo dõi trước việc quản lý liều PRN hiện hành để tránh tình trạng tụt huyết áp khi đang đứng. Liều hiện tại ban đầu có thể giảm xuống 0.1mg và được phát ba đến bốn lần một ngày, sau một tuần cai nghiện, với liều PRN 0.1mg hiện có. Sau thời gian một tuần theo liều giảm này, clonidine được cung cấp thêm một tuần nữa chỉ khi cần thiết. Bởi vì clonidine không đảo ngược tất cả những triệu chứng cai nghiện opioid, đặc biệt là chứng mất ngủ, những loại thuốc bổ sung cho việc làm giảm các triệu chứng mất ngủ, buồn nôn, tiêu chảy, vãn vãn, thường được yêu cầu. Quá trình cai nghiện với clonidine được thực hiện tốt nhất trên cơ sở điều trị nội trú để đảm bảo việc giám sát dấu hiệu có tính sống còn thích hợp. Việc điều trị nội trú cũng làm giảm sự thúc đẩy khả năng tái phát, đặc biệt nếu quá trình cai nghiện quá khó khăn.

Quá trình cai nghiện bằng thuốc methadone có thể được tiếp tục khi đạt được liều dùng mỗi ngày từ 30 đến 40mg như đã mô tả bên trên. Liều dùng có thể bị giảm xuống đến 20mg một ngày bằng cách giảm từ 5 đến 10mg một tuần. Khi bệnh nhân dùng 20mg một ngày, thuốc methadone có thể giảm từ 1 đến 2mg mỗi ngày, phụ thuộc vào những biện pháp cai nghiện lâm sàng. Tương tự như quá trình cai nghiện với clonidine, 2 đến 3 tuần lễ cuối cùng của quá trình cai nghiện dùng Methadone thường đi kèm với khả năng tái nghiện. Việc điều trị nội trú, nếu có thể, có thể cung cấp sự hỗ trợ bổ sung, giám sát y tế, và việc điều trị phục hồi khiến bệnh nhân nhụt chí và hạn chế khả năng tái phát.

Quá trình Cai nghiện Nhanh và Cực nhanh

Mặc dù có rất ít dữ liệu cho thấy rằng những phương pháp cai nghiện opioid nhanh và cực nhanh cho thấy một sự tương quan tích cực với khả năng bệnh nhân sẽ kiêng khem một vài

tháng sau đó nhưng vẫn có những nỗ lực làm quá trình cai nghiện ngắn hơn và dễ dàng hơn. Điều này một phần xuất phát từ mong muốn của bệnh nhân nghiện opioid về một quá trình nhanh không đau và một phần từ nỗ lực dỗ ngọt những bệnh nhân như thế tiếp nhận điều trị (có ít hơn một trong năm người bị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện ở Hoa Kỳ đang điều trị vào bất cứ lúc nào) (theo Cơ quan Chính sách về Kiểm soát Thuốc Quốc gia 2002). Một yếu tố khác là việc tìm kiếm sự nhanh chóng trong hầu hết những hoạt động của văn hoá Mỹ. Cuối cùng, mong muốn một quá trình cai nghiện opioid nhanh là một tàn dư của hệ thống tín ngưỡng của cách đây một thế kỷ khi việc cai nghiện thường được đánh đồng một cách sai lầm với việc trị bệnh.

Những phương pháp cai nghiện khẩn cấp có sử dụng những chủ vận thuốc gây mê; ví dụ như naloxone, naltrexone, hoặc nalmefene, để thúc giục quá trình cai nghiện dùng thuốc gây mê bằng cách thay thế opioid ngoại sinh (những chất không phải do cơ thể tự sản sinh ra) từ những điểm thụ quan. Những triệu chứng nghiêm trọng sau đó được quản lý bởi nhiều loại thuốc và kỹ thuật. Quá trình này đã được thử nghiệm vào giữa thập niên 70 (Blachly và cộng sự 1975; Resnick và cộng sự 1977), sử dụng naloxone kết hợp với benzodiazepine hoặc propranolol để cải thiện những triệu chứng thể nhưng kỹ thuật đó không dành được nhiều sự tin tưởng để có thể được xem là hữu dụng.

Với khám phá về clonidine như là một chất không gây nghiện có thể điều trị thành công nhiều hội chứng cai nghiện (Gold và cộng sự 1978), phương pháp này trở nên thành công hơn nhưng vẫn còn nhiều vấn đề. Sử dụng những sự kết hợp của clonidine, naltrexone, benzodiazepines, và những loại thuốc bổ sung khác, phương pháp này được cải tiến và rút ngắn suốt những năm 80 (Charney và cộng sự 1982, 1986; Kleber và cộng sự 1987; Riordan và cộng sự Kleber 1980; Vining và cộng sự 1988 để liều naltrexone có tác dụng ngăn chặn—ít nhất là 25mg—thường được dùng ở ngày thứ hai hoặc thứ ba của quá trình điều trị.

Sự hạn chế của phương pháp dùng clonidine-naltrexone khẩn cấp này là khả năng để làm giảm một cách đầy đủ những triệu chứng cai nghiện đã được cải thiện ở bệnh nhân có ý thức. Golden và Sakhrani (2004) đã phát hiện rằng 25 phần trăm trong số 20 bệnh nhân họ nghiên cứu đang trong quá trình cai nghiện khẩn cấp sử dụng clonidine và naltrexone đã phát triển tình trạng mê sảng và phải ngừng hẳn quá trình sau ngày đầu tiên, và một bệnh nhân khác đã rời khỏi quá trình cai nghiện trước khi hoàn thành.

Thập niên 90 đã chứng kiến nhiều nỗ lực vượt qua rào cản này bằng cách sử dụng phương pháp gây mê hoặc thuốc an thần nặng. Mặc dù quá trình gây mê cực nhanh đã được công khai nhưng những cuộc nghiên cứu có kiểm soát có thể đánh giá tỉ lệ rủi ro. Tiến trình này vẫn chưa được chứng minh và còn gây nhiều tranh cãi. Để xem lại bảng kê vắn tắt các nghiên cứu đã thực hiện trong lĩnh vực này, xem Stine và các cộng sự (2003).

Chăm sóc và Động viên Bệnh nhân

Việc cai nghiện opioid, khi được thực hiện thích hợp thì thường kết thúc mà bệnh nhân không cảm thấy có sự khó chịu đáng kể nào. Bên cạnh mục tiêu nhân ái trong việc ngăn chặn sự chịu đựng không cần thiết, quá trình cai nghiện opioid thích hợp sẽ đẩy mạnh sự kết hợp các phép chữa bệnh giữa bệnh nhân và bác sĩ lâm sàng và ngăn chặn bệnh nhân khỏi việc rời khỏi quá trình điều trị sớm hơn. Tâm trạng bức dọc cũng có thể cho thấy rằng một liều quá thấp thuốc cai nghiện đang được cung cấp. Việc điều trị về triệu chứng đơn thuần không phải là một sự thay thế cho việc đảo ngược quá trình cai nghiện opioid và nên tiến hành việc chăm sóc để tránh việc che giấu những triệu chứng có thể phản ứng lại tốt hơn lại quá trình cai nghiện.

Tuy nhiên, những bệnh nhân nhận đầy đủ các liều cai nghiện vẫn có thể phản nản về những triệu chứng có thể được điều trị với những loại thuốc bổ sung. Chúng mất ngủ có thể được điều trị với diphenhydramine (còn gọi là Benadryl) từ 50 đến 100mg, trazodone (Desyrel) từ 75

đến 200mg, hoặc hydroxyzine (Vistaril) từ 25 đến 50mg vào giờ đi ngủ. Nên tránh dùng benzodiazepine trừ phi quá trình cai nghiện rượu hoặc thuốc an thần đồng diễn. Chứng đau đầu, đau cơ, xương có thể dùng với thuốc acetaminophen (như là Tylenol), aspirin, hoặc ibuprofen (như là Motrin) khi cần thiết. Tình trạng co rút vùng bụng rất hiếm khi xảy ra khi liều cai nghiện được phân phát đầy đủ nhưng có thể được cải thiện với thuốc dicyclomine (cụ thể là Bentyl) từ 10 đến 20mg mỗi 6 giờ. Mylanta hoặc Maalox có thể được dùng điều trị những chứng bệnh về thượng vị và thanh diên (cụ thể là Pepto-Bismol) 30 cc có thể được cung cấp mỗi 2 đến 3 giờ để điều trị tiêu chảy. Chứng táo bón, một chứng bệnh thường gặp trong suốt quá trình duy trì dùng Methadone thường được xử lý với 30 cc sữa có chất Magiê cacbonát mỗi ngày.

Sự phụ thuộc opioid, đặc biệt là phụ thuộc ma túy qua đường tiêm chích vào tĩnh mạch, thường đi kèm với những bệnh lý về y tế. Vì lẽ đó phải thực hiện việc kiểm tra về thể chất hoàn chỉnh, xem xét lại các hệ thống, và tiến hành đánh giá trong phòng thí nghiệm (khi được yêu cầu). Bệnh nhân phải được soi kiểm tra bệnh lao cũng như những biến chứng y khoa thường gặp. Những biến chứng này bao gồm HIV/AIDS, vi rút viêm gan (đặc biệt là B và C), những chứng bệnh lây truyền qua đường tình dục khác, và những chứng nhiễm trùng cơ hội. Phải kiểm tra kỹ lưỡng vùng bị tiêm chích trên cơ thể bệnh nhân để xem có dấu hiệu nhiễm trùng hay áp xe không và phải hỏi bệnh nhân về hiện tượng đổ mồ hôi vào ban đêm, cảm giác ớn lạnh, việc hấp thụ chất dinh dưỡng, tình trạng tiêu chảy và vấn đề về dạ dày-ruột, sốt, và ho.

Tiền sử hoặc bằng chứng về những tổn thương cũng phải được tìm hiểu kỹ lưỡng như là một phần của quá trình đánh giá toàn diện để từ cơ sở đó thiết lập một kế hoạch điều trị đầy đủ. Nói chung, bệnh nhân phải đi lại được và có thể tham gia vào những hoạt động phục hồi suốt quá trình cai nghiện. Tuy nhiên, trong vòng 24 giờ đầu tiên họ có thể được yêu cầu nằm nghỉ hoặc giảm bớt hoạt động.

Benzodiazepine và những loại Thuốc an thần-thuốc Ngủ Khác

Những Triệu chứng Nhiễm độc và Cai nghiện Đi kèm với Benzodiazepine và những loại Thuốc an thần-thuốc Ngủ Khác

Những bệnh nhân bị ngộ độc thuốc an thần-thuốc ngủ dường như cũng tương tự như những bệnh nhân bị ngộ độc rượu. Những dấu hiệu nổi bật của tình trạng này là nói lắp, mất điều hoà, và sự phối hợp về thể chất kém. Nếu chỉ dùng một mình benzodiazepine thì nồng độ cồn trong hơi thở và trong máu sẽ ở mức không. Nên nhớ rằng khi chỉ uống một mình benzodiazepines, dù là cố ý hay vô tình dùng quá liều thì cũng hiếm khi gây tử vong. Thế nhưng thật đáng tiếc là hầu hết những ai uống benzodiazepine có thể cũng đang uống rượu, những loại thuốc an thần-thuốc ngủ khác, hoặc lạm dụng những loại thuốc khác nữa mà khi kết hợp với benzodiazepine sẽ có thể gây tử vong nếu không được xử lý thích hợp.

Việc quản lý tình trạng dùng benzodiazepine và những loại thuốc an thần-thuốc ngủ khác quá liều một phần được dựa theo những nguyên tắc của ACLS với sự quan tâm đặc biệt về máy thở oxy. Ngoài ra, phải rửa rạch chất thuốc benzodiazepine trong đường ruột với máy rửa và thuốc tẩy nhẹ, đặc biệt là nếu dùng quá liều. Flumazenil (hay Romazicon) là một chất đối vận đóng vai trò như một thụ quan của benzodiazepine. Nó có thể đảo ngược/hoán đổi thuốc an thần và những ảnh hưởng quá liều của benzodiazepine nhưng không phải ảnh hưởng của rượu hoặc những loại thuốc an thần-thuốc ngủ khác. Thuốc này sẽ được tiêm vào tĩnh mạch từ từ (2 đến 3 phút) và liều dùng cũng khác nhau, tùy thuộc vào việc có phải một liều được dùng để điều trị hoán đổi thuốc an thần hoặc đảo ngược tình trạng hôn mê quá liều. Flumazenil chỉ hiệu quả khi dùng benzodiazepine quá liều và không phải là một

loại thuốc giải độc hiệu quả so với những loại thuốc khác. Các bác sĩ lâm sàng phải nhận thức được rằng đối với những người sử dụng benzodiazepine kinh niên và nghiện nó thì flumazenil có thể kích thích tình trạng động kinh, cao huyết áp, và lên cơn mê sảng. Vì vậy những bệnh nhân phờ phạc, uể oải do benzodiazepine và nghiện benzodiazepine có thể nhanh chóng chuyển từ tình trạng hôn mê sang những triệu chứng cai nghiện benzodiazepine cấp tính khi flumazenil được cung cấp.

Việc đánh giá khả năng hoặc mức độ nghiêm trọng thực sự của hội chứng kiêng khem benzodiazepine và những thuốc an thần-thuốc ngủ khác chủ yếu dựa vào những thông tin lâm sàng thu thập được từ bệnh nhân, từ những nhân vật quan trọng khác, và từ việc đánh giá về thể chất. Việc khẳng định về thời gian của quá trình điều trị benzodiazepine với những nhân vật quan trọng khác, những nhà thuốc địa phương và các bác sĩ điều trị là rất hữu ích. Thông tin về tên thuốc, liều dùng, và khoảng thời gian trị liệu là những thông tin mang tính sống còn. Điều quan trọng nữa là cũng cần phải biết bệnh nhân có đang uống rượu hay không cũng như là có sử dụng những loại thuốc an thần-thuốc ngủ khác không. Sự tồn tại của những rối loạn tâm thần đồng diễn như là rối loạn hoang mang cũng là những yếu tố quan trọng và phải được tìm hiểu thấu đáo. Việc hút thuốc có khuynh hướng thúc đẩy quá trình trao đổi chất của một số benzodiazepine và đây cũng có thể là một yếu tố trong việc lập kế hoạch cho việc giảm dần về lượng thuốc dùng. Sự đánh giá về thể chất, với sự lưu ý đặc biệt tới tình trạng tâm thần, và những kiểm tra về thần kinh cũng vô cùng quan trọng. Việc xác định những dấu hiệu có tính sống còn cũng cung cấp những hướng dẫn. Một cuộc quét kiểm tra thuốc trong nước tiểu có thể khẳng định sự có mặt của benzodiazepine nhưng ngược lại nó lại không đặc biệt hữu dụng. Mặc dù những thang đo quá trình cai nghiện thuốc an thần-thuốc ngủ đã được dùng trong những cuộc nghiên cứu nhưng chúng không được áp dụng rộng rãi cho việc thực hành khám chữa bệnh.

Những biến chứng y khoa của quá trình cai nghiện benzodiazepine bao gồm những vấn đề tương tự những vấn đề của quá trình cai rượu. Đặc biệt, chứng động kinh là rất phiền phức và có thể xảy ra mà không cần có bằng chứng về việc cai nghiện khác xảy ra trước. Cũng như trong quá trình cai rượu, chứng động kinh và cơn mê sảng tượng trưng cho những bệnh lý nghiêm trọng nhất từng được thấy. Những bản báo cáo có tính giai thoại xuất hiện trong phần lý thuyết trong các nghiên cứu cũng mô tả tình trạng không rõ ràng về vị giác, xúc giác, và những tri giác khác. Bởi vì nhiều người sử dụng benzodiazepine đều có những rối loạn về lo âu tiềm ẩn nên thường trong quá trình cai nghiện rất khó xác định liệu triệu chứng học có liên quan đến quá trình cai nghiện hoặc sự xuất hiện của những triệu chứng tấn công hoảng loạn. Những bệnh nhân cao tuổi hơn đang cai nghiện benzodiazepine thường có nguy cơ đột quỵ và nhồi máu cơ tim cao hơn. Tình trạng mê sảng mà không có sự hiểu động thái quá (nghĩa là không có sự gia tăng về mạch đập, huyết áp, hoặc thân nhiệt) cũng thường thấy ở bệnh nhân cao tuổi. Việc quản lý quá trình cai nghiện benzodiazepine không có sự giám sát về y tế không được khuyến khích. Tất cả các loại benzodiazepine phải được phân phát giảm dần về lượng hơn là đột ngột ngừng cung cấp bất kể liều dùng hoặc quãng thời gian sử dụng—trừ phi nó chỉ được sử dụng trong vài ngày (Ashton 2002).

Quản lý Quá trình Cai nghiện bằng thuốc

Có rất ít cuộc thử nghiệm được kiểm soát có thể cung cấp những hướng dẫn liên quan đến việc quản lý quá trình cai nghiện benzodiazepine và thuốc an thần-thuốc ngủ khác. Xem Rickels và các cộng sự (1999) và Eickelberg và Mayo-Smith (1998) để tìm hiểu lại vấn đề này. Một chiến lược thích hợp trong trường hợp này là bắt đầu với liều benzodiazepine giảm nhẹ mà bệnh nhân đang uống. Sự giảm dần này có thể được thực hiện trong nhiều tuần hoặc có lẽ thậm chí là nhiều tháng. Việc này thường có hiệu quả trong những trường hợp dùng benzodiazepine

có tác dụng lâu dài nhưng lại thường không hiệu quả trong việc cai nghiện benzodiazepine trong khoảng thời gian ngắn. Đôi lúc việc chuyển qua dùng loại benzodiazepine khác ở bệnh nhân mất tự chủ nghiêm trọng và có những vấn đề về lạm dụng với loại thuốc chính của anh ấy là thuộc về việc điều trị. Một chiến lược khác là chuyển bệnh nhân qua dùng một loại benzodiazepine khác với thời gian điều trị dài hơn. Việc cung cấp thường xuyên chlorodiazepoxide và clonazepam cũng được đề xuất. Bảng 4-5 và 4-6 bên dưới sẽ giới thiệu những liều tương đương của những loại thuốc này cùng với nhiều loại thuốc an thần-thuốc ngủ và benzodiazepine khác.

Một lựa chọn khác là dùng Phenobarbital thay thế. Đối với những bệnh nhân dùng benzodiazepine liều cao trong một khoảng thời gian kéo dài thì việc nhập viện là rất không ngoan. Quá trình cai nghiện ngoại trú phải được đảo lại cho những bệnh nhân sử dụng liều benzodiazepine chính trong chuỗi điều trị và không phụ thuộc chất gây nghiện và là người đáng tin cậy cũng như có những người thân quan trọng và đáng tin cậy khác để hỗ trợ trong việc giám sát sự tiến triển của họ. Trong bối cảnh điều trị ngoại trú, bệnh nhân và gia đình cần phải được thông báo rằng thậm chí là họ đang trải qua quá trình điều trị hoàn chỉnh và

Bảng 4-5
Benzodiazepine và Quá trình Cai nghiện Phenobarbital Tương đương

Tên gọi chung	Nhãn hiệu	Liều điều trị (mg/day)	Liều tương đương 30mg phenobarbital cho quá trình cai nghiện(mg) **	Hàng số hoán đổi Phenobarbital
Benzodiazepines				
alprazolam	Xanax	0.75–6	1	30
chlordiazepoxide	Librium	15–100	25	1.2
clonazepam	Klonopin	0.5–4	2	15
clorazepate	Tranxene	15–60	7.5	4
diazepam	Valium	4–40	10	3
estazolam	ProSom	1–2	1	30
flumazenil	Mazicon	***	***	***
flurazepam	Dalmane	15–30*	15	2
halazepam	Paxipam	60–160	40	0.75
lorazepam	Ativan	1–16	2	15
midazolam	Versed	***	***	***

Tên gọi chung	Nhãn hiệu	Liều điều trị (mg/day)	Liều tương đương 30mg phenobarbital cho quá trình cai nghiện(mg) **	Hàng số hoán đổi Phenobarbital
oxazepam	Serax	10–120	10	3
prazepam	Centrax	20–60	10	3
quazepam	Doral	15*	15	2
temazepam	Restoril	15–30*	15	2
triazolam	Halcyon	0.1250*	0.25	120
* Liều thuốc ngủ thông thường. ** Liều tương đương hoán đổi trong việc cai nghiện Phenobarbital không giống như liều điều trị tương đương. Liều tương đương trong quá trình cai nghiện là lượng thuốc mà sẽ được thay thế với 30mg phenobarbital và ngăn chặn những dấu hiệu và triệu chứng cai nghiện liều cao nghiêm trọng. *** Không được áp dụng. Nguồn: Hiệp hội Tâm thần Hoa Kỳ (APA) 1990; Wesson và Smith 1985				

Bảng 4-6
Những loại thuốc An thần-thuốc Ngủ khác và Quá trình Cai nghiện Phenobarbital Tương đương

Tên gọi chung	Nhãn hiệu	Biểu hiện điều trị thông thường	Liều tương đương 30mg liều điều trị (mg/day)	Liều Phenobarbital cho quá trình cai nghiện (mg) **	Hàng số hoán đổi
Barbiturates					
amobarbital	Amytal	An thần	50–150	100	0.33
butabarbital	Butisol	An thần	45–120	100	0.33
butalbital	Fiorinal, Sedapap	An thần/ giảm đau*	100–300	100	0.33
pentobarbital	Nembutal	Thuốc ngủ	50–100	100	0.33

Tên gọi chung	Nhãn hiệu	Biểu hiện điều trị thông thường	Liều tương đương 30mg liều điều trị (mg/day)	Liều Phenobarbital cho quá trình cai nghiện (mg)**	Hằng số hoán đổi
secobarbital	Seconal	Thuốc ngủ	50–100	100	0.33
Others					
buspirone	Buspar	An thần	15–60	***	***
chloral hydrate	Noctec, Somnos	Thuốc ngủ	250–1,000	500	0.06
ethchlorvynol	Placidyl	Thuốc ngủ	500–1,000	500	0.06
glutethimide	Doriden	Thuốc ngủ	250–500	250	0.12
meprobamate	Miltown, Equanil, Equagesic	An thần	1,200–1,600	1,200	0.025
methylprylon	Noludar	Thuốc ngủ	200–400	200	0.15
Butalbital thường có sẵn cùng với những loại giảm đau có hoặc không có chất opioid. *** Liều tương đương hoán đổi trong việc cai nghiện Phenobarbital không giống như liều điều trị tương đương. Liều tương đương trong quá trình cai nghiện là lượng thuốc mà sẽ được thay thế với 30mg phenobarbital và ngăn chặn những dấu hiệu và triệu chứng cai nghiện liều cao nghiêm trọng. *** Không chịu đựng chéo với barbiturates. Nguồn: APA 1990; Wesson và Smith 1985.					

chuyên sâu thì chứng động kinh và tình trạng mê sảng vẫn có thể xảy ra. Bệnh nhân phải được cảnh báo là không được lái xe hoặc vận hành những loại máy móc nguy hiểm trong suốt thời gian điều trị và có lẽ trong nhiều tuần sau đó nữa. Ngoài ra còn cần phải tiến hành đánh giá định kỳ, đặc biệt là quanh những lúc giảm liều. Phụ nữ có thai phải được cai nghiện từ từ với sự tư vấn của bác sĩ sản khoa.

Một nhóm đa dạng những phương pháp về nhận thức và hành vi đã được đề xuất để hỗ trợ khi có sự giảm dần về lượng thuốc sử dụng. Những

phương pháp này thay đổi những nhận thức tiêu cực liên quan đến việc ngưng thuốc, hướng dẫn cho bệnh nhân và cung cấp những phương pháp về nhận thức và hành vi khác trong việc làm giảm cảm giác lo âu và tăng cường giấc ngủ trong suốt quá trình cai nghiện (Spiegel 1999). Các loại thuốc chống co giật như là carbamazepine và valproate cũng như là những loại thuốc chống trầm cảm như là trazodone và imipramine đã được cho phép sử dụng trong quá trình cai nghiện (Dickinson và cộng sự 2003). Rickels và các cộng sự (1999) đã xác

nhận rằng những loại thuốc này có một số ảnh hưởng có lợi trong việc quản lý sự ngừng sử dụng benzodiazepine liều thấp để làm giảm những chứng bệnh chủ quan của bệnh nhân nhưng đối với những hội chứng cai nghiện nghiêm trọng hơn thì chúng không thể làm giảm các triệu chứng. Imipramine có thể hạ thấp ngưỡng lên cơn động kinh và vì vậy không được khuyến khích sử dụng. Việc sử dụng thuốc chống co giật có lẽ chỉ được duy trì tốt nhất như là một loại thuốc bổ sung cho benzodiazepine hoặc Phenobarbital có tác dụng lâu dài. Sử dụng buspirone trong quá trình cai nghiện benzodiazepine là không hiệu quả và không cần phải xem xét. Đối với những bệnh nhân có những triệu chứng cá nhân nghiêm trọng trong suốt quá trình cai nghiện mà loại thuốc điều trị chính không thể kiểm soát được thì có lẽ việc sử dụng liều thấp clonidine hoặc propranolol sẽ có ích.

Việc chuẩn bị cho bệnh nhân cũng như bắt đầu quá trình cai nghiện trong khoảng thời gian có ít những thuốc gây căng thẳng bên ngoài với sự cam kết giảm dần về lượng của bệnh nhân và một kế hoạch để xử lý những rối loạn lo âu tiềm ẩn cũng rất quan trọng trong quá trình cai nghiện. Nên có một lịch trình cai nghiện linh động. Trong suốt những thời điểm mà những triệu chứng cai nghiện gia tăng thì nên ổn định liều lượng thuốc hoặc thậm chí là tăng liều trong vài ngày. Việc thường xuyên liên lạc trực tiếp với bệnh nhân hoặc qua điện thoại cũng vô cùng quan trọng. Những bệnh nhân đang cai nghiện ngoại trú có thể sẽ cần được thăm viếng nhiều lần một tuần, đặc biệt là những lúc giảm liều lượng thuốc sử dụng.

Chất kích thích (Stimulant)

Côcain và các chất kích thích (như là methamphetamine) là những loại chất kích thích hệ thần kinh trung ương bị lạm dụng thường xuyên nhất. Những người nghiện chất kích thích sẽ trở nên mất tự chủ trầm trọng khi uống thuốc, có lẽ là do phản ứng lại với tình

trạng kích thích và sự phá vỡ những trung tâm nội sinh (Dackis và O'Brien 2001). Họ thường sử dụng chất kích thích trong những cuộc chèn chèn say sưa sau thời gian cai nghiện. Hiện vẫn chưa rõ là liệu cơn thèm thuốc có xảy ra phần lớn trong quá trình cai nghiện chất kích thích hay không hay là sau khi những triệu chứng này hầu hết đã biến mất. Trong khi những quá trình kiểm chế cơn nghiện côcain và chất kích thích được tin là tương tự nhau thì nghiên cứu ở động vật gần đây tuyên bố rằng còn có những khác biệt khó nhận ra trong cách thức gây ra tình trạng nhạy cảm của hai loại thuốc này (và có lẽ là nghiện) ở những người sử dụng đều đặn (Li và cộng sự 2005).

Những Triệu chứng Cai nghiện Chất kích thích

Những triệu chứng cai nghiện chất kích thích có sự khác nhau rõ rệt với những triệu chứng cai nghiện opioid, rượu, và thuốc an thần (xem Bảng 4-7). Trong khi các bác sĩ lâm sàng tin rằng quá trình cắt cơn rượu và ma túy phải được điều trị xôn xao cùng với quá trình cai nghiện thì việc điều trị những triệu chứng của quá trình cai nghiện chất kích thích lại không được coi trọng. Kết quả là không có loại thuốc nào được phát triển cho mục đích cai nghiện chất kích thích. Tình trạng này cũng dễ hiểu bởi vì việc cai nghiện chất kích thích thường không gây ra nguy hiểm về y khoa hoặc khiến bệnh nhân khó chịu nhiều. Tuy nhiên, nếu việc cai nghiện chất kích thích báo trước một kết quả kém thì đó có thể là một chất xúc tác dẫn đến sự can thiệp lâm sàng.

Một “mối nguy hiểm” chết người luôn tìm ẩn nhưng thường bị bỏ qua trong quá trình cai nghiện chất kích thích là nguy cơ chứng trầm cảm (tuyệt vọng, có những suy nghĩ và cảm xúc tiêu cực) có thể bao gồm những ý định hoặc nỗ lực tự vẫn. Điều này một phần là một phản ứng sinh lý đối với việc cai nghiện côcain hoặc chất kích thích và một phần là phản ứng với việc nhận ra những hậu quả tàn phá có tính tâm lý xã hội của cá nhân người đó sau khi cuộc chèn chèn kết thúc. Trong khi những người sử dụng

cả côcain và chất kích thích có thể gặp chứng trầm cảm trong suốt thời gian cai nghiện thì khoảng thời gian trầm cảm của những người dùng chất kích thích thường kéo dài hơn và dữ dội hơn. Những người sử dụng chất kích thích nói riêng cũng phải được giám sát chặt chẽ trong thời gian cai nghiện để kiểm soát những dấu hiệu muốn tự vẫn và để được điều trị trầm cảm nếu thích hợp.

Mặc dù những lý thuyết về việc cai nghiện côcain còn nhiều tranh cãi nhưng vẫn có sự nhất trí trong việc hợp thành những triệu chứng được mô tả trong Bảng 4-7 (Coffey và cộng sự 2000; Cottler và cộng sự 1993). Những triệu chứng này thường biến mất sau nhiều ngày kiêng chất kích thích nhưng lại có thể duy trì trong 3 đến 4 tuần (Coffey và cộng sự 2000). Bên cạnh đó, bởi vì những người nghiện chất kích thích thường không thể đạt được sự kiêng khem nên những triệu chứng cai nghiện có thể là một thành tố dai dẳng của việc nghiện chủ động. Ngoài ra, những người nghiện chất kích thích có thể gặp phải tình trạng mất khoái cảm được cho là do sự phá vỡ những trung tâm nội sinh (Dackis và O'Brien 2002). Nghiên cứu trên động vật đã cho thấy hiện tượng dùng methamphetamine liều cao sẽ dẫn đến

những thay đổi cả về hệ thống dopaminergic và serotonergic của não bộ (Nordahl và cộng sự 2005) và những bất thường về chất dopamine trong số những động vật và con người đang sử dụng chất côcain (Schuckit 2000). Những nhà nghiên cứu cũng quan sát những bất thường trong những khu vực của não bộ có chức năng chi phối đến sự chú ý và trí nhớ ở động vật mà thường là thuốc methamphetamine được cung cấp đều đặn (Nordahl et al. 2005).

Mặc dù thông thường việc cai nghiện côcain được xem là tương đối nhẹ nhàng (Satel và cộng sự 1991; Weddington và cộng sự 1990) nhưng có bằng chứng cho thấy những cá nhân nghiện côcain với quá trình cai nghiện chất kích thích nghiêm trọng có khả năng có kết quả lâm sàng không khả quan cho lắm (Kampman và cộng sự 2001a). Vì lẽ đó, mức độ của những triệu chứng cai nghiện có thể rất quan trọng về phương diện lâm sàng và nên được giám sát và thu lại để dùng cho quá trình điều trị sau này (Kampman và cộng sự 2001b). Kampman đã từng báo cáo rằng có rất nhiều trường hợp bỏ dở việc cai nghiện giữa chừng của những cá nhân nghiện côcain đạt điểm cao trong hệ thống Đánh giá Mức độ Nghiện trọng Có chọn lọc của Côcain (gọi tắt là CSSA), một cuộc phỏng vấn được tổ chức chặt chẽ và đáng tin cậy được thiết kế để nắm bắt được những triệu chứng cai nghiện (Kampman và cộng sự 1998). Những bệnh nhân đạt điểm cao trong cuộc phỏng vấn CSSA này có khả năng rời bỏ điều trị cao gấp năm lần và có khả năng tái nghiện côcain cao gấp bốn lần những người đạt điểm thấp (Mulvaney và cộng sự 1999). Cuộc phỏng vấn CSSA thực chất là một bảng câu hỏi với 18 câu để trả lời. Mỗi câu hỏi có thang điểm là từ 1 đến 7 để một người có thể ghi được điểm ở bất cứ câu hỏi nào. Nếu thang điểm vượt quá 22 nghĩa là người đó có dấu hiệu cai nghiện côcain nghiêm trọng. Xem phụ lục C để biết thêm thông tin về CSSA. Xét về kết quả tiên lượng bệnh cùng với quá trình cai nghiện kém thì việc nên quan tâm nhiều hơn đến hiện tượng này là vô cùng hợp lý.

Bảng 4-7
Những Triệu chứng Cai nghiện Chất Kích thích

• Trầm cảm	• Kém tập trung
• Mất ngủ	• Sự chậm chạp trong vận động
• Mệt mỏi	• Thèm ăn
• Lo âu	• Hoang tưởng
• Cáu gắt	• Thèm thuốc

Những Biểu chứng Y khoa của Quá trình Cai nghiện Chất kích thích

Như đã lưu ý trước đó, việc cai nghiện chất kích thích thường không đi kèm với những biến chứng y khoa. Tuy nhiên những bệnh nhân gần đây có sử dụng côcain có thể gặp phải những biến chứng dai dẳng về tim bao gồm sự tạm ngưng hoạt động QTc và tình trạng dễ bị loạn nhịp tim và nhồi máu cơ tim kéo dài (Chakko và Myerburg 1995). QT là một khoảng thời gian tạm ngưng có thể được đo lường bởi thiết bị đo điện tâm đồ (giữa sóng q và sóng t), trong khi QTc là sự tạm ngưng QT tương đối (hoặc “được hiệu chỉnh”). Một vài tình trạng và nhiều loại thuốc (như là LAAM, những thuốc có opioid khác và thậm chí là thuốc kháng sinh) có thể gây ra khoảng ngừng này để kéo dài thêm và điều này có thể dẫn đến chứng rối loạn nhịp tim. Vì lẽ đó, những cá nhân này phải được kiểm tra và đánh giá đầy đủ về chứng đau ngực trước hoặc những triệu chứng về tim. Chứng động kinh cũng có thể là một biến chứng của việc lạm dụng chất kích thích và có thể xảy ra trong thời gian cai nghiện. Chứng đau đầu kinh niên có thể là biểu hiện của một tình trạng xuất huyết bên trong hoặc xung quanh não và cũng phải được đánh giá kỹ lưỡng. Một điều cần phải quan tâm nữa là những ai lạm dụng chất kích thích thường trở nên nghiện những loại chất gây nghiện khác như rượu, thuốc an thần, hoặc thuốc dạng opioid, và vì vậy có thể gặp phải bất cứ biến chứng nào trong quá trình cai nghiện những chất gây nghiện này. Việc sử dụng lên lút những chất gây nghiện khác có thể được xác định và đánh giá với tình trạng nhiễm độc trong nước tiểu.

Việc Quản lý Quá trình Cai nghiện Không dùng Thuốc

Những phương pháp điều trị cai nghiện chất kích thích hiệu quả nhất là thiết lập một khoảng thời gian kiêng khem những chất này. Việc nằm viện ngắn ngày, một mức độ chăm sóc mà trước đây có sẵn cho những bệnh nhân lạm dụng chất kích thích phần lớn đã bị huỷ bỏ bởi những sáng kiến về việc chăm sóc được quản

lý. Trong đó, việc điều trị ngoại trú tập trung có thể giúp bệnh nhân ngừng sử dụng đủ lâu để những triệu chứng cai nghiện hoàn toàn biến mất. Những phương pháp phục hồi để đạt được sự kiêng khem chất kích thích đã và đang được xem xét ở nơi khác nữa (Dackis và O'Brien 2001). Việc giúp những bệnh nhân này tránh tình trạng thèm thuốc là cực kỳ quan trọng, đặc biệt là cùng với cuộc nghiên cứu cho thấy hoạt động trong một phần cụ thể của não bộ) phản ứng lại cơn thèm thuốc (Childress và cộng sự 1999). Một điều khác cũng quan trọng không kém là những cá nhân phụ thuộc chất kích thích sẽ kiêng những chất gây nghiện khác.

Quản lý Quá trình Cai nghiện bằng thuốc

Hiện vẫn chưa có loại thuốc nào được chứng minh là có hiệu quả trong điều trị cai nghiện chất kích thích. Tuy nhiên, Các nhà nghiên cứu đã tìm hiểu một số loại thuốc dùng cho quá trình cai nghiện côcain. Amantadine có thể giúp làm giảm việc sử dụng côcain ở những bệnh nhân có những triệu chứng cai nghiện nghiêm trọng hơn (Kampman và cộng sự 2000). Modafinil, một loại thuốc chống chứng ngủ rũ với hành vi giống như chất kích thích, hiện vẫn đang được nghiên cứu bởi một nhóm nghiên cứu như là thuốc cai nghiện côcain (Dackis và O'Brien 2002). Một cuộc nghiên cứu nhỏ ở Thái Lan đã phát hiện rằng thuốc chống trầm cảm (còn gọi là Remeron) có hiệu quả trong việc làm giảm một số triệu chứng đi kèm với quá trình cai nghiện chất kích thích (Kongsakon và cộng sự 2005). Tuy nhiên, không có loại thuốc nào trong những loại này được phép sử dụng trong điều trị cai nghiện chất kích thích và cần phải tiến hành nghiên cứu thêm nữa. Gorelick và các cộng sự (2004) đã xem xét toàn bộ những lý thuyết lâm sàng về sự can thiệp được lý vào quá trình cai nghiện côcain.

Việc Chăm sóc và Động viên Bệnh nhân

Bởi vì việc cai nghiện chất kích thích không đi kèm với những triệu chứng về thể chất nghiêm trọng nên hiếm khi cần những loại thuốc bổ

sung. Những bệnh nhân này thường thiếu ngủ và có thể không thể được lợi từ những hoạt động chữa bệnh trong suốt 24 đến 36 giờ đầu tiên của quá trình kiêng khem. Họ thường rất đói và có nhu cầu ăn những phần ăn rất nhiều lúc ban đầu bởi vì họ thường không hấp thu đủ lượng thực phẩm trong thời gian kiêng. Những người sử dụng chất kích thích thường rất dễ cáu kỉnh và nên chăm sóc họ để tránh sự đói đầu không cần thiết trong suốt gian đoạn cai nghiện ban đầu. Chứng đau đầu thường xảy ra và có thể được điều trị theo tính chất triệu chứng. Chứng đau đầu kinh niên cần phải được xem xét và đánh giá cẩn thận vì chất côcain có thể gây ra chứng tai biến mạch máu não. Tương tự thế, chứng đau ngực bắt nguồn từ tim phải được đánh giá về phương diện y khoa với máy đo điện tim, những chất enzym ở tim và sự lưu ý về y tế thích hợp. Thành thạo, những bệnh nhân đang cai nghiện côcain hoặc các loại chất kích thích bị mất ngủ và có thể được cải thiện bởi việc dùng diphenhydramine (Benadryl) từ 50 đến 100mg, trazodone (Desyrel) từ 75 đến 200mg, hoặc hydroxyzine (Vistaril) từ 25 đến 50mg vào giờ đi ngủ. Nên tránh dùng benzodiazepine trừ phi được yêu cầu cho quá trình cai nghiện rượu hoặc sử dụng thuốc an thần đồng thời. Khi những triệu chứng cai nghiện chất kích thích suy yếu thì bệnh nhân được điều trị tốt nhất với một phương pháp phục hồi chủ động mà ở đó có sự kết hợp việc tiếp nhận điều trị lạm dụng chất gây nghiện với sự hỗ trợ, giáo dục và những thay đổi về lối sống.

Những Mối quan tâm Trước mắt Khác

Các loại chất kích thích hệ thần kinh trung ương gây ra hầu hết những ảnh hưởng độc hại thông qua sự co mạch. Hậu quả là một số những bệnh lý y khoa có thể phát sinh từ chứng thiếu máu cục bộ, hoặc thiếu máu cơ tim do sử dụng chất kích thích. Chứng nhồi máu cơ tim và đột quỵ được nhìn nhận rộng rãi là những biến chứng của việc sử dụng chất kích thích. Tuy nhiên những vấn đề khác như là sự sẩy thai tự phát, sự chết đi của các mô, và nhồi máu ở thận cũng có thể xảy ra từ sự co mạch do côcain gây ra. Bên cạnh đó, chứng loạn nhịp tim cũng thường xảy ra. Những vấn đề y khoa khác thường đi kèm với tình trạng nghiện chất kích thích là bệnh về răng miệng, bất thường về tâm thần, và những rối loạn về di chuyển.

Các loại thuốc chống trầm cảm như là những chất ức chế sự tái hấp thu serotonin có chọn lọc có thể được kê toa cho trường hợp trầm cảm thường đi kèm với việc cai nghiện methamphetamine hoặc chất kích thích.

Thuốc hít/Dung môi

Những Triệu chứng Cai nghiện Đi kèm với Thuốc hít/Dung môi

Thuật ngữ “thuốc hít” được dùng để mô tả một nhóm lớn và đa dạng các chất gây nghiện tác động đến tâm lý mà đều có cùng một đặc điểm

Bảng 4-8
Những Loại Thuốc Hít/ Dung môi Thường bị Lạm dụng

Loại	Ví dụ	Những hoá chất trong thuốc hít/dung môi
Chất dán	Băng dán đi máy bay	Toluene, ethyl acetate
	Các băng dán khác	Hexane, toluene, methyl chloride, acetone, methyl ethyl ketone, methyl butyl ketone
	Bột hàn răng đặc biệt	Trichloroethylene, tetrachloroethylene
Dạng phun	Sơn phun	Butane, propane (U.S.), fluorocarbons, toluene, hydrocarbons, “Texas shoe shine” (một hỗn hợp xịt phun chứa toluene)

Loại	Ví dụ	Những hoá chất trong thuốc hít/dung môi
	Thuốc xịt tóc	Butane, propane (U.S.), chlorofluorocarbons (CFCs)
	Xịt khử mùi cơ thể; khử mùi không khí	Butane, propane (U.S.), CFCs
	Thuốc xịt giảm đau	CFCs
	Thuốc xịt hen suyễn	CFCs
	Thuốc xịt vải	Butane, trichloroethane
	Thuốc rửa máy vi tính cá nhân	Dimethyl ether, hydrofluorocarbons
Gây tê	Thể khí	Nitrous oxide
	Thể lỏng	Halothane, enflurane
	Cục bộ	Ethyl chloride
Các chất vệ sinh	Lau khô	Tetrachloroethylene, trichloroethane
	Xoá vết bẩn	Xylene, petroleum distillates, chlorohydrocarbons
	Tẩy nhờn	Tetrachloroethylene, trichloroethane, trichloroethylene
Dung môi và khí	Nước chùi móng tay	Acetone, ethyl acetate
	Nước chùi sơn	Toluene, methylene chloride, methanol acetone, ethyl acetate
	Nước làm mỏng lớp sơn	Petroleum distillates, esters, acetone
	Chất lưu điều chỉnh	Trichloroethylene, trichloroethane
	Khí đốt	Butane, isopropane
	Chất đốt	Butane, isopropane
	Dập lửa	Bromochlorodifluoromethane
Thực phẩm	Kem dùng trên mặt bánh	Nitrous oxide
	Thức ăn chó	Nitrous oxide
“Những chất tạo mùi trong phòng”	Chất tạo mùi trong phòng thay quần áo, cho những mục đích giải trí	Isoamyl, isobutyl, isopropyl or butyl nitrate (now legal), cyclohexyl
Nguồn: Balster 2003.		

chung là phải được hít vào mới thấy ảnh hưởng của chúng. Chúng thường được tìm thấy trong các hộ gia đình, khu công nghiệp, và những sản phẩm y tế. Những loại thuốc này chủ yếu được thanh thiếu niên sử dụng mặc dù một số loại, đặc biệt là Nitrat cũng thường được người lớn sử dụng (NIDA 2000). Bảng 4-8 sẽ giới thiệu một số loại thuốc hít thường bị lạm dụng

Cả tình trạng phụ thuộc vào các loại thuốc hít và những triệu chứng cai nghiện sau đó thường là những hiện tượng khá hiếm thấy (Balster 2003). Không có hội chứng cai nghiện cụ thể hay đặc trưng nào mà bao gồm tất cả các loại thuốc ở dạng hít. Tình trạng ngộ độc dung môi, thuốc xịt phun và khí đốt thường gây ra một hội chứng gần giống như tình trạng ngộ độc rượu nhưng chỉ kéo dài từ 15 đến 45 phút (Miller và Gold 1990). Rất hiếm khi nghe nói về những triệu chứng tương tự như việc cai nghiện thuốc an thần bao gồm “chứng rung mình, cầu gắt, lo âu, mất ngủ, cảm giác ngứa ngáy, động kinh và tình trạng co rút cơ” (Miller và Gold 1990, trang 87). Được biết việc cai nghiện toluene gây ra tình trạng lên cơn mê sảng (Miller và Gold 1990). Những người sử dụng lâu dài có thể có những triệu chứng như suy nhược, sụt cân, lơ đãng, và trầm cảm (NIDA 2005). Còn có báo cáo rằng những triệu chứng cai nghiện có thể xảy ra trong khoảng 3 tháng đối với những trường hợp sử dụng thường xuyên (Ron 1986). Khi xuất hiện, quá trình cai nghiện thường kéo dài từ 2 đến 5 ngày (Evans và Raistrick 1987).

Bên cạnh những ảnh hưởng làm say ngán hạn thì nitrat còn được dùng để tăng cường khoái cảm qua sự giãn nở mạch máu sản sinh ra sự dồn dập và cảm giác ấm áp. Không có hội chứng cai nghiện nào đi kèm với việc lạm dụng nitrat.

Hiện không có công cụ đánh giá cụ thể nào để đo lường những triệu chứng cai nghiện thuốc hít. Một bệnh nhân có tiền sử sử dụng thuốc hít và những triệu chứng cai nghiện giống thuốc an thần nên thông báo với bác sĩ lâm sàng về khả năng cai nghiện thuốc hít. Những bệnh nhân này cần phải có một cuộc kiểm tra hoàn chỉnh về

tiền sử bệnh và thể chất. Bên cạnh đó, việc kiểm tra nồng độ cồn trong máu và lượng thuốc trong nước tiểu cũng hữu ích trong những trường hợp nghi ngờ lạm dụng chất gây nghiện.

Những Biến chứng Y khoa của Quá trình Cai nghiện Thuốc hít/ Dung môi

Có rất nhiều những biến chứng y khoa đi kèm với tình trạng lạm dụng và ngộ độc thuốc hít. Nhiều biến chứng trong số những biến chứng này không phải là kết quả của quá trình cai nghiện nhưng vẫn xuất hiện khi bệnh nhân gặp bác sĩ lâm sàng. Hầu hết các loại thuốc hít sẽ gây ra tình trạng ngộ độc thần kinh liên quan đến nhận thức, sự vận động, và các giác quan. Ngoài ra còn huỷ hoại đến các bộ phận bên trong cơ thể như là tim, phổi, cật, gan, lá lách, và tủy xương.

Việc Quản lý Quá trình Cai nghiện Không dùng Thuốc

Điều tối quan trọng là phải mang đến cho bệnh nhân một môi trường cai nghiện an toàn và không thể tiếp cận với các loại thuốc hít. Điều này có thể là một thử thách rất lớn vì sự có mặt rộng khắp của những loại thuốc này trong xã hội. Nhiều hậu quả về y khoa từ việc dùng thuốc hít sẽ giảm bớt khi bệnh nhân đạt được sự kiêng khem (Balster 2003). Bệnh nhân phải được giám sát chặt chẽ về những triệu chứng cai nghiện cũng như những thay đổi về tình trạng tâm thần.

Hầu hết những bệnh nhân tiếp nhận điều trị tình trạng nghiện thuốc hít sẽ là thanh thiếu niên. Lý tưởng hơn là họ nên được đưa vào một chương trình điều trị phù hợp với độ tuổi đáp ứng được những nhu cầu của họ về y tế và tâm lý xã hội. Việc chăm sóc có hỗ trợ bao gồm giúp bệnh nhân ngủ đủ giấc và có một chế độ ăn kiêng cân bằng thường là những yếu tố có thể giúp họ được an toàn suốt quá trình cai nghiện (Frances và Miller 1998).

Quản lý Quá trình Cai nghiện bằng thuốc

Những bệnh nhân chỉ có dấu hiệu cai nghiện thuốc hít thường rất hiếm thấy. Các bác sĩ lâm sàng nên nhanh chóng tìm hiểu xem liệu bệnh nhân có đang lạm dụng bất cứ loại chất gây nghiện nào khác không và đang tiến hành quá trình cai nghiện thích hợp như được yêu cầu về phương diện lâm sàng. Khi bệnh nhân cho thấy có (1) tiền sử về việc dùng thuốc hít quá liều, (2) một hội chứng cai nghiện tương tự như thuốc an thần, và (3) không có dữ liệu thí nghiệm hoặc tiền sử quan trọng nào cho thấy có những chất gây nghiện khác thì sau đó bác sĩ lâm sàng có thể cho rằng bệnh nhân đó đang trong quá trình cai nghiện thuốc hít.

Như đã lưu ý trước đó, quá trình cai nghiện thuốc hít cũng tương tự như quá trình cai nghiện thuốc an thần-thuốc ngủ. Không có một phác đồ cai nghiện có tính hệ thống nào được đưa ra mặc dù một vài bác sĩ lâm sàng đã phát hiện ra là thuốc ngủ có ích cho trường hợp này (CSAT 1995d). Tính hữu dụng của benzodiazepine vẫn chưa được biết đến nhưng có thể xem đó là một lựa chọn hợp lý xét về tầm hiểu biết hiện tại của chúng ta về việc cai nghiện thuốc hít (Brouette và Anton 2001). Không có một loại thuốc nào khác thường được dùng cho quá trình cai nghiện thuốc hít.

Việc Chăm sóc và Động viên Bệnh nhân

Đối với những bệnh nhân chỉ lạm dụng thuốc hít thì việc điều trị chứng mất ngủ trong thời gian cai nghiện không thật sự cần thiết lắm. Việc thay thế thuốc an thần suốt thời gian cai nghiện có thể giúp bệnh nhân ngủ tuy nhiên tình trạng mất ngủ hậu cai nghiện có thể xảy ra và thường được điều trị bằng đề xuất thực hành giấc ngủ ngon như là tránh dùng cà phê, ngủ ngày, và bị kích thích quá mức về chiều.

Nếu bệnh nhân có thể nhịn không dùng thuốc hít (và các chất gây nghiện khác) và không có những hậu quả nghiêm trọng nào về tâm thần hoặc y khoa thì sau đó việc điều trị ngoại trú là

sự lựa chọn số một. Việc điều trị nội trú hoặc tại nhà nên được áp dụng cho những bệnh nhân không thể kiêng khem hoặc gặp phải những rối loạn nghiêm trọng về y khoa hoặc tâm thần đồng diễn. Những bệnh nhân nhập viện phải được kiểm tra kỹ lưỡng về tiền sử bệnh và thể chất. Liệu pháp để giải quyết những vấn đề về sự từ chối điều trị, tình trạng nghiện, và tâm lý xã hội thích đáng phải được đề xướng càng sớm càng tốt trong suốt thời gian nằm viện. Sự chăm sóc và sự kiêng khem có hỗ trợ sẽ giải quyết được hầu hết những vấn đề liên quan đến việc sử dụng thuốc hít kinh niên (Balster 2003).

Nicotine

Trong năm 2004, có khoảng 44.5 triệu người thành niên hút thuốc (trong đó 23.4 phần trăm là nam giới và 18.5 phần trăm là nữ giới) (theo CDC 2005a). Tình trạng nghiện nicotin dưới dạng hút thuốc gây ra nhiều cái chết mỗi năm hơn cả căn bệnh thế kỷ AIDS, rượu, côcain, ma túy, sát nhân, tự vẫn, tai nạn xe cộ, và hoả hoạn (theo Bộ Y tế và An sinh Xã hội Hoa Kỳ [gọi tắt là U.S. DHHS] 2000b). Giữa các năm 1995 và 1999, có 490.000 trường hợp chết trẻ mỗi năm liên quan đến việc hút thuốc và chi phí cho việc hút thuốc tiêu tốn ít nhất là 157 tỉ đô la mỗi năm nếu xét về những thiệt hại về kinh tế liên quan đến sức khỏe. Con số này có nghĩa là một gói thuốc trị giá 7.18 đô la (Fellows và cộng sự 2002), quả là một con số gây sững sốt.

Những người nghiện thuốc có nhiều nguy cơ gặp nhiều vấn đề về sức khỏe như là nhồi máu cơ tim, bệnh về động mạch vành, cao huyết áp, đột quỵ, bệnh về mạch máu ngoại biên, bệnh phổi tắc nghẽn kinh niên, viêm phế quản kinh niên và nhiều loại ung thư (như phổi, bao tử, đầu và cổ, và bàng quang). Những vấn đề khác liên quan đến việc nghiện nicotin còn có bệnh về trào ngược dạ dày thực quản và loét dạ dày, bệnh đục nhân mắt, và da nhăn sớm. Ngoài ra, việc hút thuốc còn làm suy giảm một kích thích tố quan trọng có thể dẫn đến tình trạng phát triển sớm chứng loãng xương ở phụ nữ (Okuyemi và cộng sự 2000).

Trong năm 1988, một Báo cáo Từ Quân Y Hoa Kỳ đã kết luận rằng nicôtin là chất gây nghiện chính trong thuốc lá. Nicôtin kết hợp với các thụ quan nicotinic acetylcholine trong não bộ và có khả năng kích thích trực tiếp sự giải phóng dopamine trong khu vực áp ngoài của hạt nhân. Những khu vực áp ngoài hạt nhân từ lâu đã được xem là “trung tâm khen thưởng” trong não bộ. Sự gia tăng dopamine này tương tự như những gì xảy ra khi bệnh nhân sử dụng chất kích thích và được cảm nhận như là một yếu tố thiết yếu trong quá trình nghiện (Glover và Glover 2001).

Có đến 90 phần trăm số bệnh nhân đang điều trị lạm dụng chất gây nghiện hiện là những người nghiện nicôtin (Perine và Schare 1999). Từ lâu đã có cuộc tranh luận trong lĩnh vực thuốc gây nghiện như là làm thế nào để xử lý tốt nhất vấn đề nghiện nicôtin ở những bệnh nhân tìm kiếm việc điều trị cho những loại lạm dụng chất gây nghiện khác. Theo truyền thống thì có nhiều tranh cãi rằng những bệnh nhân sẽ phát hiện ra rằng việc cố gắng bỏ hút thuốc trong khi cũng đang đấu tranh với những vấn đề nghiện ngập khác nữa (căng thẳng hơn) sẽ cực kỳ khó khăn và dễ bị xao lãng trong giai đoạn kiêng khem sớm. Tuy nhiên, những người khác lại tranh luận rằng việc nghiện nicôtin là một căn bệnh chết người và rằng các y bác sĩ có trách nhiệm can thiệp vào quá trình nghiện ngập này với cùng một sự quyết tâm như họ có đối với những chất gây nghiện khác. Quan điểm về sự can thiệp chuyên nghiệp này ngày càng nhận được nhiều sự quan tâm từ các bác sĩ lâm sàng, nhiều như sự hiểu biết hiện tại về việc tiêu thụ rượu là có liên quan đến việc sử dụng chất nicôtin ngày càng nhiều (Henningfield và cộng sự 1984). Gulliver và các cộng sự (1995) đã chứng minh rằng sự thôi thúc muốn hút thuốc có liên quan đến sự thôi thúc muốn uống rượu, và những người khác đã chỉ ra rằng tình trạng nghiện nicôtin liên tục có thể là một môi lửa làm tái phát việc uống rượu (Stuyt 1997). Hiện vẫn chưa nghe nói về mối quan tâm rằng việc ngưng hút thuốc có thể cải thiện tình trạng tái phát những chất gây nghiện khác (Hughes 1995).

Những chương trình điều trị đã và đang nỗ lực điều trị tình trạng nghiện nicôtin cùng với những loại thuốc khác đã không được thành công cho lắm (Bobo và Davis 1993; Burling và cộng sự 1991; Hurt và cộng sự 1994) và đã gây ra sự hứng thú ngày càng tăng đối với việc ngưng hút thuốc như là một phần của việc điều trị lạm dụng chất gây nghiện toàn diện của bệnh nhân (Sees và Clark 1993). Một cuộc nghiên cứu đã cho thấy rằng việc ép buộc những bệnh nhân không muốn cai thuốc (hoặc những bệnh nhân không xem hút thuốc là một vấn đề) bỏ thuốc là đi ngược lại với quá trình trị liệu (Trudeau và cộng sự 1995).

Hơn thế nữa, việc cai nghiện nicôtin đồng diễn với việc cai nghiện các chất gây nghiện khác từ lâu đã được nhìn nhận là sẽ khiến cho quá trình thực hiện khó khăn hơn. Những yếu tố liên quan bao gồm các yếu tố sau: (1) sự đấu tranh tư tưởng của bệnh nhân và/hoặc không muốn ngưng hút thuốc; (2) sự đấu tranh tư tưởng của bác sĩ điều trị về tầm quan trọng của việc ngưng hút thuốc sớm trong quá trình điều trị; (3) việc sử dụng nicôtin của các nhân viên; (4) sự đấu tranh tư tưởng của các nhân viên về tầm quan trọng của việc ngưng hút thuốc sớm trong quá trình điều trị; (5) sự có mặt khắp nơi của thuốc lá từ đồng nghiệp, gia đình, khách thăm viếng, nhân viên và ở những cuộc họp 12-Giai đoạn; (6) các bác sĩ và nhân viên thiếu sự đào tạo cũng như trình độ chuyên môn trong việc quản lý quá trình cai nghiện nicôtin; và (7) nhân viên kháng cự lại việc ngưng hút thuốc của bệnh nhân bởi vì tất cả những triệu chứng cai nghiện như cáu gắt, lo âu, và trầm cảm có thể khiến cho việc quản lý bệnh nhân khó khăn hơn.

Những Triệu chứng Cai nghiện Đi kèm với Nicôtin

Ấn phẩm Về Chuẩn đoán và Thống kê về Những Rối loạn Tâm thần, Tái bản lần 4, Phiên bản Điều chỉnh bằng Văn bản (gọi tắt là DSM-IV-TR) (APA 2000) lưu ý rằng thông thường, một người đang cai nghiện nicôtin sẽ có bốn hoặc nhiều hơn bốn dấu hiệu được mô tả trong Bảng 4-9 bên dưới mặc dù một số bác sĩ lâm sàng

Bảng 4-9
DSM-IV-TR về Quá trình Cai nghiện Nicôtin

A. Sử dụng nicôtin hàng ngày ít nhất là nhiều tuần.
B. Ngưng sử dụng nicôtin đột ngột, hoặc giảm lượng nicôtin sử dụng trong vòng 24 giờ với 4 hoặc hơn 4 dấu hiệu sau đây:
1. Tâm trạng buồn rầu hoặc tuyệt vọng
2. Mất ngủ
3. Cấu kỉnh, thất vọng, hoặc giận dữ
4. Lo âu
5. Khó tập trung
6. Không thể nghỉ ngơi
7. Nhịp tim suy yếu
8. Thèm ăn hoặc tăng cân
C. Những triệu chứng trong mục B gây ra những nguy hiểm hoặc những sút kém đáng kể về phương diện lâm sàng về những chức năng xã hội, nghề nghiệp, hoặc những chức năng quan trọng khác.
D. Những triệu chứng này không phải do một bệnh lý y khoa tổng quát và càng không phải là nguyên nhân của một rối loạn tâm thần nào khác.
<i>Nguồn: APA 2000, trang 244–245.</i>

tin rằng chỉ cần ba hoặc hơn ba dấu hiệu là đủ để chẩn đoán việc cai nghiện nicôtin. Hơn thế nữa, cũng cần phải lưu ý rằng những triệu chứng sẽ khác nhau về thời gian và cường độ, với nhịp tim suy yếu và sự thiếu suy nghĩ trong vòng 48 giờ trong khi tình trạng thèm ăn lại có thể kéo dài từ vài tuần đến vài tháng (Glover và

Glover 2001). Những người nghiện thuốc lên cơn thèm thuốc dữ dội trong thời gian điều trị ít có khả năng bỏ thuốc thành công (Hughes và Hatsukami 1992). Chứng trầm cảm suốt thời gian cai nghiện cũng liên quan đến việc tái nghiện (Covey và cộng sự 1993).

Bảng 4-10
Những Câu hỏi và Điểm số cho Cuộc Kiểm tra Fagerstrom về Tình trạng Phụ thuộc Nicôtin

Câu hỏi	Trả lời	Điểm
1. Khoảng bao lâu sau khi thức dậy thì bạn hút điếu thuốc đầu tiên?	Trong vòng 5 phút	3
	6–30 phút	2

Câu hỏi	Trả lời	Điểm
	31–60 phút	1
	Sau 60 phút	0
2. Bạn có thấy khó khăn khi phải nhịn hút thuốc ở những nơi bị cấm hút thuốc không? (như là trong nhà thờ, ở thư viện, trong rạp chiếu phim, vân vân)	Có	1
	Không	0
3. Điều thuốc nào bạn muốn bỏ nhất?	Điều đầu tiên vào buổi sáng	1
	Tất cả những điều khác	0
4. Bạn hút bao nhiêu điếu một ngày?	10 hoặc ít hơn	0
	11–20	1
	21–30	2
	31 hoặc hơn	3
5. Có phải bạn thường hút thuốc vào những giờ đầu tiên sau khi thức dậy hơn khoảng thời gian còn lại trong ngày không?	Phải	1
	Không phải	2
6. Bạn có tiếp tục hút thuốc nếu bạn đang bệnh rất nặng đến nỗi phải nằm trên giường cả ngày không?	Có	1
	Không	0
Nguồn: APA 1996.		

Việc Đánh giá Mức độ Nghiêm trọng

Từ năm 1978, công cụ tiêu chuẩn dùng để đánh giá tình trạng phụ thuộc nicôtin về thể chất đã là Bảng câu hỏi Fagerstrom về Sự chịu đựng với tám câu hỏi (gọi tắt là FTQ) (theo Fagerstrom 1978). Phiên bản sau này được biết đến với tên gọi là Cuộc Kiểm tra Fagerstrom về Tình trạng Phụ thuộc Nicôtin (gọi tắt là FTND)

(xem Bảng 4-10) đã được giảm xuống còn sáu câu hỏi (Giovino và cộng sự 1995; Heatherton và cộng sự 1991). Nếu số điểm đạt được cao hơn bảy nghĩa là đang phụ thuộc nicôtin.

Trong khi cả FTQ và FTND đều rất có ích cho việc đánh giá tình trạng phụ thuộc nicôtin về thể chất của bệnh nhân thì vẫn còn một nhu cầu về việc đánh giá chính xác hơn mức độ mà ở đó hành vi hút thuốc có vai trò trong việc

Bảng 4-11

Bảng Câu hỏi Glover-Nilsson về Hành vi Hút thuốc (gọi tắt là GN-SBQ)

Vui lòng thể hiện sự chọn lựa của bạn bằng cách khoanh tròn con số phản ánh đúng nhất lựa chọn của bạn.	
0 = Hoàn toàn không; 1 = Hơi hơi; 2 = Vừa vừa; 3 = Rất nhiều; 4 = Cực kỳ nhiều	
Bạn đánh giá giá trị những câu sau đây như thế nào (Cụ thể cho câu 1-2)?	
1. Thói quen hút thuốc rất quan trọng với tôi.	0 1 2 3 4
2. Tôi xử lý và điều khiển điều thuốc của tôi như một phần của nghi thức hút thuốc.	0 1 2 3
Vui lòng thể hiện sự chọn lựa của bạn bằng cách khoanh tròn con số phản ánh đúng nhất lựa chọn của bạn.	
(Cụ thể từ Câu 3-11).	
0 = không bao giờ; 1 = hiếm khi; 2 = thỉnh thoảng; 3 = thường; 4 = luôn luôn	
3. Bạn có thường cho gì đó vào miệng để quên việc hút thuốc không?	0 1 2 3
4. Bạn có tự thưởng cho mình một điếu thuốc sau khi hoàn thành một việc gì đó không?	0 1 2
5. Nếu bạn không có thuốc bên cạnh, bạn có gặp khó khăn gì trong việc tập trung trước khi làm một việc gì đó không?	0 1 2 3 4
6. Nếu bạn không được phép hút thuốc ở một số nơi cụ thể thì sau đó bạn có nghịch với gói thuốc hoặc điếu thuốc của bạn không?	0 1 2 3 4
7. Liệu những vấn đề về bối cảnh cụ thể nào đó có khiến bạn muốn hút thuốc không? (như là chiếc ghế yêu thích, ghế xôfa, phòng, xe hơi, hoặc việc uống rượu)?	0 1 2 3 4
8. Bạn có thấy bản thân mình châm thuốc thường xuyên không? (không cần phải lên cơn thèm thuốc)?	0 1 2
9. Bạn có thường để một điếu thuốc chưa môi hoặc những vật khác (như viết, tăm xia răng, kẹo cao su, vân vân) vào miệng và mút nó để giảm căng thẳng hoặc cảm giác thất vọng, vân vân., không?	0 1 2 3 4
10. Có phải bạn thích hút thuốc một phần là do những trình tự bạn thực hiện khi môi thuốc không?	0 1 2 3 4
11. Khi bạn ở một mình trong một nhà hàng, trạm xe buýt, buổi tiệc, vân vân., bạn có cảm thấy an toàn, được đảm bảo, hoặc tự tin hơn nếu bạn đang giữ điếu thuốc trên tay không?	0 1 2
TỔNG CỘNG _____ Điểm cho Tình trạng Phụ thuộc về Hành vi <12 Nhẹ 12–22 Vừa phải 23–33 Nặng >33 Rất nặng	
Nguồn: Glover et al. 2002.	

duy trì tình trạng nghiện thuốc. Bảng Câu hỏi Glover-Nilsson về Hành vi Hút thuốc (gọi tắt là GN-SBQ) là một bảng câu hỏi kiểm tra tự quản gồm 11 câu hỏi giúp đánh giá ảnh hưởng của hành vi và trình tự liên quan đến việc hút thuốc (xem Bảng 4-11). Bảng câu hỏi này được thiết kế để hỗ trợ các bác sĩ lâm sàng trong việc xác định và định lượng những khía cạnh về hành vi hút thuốc có vai trò trong việc duy trì tình trạng nghiện nicôtin, điều mà sau này có thể giúp đỡ bác sĩ lâm sàng phát triển một chiến lược ngưng thuốc tính đến cả tình trạng phụ thuộc về thể chất lẫn hành vi (Glover và cộng sự 2002).

Để hiểu tốt hơn về mức độ phụ thuộc chất nicôtin của một bệnh nhân thì những nhà cung cấp có thể đánh giá những dấu hiệu về hoá sinh bao gồm nicôtin, cotinine, và cacbon monoxide. Nicôtin và chất chuyển hoá cotinine có thể được đo lường trong nước tiểu, trong máu, hoặc trong tuyến nước bọt. Chất cotinine vẫn tiếp tục có mặt trong những chất lưu của cơ thể đến 7 ngày sau khi ngưng thuốc. Các bác sĩ lâm sàng nên cẩn thận khi phiên dịch ý nghĩa của những thí nghiệm nicôtin và cotinine vì chúng không cụ thể đối với chất nicôtin chiết xuất từ thuốc lá và có thể đòi hỏi sự tuân theo liệu pháp thay thế nicôtin hơn là việc hút thuốc của bệnh nhân.

Cacbon monoxide có thể được đo lường dễ dàng trong hơi thở ra và có thể cho thấy liệu bệnh nhân có đang hút thuốc trong vòng vài giờ trước khi tiến hành kiểm tra hay không. Nó có thể được dùng để giám sát việc ngưng hút thuốc đối với những bệnh nhân tiếp nhận trị liệu thay thế nicôtin và những bệnh nhân thường xem nó là một động cơ có ích trong nỗ lực duy trì sự kiêng khem của họ (Benowitz 1983).

Những Biến chứng Y khoa của Quá trình Cai nghiện Nicôtin

Không có những biến chứng quan trọng nào được cải thiện bởi bản thân quá trình cai nghiện nicôtin tuy nhiên những bệnh nhân thường gặp phải những triệu chứng cai nghiện khó chịu bất

Bảng 4-12
Một số Ví dụ về Những Triệu chứng Cai nghiện Nicôtin có thể bị Nhầm lẫn với Những Bệnh lý về Tâm thần Khác

• Lo âu
• Trầm cảm
• Ngủ với mắt lia nhanh
• Mất ngủ
• Cấu kinh
• Không thể nghỉ ngơi
• Tăng cân
<i>Nguồn: APA 1996.</i>

đầu trong vòng vài giờ ngưng thuốc. Bên cạnh những triệu chứng đã lưu ý trước đó, những bệnh nhân có thể phàn nàn về chứng ho ngày càng nhiều, chứng thèm kẹo ngọt, và khó tập trung (Hughes và Hatsukami 1992). Các bác sĩ lâm sàng nên nhận thức được những triệu chứng cai nghiện có thể giả mạo như là những bệnh lý về tâm thần khác, đặc biệt là chứng lo âu và trầm cảm (xem Bảng 4-12).

Việc ngưng hút thuốc cũng có thể ảnh hưởng đến quá trình chuyển hoá những loại thuốc khác chủ yếu thông qua hệ thống Cytochrome P 450 (gọi tắt là CYP450). Hệ thống này là một trong những hệ thống enzym thuộc về gan chịu trách nhiệm cho sự trao đổi chất thất bại của những loại thuốc khác đến những hợp chất hoá học kép không hoạt động. Các loại thuốc và các hợp chất khác nhau có những ái lực khác nhau trong hệ thống CYP450. Ái lực càng cao thì sự chuyển hoá thất bại các loại thuốc hoặc hợp chất trong cơ thể diễn ra càng nhanh. Một số hợp chất có thể làm chậm quá trình chuyển hoá hoặc sự chuyển hoá thất bại các loại thuốc khác với ái lực thấp hơn, dẫn đến một sự tích tụ loại thuốc hoặc hợp chất đó trong cơ thể.

Bảng 4-13
Những Ảnh hưởng của Việc Nhịn Hút Thuốc lên Nồng độ Máu của
Những Loại thuốc về Tâm thần

Việc kiêng khem làm Gia tăng Nồng độ Máu	Việc kiêng khem Không làm Gia tăng Nồng độ Máu	Ảnh hưởng của Việc Kiêng khem lên Nồng độ Máu là Không Rõ ràng
Clomipramine	Amitriptyline	Alprazolam
Clozapine	Chlordiazepoxide	Chlorpromazine
Desipramine	Ethanol	Diazepam
Desmethyldiazepam	Lorazepam	
Doxepin	Midazolam	
Fluphenazine	Triazolam	
Haloperidol		
Imipramine		
Oxazepam		
Nortriptyline		
Propranolol		
<i>Nguồn: APA 1996.</i>		

Trong suốt quá trình cai nghiện nicôtin, sự chuyển hoá một số loại thuốc sẽ bị thay đổi bao gồm theophylline, cafêin, tacrine, imipramine, haloperidol, pentazocine, propranolol, flecainide, và estradiol; nhìn chung, những ảnh hưởng này thường ngắn hạn và không dữ dội. Nicôtin cũng làm suy giảm tác dụng của thuốc dùng để giảm hoạt động của tim làm hạ huyết áp và nhịp tim và giảm tác dụng an thần từ benzodiazepine cũng như là giảm tác dụng giảm đau do một số thuốc dạng opioid cung cấp, phần lớn là vì những ảnh hưởng chất kích thích của nó (Zevin và Benowitz 1999). Cuộc thảo luận hoàn chỉnh về những ảnh hưởng của nicôtin lên các loại thuốc không nằm trong phạm vi TIP này và các y bác sĩ nên tra cứu thêm từ Ấn phẩm *Tham khảo Chỉ dẫn của Các Bác sĩ* (2004) hoặc hướng dẫn về dược phẩm tương đương. Bảng 4-13 mô tả những ảnh

hưởng của việc nhịn hút thuốc lên nồng độ máu của một số loại thuốc.

Việc Quản lý Quá trình Cai nghiện Không dùng Thuốc

Có khoảng một phần ba người nghiện thuốc hiện tại cố gắng bỏ thuốc mỗi năm và hơn 90 phần trăm trong số những người này cố gắng làm thế mà không cần bất cứ việc điều trị cắt cơn nicôtin chính thống nào. Hầu hết những người nghiện thuốc sẽ nỗ lực rất nhiều để bỏ thuốc và cuối cùng, chỉ có khoảng 50 phần trăm là thành công trong suốt cuộc đời (theo U.S. DHHS 2000b). Trong khi một số người có thể tự mình bỏ thuốc thì những người khác có thể yêu cầu sự can thiệp ở dạng điều trị về hành vi và/hoặc trị liệu với thuốc.

Hiện vẫn không có đủ dữ liệu để xác định rằng

ai sẽ được lợi nhiều nhất từ một loại hình điều trị cụ thể. Một số bệnh nhân có thể thích bỏ hút thuốc mà không cần uống thuốc hơn những phương pháp khác. Một số điểm cao trong GN-SBQ sẽ đòi hỏi một yếu tố về hành vi mạnh mẽ đối với việc hút thuốc mà có thể hướng dẫn bác sĩ lâm sàng trong việc đề xuất việc điều trị về hành vi như là một sự can thiệp chính. Những bệnh nhân có số điểm FTQ cao cũng có thể được lợi từ việc kết hợp sự can thiệp về hành vi và được lý.

Ấn phẩm *Điều trị Tình trạng Sử dụng và Phụ thuộc Thuốc lá: Hướng dẫn Thực hành Lâm sàng* của Sở Sức khỏe Cộng đồng Hoa Kỳ là một cuộc xem xét toàn diện về việc ngưng hút thuốc (Fiore và cộng sự 2000a). Nó thảo luận một chuỗi những sự can thiệp không cần đến được lý trong việc quản lý quá trình cai nghiện nicôtin; những sự can thiệp này có thể được chia thành hai loại cơ bản: sự can thiệp tự lực và sự can thiệp về hành vi (Anderson và Wetter 1997).

Sự can thiệp tự lực

Có rất nhiều người nghiện thuốc là thích bỏ thuốc mà không cần bất cứ sự trợ giúp nào từ các chuyên gia. Một số những sản phẩm tự lực có mặt trên thị trường có thể hỗ trợ họ trong nỗ lực cắt cơn bao gồm một chuỗi đa dạng những quyển sách hướng dẫn, băng video- và băng nghe máy (cụ thể là từ Hiệp hội Phổi Hoa Kỳ và Viện Ung thư Quốc gia), những nhóm hỗ trợ tự lực 12-Giai đoạn, và những đường dây điện thoại nóng. *Hướng dẫn* của Sở Sức khỏe Cộng đồng Hoa Kỳ đã từng phân tích tất cả các loại hình can thiệp tự lực với nhau đã phát hiện ra rằng phương thức tự lực đối với việc cắt cơn chỉ mang lại những kết quả tốt hơn một chút so với tình trạng hoàn toàn không có sự can thiệp nào. Ngày nay, chỉ những sự can thiệp tự lực không thôi thì không thể thành công trong việc giúp đỡ mọi người đạt được sự kiêng khem thuốc lá. Tuy nhiên, *hướng dẫn* đề xuất rằng sự tự lực có thể là một sự bổ sung hữu ích đối với những hình thức điều trị khác (Fiore và cộng sự 2000a).

Một dạng của sự can thiệp tự lực có tiềm năng là việc sử dụng phản hồi dạng viết trên máy vi tính cho từng cá nhân bệnh nhân. Máy vi tính sẽ đưa ra những kiến nghị dựa trên một phản hồi cá nhân đối với những câu hỏi đã tiêu chuẩn hoá về tình trạng hút thuốc của bệnh nhân (Etter và Perneger 2001; Shiffman và cộng sự 2000).

Sự can thiệp về hành vi

Một cuộc nghiên cứu của Sở Sức khỏe Cộng đồng Hoa Kỳ đã lưu ý rằng khi các bác sĩ mất ít nhất 3 phút để khuyên bệnh nhân bỏ hút thuốc thì tỉ lệ bỏ thuốc lâu dài được cải thiện nhưng không đáng kể từ 7.9 phần trăm đến 10.2 phần trăm (Fiore và cộng sự 2000a). Westmaas và các đồng nghiệp lưu ý rằng “những lời khuyên rõ ràng, đơn giản từ bác sĩ có thể được xem là một sự can thiệp dễ dàng và không tốn kém không chỉ giúp người nghiện thuốc đến gần với quyết định bỏ thuốc hơn mà còn có thể thúc đẩy một số người nghiện nỗ lực thực sự” (Westmaas và cộng sự 2000, trang 58). Thời gian đối diện trực tiếp càng nhiều thì tỉ lệ thành công càng cao nhưng những sự can thiệp ngắn trong 3 phút đã được chứng minh là có hiệu quả (Fiore và cộng sự 2000a). Một quá trình tư vấn hơn 10 phút đã dẫn đến một tỉ lệ đồng ý cắt cơn là 20.1 phần trăm so với tỉ lệ 10.9 phần trăm trong trường hợp không có sự điều trị nào. Hướng dẫn còn cho thấy rằng nếu thông tin về việc cắt cơn được cung cấp bởi nhiều dạng nhà cung cấp khác nhau (như là bác sĩ, nhà tâm lý học, nha sĩ, y tá, và dược sĩ) thì nó có thể có một ảnh hưởng mạnh mẽ đến tỉ lệ bỏ thuốc, gia tăng tỉ lệ lên 23 phần trăm so với 10.8 phần trăm cho những bệnh nhân không liên hệ với nhà cung cấp nào.

Một cuộc xem xét lại những nghiên cứu về sự can thiệp hành vi đã đưa ra kết luận rằng cả sự chăm sóc có hỗ trợ từ một bác sĩ và khả năng phát triển kĩ năng đối mặt và giải quyết vấn đề của bệnh nhân đã cải thiện tỉ lệ bỏ thuốc thành công (Anderson và Wetter 1997). Những thành tố khác như là việc giảm dần về lượng thuốc hút trong một khoảng thời gian, thiết lập một

Bảng 4-14
Tiến trình Can thiệp Ngắn “5 A’s”

Hỏi thông tin về việc dùng thuốc lá. Xác định và chứng minh tình trạng dùng thuốc lá của mỗi bệnh nhân ở mỗi đợt thăm viếng.
Khuyến bệnh nhân bỏ thuốc. Khuyến khích từng người nghiện thuốc lá bỏ thuốc với cách xử sự đặc thù, rõ ràng, và dứt khoát
Đánh giá tình trạng sẵn sàng nỗ lực bỏ thuốc của bệnh nhân. Liệu người nghiện thuốc lá đã sẵn sàng bỏ thuốc vào thời điểm này chưa?
Hỗ trợ nỗ lực bỏ thuốc của bệnh nhân. Đối với bệnh nhân sẵn sàng cố gắng bỏ thuốc thì sử dụng việc tư vấn và trị liệu với thuốc để giúp đỡ anh/cô ấy bỏ thuốc.
Sắp xếp sự theo dõi sau đó. Lên lịch liên lạc sau đó, tốt nhất là trong vòng tuần lễ đầu sau ngày bỏ thuốc .
<i>Nguồn: Fiore và cộng sự 2000a , trang 26.</i>

ngày bỏ thuốc, sự hỗ trợ về môi trường được tăng cường, chế độ ăn kiêng được cải thiện và tăng cường tập thể dục, thực hiện thư giãn, và một sự giao kèo bất ngờ không liên quan đến kết quả được cải thiện. Tình trạng dùng hình phạt kích thích như là những kỹ thuật hút thuốc nhanh tuy có hiệu quả nhưng không được khuyến khích dùng thường xuyên (Fiore và cộng sự 2000a).

Việc Quản lý Quá trình Cai nghiện Với dùng Thuốc

Một Ủy ban Đồng thuận của Sở Sức khỏe Cộng đồng Hoa Kỳ kiến nghị rằng tất cả các bác sĩ chăm sóc chính phải đưa ra một tiến trình can thiệp gồm năm bước, được biết đến với tên gọi là “5 A’s” cho tất cả các bệnh nhân nghiện thuốc lá. Ủy ban Đồng thuận còn đề xuất rằng tất cả những người nghiện thuốc muốn bỏ thuốc phải được cung cấp loại thuốc hiện đã được phép sử dụng trong việc hỗ trợ quá trình bỏ thuốc trừ phi có sự chống chỉ định về y khoa (Fiore và cộng sự 2000a). Bảng 4-14 sẽ cung cấp một bản tóm tắt tiến trình can thiệp ngắn “5 A’s”

Liệu pháp Thay thế Nicôtin (gọi tắt là NRT)

Kẹo cao su nicôtin polacrilex đã được FDA cho phép sử dụng vào năm 1984. Trong những năm 90 những NRT khác cũng được FDA thông qua bao gồm miếng dán nicôtin thẩm thấu qua da, thuốc xịt mũi nicôtin, và ống hít nicôtin. Kẹo cao su nicôtin và miếng dán nicôtin thẩm thấu qua da hiện đang bày bán rộng rãi mà không cần phải có sự chỉ định của bác sĩ. Sau thời gian cai nghiện cấp tính, những bệnh nhân sau đó sẽ không dùng thuốc nữa cho đến khi họ hoàn toàn cai nghiện được nicôtin. Tất cả những NRT đều hiệu quả với tỉ lệ bỏ thuốc đạt được trong một năm là giữa 11 và 34 phần trăm (Okuyemi và cộng sự 2000).

Có một vài mối bận tâm về khả năng các bệnh nhân sẽ nghiện các loại NRT và đã có báo cáo rằng có từ 5 đến 20 phần trăm bệnh nhân sử dụng kẹo cao su nicôtin polacrilex tiếp tục sử dụng nó suốt hơn một năm (Hughes 1989). Cũng có mối lo lắng sơ khởi rằng thuốc xịt mũi nicôtin cùng với sự bắt đầu nhanh chóng của nó và sự tập trung huyết thanh cao có thể trở

thành một chất gây nghiện. Trước giờ chưa có báo cáo về trường hợp này và nó có thể được suy xét rằng điều này là do những tác dụng phụ tương đối khó chịu của thuốc xịt mũi khiến cho nhiều bệnh nhân không thích dùng sản phẩm này (Schuh và cộng sự 1997). Nói chung, những triệu chứng cai nghiện NRTs thường rất nhẹ so với những triệu chứng xảy ra trong quá trình ngưng hút thuốc, và việc sử dụng liên tục các sản phẩm này có lẽ là kết quả của tình trạng bệnh nhân sợ sẽ hút thuốc trở lại (APA 1996). Đối với những bệnh nhân tiếp tục sử dụng NRT thì các nhà cung cấp nên cân bằng sự phụ thuộc liên tục vào nicôtin của bệnh nhân với lợi ích về sức khỏe đáng kể trong việc giảm sử dụng thuốc lá chủ động. Rõ ràng là những thành tố khác trong thuốc lá ngoài nicôtin có khả năng gây ung thư. Không có ảnh hưởng xấu nào được cho là do việc sử dụng lâu dài các liệu pháp thay thế nicôtin gây ra (Benowitz và Gourlay 1997).

Bupropion SR

Bupropion SR (Sự Giải phóng Liên tục) ban đầu được sản xuất với tên gọi là Wellbutrin dùng như một loại thuốc điều trị chứng rối loạn trầm cảm nghiêm trọng. Vào năm 1997, FDA đã cho phép sử dụng bupropion SR trong việc cắt con nghiện hút thuốc và nó đã được bày bán rộng rãi trên thị trường với tên gọi Zyban. Bupropion là một loại thuốc chống trầm cảm mới chủ yếu liên quan đến dopamine nhưng cũng ảnh hưởng đến cơ chế hậu hạch giao cảm trong hệ thần kinh trung ương. Hiện vẫn chưa biết cơ chế hoạt động chính xác của nó nhưng nó không phải là liệu pháp thay thế nicôtin như NRTs. Liều dùng kiến nghị là 150mg một ngày trong vòng 3 ngày và sau đó là 150mg hai lần một ngày trong vòng từ 7 đến 12 tuần. Thông thường bệnh nhân sẽ đưa ra ngày rút khỏi quá trình cai nghiện là từ 1 đến 2 tuần từ thời điểm họ bắt đầu dùng thuốc để đưa loại thuốc đó vào các mức độ trị liệu. Đây là thời điểm lý tưởng để bệnh nhân tập trung vào thực hiện những thay đổi về hành vi và giành được sự hỗ trợ từ phía xã hội để tăng cường nỗ lực bỏ thuốc. Bupropion SR đã được chứng minh là hữu ích

trong việc ngưng hút thuốc với tỉ lệ kiêng khem 12-tháng là 35.5 phần trăm so với giả được với 15.6 phần trăm và miếng dán nicôtin với 16.4 phần trăm (Westmaas và cộng sự 2000). Những tác dụng phụ thông thường nhất được biết đến bao gồm chứng khô miệng và mất ngủ. Không nên sử dụng bupropion SR cho những bệnh nhân có tiền sử động kinh, nghiện rượu nặng, chấn thương đầu, hoặc có tình trạng biếng ăn hoặc ăn uống vô độ

Những dược phẩm không có chất nicôtin khác

Covey và các cộng sự đã nghiên cứu các sản phẩm dược không chứa nicôtin đã được đánh giá trong những cuộc thử nghiệm ngưng hút thuốc có kiểm soát (Covey và cộng sự 2000). Những loại thuốc này bao gồm:

- Thuốc chống tăng huyết áp chủ vận alpha-2, clonidine
- Thuốc chống trầm cảm ba vòng, nortriptyline
- Thuốc chống trầm cảm ức chế monoamine oxidase (MAOI), moclobemine
- Thuốc chống lo âu chủ vận 5-HT1A serotonin, buspirone
- Thuốc ngăn chặn thụ quan nicotinic CNS chống tăng huyết áp, mecamlamine
- Những loại thuốc dextroza dạng uống

Mặc dù không loại thuốc nào trên đây được FDA cho phép sử dụng trong việc ngưng hút thuốc nhưng clonidine, nortriptyline, và moclobemide đã được phát hiện là những phương pháp điều trị hiệu quả (Covey và cộng sự 2000). Clonidine có thể là một loại thuốc bổ sung có ích đối với liệu pháp thay thế nicôtin suốt quá trình cai nghiện nicôtin cấp tính. Liều từ 0.05mg đến 0.1mg ba lần một ngày có thể được áp dụng (nhưng sự giảm đau và hạ huyết áp là những mối quan tâm), và cần phải giảm dần lượng thuốc đang dùng khi dùng gián đoạn để tránh chứng cao huyết áp tác động ngược lại

Ấn phẩm Điều trị Tình trạng Sử dụng và Phụ thuộc Thuốc lá: Hướng dẫn Thực hành Lâm

sàng của Sở Sức khỏe Cộng đồng Hoa Kỳ (Fiore và cộng sự 2000a) đã phân loại nortriptyline và clonidine như là những phương thức điều trị tuyến hai. Clonidine là thuốc chống tăng huyết áp và có thể thích hợp cho những bệnh nhân nghiện những loại chất gây nghiện cụ thể nào đó nhưng lại không thích hợp cho những người khác. Chất ức chế tái hấp thu serotonin có chọn lọc chống trầm cảm (gọi tắt là SSRI) fluoxetine đã được kiểm nghiệm trong một số cuộc thử nghiệm ở nhiều địa điểm khác nhau (Cook và cộng sự 2004; Hitsman và cộng sự 1999; Niaura và cộng sự 2002) và được phát hiện là có một lợi ích nhỏ mặc dù đối với những bệnh nhân trải qua tình trạng trầm cảm nhẹ thì nó có thể là một phương thức trị liệu bổ sung quan trọng. Tính hữu dụng của những SSRI khác trong việc cai thuốc vẫn chưa được biết đến nhưng những nghiên cứu thường không có triển vọng. Xem thông tin chi tiết về việc cai thuốc ở những bệnh nhân bị những rối loạn do sử dụng chất gây nghiện và tâm thần đồng diễn trong phụ lục D của TIP 42, *Điều trị Lạm dụng Chất Gây nghiện cho Những Bệnh nhân có Những Rối loạn Đồng diễn* (CSAT 2005c).

Liệu pháp kết hợp thuốc

Kết hợp các sản phẩm NRT

Các sản phẩm NRT thường cung cấp ít hơn một nửa nồng độ huyết thanh nicôtin mà những người hút thuốc đạt được qua việc hút thuốc (Benowitz và cộng sự 1997; Dale và cộng sự 1995; Gupta và cộng sự 1995; Lawson và cộng sự 1998). Để cố gắng gia tăng nồng độ nicôtin, nhiều cuộc thử nghiệm lâm sàng đã đánh giá tính hiệu quả của việc kết hợp những sản phẩm hiện có. Việc sử dụng đồng thời kẹo cao su nicôtin và miếng dán nicôtin đã được đánh giá trong nhiều nghiên cứu. Sự kết hợp các sản phẩm dẫn đến sự thành công ngắn hạn trong việc cắt cơn so với việc chỉ sử dụng thuốc thế nhưng vẫn chưa thấy những lợi ích lâu dài trong quá trình kiêng khem (Anderson và Wetter 1997). Blondal và các cộng sự (1999) đã so sánh sự kết hợp thuốc xịt mũi nicôtin và miếng dán nicôtin với việc chỉ sử dụng miếng

dán và phát hiện ra rằng trong 3 tháng đã có 37 phần trăm bệnh nhân cai được thuốc lá (so với 25 phần trăm chỉ sử dụng miếng dán). Một cuộc nghiên cứu mở về việc sử dụng kết hợp thuốc hít nicôtin và miếng dán nicôtin đã cho thấy tỉ lệ bỏ thuốc trong 12 tuần là 30 phần trăm và có dấu hiệu chịu được sự kết hợp này (Westman và cộng sự 2000).

Cái gọi là “sự kết hợp NRT” liên quan đến việc kết hợp những dạng sản phẩm thay thế nicôtin khác nhau như là miếng dán và kẹo cao su, dựa trên giả thuyết là làm như thế sẽ tăng cường nồng độ máu có nicôtin. Nguyên nhân khác cho sự kết hợp này là rằng một hệ thống cung cấp nicotine “bị động” (đó là miếng dán) sẽ sản sinh ra những mức độ nicôtin tương đối ổn định trong cơ thể có thể ngăn chặn người nghiện thuốc xuống dưới ngưỡng tối thiểu trong khi những NRT “chủ động” (như là kẹo cao su, thuốc hít, thuốc xịt, thuốc viên ngậm dưới lưỡi, vân vân..) cho phép người nghiện thuốc phản ứng lại những cơn thèm thuốc có tính tình huống với việc dùng liều libitum trên cơ sở cấp tính. Nhiều cuộc thử nghiệm lâm sàng đã đánh giá được tính hiệu quả của việc kết hợp những sản phẩm NRT hiện có (xem Silagy và cộng sự 2000 để tìm hiểu lại). Sau khi xem xét lại những dữ liệu sẵn có, Ủy ban Đồng thuận *Hướng dẫn* (Fiore và cộng sự 2000a) cảm thấy rằng có bằng chứng đủ thuyết phục để kết luận rằng “Việc kết hợp miếng dán nicôtin với một hình thức tự quản về liệu pháp thay thế nicôtin (hoặc là kẹo cao su nicôtin hoặc là thuốc xịt mũi nicôtin) thì đều hiệu nghiệm hơn hình thức thay thế nicôtin đơn lẻ, và nên khuyến khích bệnh nhân sử dụng những liệu pháp trị liệu kết hợp này nếu họ không thể ngừng sử dụng đơn lẻ một dạng trị liệu với thuốc tuyến đầu (Fiore và cộng sự 2000a , trang 77).

NRT sử dụng liệu pháp miếng dán nicôtin liều cao

Liều nicôtin cao nhất trong miếng dán hiện nay là 22mg. Nhiều cuộc nghiên cứu đã được tiến hành để đánh giá liệu những liều nicôtin cao hơn (lên đến 44mg) có thể cải thiện được tỉ lệ

kiêng khem hay không. Ảnh hưởng của chiến lược này không đáng kể và sự sử dụng thường xuyên những miếng dán liều cao hơn không được khuyến khích (Hughes và cộng sự 1999; Killen và cộng sự 1999).

Kết hợp miếng dán nicôtin và bupropion SR

Trong một cuộc nghiên cứu được kiểm soát về giả dược có tính chất loại trừ những sai lầm từ phía người thí nghiệm và nhóm được thí nghiệm, sự kết hợp của bupropion SR và miếng dán nicôtin thấm thấu qua da cho thấy tỉ lệ kiêng khem cao hơn trong 12 tháng (35.5 phần trăm) so với chỉ sử dụng bupropion SR (30.3 phần trăm), chỉ sử dụng miếng dán (16.4 phần trăm), hoặc miếng dán giả dược và nhóm thuốc viên (15.6 phần trăm) (Jorenby và cộng sự 1999). Bệnh nhân chắc chắn có thể chịu đựng tốt sự kết hợp này. Các bác sĩ lâm sàng nào áp dụng sự kết hợp này sẽ là người đầu tiên bắt đầu chỉ định cho bệnh nhân sử dụng bupropion SR 150mg trong 3 ngày và sau đó tăng liều lên 150mg hai lần một ngày trong vòng 1 đến 2 tuần trước ngày ngưng hút thuốc. Vào ngày “cắt con”, liệu pháp dùng miếng dán nicôtin phải được đề xuất và việc điều trị kết hợp phải tiếp tục trong vòng 3 đến 6 tháng (Okuyemi và cộng sự 2000).

Việc Chăm sóc và Động viên Bệnh nhân

Hầu hết những người nghiện thuốc lá đều cố gắng cắt con trong bối cảnh ngoại trú và không cần sự trợ giúp nào từ các chuyên gia. Tuy nhiên, nếu bệnh nhân quyết định rằng anh/cô ấy muốn được giúp đỡ trong quá trình cắt con thì điều quan trọng là bác sĩ phải thể hiện một thái độ hỗ trợ và không phán xét đồng thời phải cùng với bệnh nhân phát triển sự kết hợp các phép trị liệu. Cần phải nhấn mạnh rằng việc nghiện nicôtin là một rối loạn tái phát kinh niên và rằng những bệnh nhân thường cố gắng bỏ cuộc trước khi thành công.

Hầu hết những người nghiện thuốc muốn được điều trị sẽ tìm kiếm sự giúp đỡ từ bác sĩ chăm

sóc chính của họ. Bác sĩ có nhiệm vụ cung cấp việc điều trị có dùng thuốc, hướng dẫn bệnh nhân về những vấn đề thường gặp liên quan đến việc cắt con, và sự hỗ trợ về cảm xúc, tinh thần đối với những bệnh nhân muốn bỏ cuộc. Việc thảo luận về những triệu chứng cai nghiện nicôtin thường có thể giúp giảm bớt nỗi lo của bệnh nhân.

Nỗi sợ bị tăng cân là một rào cản cho nhiều người muốn bỏ thuốc (French và cộng sự 1995). Đây đặc biệt là một vấn đề quan trọng đối với phụ nữ và có thể phá hỏng nỗ lực bỏ thuốc của họ (Gritz và cộng sự 1989). Mặc dù những lợi ích về sức khỏe đạt được khi bỏ thuốc rõ ràng là có giá trị hơn nhiều so với những nguy cơ về tăng cân nhưng cuộc tranh luận về vấn đề này đã không đủ để xoa dịu nỗi sợ hãi của bệnh nhân. Việc ăn kiêng trong suốt giai đoạn bỏ thuốc nhìn chung không được khuyến khích và còn cho thấy là làm gia tăng khả năng tái nghiện (Hall và cộng sự 1992). Tuy nhiên, các bác sĩ nên đề xuất với những bệnh nhân muốn bỏ thuốc về việc tập thể thao và có chế độ dinh dưỡng thích hợp. Hầu hết các bác sĩ lâm sàng cũng cần phải thông báo với bệnh nhân rằng việc uống rượu cũng được xem là một yếu tố có nguy cơ gây tái nghiện thuốc lá (Shiffman 1982), và những bệnh nhân có thể kiêng uống rượu trong thời gian cai nghiện nên làm thế.

Thông thường bệnh nhân sẽ cảm thấy môi trường điều trị hoàn toàn không có thuốc lá là rất hữu ích trong thời kỳ họ nỗ lực cai thuốc. Nếu bệnh nhân sống trong một gia đình mà những người khác hút thuốc thì các thành viên trong gia đình và bạn bè có thể giúp bằng cách không hút thuốc trước mặt bệnh nhân và hạn chế những hình ảnh, vật dụng liên quan đến thuốc lá ở nơi họ ở.

Những bệnh nhân nghiện nicôtin nghiêm trọng hơn có thể được lợi từ việc đăng ký tham gia một chương trình cắt con chuyên biệt. Họ cũng có thể được hưởng lợi từ quá trình quản lý y tế tăng cường hơn có sử dụng nhiều loại thuốc (NRT + thuốc chống thèm thuốc), thuốc cho thời gian sử dụng lâu hơn, việc theo dõi chặt

chê hơn và việc tiếp nhận điều trị lâu hơn. Hiện có một số chương trình cai thuốc lá được tổ chức bởi các tổ chức như Hiệp hội về Phổi của Hoa Kỳ (www.lungusa.org) và Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ (www.cancer.org). Một số cộng đồng và tổ chức địa phương cũng tài trợ cho những chương trình cai nghiện thuốc lá. Đối với những người nghiện thuốc nghiêm trọng nhất thì có một số cơ sở tại nhà với số lượng có hạn cung cấp việc điều trị tình trạng nghiện nicotin theo mô hình nội trú (Hurt và cộng sự 1992). Các nhà cung cấp các dịch vụ cai nghiện phải quen thuộc với những chương trình hiện có trong cộng đồng của họ để thực hiện việc chuyển tiếp.

Cần sa và Những loại Thuốc Khác có Chứa THC

Cần sa và Hasit là hai chất có chứa THC (delta-9-tetrahydrocannabinol) thường được sử dụng ngày nay. Lĩnh vực cai nghiện đã và đang đặt ra một câu hỏi lớn về việc liệu có một hội chứng cai nghiện cụ thể nào liên quan đến việc ngưng sử dụng THC kéo dài hay không. Trong quá khứ, nhiều người đã tuyên bố rằng không có hội chứng kiêng khem cấp tính nào phát triển ở những người đột ngột thôi sử dụng THC (CSAT 1995d). Gần đây hơn việc này đã trở thành câu hỏi lớn và hầu hết các chuyên gia tin rằng một hội chứng cai nghiện cụ thể THC thực sự xảy ra ở một số bệnh nhân nghiện nặng (Budney và cộng sự 2001) mặc dù việc cai nghiện ma túy vẫn chưa được đề cập đến trong *Sách Hướng dẫn về Chẩn Đoán và Thống Kê về Những Rối loạn Tâm thần* của APA.

Hội chứng cai nghiện THC thường bắt đầu trong vòng 24 giờ cắt cơn. Lượng THC mà một người cần tiêu thụ để trải qua quá trình cai nghiện vẫn chưa rõ. Tuy nhiên người ta có thể giả định rằng việc tiêu thụ nhiều hơn có nhiều khả năng đi kèm với những triệu chứng cai nghiện hơn. Những triệu chứng thường thấy nhất trong quá trình cai nghiện THC là chứng lo âu, không thể nghỉ ngơi và cáu kỉnh, rối loạn giấc ngủ, và chứng biếng ăn. Những triệu

chứng khác ít gặp hơn và dường như bao gồm chứng rung mình, toát mồ hôi, chứng tim đập nhanh, và những rối loạn về dạ dày-ruột (GI) như buồn nôn, nôn mửa và tiêu chảy. Những khó khăn về nhận thức bao gồm chứng trầm cảm cũng xuất hiện và có thể kéo dài nhưng thường được cải thiện theo thời gian. Hiện vẫn chưa thấy những biến chứng y khoa từ quá trình cai nghiện THC và thường cũng không có yêu cầu về thuốc men trong việc quản lý quá trình cai nghiện.

Các bác sĩ lâm sàng có thể nhìn thấy những triệu chứng kể trên nhưng thường những triệu chứng này không có yêu cầu tức thì về thuốc men trong thời gian cai nghiện và thường là tự hạn chế. Tuy nhiên, bác sĩ lâm sàng nên nhận thức về khả năng xảy ra những vấn đề dai dẳng hơn. Việc kiểm tra xem bệnh nhân có ý định tự vẫn hoặc có những vấn đề khác về sức khỏe tâm thần hay không cũng phải được đảm bảo. Một vài bài phê bình đã ủng hộ việc sử dụng buspirone như là một sự thay thế benzodiazepine trong việc quản lý chứng lo âu kéo dài (Gatch và Lal 1998). Những vấn đề thường gặp khác trong thời gian cai nghiện có thể được xử lý với những loại thuốc hỗ trợ không có chất gây nghiện. Đối với những bệnh nhân gặp chứng khó ngủ dai dẳng thì theo kinh nghiệm khám chữa bệnh thì Trazodone có thể có ích trong trường hợp này. Trazodone có thể dẫn đến tình trạng tụt huyết áp khi đang đứng, cảm giác hoa mắt chóng mặt, và có thể dễ té ngã, đặc biệt là ở những người trên 60 tuổi. Nên tránh dùng benzodiazepine và những loại thuốc gây nghiện khác.

Nên khuyến khích bệnh nhân duy trì việc kiêng khem THC cũng như là những chất gây nghiện khác. Một số bệnh nhân sẽ đòi hỏi môi trường điều trị có hỗ trợ và hoàn toàn không có chất gây nghiện để đạt được và duy trì quá trình kiêng khem. Các bác sĩ lâm sàng nên hướng dẫn bệnh nhân về những ảnh hưởng của việc cai nghiện, coi trọng những thân phận của họ và cam đoan với họ rằng những triệu chứng sẽ có thể được cải thiện theo thời gian. Nên cung cấp cho bệnh nhân sự trợ giúp về triệu chứng để động viên bệnh nhân

Hiện vẫn chưa có công cụ đánh giá lâm sàng dùng để đánh giá quá trình cai nghiện THC. Cả những cuộc nghiên cứu ở người và động vật đều cho thấy rằng một hội chứng cai nghiện sẽ bắt đầu trong vòng 24 giờ cai thuốc và có thể kéo dài đến một tuần.

Các chất Xteoit Đồng hoá

Các chất xteoit đồng hoá, như đã phân biệt với corticosteroids và kích thích tố gonadotrophic ở nữ giới là những kích thích tố ở nam giới và dễ bị lạm dụng như là những phương tiện gia tăng khối lượng cơ. Những loại thuốc này cũng có thể gây ra hành vi tương tự như chứng vui buồn thất thường, hiếu chiến có thể bao gồm chứng ảo giác (Lukas 1998). Những người đàn ông liên quan đến các môn thể thao chuyên nghiệp, tập tạ, tập thể hình, hoặc những hoạt động khác đòi hỏi khối lượng cơ bắp lớn có khả năng sử dụng những chất này nhiều hơn nữ giới mặc dù đã có trường hợp sử dụng ở phái nữ. Thanh thiếu niên sử dụng chất xteoit đồng hoá để cải thiện vẻ ngoài của mình và có thể dễ dàng tiếp cận với những hợp chất này (Yesalis và cộng sự 1993). Phần lớn những chất xteoit đồng hoá được sử dụng trong y khoa và thú y chủ yếu được mua bán bất hợp pháp thông qua những cuộc vui chơi giải trí. Sử dụng liều cao xteoit đồng hoá có thể nguy hiểm về phương diện y khoa nhưng những tác dụng phụ thường liên quan đến tuyến nội tiết, gan, hệ thần kinh trung ương, và chức năng tim, có khuynh hướng đảo ngược đối với việc ngưng sử dụng xteoit đồng hoá. Tuy nhiên, không thể giả định cả việc ngưng sử dụng và sự vạch trần việc sử dụng xteoit đồng hoá khi điều trị những bệnh nhân này.

Những Triệu chứng Cai nghiện Đi kèm với Xteoit

Xteoit đồng hoá có thể đi kèm với những triệu chứng cai nghiện xuất hiện sau khi ngừng thuốc đột ngột. Những triệu chứng cai nghiện bao gồm (theo trật tự giảm dần về tính phổ

biến) lên cơn thèm các chất xteoit, mệt mỏi, chán nản, không thể nghỉ ngơi, biếng ăn, mất ngủ, giảm hưng phấn tình dục, đau đầu, và buồn nôn (Lukas 1998). Dù không biết hội chứng này xảy ra thường xuyên thế nào nhưng việc cai nghiện xteoit thường dành cho những người nghiện nặng. Bác sĩ lâm sàng nên có sự nghi ngờ khi đánh giá những cá nhân lạm dụng xteoit và những ai thể hiện những triệu chứng này. Cũng là lối biểu hiện của khả năng lạm dụng xteoit là những dấu hiệu sinh lý học cụ thể về kích thích tố nam như là, rụng tóc, mụn, chứng khó tiểu, tinh hoàn nhỏ, chứng phù tứ chi, và tăng cân nhanh. Phụ nữ thì có thể bị giảm kích cỡ vòng ngực, mụn, có hiện tượng phát triển tính dục (âm vật nở rộng, tóc phát triển quá mức và bất thường, chứng hói đầu ở nam giới) và tình trạng mất kinh. Được biết những người đàn ông lạm dụng xteoit sẽ có cơ thể méo mó và có thể tự nhìn nhận không chính xác về bản thân mình như là cảm thấy nhỏ nhoi và yếu đuối (Pope và cộng sự 1993).

Những Biện chứng Y khoa của Quá trình Cai nghiện Xteoit

Bởi vì thời gian hoạt động của xteoit đồng hoá rất dài nên những tác dụng phụ có thể có không thể nhanh chóng được cải thiện khi ngừng sử dụng các chất gây nghiện này. Vì lẽ đó, những tác dụng phụ có thể đòi hỏi sự can thiệp về y khoa hơn là chỉ đơn giản đề nghị bệnh nhân ngừng sử dụng xteoit ngay lập tức. Những tác dụng phụ lâu dài gồm có nhiễm trùng đường tiểu, bàng quang dễ bị kích thích, da phồng rộp (ở nơi tiêm thuốc), ban đỏ khi thuốc được cung cấp ở dạng miếng dán trên da, và chứng cương dương vật (trạng thái cương kéo dài hàng giờ). Tình trạng sau cùng liên quan đến trạng thái cương dương vật gây đau và tạo thành trường hợp khẩn cấp đòi hỏi sự lưu ý về y khoa chuyên biệt. Chứng phù nề tay hoặc chân thường xuất hiện với việc lạm dụng xteoit đồng hoá có thể được điều trị với thuốc lợi niệu (loại thuốc làm tăng lượng nước tiểu và khả năng tiểu). Các cuộc kiểm tra chức năng gan cao và chứng vàng da thường quyết định việc ngưng cung

cấp xteoit đồng hoá mặc dù đã có báo cáo về chứng ung thư gan. Những tác dụng phụ khác như là đau đầu, buồn nôn, nôn mửa, mụn, mất ngủ, và chứng ngủ li bì thì không kéo dài và xuất hiện sau khi ngừng sử dụng xteoit. Những rối loạn về hành vi như là chứng rối loạn tâm thần hoặc tình hưng hân dữ dội phải được điều trị theo tính chất triệu chứng với sự can thiệp về tâm sinh lý thuốc thích hợp.

Trong những trường hợp có dấu hiệu loạn thần kinh hoặc vui buồn thất thường nghiêm trọng thì nên vào viện tâm thần khẩn cấp để giải quyết tình trạng nguy hiểm cho bản thân bệnh nhân cũng như cho những người khác.

Việc Quản lý Quá trình Cai nghiện Xteoit

Hiện vẫn chưa có phác đồ cai nghiện nào về chất xteoit đồng hoá được đề xuất. Mục đích y khoa chính trong trường hợp này là thuyết phục bệnh nhân ngừng lạm dụng xteoit. Nên thực hiện can thiệp khi đã đánh giá và điều trị những tác dụng phụ có thể có (đã thảo luận bên trên). Việc can thiệp nhằm hướng đến mục đích ngừng lạm dụng thuốc nên bao gồm việc hướng dẫn bệnh nhân về những nguy hiểm và những biến chứng y khoa do xteoit đồng hoá gây ra, những ảnh hưởng đến hành vi, và một sự đánh giá tỉ mỉ về nguyên nhân lạm dụng thuốc của bệnh nhân. Việc sum họp gia đình thường có ích nếu bệnh nhân đồng ý. Thế nhưng đáng tiếc là chỉ việc hướng dẫn bệnh nhân thôi thì chưa đủ. Những bệnh nhân với cơ thể méo mó có thể đặc biệt khó khăn khi khuyên ngăn họ dừng lạm dụng xteoit, và việc chuyển qua dùng liệu pháp trị liệu tâm lý bởi một bác sĩ có năng lực được đào tạo bài bản trong việc điều trị rối loạn hình ảnh cơ thể nên được cân nhắc kỹ lưỡng. Tương tự thế, những bệnh nhân đạt được sự phát triển đáng kể về cơ bản từ việc lạm dụng xteoit có thể sẽ kháng cự với việc ngưng sử dụng thuốc và có thể che giấu việc tiếp tục sử dụng xteoit.

Việc Chăm sóc và Động viên Bệnh nhân

Việc động viên bệnh nhân suốt quá trình cai nghiện xteoit có thể hiệu quả bằng cách xử lý hết những tác dụng phụ đã mô tả bên trên nếu có. Việc tư vấn cũng là một sự can thiệp hữu ích và có lẽ cũng cần cả những can thiệp về tâm thần chuyên biệt. Nếu cá nhân người đó còn lạm dụng những chất gây nghiện khác nữa thì nên chuyển họ qua chương trình điều trị phục hồi thuốc hoặc rượu.

Thuốc hộp đêm

Thuốc hộp đêm đại diện cho nhiều loại thuốc có chứa chất kiểu thuốc ngủ, thuốc an thần, cũng như các chất kích thích hay ma túy gây ảo giác. Thuốc hộp đêm là ma túy trái phép được sử dụng nhiều ở hộp đêm, sàn nhảy, tiệc tùng và các buổi tiệc khiêu vũ. Các buổi tiệc này thường kéo dài qua đêm và có tới trăm người tham gia.

Tình trạng giới trẻ lạm dụng những loại thuốc này đã gia tăng đáng kể trong những năm gần đây. Tất cả các chuyên gia chăm sóc sức khỏe đều cần làm quen với những ảnh hưởng ngắn hạn và dài hạn của chúng. Mặc dù ta đã có báo cáo về hội chứng cai nghiện ở một số loại thuốc này nhưng nó không phải vấn đề y khoa phổ biến nhất. Nhiễm độc và nhiễm độc nghiêm trọng khi dùng quá liều là vấn đề phổ biến hơn. Trong những loại thuốc này, một số hợp chất có nguy cơ gây tổn hại tới thần kinh và các hội chứng thần kinh kinh niên. Hiện tại, hầu hết thông tin sẵn có về thuốc hộp đêm đều lấy từ khảo sát và báo cáo từ các trường hợp cụ thể. Nghiên cứu trực tiếp ở người trong phòng thí nghiệm và các thử nghiệm lâm sàng có kiểm soát nghiêm ngặt chưa phổ biến.

Một khó khăn khi đánh giá ảnh hưởng của việc nhiễm độc, dùng thuốc quá liều, cai nghiện và các hệ quả lâu dài tới sức khỏe của thuốc hộp đêm là: nhìn chung, chưa có đánh giá cơ sở về các cá nhân trước khi họ sử dụng thuốc hộp đêm. Ngoài ra, những cá nhân này lạm dụng nhiều hơn một loại chất gây nghiện. Một số bệnh nhân có thể đã mắc bệnh học tâm lý (bao gồm chứng rối loạn tâm thần) trước khi sử dụng thuốc hộp đêm. Trước đây, một số loại

thuốc hộp đêm được gọi là “thuốc thiết kế” vì chúng được sản xuất trong phòng thí nghiệm thay vì được bào chế từ thảo dược.

Hallucinogen (Ma túy gây ảo giác)

Hallucinogen là một nhóm các chất gây nghiện có thể tạo ra cảm giác khác thường và ảo giác. Hầu hết hallucinogen đều có ảnh hưởng tới tâm lý. Loại ma túy này còn được gọi là psychedelics và psychomimetics. Các loại hallucinogen cũ hơn như sergic acid diethylamide (LSD) được coi là các chất hoạt động serotonin cơ bản. Một số hợp chất khác chứa phenylethylamine, chất có đặc tính gây ảo giác nhưng cũng hoạt động như chất kích thích. Những loại thuốc này chứa mescaline và MDMA (3,4-methylenedioxy-N-methylamphetamine). Các loại thuốc khác chứa MDA (3,4-methylenedioxyamphetamine) và DOM (dimethyloxymethylamphetamine). (Xem mục về ecstasy bên dưới). Các hallucinogen khác là thuốc kháng acetylcholine. Chúng bao gồm belladonna, các loại thuốc như benzotrophine dùng để chữa trị hội chứng Parkinson và nhiều loại thuốc kháng histamine kê tại chỗ phổ biến.

Nhiễm độc hallucinogen thường bắt đầu từ các ảnh hưởng tới sự tự chủ, thi thoảng bệnh nhân có thể ớn lạnh, và sự gia tăng nhẹ ở nhịp tim, thân nhiệt và huyết áp tâm thu. Hiện tượng xây xẩm và giãn đồng tử có thể xảy ra. Ảnh hưởng rõ rệt trong lúc nhiễm độc là các hiện tượng ảo giác, trong đó thị giác bị tác động nhiều hơn thính giác và xúc giác. Điều được gọi là “phiêu du” này thường đi kèm sự lo lắng, trong đó có các hội chứng như hoang loạn, phản ứng hoang tưởng, tức giận, bạo lực và bốc đồng. Do ảo giác hoặc nhận thức bị bóp méo, cá nhân có cảm giác như họ có thể bay hoặc có năng lực đặc biệt, từ đó tự làm mình bị thương do ngã hoặc các tai nạn khác. Tự tử cũng có thể xảy ra trong quá trình này, vì thế, ta cần đánh giá kỹ các ý tưởng tự tử có thể có dù chúng khá nhất thời.

Ta cũng có báo cáo về hội chứng cai nghiện đối với hallucinogen, tuy nhiên, mọi người quan tâm hơn tới ảnh hưởng tàn dư như ảo giác cảm giác bị chậm lại, lo lắng, hồi tưởng, hội chứng

loạn thần kinh sau đó và suy giảm nhận thức dài hạn. Các tranh cãi quanh những vấn đề này không quan trọng trong y khoa. Điều quan trọng là phải quyết định các hội chứng tàn dư có còn không để từ đó đưa ra môi trường và cách chăm sóc phù hợp cho cá nhân đang gặp vấn đề. Nhìn chung, nhân viên phòng cấp cứu, các cơ sở khám chữa bệnh cho người lạm dụng chất gây nghiện và các trung tâm cai nghiện xã hội gặp rất nhiều người từng trải qua hành trình ảo giác này.

Nhiễm độc và ảo giác có thể được xử lý bằng cách đưa bệnh nhân vào môi trường yên tĩnh, không kích thích, có giám sát trực tiếp để bệnh nhân không tự làm hại bản thân và người khác. Đôi khi, liều lượng thấp thuốc benzodiazepine hoạt động ngắn hay trung bình có thể giúp kiểm soát lo lắng và có tác dụng trấn tĩnh. Bệnh nhân có phản ứng như trầm cảm kinh niên sẽ cần trị liệu chống trầm cảm. Còn bệnh nhân có hội chứng tâm lý cần uống thuốc chống rối loạn thần kinh. Ở một số ít trường hợp, bệnh nhân sẽ cần liều lượng thấp thuốc chống rối loạn thần kinh loại mạnh bằng cách uống hoặc bất cứ phương pháp nào khác như tiêm vào tĩnh mạch, tiêm dưới da hoặc trong cơ. Bác sĩ cần đánh giá triệu chứng tâm lý và nhận thức trước khi giới thiệu điều trị.

Gamma-hydroxybutyrate (GHB)

Theo báo cáo, GHB được giới trẻ sử dụng ngày càng nhiều ở các hộp đêm và tiệc khiêu vũ. GHB là hợp chất được sản sinh trong hệ thần kinh trung ương và hoạt động như chất truyền dẫn thần kinh giúp ức chế tương tự như GABA (Shannon và Quang 2000). Theo liều lượng dược lý (định phân thuốc), GHB có tác dụng như thuốc ngủ - thuốc an thần. Bề ngoài, nhiễm độc GHB giống nhiễm độc rượu hoặc thuốc ngủ - thuốc an thần.

Dù GHB là thuốc trái phép nhưng các hợp chất tác động tới thần kinh tương tự GHB như gamma-hydroxy lactone (GBL) và 1,4-butanediol (1,4-BD) lại phổ biến rộng rãi và có thể đặt mua trực tuyến hay qua catalog. Những hợp chất này gây ra ảnh hưởng tương tự

ảnh hưởng của GHB. Hiện tại, hội chứng dùng thuốc quá liều thường được xem xét nhiều hơn hội chứng cai nghiện. Hội chứng dùng thuốc quá liều đòi hỏi phải kiểm soát đường thở và hô hấp. GHB đã được nghiên cứu ở châu Âu (Addolorato và cộng sự, 1999a) trong một nghiên cứu ngẫu nhiên đơn chiều để so sánh nó với thuốc an thần diazepam như cách điều trị hội chứng cai rượu. GHB có hiệu quả ngang bằng diazepam trong việc điều trị triệu chứng cai rượu và được cho là có tác dụng giảm buồn rầu, lo âu nhanh hơn với lượng thuốc an thần ít hơn so với diazepam. Do loại thuốc này từ lâu đã bị lạm dụng ở Mỹ nên nó sẽ không được coi là thuốc điều trị trong tương lai gần.

Miotto và Roth (2001) đã mô tả hội chứng cai GHB và lưu ý rằng nó có chung đặc điểm với cả cai rượu và cai benzodiazepine. Họ nhận thấy đây là hội chứng rõ rệt nhất ở các bệnh nhân dùng GHB thường xuyên, mỗi lần cách nhau 2 đến 4 giờ. Hội chứng cai GHB có thời gian phát triển kéo dài, và các triệu chứng này cũng được tìm thấy khi cai benzodiazepine. Hội chứng này cũng gây mê sáng sớm (thường là trong một giờ) với đỉnh điểm là trong vòng 24 giờ và tình trạng mê sáng này có thể kéo dài 14 ngày. Lẫn lộn, rối loạn thần kinh và mê sáng là những đặc điểm nổi bật nhất khi cai GHB, còn ảnh hưởng tới sự tự chủ (như rung mình, vã mồ hôi, tăng huyết áp và thay đổi thân nhiệt) khi cai GHB kém nghiêm trọng hơn khi cai rượu. Họ lưu ý rằng các đợt tim đập nhanh ngắn thường bắt đầu sớm khi cai GHB. Garvey và Fitzmaurice (2004) cũng báo cáo về khả năng tai biến ngạt máu ở trường hợp cai GHB của một nam giới đã sử dụng chất gây nghiện này đều đặn trong hơn 2 năm. Còn Rosenberg và cộng sự (2003) lưu ý là trong các trường hợp nghiêm trọng, cai GHB có thể đe dọa tới mạng sống.

Ta có thể điều trị các trường hợp nhẹ của hội chứng cai GHB bằng benzodiazepine – nhóm hợp chất có tác động dược lý dùng làm thuốc an thần – như lorazepam và chăm sóc hỗ trợ. Tuy nhiên, ở các trường hợp nặng hơn, có thể ta sẽ cần tiêm liều cao thuốc benzodiazepine vào

tĩnh mạch (như lorazepam) hoặc thuốc an thần barbiturate (như phenobarbital, pentobarbital) (Miotto và Roth, 2001; Rosenberg và cộng sự, 2003). Bệnh nhân cai GHB thường có độ nhờn cao với tác dụng an thần của benzodiazepine nên hay yêu cầu liều dùng cao và thường xuyên để kiểm soát việc cai nghiện (Miotto và Roth, 2001); trong trường hợp liều cao lorazepam chứng tỏ là không hiệu quả thì pentobarbital có thể hiệu quả (Sivilotti và cộng sự, 2001). Ta cũng có thể sử dụng clonidine để chữa trị các giai đoạn của chứng tim đập nhanh (Miotto và Roth 2001).

Ecstasy

MDMA (3, 4-methylenedioxy-methamphetamine), hay được gọi là ecstasy, được tổng hợp ra vào đầu thế kỷ và được cấp bằng sáng chế cho công ty Merck Pharmaceuticals vào năm 1914 (Christophersen 2000; Parrot và cộng sự, 2000). Các thuốc này là chất kích thích phenel-ethylene với nhiều nhóm thay thế ở vòng benzene nên có đặc tính gây ảo giác. Có nhiều loại hợp chất có liên quan được định rõ theo chữ cái đầu (MDMA, MDA, MDEA, DOM, 2-CB và DOT). Bác sĩ thường phải kiểm soát các biến chứng do nhiễm độc và dùng thuốc quá liều chứ không phải do cai nghiện.

Bệnh nhân sử dụng MDMA hoặc hợp chất có liên quan thường nói và hoạt động liên tục, thể hiện hoạt động xúc giác và thị giác tăng. Họ thường xuyên dùng long não trên da trong mặt nạ, găng tay và các trang phục khác để tăng cường cảm giác từ xúc giác. Đôi lúc, họ dùng que phát sáng để nhấn mạnh trải nghiệm về thị giác ở các tiệc khiêu vũ. Ta cũng có các báo cáo về chứng thân nhiệt cao, mất nước, nhiễm độc nước với Natri thấp, rhabdomyolysis (tổn thương cơ nghiêm trọng và các thớ cơ bị đứt gãy), suy thận, loạn nhịp tim và hôn mê.

Một số nghiên cứu trên động vật đã chứng minh MDMA có độc cho các neuron thần kinh ở vùng serotonin phân bố nhiều. Người nghiện ecstasy nặng có thể bị hoang tưởng, có triệu chứng tâm lý, suy nghĩ ám ảnh và lo lắng (Parrott và cộng

sự, 2000). Họ cũng được xác định là bị suy giảm nhận thức (Gouzoulis-Mayfrank và cộng sự, 2000). Người sử dụng ecstasy có biểu hiện kém hơn nhóm đối chứng về sự chú ý, trí nhớ và khả năng học hỏi. Tuy nhiên, khoảng thời gian hoặc tính thường xuyên của những ảnh hưởng thể này chưa được nghiên cứu kỹ.

Ketamine và PCP (Phencyclidine)

Ketamine và PCP (phencyclidine) cùng được phát triển vào thập niên 50 như các chất gây mê cho con người. Phencyclidine được tung ra thị trường để gây mê cho người trong một thời gian ngắn nhưng sau đó bị thu hồi do tỷ lệ mắc các triệu chứng rối loạn thần kinh ở người dùng cao bất thường. PCP vẫn là thuốc hợp pháp cho bác sĩ thú y gây mê cho thú lớn còn ketamine cho thú nhỏ. Dù ban đầu, cả hai loại thuốc đều được phát triển để gây mê tiềm tĩnh mạch nhưng bây giờ chúng được sản xuất trái phép như các loại thuốc uống bị lạm dụng khác. PCP thường được bán là LSD.

Một số nghiên cứu chỉ ra rằng ketamine và PCP hoạt động cụ thể ở thụ thể glutamate/MDMA như thuốc kháng thụ thể MDMA không cạnh tranh. Nghiên cứu trên động vật cho thấy cả hai loại thuốc đều có tác dụng củng cố, động vật sẽ bẻ thanh sắt để lấy một trong hai liều thuốc. Ngoài ra, trong các mô hình trên động vật này, ta có thể quan sát hội chứng cai nghiện. Hội chứng cai nghiện ở người bao gồm trầm cảm, thèm thuốc, vị giác tăng và ngủ liên miên.

Trong y khoa, hội chứng nhiễm độc nặng với ảo giác, ảo tưởng, lo âu và bạo lực là các vấn đề cấp thiết nhất. Nghiên cứu trên người trong phòng thí nghiệm (Lahti và cộng sự, 2001) đã tiến hành so sánh ketamine và placebo ở các tình nguyện viên bình thường, người chưa từng dùng ketamine, và người bị bệnh tâm thần phân liệt có tiền sử sử dụng ketamine. Ở cả hai nhóm, ketamin làm gia tăng, theo liều dùng nhưng ngắn, các triệu chứng loạn thần kinh. Mức độ của các triệu chứng loạn thần kinh tích cực do ketamine gây ra giống nhau ở cả hai nhóm mặc dù nhóm bị bệnh tâm thần phân liệt có điểm cơ sở cao hơn.

Dù ban đầu, người ta cho rằng thuốc kháng thụ thể MDMA có tác động bảo vệ thần kinh (ngăn tổn thương cho tế bào não), đồng thời khám phá ra nó là thuốc điều trị hậu đột quy, nhưng ngày nay, một số chứng cứ cho thấy trên thực tế, ketamine và PCP có một số tác động gây hại cho thần kinh. Các nghiên cứu (như Curran và Monaghan 2001) nhận thấy bệnh nhân sử dụng ketamine lâu dài bị suy giảm trí nhớ nhiều hơn những người sử dụng ketamine ít thường xuyên. Nghiên cứu trên người trong phòng thí nghiệm của nhóm này cũng chỉ ra sự suy giảm trí nhớ dai dẳng khi sử dụng ketamine, nhưng không tìm ra đặc điểm loạn thần kinh kéo dài nào ngoài sử dụng nhiều.

Trong y khoa, việc sử dụng ketamine và PCP đòi hỏi ta phải kiểm soát sự lo âu và các đặc điểm loạn thần kinh do sử dụng nhiều. Đôi lúc, bệnh nhân, vô tình hoặc chủ ý, dùng quá liều. Họ sẽ cần kiểm soát đường thở và hỗ trợ thông gió trong vài giờ. Quản lý hành vi lo âu và bạo lực được thực hiện hiệu quả nhất ở môi trường có kiểm soát với chất kích thích hạn chế và giám sát nghiêm ngặt. Thi thoảng, bệnh nhân sẽ cần uống hoặc tiêu hóa ngoài ruột các loại thuốc an thần như benzodiazepine. Ở các trường hợp nặng, ta cần kiểm chế bệnh nhân để bảo vệ họ và nhân viên.

Sau khi kiểm soát chặt chẽ, bác sĩ phải đánh giá tâm trạng thường trực của bệnh nhân và ảnh hưởng của thuốc tới nhận thức của họ trước khi tiến hành điều trị. Sự dai dẳng của các triệu chứng loạn thần kinh có thể cho thấy các rối loạn tâm thần kinh tiềm ẩn và cần điều trị bằng thuốc. Hiện tại, ta chưa có nghiên cứu nào hướng dẫn việc điều trị nhiễm độc ketamin hay PCP. Ta cũng chưa có nhu cầu kiểm soát triệu chứng cai nghiện đối với các loại thuốc này nhưng nếu nó xảy ra, bác sĩ nên chỉ định benzodiazepine.

Các loại chất khác

Rohypnol là một loại thuốc thuộc nhóm benzodiazepine được bán dưới tên thương hiệu ở châu Âu và Mexico như thuốc ngủ- thuốc an thần. Thi thoảng rohypnol được sử dụng ở hộp

đêm và sán nhảy. Vào thập kỷ trước, nó bắt đầu được buôn lậu vào Mỹ và được sử dụng phổ biến ở thanh niên vô gia cư dính líu tới ngành công nghiệp tinh dục. Rohypnol có tiếng là thuốc “để cưỡng dâm trong cuộc hẹn hò” vì nó có thể sinh ra chứng quên và gây buồn ngủ mạnh, cùng với hôn mê. Để biết thêm chi tiết về nhóm thuốc benzodiazepine, hãy xem mục về benzodiazepine xét tới sự nhiễm độc và phản ứng cai nghiện có thể có.

Quản lý lạm dụng nhiều chất gây nghiện: Phương pháp kết hợp

Một trong những thay đổi quan trọng nhất trong lĩnh vực cai nghiện những năm gần đây là sự gia tăng số lượng bệnh nhân yêu cầu cai nghiện với hơn một loại chất gây nghiện. Trong một đánh giá về tình hình bệnh nhân tham gia các chương trình cai nghiện có nguồn kinh phí công ở Massachusetts trong giai đoạn năm 1984-1996, McCarty và cộng sự (2000) đã nhận ra sự gia tăng nhanh chóng trong số lượng bệnh nhân sử dụng cả rượu và chất gây nghiện khác trong một tháng trước khi tham gia. Năm 1988, 26% người tham gia báo cáo đã sử dụng từ hai chất gây nghiện trở lên trong tháng trước đó; tới năm 1996, con số đó tăng gần gấp đôi tới 50% (McCarty và cộng sự, 2000). Không có lý gì xu hướng này không xuất hiện ở nơi khác trên đất nước. Miller và cộng sự (1990a) đã lưu ý: “Với tình hình nghiện thuốc hiện tại, việc sử dụng và nghiện nhiều loại thuốc, trong đó có rượu, là một quy luật” (trang 597).

Bác sĩ cần liên tục nhận thức rằng bệnh nhân có thể sử dụng nhiều chất gây nghiện. Ngay cả khi họ đã thừa nhận lạm dụng một chất gây nghiện thì có thể, họ vẫn giấu việc sử dụng chất gây nghiện khác. Có thể họ không coi chất gây nghiện khác là vấn đề, họ lo lắng về hậu quả của việc sử dụng về mặt pháp lý hoặc có lúc họ không ý thức được mình đang sử dụng chất gây nghiện gì. Vì những lý do này, bác sĩ không nên dựa vào bản tự báo cáo của bệnh

nhân khi xác định những chất gây nghiện mà họ đang sử dụng. Nói chuyện với gia đình, bạn bè hoặc những người quen biết bệnh nhân là một việc hữu ích nhưng thế thôi là chưa đủ. Ủy ban đồng thuận khuyến nghị rằng ta nên cho tất cả bệnh nhân kiểm tra chất gây nghiện qua nước tiểu khi tham gia chương trình cai nghiện để xác định loại chất gây nghiện mà họ đang sử dụng. Nếu kiểm tra không phát hiện ra họ sử dụng chất gây nghiện gì thì điều đó cũng không nhất thiết đồng nghĩa với việc họ không sử dụng chất gây nghiện. Có thể khoa chất độc không thể phát hiện ra loại chất gây nghiện đó. Nhân viên nên hiểu rõ loại chất gây nghiện mà chương trình/trung tâm/bệnh viện cai nghiện kiểm tra, không kiểm tra, không thể kiểm tra hoặc phát hiện và hạn chế của các kiểm tra này.

Sắp xếp ưu tiên cho các chất gây nghiện bị lạm dụng

Mặc dù chất gây nghiện bị lạm dụng có thể có các tương tác phức tạp nhưng không phải lúc nào ta cũng xác định được ảnh hưởng của những tương tác này tới việc cai nghiện. Vì thế, cách tốt nhất là sắp xếp ưu tiên cho các chất gây nghiện khiến bệnh nhân phụ thuộc và điều trị liên tục tùy theo độ nặng khi họ cai thuốc này. Chất gây nghiện có các hội chứng cai nghiện nghiêm trọng nhất, hay chất gây nghiện có các hội chứng cai nghiện có thể gây chết người, là rượu và thuốc ngủ-thuốc an thần. Khi cai nghiện cho bệnh nhân phụ thuộc vào nhiều chất gây nghiện, ta nên xử lý thuốc ngủ-thuốc an thần trước.

Ta nên sử dụng thuốc Methadone dạng uống, LAAM hay buprenorphine để ổn định việc cai opioid trong khi giảm liều dùng thuốc ngủ-thuốc an thần hay anxiolytic (thuốc chống lo âu) 10%/ngày. Sau khi bệnh nhân được giảm liều dùng hai thuốc này, họ có thể bắt đầu cai opioid thay thế (Wilkins và cộng sự, 1998). Một số bệnh nhân có thể được cai nghiện thành công khỏi thuốc ngủ-thuốc an thần và anxiolytic đồng thời, nhưng điều này đòi hỏi sự chăm sóc y tế và điều dưỡng lớn. Hầu hết bệnh nhân đều có lợi từ việc duy trì opioid trong thời

gian mở rộng sau khi hoàn tất việc cai thuốc an thần.

Nếu bệnh nhân đang lạm dụng nhiều loại thuốc ngủ-thuốc an thần hoặc thuốc ngủ-thuốc an thần và rượu, việc cai nghiện vẫn tiến hành theo cách tương tự như khi cai một chất gây nghiện. Ta nên kê cho bệnh nhân một loại thuốc ngủ-thuốc an thần với liều dùng liên tục giảm, thông thường các bác sĩ hay sử dụng thuốc benzodiazepine. Liều dùng nên giảm theo phản ứng sinh lý của bệnh nhân. Bác sĩ cũng có thể kê thuốc chống co giật như carbamazepine (Tegretol XR), ngay cả khi bệnh nhân không bị động kinh hoặc co giật khi cai nghiện, để giúp họ an toàn (Wilkins và cộng sự, 1998). Ngoài ra, ta còn có thể sử dụng phenobarbital để cai nghiện cho những bệnh nhân đang lạm dụng cả rượu và benzodiazepine. Nếu không biết liều dùng rượu và thuốc ngủ-thuốc an thần của bệnh nhân, ta có thể kiểm tra độ nhờn thuốc của họ để xác định liều dùng Phenobarbital.

Khi điều trị cho các bệnh nhân đang cai các chất gây nghiện ngoài thuốc ngủ-thuốc an thần, ưu tiên tiếp theo là quản lý việc cai nghiện opioid. Thông thường, các chất gây nghiện bị lạm dụng, bao gồm chất kích thích, cần sa, hallucinogenic (LSD và các thuốc tương tự) và thuốc hít, không đòi hỏi cách điều trị đặc biệt ở những bệnh nhân đang được cai thuốc ngủ-thuốc an thần và/hoặc opioid.

Bệnh nhân có thể lạm dụng nhiều loại chất gây nghiện và theo các cách kết hợp khác nhau, bác sĩ cần thận trọng khi đánh giá và điều trị cai nghiện ở các trường hợp này. Nghiên cứu theo tình huống bên trên đã minh họa một số vấn đề nghiêm trọng mà bác sĩ phải đối mặt khi đánh giá và điều trị cho các bệnh nhân đang cai nhiều loại chất gây nghiện.

Ví dụ về các vấn đề dễ xảy ra: Cai nghiện cho người lạm dụng nhiều chất gây nghiện

Anh L 43 tuổi đã phụ thuộc vào heroin suốt 25 năm. Anh là bệnh nhân khá quen ở trung tâm cai nghiện, sau khi nhiều lần tham gia chương

trình (cần bản gồm hỗ trợ và hydrat hóa) qua các năm. Dù trông anh hốc hác hơn và không lạ khi mỗi lần anh tới thì bệnh càng nặng hơn, nhưng thông thường, mọi việc với anh vẫn thế: 2 hoặc 3 ngày bị đau bụng nghiêm trọng, nôn mửa, tiêu chảy, và kết quả là sau vài ngày khổ sở vật lộn, anh trở về cộng đồng. Tuy nhiên, lần này thì khác. Trông anh “bệnh hơn” bình thường. Trước kia, anh L là bệnh nhân chấp hành nội quy khá tốt, còn bây giờ anh thù địch và hung hăng. Anh hay lầm nhảm nói chuyện một mình và có vẻ không tỉnh táo như vốn có. Y bác sĩ từng nhiều lần hỏi anh xem anh có dùng thứ gì khác không nhưng lần nào anh cũng chối. Anh luôn lựa chọn heroin – thi thoảng anh mới uống rượu và khi không thể kiếm được gì khác, đôi lúc anh mới hút cần sa. Ngày thứ 3 tham gia cai nghiện, trông anh càng ốm yếu hơn. Lúc anh tới phòng tắm, người ta thấy anh đi loạng choạng và khi vừa chạm tới cửa thì anh quỵ ngã, đầu đập xuống và bị động kinh cơn lớn. Ở bệnh viện địa phương, kiểm tra của khoa cai nghiện cho thấy sự xuất hiện của PCP, nồng độ cao thuốc barbiturate, opioid và dấu hiệu của thuốc benzodiazepine.

Trong khu vực tư, nơi luôn sẵn tiền cho kiểm tra độc tố, câu hỏi đầu tiên mà nhiều người đặt ra ở trường hợp của anh L là: “Tại sao họ không kiểm tra chất gây nghiện ở anh sớm hơn?” Tuy nhiên, những người làm trong cơ sở công đều hiểu rằng các thiết bị kiểm tra thường không sẵn có và chỉ có sau thời gian quay vòng kéo dài. Máy kiểm tra chất độc, dù là loại cầm tay, cũng là thiết bị đắt đỏ cho những nguồn ngân quỹ thường là khá eo hẹp. Bên cạnh đó, trong trường hợp này, bệnh nhân được cho là lượng đã biết – anh chỉ sử dụng heroin

Tình huống này không phải hiếm. Có nhiều khả năng chính bệnh nhân cũng không ý thức được các chất gây nghiện có trong cơ thể mình. Một trong các thực tế đáng sợ hơn liên quan tới việc mua bán chất gây nghiện trái phép là người dùng thiếu kiến thức về những chất gây nghiện đang sử dụng. Để khiến người mua tin rằng họ đang mua sản phẩm có chất lượng cao hơn sản phẩm họ đang dùng hiện tại, chất gây nghiện

thường có chất pha (thành phần kém hơn) có thể tạo ra tác động tương tự như chất gây nghiện mà họ nghĩ là mình đang mua. Trong trường hợp này, có thể anh L đã mua phải heroin có pha barbiturate và benzodiazepine mà không biết, đây là một thực tế có thể dẫn đến hậu quả chết người. Cả hai chất đều có tác dụng an thần và có thể cho anh cảm giác thoải mái, khoan khoái mà anh đang tìm kiếm từ loại chất gây nghiện ưa thích. Tuy nhiên, rất tiếc là dù cai opioid không đe dọa tới tính mạng nhưng cai barbiturate thì có thể. Ngoài ra, loại cần sa mà thi thoảng anh hút có thể có PCP mà anh không biết.

Phương pháp thay thế

Các phương pháp thay thế đã được nghiên cứu về mặt khoa học không phải là phương pháp dành riêng cho cai nghiện hay phương thức điều trị riêng. Các phương pháp này được thiết kế để ứng dụng trong hệ thống điều trị lạm dụng chất gây nghiện kết hợp và toàn diện để thúc đẩy sức khỏe và sự thoải mái, giải quyết các triệu chứng giảm nhẹ tạm thời và nâng cao việc duy trì điều trị. Do rất khó, nếu không phải là không thể, tách riêng từng phương pháp như biến số độc lập trong các nghiên cứu có kiểm soát chặt chẽ, nên ta không có dữ liệu dứt khoát về tính hiệu quả của các phương pháp thay thế này (Trachtenberg 2000).

Nhi châm đã được áp dụng trên toàn thế giới, bắt đầu từ Hồng Kông, như một cách điều trị bổ sung trong quá trình cai nghiện opioid suốt 30 năm qua. Ở Mỹ, nó được sử dụng đầu tiên ở California (Seymour và Smith 1987) và New York (Mitchell 1995) nhưng chưa được nghiên cứu có kiểm soát chặt chẽ. Một báo cáo (Washburn và cộng sự, 1993) đã lưu ý rằng bệnh nhân phụ thuộc vào heroin có tính tình hòa nhã có vẻ hưởng lợi nhiều hơn những người có triệu chứng cai nghiện nghiêm trọng mà việc châm cứu không giúp ích nhiều. Theo báo cáo đồng thuận của Viện Y tế Quốc gia năm 1997 về châm cứu, dùng châm cứu để điều trị nghiện có thể là một phần của chương trình kiểm soát toàn diện. Hội Cắt con bằng Nhi châm Quốc

gia đã phát triển phác đồ châm cứu liên quan tới nhi châm theo nhóm. Phương pháp này bắt nguồn từ bệnh viện Lincoln ở Bronx và đã được hơn 400 chương trình điều trị nghiện và 40% tòa án chuyên xử lý các vụ liên quan tới ma túy sử dụng. Khảo sát toàn quốc về các dịch vụ điều trị lạm dụng chất gây nghiện của SAMHSA (N-SSATS) cho thấy 5,4% trong 13.720 cơ sở tham gia vào năm 2001 đã cung cấp dịch vụ châm cứu (Văn phòng các nghiên cứu ứng dụng 2002b).

Châm cứu là một trong các phương pháp thay thế được ứng dụng rộng rãi trong bối cảnh điều trị nghiện. Nó được sử dụng để bổ sung cho phương pháp điều trị chính thống nhờ tác dụng giảm khao khát đối với nhiều loại chất gây nghiện bị lạm dụng và góp phần nâng cao tỷ lệ duy trì điều trị. Cụ thể, châm cứu được xem như phương pháp bổ sung hiệu quả cho điều trị rối loạn do rượu và cocaine. Nó cũng đóng vai trò quan trọng trong điều trị opioid (như duy trì Methadone). Nó được sử dụng như phương pháp bổ sung trong lúc duy trì, như khi giảm lượng dụng Methadone. Khía cạnh nghi thức của việc châm cứu như một phần của chương trình điều trị toàn diện cũng mang lại môi trường ổn định, thoải mái và nhất quán để bệnh nhân chủ động tham gia. Kết quả là châm cứu giúp bệnh nhân tích cực tham gia quá trình điều trị. Điều này cũng phần nào cải thiện tỷ lệ duy trì điều trị (Boucher và cộng sự, 2003). Nghiên cứu năm 1999 do CSAT bảo trợ cho thấy bệnh nhân lựa chọn chương trình ngoại trú có châm cứu ít có xu hướng tái nghiện trong 6 tháng sau khi ngừng điều trị hơn những bệnh nhân lựa chọn chương trình nội trú (Shwart và cộng sự, 1999).

Cai nghiện bằng nhi châm, phương pháp vốn được phát triển để điều trị thay thế cho được lý trị liệu kháng opioid, giờ đang gia tăng điều trị được lý trị liệu cho những bệnh nhân có đồng thời nhiều vấn đề với cocaine (Avants và cộng sự, 2000). Người ủng hộ châm cứu đã bắt tay với người ủng hộ được lý trị liệu kháng opioid để tạo ra phương pháp kết hợp có tính tổng thể. Phương pháp này mang lại thành công cho phương pháp kia, cả trong y khoa và quan niệm chung.

Trước tỉ lệ lây lan cao HIV, viêm gan do virus và nhiều loại bệnh truyền nhiễm khác, ta phải hết sức cẩn thận để đảm bảo kim châm cứu vô trùng khi dùng cho người phụ thuộc vào heroin. Châm cứu không được khuyến nghị làm phương pháp điều trị riêng cho cai opioid.

Các phương pháp quản lý thay thế khác mà chưa được nghiên cứu có kiểm soát ủng hộ bao gồm liệu pháp điện não (đưa dòng điện qua da) và liệu pháp thảo mộc. Trên thực tế, liệu pháp điện não đã được chứng minh trong một nghiên cứu có kiểm soát là không tốt hơn giả dược (Gariti và cộng sự, 1992). Việc sử dụng thảo mộc để chữa bệnh đã bắt nguồn từ thưở bình minh của văn minh nhân loại, còn việc sử dụng thảo mộc để điều trị lạm dụng chất gây nghiện chỉ mới được ghi nhận từ năm 1981 trong chương trình methadone, ở các cơ sở bên ngoài, cộng đồng trị liệu, chương trình ngoại trú và bệnh viện (Nebelkopf 1981). Các phương pháp chữa bệnh bằng thảo mộc được ứng dụng trong cai nghiện và điều trị lạm dụng chất gây nghiện ở nhiều nền văn hóa trên khắp thế giới. Tuy nhiên, không có nghiên cứu khoa học nào tách thảo mộc làm biến số riêng rẽ để thử nghiệm tính hiệu quả của nó. Hiện nay, nhiều nghiên cứu đang được tiến hành để tìm hiểu hiệu quả của phương pháp chữa bệnh này ở nhiều tình trạng thể chất.

Lưu ý cho các nhóm đối tượng cụ thể

Tất cả các cá nhân tham gia cai nghiện đều đặc biệt dễ tổn thương. Những bệnh nhân từng gặp phải quan điểm tiêu cực của y bác sĩ có thể cảm thấy lòng tự trọng bị tổn thương, họ có thể bỏ cai nghiện sớm hoặc có cảm giác tội tệ khác. Trải nghiệm không hay có thể làm giảm quá trình phục hồi. Ngoài ra, bác sĩ cần nhận ra rằng có nhiều bệnh nhân không chỉ thuộc một nhóm đối tượng. Một người có thể là thành viên của nhiều nhóm (như phụ nữ Latinh có thai, người lưỡng tính và có chuẩn đoán tâm lý về rối loạn căng thẳng sau sang chấn và trầm cảm nặng). Một số lưu ý được thảo luận dưới đây

có thể có ích cho họ. Cũng cần lưu ý rằng ta không nên sử dụng thông tin trong các mục cho nhóm đối tượng cụ thể để phân loại các cá nhân hoặc khiến cho độc giả có ấn tượng rằng thông tin bên dưới phù hợp với mọi cá nhân là thành viên của một nhóm.

Phụ nữ có thai

Trong lúc cai nghiện, phụ nữ có thai cần nhận được sự chăm sóc y tế toàn diện, nhất là khi đây là lần đầu tiên họ tìm kiếm loại chăm sóc hoặc điều trị này. Lý tưởng nhất, các chương trình cai nghiện cho phụ nữ có thai khỏi rượu và chất gây nghiện trái phép nên có những dịch vụ sau:

- Cai nghiện theo yêu cầu
- Dịch vụ y tế lấy phụ nữ làm trung tâm
- Dịch vụ đi lại nơi cai nghiện (cũng như nơi điều trị lạm dụng chất gây nghiện sau đó)
- Dịch vụ trông trẻ
- Dịch vụ tư vấn và quản lý trường hợp
- Dịch vụ nhà ở an toàn, chi phí vừa phải và không chất gây nghiện
- Hỗ trợ nhu cầu về pháp lý, dinh dưỡng và các dịch vụ xã hội khác

Dù ta đều công nhận rằng cung cấp tất cả các dịch vụ trên là điều lý tưởng mà ta cần nỗ lực đạt được nhưng tối thiểu, các chương trình cai nghiện phải có liên kết chặt chẽ với các tổ chức cung cấp những dịch vụ kể trên và nên thiết lập hệ thống để đảm bảo phụ nữ có thai có thể tiếp cận các dịch vụ bổ sung mà họ cần.

Phụ nữ có thai tham gia cai nghiện sẽ được hưởng lợi từ việc kiểm tra y tế toàn diện, bao gồm cả kiểm tra thai sản. Vì theo ước tính có khoảng 44 tới 70% phụ nữ lạm dụng chất gây nghiện có tiền sử bị lạm dụng về thể chất, tình cảm và tình dục (Moylan và cộng sự, 2001; Stevens và cộng sự, 1997), nên ta phải đặc biệt chú ý để giúp bệnh nhân thoải mái trong lúc kiểm tra. Một trong các rào cản tâm lý lớn ngăn phụ nữ có thai tìm kiếm điều trị là sự xấu hổ và vết nhơ gắn với việc sử dụng chất gây nghiện, nhất là trong thời kỳ có thai. Bất cứ trải nghiệm

tiêu cực nào mà họ gặp phải trong quá trình cai nghiện cũng có thể khiến họ bỏ điều trị và không trở lại.

Cai nghiện trong thời kỳ mang thai đặt ra rủi ro đặc biệt, trong đó bác sĩ cần chú ý để đảm bảo sức khỏe và an toàn cho cả người mẹ và thai nhi. Theo quan điểm y học, trước khi kê bất cứ loại thuốc nào cho phụ nữ có thai, điều đặc biệt quan trọng là họ cần hiểu các rủi ro và lợi ích khi sử dụng những loại thuốc này và ký vào mẫu đồng ý để xác minh rằng họ đã được thông báo và hiểu rõ những thông tin được cung cấp. Vì phụ nữ có thai thường tới điều trị vào giữa hoặc cuối kỳ ba tháng thứ hai và việc sử dụng nhiều chất gây nghiện là việc phổ biến hơn là ngoại lệ (Jones và cộng sự, 1999), nên trước tiên, bác sĩ cần kiểm tra xem những phụ nữ này có phụ thuộc vào hai loại chất gây nghiện có thể đe dọa tính mạng khi cai nghiện hay không, đó là rượu và thuốc ngủ-thuốc an thần. Bác sĩ cũng cần giới thiệu cho họ biết rằng tất cả các dịch vụ phụ trợ sẽ hỗ trợ họ giải quyết các vấn đề với trẻ sơ sinh, bao gồm thức ăn, chỗ ở, phòng khám y tế để tiêm chủng, cũng như các chương trình hỗ trợ sự phát triển hay những vấn đề thể chất mà trẻ sơ sinh có thể gặp phải khi tiếp xúc với chất gây nghiện.

Rượu

Khi phụ nữ có thai cai nghiện rượu, giảm dần nhóm thuốc benzodiazepine có vẻ đang là lựa chọn phổ biến. Theo hiểu biết hiện giờ, nhìn chung liệu pháp benzodiazepine không có nhiều rủi ro gây quái thai như các thuốc chống co giật khác, với điều kiện chúng được chỉ định trong một thời gian ngắn. Có vẻ ta có thể sử dụng benzodiazepine hoạt động ngắn, như những loại thuốc đã đề cập để điều trị cai nghiện rượu bên trên, ở liều lượng thấp như một cách cai nghiện, ngay cả trong kỳ ba tháng đầu (Robert và cộng sự, 2001). Nên tránh thuốc benzodiazepine hoạt động kéo dài – sử dụng chúng trong kỳ ba tháng thứ ba hoặc lúc gần sinh có thể gây ra hội chứng cai nghiện ở đứa trẻ (Garbis and McElhatton 2001).

Dù ta chưa quan sát thấy bất cứ tác động gây

quái thai nào nhưng ta cũng biết rất ít về ảnh hưởng của việc chỉ định naltrexone, naloxone hay nalmefene trong thai kỳ. Dù propranolol (Inderal), labetalol (Trandate) và metoprolol (Lopressor) là thuốc beta blockers được lựa chọn để điều trị cao huyết áp trong thai kỳ (McElhatton 2001), nhưng ảnh hưởng khi sử dụng chúng để cai nghiện rượu trong thai kỳ còn chưa rõ ràng. Việc sử dụng SSRI, một loại thuốc chống suy nhược, sẽ an toàn cho người mẹ và thai nhi hơn thuốc chống suy nhược ba vòng (Garbis và McElhatton 2001). Fluoxetine (Prozac) là SSRI được nghiên cứu nhiều nhất trong thai kỳ, và mặc dù chưa có ghi nhận nào về tỷ lệ quái thai hay các ảnh hưởng tác động tới sự phát triển thần kinh quan sát được ở trẻ chưa đến tuổi chưa đi học (Garbis và McElhatton 2001), nhưng ta đã quan sát thấy các dấu hiệu cai thuốc ở trẻ sơ sinh. Do fluoxetine có nhiều dữ liệu nhất nên SSRI được khuyến nghị sử dụng trong thai kỳ (Garbis và McElhatton 2001).

Việc sử dụng thuốc chống co giật, như valproic acid, có liên quan tới một số trường hợp quái thai. Nếu buộc phải sử dụng loại thuốc này trong thai kỳ, người phụ nữ phải được thông báo là nó có nguy cơ gây quái thai (Robert và cộng sự, 2000). Ta cũng đã nghiên cứu về việc sử dụng barbiturate trong thai kỳ ở một chừng mực nào đó, và Phenobarbital cũng đang được sử dụng để điều trị trong thai kỳ, nhưng ta vẫn phải thảo luận rủi ro của bất cứ hội chứng cai nghiện bằng thuốc chống co giật nào với bệnh nhân (Robert và cộng sự, 2000). Hiện tại, ta đã có báo cáo về hội chứng cai nghiện ở trẻ sơ sinh sau khi tiếp xúc trước sinh với phenobarbital (Kuhn và cộng sự, 1988).

Opioid

Mặc dù bác sĩ không khuyến nghị phụ nữ có thai đang duy trì bằng Methadone tiến hành cai nghiện nhưng nếu họ yêu cầu, thời gian an toàn nhất để cai nghiện là trong kỳ ba tháng thứ hai. Để biết thêm thông tin, hãy tham khảo trong TIP tiếp theo Điều trị lạm dụng chất gây nghiện: Đáp ứng các nhu cầu cụ thể của phụ

nữ (CSAT trong phần e) và TIP 43 Hỗ trợ điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện trong chương trình điều trị nghiện (CSAT 2005d). Ngược lại, ta có thể cai nghiện cho phụ nữ phụ thuộc vào heroin mà đang lạm dụng opioid trái phép bằng cách giảm methadone.

Trước khi bắt đầu cai nghiện, phụ nữ nên đánh giá các rủi ro và lợi ích của việc cai nghiện, vì sau đó có nhiều phụ nữ tái nghiện, gây rủi ro cho bản thân và thai nhi (Jones và cộng sự, 2001b). Trong thai kỳ, sự liên kết protein của nhiều thuốc, bao gồm methadone và diazepam (một loại benzodiazepine) giảm (theo Adams và Wachter 1968; Dean và cộng sự, 1980; Ganrot 1972) với mức giảm cao nhất được ghi nhận trong kỳ ba tháng thứ ba (Perucca và Crema 1982). Sự liên kết này giảm do mức độ albumin giảm như được báo cáo trong thai kỳ (Yoshikawa và cộng sự, 1984). Theo quan điểm y khoa, phụ nữ có thai có thể có nguy cơ bị độc và gặp các tác dụng phụ cao hơn, nhưng cùng lúc, sự chuyển hóa thuốc có thể tăng lên (như được tìm thấy với methadone). Điều này khiến thuốc giảm tác dụng trị liệu, vì nhiều phụ nữ yêu cầu tăng liều methadone trong kỳ ba tháng cuối (Pond và cộng sự, 1985).

Một loại thuốc khác được dùng để điều trị các dấu hiệu và hội chứng cai nghiện là clonidine. Clonidine được sử dụng như thuốc thứ hai để điều trị cao huyết áp trong thai kỳ và có vẻ là không có tác động gây quái thai (McElhatton 2001). Theo báo cáo, loại thuốc này thường bị phụ nữ có thai lạm dụng. Một số phụ nữ còn dùng chung clonidine với methadone vì nó khó phát hiện trong nước tiểu và giúp tăng tác dụng của thuốc methadone. Tuy nhiên, ta chưa biết rõ ảnh hưởng của nó đối với trẻ em khi nó được kê theo liều lượng điều trị cai nghiện, cũng như liều lượng cao hơn liều lượng điều trị (Anderson và cộng sự, 1997a). Ta cũng đã kiểm tra buprenorphine trong thai kỳ và mặc dù nó có vẻ không có tác động gây quái thai nhưng có thể liên quan đến hội chứng cai nghiện ở trẻ sơ sinh (Jones và Johnson 2001).

Ủy ban đồng thuận của viện Y tế Quốc gia

khuyến nghị ta áp dụng phương pháp duy trì bằng methadone như cách chăm sóc tiêu chuẩn cho phụ nữ có thai phụ thuộc vào opioid. Hiện tại, methadone là loại thuốc duy nhất được khuyến nghị trong điều trị hỗ trợ bằng thuốc cho phụ nữ có thai. Các thử nghiệm lâm sàng đang được tiến hành để xác định hiệu quả và độ an toàn của buprenorphine với phụ nữ có thai nhưng nó chưa được thông qua để sử dụng với nhóm đối tượng này. Hai nghiên cứu trước đó về việc điều trị cho phụ nữ có thai phụ thuộc vào opioid bằng buprenorphine đã cho thấy các kết quả hứa hẹn (Fischer và cộng sự, 2000; Johnson và cộng sự, 2001). Dựa trên quan điểm về tài liệu nghiên cứu, Comer và Annitto (2004) đã kết luận rằng ta nên sử dụng buprenorphine quyết liệt hơn để cai nghiện cho phụ nữ có thai mà muốn dứt nghiện opioid lúc sinh con.

Do nguy cơ sinh non cũng như khả năng thai nhi ốm yếu và chết lưu liên quan tới việc cai nghiện opioid, phụ nữ phụ thuộc vào opioid được khuyến nghị duy trì trong thai kỳ (Kaltenbach và cộng sự, 1998). Ngoài ra, ta nên giữ ổn định cho phụ nữ có thai bằng methadone thay vì cho họ cai nghiện còn vì lý do như các rủi ro khi tái nghiện, hậu quả liên quan tới HIV và dùng nhiều kim, và khả năng thiếu chăm sóc tiền sản.

Chính phủ liên bang yêu cầu phải chăm sóc tiền sản cho phụ nữ có thai duy trì bằng methadone. Nhà cung cấp điều trị có trách nhiệm tổ chức việc chăm sóc này. Ngoài ra, họ cũng cần phối hợp với khoa sản, khoa nhi và các tổ chức điều trị lạm dụng chất gây nghiện. Chăm sóc toàn diện cho phụ nữ có thai phụ thuộc vào opioid phải kết hợp duy trì bằng methadone, chăm sóc tiền sản và điều trị lạm dụng chất gây nghiện.

Phụ nữ có thai nên được duy trì bằng liều lượng methadone phù hợp (như liều lượng điều trị). Liều lượng hiệu quả sẽ giúp ngăn ngừa ảnh hưởng xấu của việc cai nghiện trong 24 giờ, giảm hoặc loại bỏ ham muốn dùng thuốc và kim tiêm tác động kích thích của các chất gây nghiện khác. Liều lượng hiệu quả thường nằm trong khoảng từ 50 tới 150mg (Drozdzick và cộng sự, 2002) và phải được xác định theo từng

cá nhân, vì một số phụ nữ có thai có thể được duy trì thành công với liều lượng chưa đến 50mg trong khi những người khác cần liều lượng cao hơn 150mg. Thông thường, liều lượng này sẽ tăng lên khi phụ nữ trải qua thời kỳ thai nghén do sự gia tăng lượng máu và các thay đổi về trao đổi chất cụ thể trong thai kỳ (Drozdzick và cộng sự, 2002; Finnegan và Wapner, 1988).

Nhìn chung, một liều methadone có tác dụng trong 24 giờ. Tuy nhiên, do thay đổi trao đổi chất trong thai kỳ, có thể ta sẽ khó kiểm soát đầy đủ phụ nữ có thai trong 24 giờ bằng một liều duy nhất. Tách liều, nhất là trong kỳ ba tháng thứ ba của thai kỳ, có thể giúp nồng độ methadone trong máu của bệnh nhân ổn định và điều trị hiệu quả hội chứng cai nghiện và ham muốn dùng thuốc.

Phụ nữ đang duy trì bằng methadone không bị cấm cho con bú vì rất ít methadone đi qua sữa mẹ. Ủy ban về chất gây nghiện của Viện Hàn lâm Nhi khoa Hoa Kỳ (AAP) đã liệt methadone vào “thuốc cho thai phụ phù hợp cho nuôi con bằng sữa mẹ” (AAP, 2001, trang 780-781).

Benzodiazepine

Nguyên tắc cai nghiện benzodiazepine được áp dụng giống nhau cho cả phụ nữ có thai và không có thai. Ta cần giảm liều dùng benzodiazepine từ từ để không gây ra hội chứng cai nghiện cho thai nhi cũng như các hậu quả xấu khác cho thai nhi và người mẹ. Cai nghiện diễn ra an toàn nhất trong kỳ ba tháng thứ hai nhằm tránh sẩy thai hoặc đẻ non. Để biết thêm thông tin, hãy tham khảo TIP tiếp theo Điều trị lạm dụng chất gây nghiện: Đáp ứng các nhu cầu cụ thể của phụ nữ (CSAT trong mục e). Tài liệu đã ghi nhận hội chứng cai nghiện ở trẻ sơ sinh mà trước khi sinh đã tiếp xúc với benzodiazepine (Sutton và Hinderliter 1990), và ta có thể tri hoãn ngay từ đầu hội chứng liên quan tới benzodiazepine tốt hơn liên quan tới các chất gây nghiện khác.

Chất kích thích

Nguyên tắc cai nghiện chất kích thích như cocaine được áp dụng giống nhau cho cả phụ

nữ có thai và không có thai. Vì hiện tại ta chưa có phương pháp được lý trị liệu nào để giúp bệnh nhân giảm sử dụng chất kích thích nên nếu sử dụng bất cứ loại thuốc nào để điều trị các biến chứng bệnh lý phát sinh do cai nghiện, ta chỉ nên tiến hành sau khi đã thảo luận với bệnh nhân các rủi ro và lợi ích của mỗi loại thuốc.

Dùng môi

Nguyên tắc cai nghiện dùng môi được áp dụng giống nhau cho cả phụ nữ có thai và không có thai. Cần lưu ý rằng dựa trên phân tích các báo cáo trường hợp, nó có một đặc điểm phức tạp mà có vẻ là tương tự với tác động của rượu lên thai nhi. Hội chứng ngộ độc rượu ở thai nhi (FAS) đặc trưng ở sự phát triển không đầy đủ (sinh nhỏ so với tuổi thai, không phát triển ở mức độ bình thường), nhất là các đặc điểm trên mặt (như mắt quá gần nhau, tay nằm thấp ở trên đầu) và rối loạn chức năng CNS (chậm phát triển thần kinh, kích cỡ não nhỏ) và dị dạng não (Costa và cộng sự, 2002). Vì thế, sự phát triển của thai nhi ở phụ nữ có bầu mà có tiền sử lạm dụng dung môi cần được đánh giá và theo dõi kỹ lưỡng (Jones và Balster 1998).

Nicotine

Có nhiều tài liệu cho thấy hút thuốc trong thai kỳ có thể gây ra vô số tác hại lên thai nhi (xem Schaefer 2001). Tại Mỹ, hút thuốc lá trong thai kỳ gây nguy cơ thai nhi ốm yếu và chết lưu lớn nhất, nhưng có thể sửa đổi được (Dempsey và Benowitz 2001). Dù bệnh nhân đang tiến hành cai nghiện nhưng họ cần được giáo dục về rủi ro của việc hút thuốc lá trong thai kỳ và lý tưởng nhất là họ nên bị cấm hút thuốc lá. Điều này đặc biệt quan trọng vì hút thuốc lá có liên hệ chặt chẽ với việc thai nhi bị giảm trọng lượng, một yếu tố dự báo vấn đề về phát triển ở trẻ sơ sinh (Ernst và cộng sự, 2002). Nếu họ không thể ngừng hút thuốc bằng cách can thiệp hành vi, ta có thể sử dụng các sản phẩm thay thế nicotine. Tuy nhiên, họ cần hiểu đầy đủ các rủi ro và lợi ích có thể có của những loại thuốc này (Jones và Johnson 2001).

Ta cũng cần chỉ ra cho bệnh nhân thấy rằng theo dữ liệu, phụ nữ hưởng lợi từ liệu pháp thay thế nicotine (NRT) ít hơn nam giới và có thể hưởng lợi nhiều hơn từ các loại thuốc không phải thuốc thay thế nicotine (như bupropion), qua đó giúp tỷ lệ phụ nữ bỏ thuốc tương đương với nam giới (Perkins 2001). Tuy nhiên, dữ liệu liên quan tới việc sử dụng bupropion trong thai kỳ còn hạn chế.

Các kiểm tra về tác động cấp tính của NRT ở phụ nữ có thai hé lộ rằng nicotine có tác động rất nhỏ lên hệ thống tim mạch của người mẹ và thai nhi. NRT có thể được coi là phương pháp đỡ tệ hại hơn trong hai phương pháp tệ hại, vì việc hút thuốc lá mang lại hàng ngàn hóa chất, bên cạnh nicotine. Trong số đó, có nhiều hóa chất được coi như chất độc đối với sự phát triển (như carbon monoxide và chì). Người ta nghi ngờ rằng chất độc được sinh ra do hút thuốc lá liên quan căn bản tới nicotine. Vì thế, nếu NRT được áp dụng trong thai kỳ, liều lượng nicotine trong NRT cần tương đương với liều lượng nicotine mà phụ nữ có thai nhận được từ việc hút thuốc lá tự phát của mình (vào bất cứ khi nào họ muốn). Dù công thức NRT sử dụng không liên tục (như nhai kẹo cao su) được khuyến nghị so với các công thức sử dụng liên tục (như miếng dán) do nó giúp giảm tổng liều lượng nicotine được truyền vào thai nhi (Dempsey và Benowitz, 2001), nhưng ta vẫn chưa biết rõ ảnh hưởng của liều lượng cấp tính không liên tục sau khi cai nghiện nicotine lên thai nhi như thế nào.

Cần sa, steroid đồng hóa và thuốc hộp đêm

Nguyên tắc cai những chất gây nghiện này được áp dụng giống nhau cho cả phụ nữ có thai và không có thai. Việc sử dụng steroid đồng hóa trong thai kỳ còn hiếm, nhưng nó có thể gây tác động xấu tới việc mang thai. Và nếu việc sử dụng bị phát hiện, ta nên kiểm tra siêu âm chi tiết để xác định sự phát triển hình thái (thể chất hoặc cấu trúc) của thai nhi (Scialli 2001).

Mặc dù thuốc hộp đêm còn khá mới nhưng ta đã có một số báo cáo (McElhatton và cộng sự,

1999) gợi ý rằng có thể có nguy cơ dị dạng bẩm sinh ở trẻ sơ sinh mà trước khi sinh đã tiếp xúc với ecstasy. Các loại thuốc hộp đêm khác như flunitrazepam (Rohypnol) có thể có tác động tương tự những loại thuốc benzodiazepine, tuy nhiên, đây chỉ là phỏng đoán. Để biết thông tin toàn diện về việc điều trị cho nhóm đối tượng này, hãy tham khảo TIP tiếp theo Điều trị lạm dụng chất gây nghiện: Đáp ứng các nhu cầu cụ thể của phụ nữ (CSAT trong phần e).

Người trưởng thành khác

Theo khuyến nghị, khi điều trị cho người lớn tuổi, ta nên có chính sách điều trị theo nhóm tuổi cụ thể và vừa có tính hỗ trợ vừa không chất vấn (Royer và cộng sự, 2000; West và Graham 1999). Người già có thể bị trầm cảm, cô đơn, mất công việc hoặc người thân. Vì thế, ta cần đưa ra chính sách tiêu chuẩn, trong đó họ được kiểm tra trầm cảm và các vấn đề liên quan tới buồn đau hoặc mất mát. Tương tự như với các nhóm đối tượng cụ thể khác, cơ sở cai nghiện cần có sẵn chính sách yêu cầu, ở mức tối thiểu, liên kết vững chắc với các dịch vụ y tế chung và các dịch vụ chuyên môn hóa cho người già vì họ dễ bị tổn thương trước các tác động thể chất. Thiết lập chính sách vì môi trường tích cực và không dung thứ cho việc “phân biệt tuổi tác” – xu hướng phản ứng tiêu cực chung với người già – là việc rất quan trọng để điều trị tối ưu cho nhóm đối tượng này.

Các rối loạn liên quan tới rượu và các chất gây nghiện khác ở người già thường nghiêm trọng hơn ở người trẻ tuổi, họ cũng có nguy cơ mắc các rối loạn bệnh lý đồng diễn cao hơn. Chính các biến chứng bệnh lý, chứ không phải tuổi tác, mới là thứ khiến họ cần cai nghiện ở cơ sở y tế. Người già có thể có chuyển hóa thuốc chậm hơn nên ta cần điều chỉnh liều lượng ở một số trường hợp. Họ cũng có nguy cơ bị phản ứng thuốc cao hơn, vì có thể họ đang được điều trị bằng thuốc cho các vấn đề khác. Ta cần đánh giá kỹ càng và toàn diện, đồng thời liên tục theo dõi để phát hiện bệnh ở nhóm đối tượng này như, nhưng không giới hạn ở, bệnh tim, bệnh về hô hấp, đái tháo đường và chứng mất trí. Ta cũng cần đánh giá khả năng suy giảm

trong bối cảnh thuốc kê đơn. Các phác đồ được trình bày trước đây để cai nghiện rượu, opioid, benzodiazepine, chất kích thích, dung môi, nicotine, cần sa, steroid đồng hóa và thuốc hộp đêm (lạm dụng steroid đồng hóa và thuốc hộp đêm rất hiếm ở nhóm đối tượng này) có thể áp dụng cho người già với điều kiện ta phải xem xét kỹ sự mãn cảm của họ với các loại thuốc cai nghiện. TIP 26, Lạm dụng chất gây nghiện ở người lớn tuổi (CSAT, 1998f), sẽ cung cấp cho bạn thông tin toàn diện về việc điều trị cho nhóm đối tượng này.

Người bất lực và người bị đồng thời nhiều bệnh

Trong bất cứ nhóm bệnh nhân nào, bác sĩ cũng có thể gặp người bất lực bao gồm các rối loạn bệnh lý và tâm thần đồng diễn. Những bệnh nhân này thường đòi hỏi sự hỗ trợ đặc biệt để vượt qua các rào cản về cả thể chất và tâm lý khi tiến hành cai nghiện và điều trị, bao gồm rào cản

tâm lý ở bản thân mà họ phải vượt qua, cùng với các rào cản về quan niệm và giao tiếp – yếu tố ngăn cản sự thấu hiểu rõ ràng và trọn vẹn giữa bệnh nhân và bác sĩ hoặc bác sĩ và viện. Giao tiếp hiệu quả rất cần thiết cho dịch vụ hiệu quả. Về vấn đề chỗ ở, ta cần lưu ý sở thích của người tàn tật. Các chương trình điều trị lạm dụng chất gây nghiện cần tuân theo hai đạo luật liên bang liên quan tới vấn đề này: sửa đổi năm 1992 của đạo luật phục hồi năm 1973 và đạo luật bảo vệ người Mỹ tàn tật [ADA] năm 1990. Theo đạo luật ADA, các chương trình phải loại bỏ hoặc bù đắp cho rào cản về vật chất hoặc kiến trúc ở các cơ sở hiện có khi có thể điều chỉnh được, nghĩa là “có thể dễ dàng điều chỉnh và tiến hành mà không gặp nhiều khó khăn hoặc tốn kém” (P.L. 101-336 § 301). Nhà cung cấp cần kiểm tra chương trình và sửa đổi chúng để loại bỏ bốn nhóm rào cản căn bản khi điều trị cho người bất lực và/hoặc người bị các rối loạn đồng diễn bao gồm: (1) rào cản về quan điểm; (2) chính sách, thông lệ và quy trình có tính phân biệt đối xử;

Hình 4-15 Một số định nghĩa liên quan tới bất lực

Bệnh: Sự gián đoạn, ngừng hoặc rối loạn của chức năng, hệ thống hoặc bộ phận trong cơ thể.
Suy yếu: Bất cứ sự mất mát hay bất thường nào về tâm sinh lý hoặc cấu trúc giải phẫu hoặc chức năng.
Bất lực: Bất cứ sự hạn chế hoặc thiếu hụt nào (do suy yếu) về khả năng thực hiện một hoạt động cụ thể theo cách hoặc trong phạm vi được coi là bình thường ở con người. Bất lực luôn được nhìn nhận theo các kỳ vọng nhất định của xã hội và chỉ trong bối cảnh đó, các nhược điểm của nó mới được đánh giá một cách thích hợp.
Khả năng thực hiện chức năng: Mức độ khả năng của một cá nhân để đáp ứng hoặc thực hiện hành vi, nhiệm vụ và vai trò được xã hội kỳ vọng.
Giới hạn chức năng: Thiếu khả năng thực hiện các hành vi nhất định, hoàn thành các nhiệm vụ nhất định, hoặc đáp ứng các vai trò xã hội nhất định như một hệ quả của sự bất lực. Những giới hạn này có thể có nguồn gốc hoặc bản chất thuộc về giải phẫu (như cắt cụt), sinh lý (như bệnh đái tháo đường), nhận thức (như chấn thương sọ não), giác quan (như mù và điếc) hoặc cảm xúc (như trầm cảm). Chúng đại diện cho sự thể hiện dưới chuẩn của một phần nào đó của cá nhân khi thực hiện các hoạt động sống và phản ánh tương tác giữa con người và môi trường. (Danh sách các lĩnh vực thể hiện khả năng thực hiện chức năng và sự bất lực được đánh giá thường xuyên nhất được nêu trong Hình 4-16).
<i>Nguồn:</i> Livneh và Male 1993; Stedman 1990; Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) 1980.

(3) rào cản về giao tiếp; và (4) rào cản về kiến trúc. Sự hỗ trợ từ liên bang, chính phủ và các nguồn khác có thể giúp cải thiện các vấn đề liên quan tới ADA. Tham khảo TIP 29, *Điều trị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện cho người bị bất lực về thể chất và trí tuệ* (CSAT, 1998g) để biết thêm thông tin.

Thông điệp dưới đây sẽ làm rõ các thuật ngữ và giải quyết các vấn đề cơ bản mà bệnh nhân bất lực và/hoặc có rối loạn đồng diễn đặt ra. Bệnh tật, các chứng rối loạn và thương tích, bất kể là bẩm sinh hay sau này mới có, có thể có tác động xấu tới các bộ phận và hệ thống trong cơ thể. Các bệnh (và bệnh), như đa xơ cứng, chấn thương sọ não, tổn thương tủy sống, đái tháo đường và liệt não, có thể dẫn tới *sự suy yếu* như suy yếu khả năng nhận thức, liệt, mù hoặc rối loạn chức năng cơ. Đến lượt những suy yếu này sẽ gây tình trạng bất lực, từ đó hạn chế khả năng thực hiện chức năng trong nhiều lĩnh vực cuộc sống của bệnh nhân, như học hỏi, đọc sách và đi lại. Dù đau ốm, suy yếu và khuyết tật là các danh mục riêng nhưng chúng thường được sử dụng thay thế cho nhau. Những thuật ngữ căn bản này được định nghĩa ở Hình 4-15.

Lĩnh vực dịch vụ điều trị bất lực đã phát triển thuật ngữ riêng để thảo luận các sự bất lực về thể chất, giác quan và nhận thức (xem định nghĩa bên dưới). Nhiều nhà cung cấp điều trị cho những người bị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện sẽ không quen những thuật ngữ này theo cách chuyên gia định nghĩa chúng. WHO đã nghĩ ra một phương pháp để phân loại sự suy yếu và bất lực (WHO 1980). Hệ thống phức tạp này được đơn giản hóa thành bốn mục chính dưới đây:

1. *Suy yếu thể chất* bắt nguồn từ các bệnh hoặc rối loạn bẩm sinh hoặc sau này mắc phải, hoặc các chấn thương và sang chấn. Ví dụ, tổn thương tủy sống là một rối loạn có thể gây liệt – một dạng suy yếu.
2. *Suy yếu giác quan* bao gồm mù và điếc. Nguyên nhân có thể là do các bệnh hoặc rối loạn bẩm sinh như bệnh não hoặc viêm màng não hoặc tổn thương cơ quan thụ cảm hoặc não.

3. *Suy yếu nhận thức* là sự đứt đoạn các kỹ năng suy nghĩ như khó tập trung, kém trí nhớ, các vấn đề về nhận thức, khó khăn trong giao tiếp, mất phương hướng về không gian, có vấn đề về khả năng sắp xếp (khả năng tuân theo các bước để đạt được mục tiêu), không

Hình 4-16
Biểu đồ suy yếu và bất lực

Danh mục suy yếu	Các sự bất lực phổ biến
Thể chất	Tật nứt đốt sống
	Tổn thương tủy sống
	Què cụt
	Đái tháo đường
	Hội chứng xây xẩm kinh niên
Giác quan	Hội chứng ống cổ tay
	Viêm khớp
	Mù
	Khiếm thính
	Điếc
Nhận thức	Mù điếc
	Khiếm thị
	Các chứng tật gây khó khăn trong học tập
	Trấn thương sọ não
	Chậm phát triển thần kinh
Cảm xúc	Rối loạn giảm tập trung
	Trầm cảm
	Rối loạn lưỡng cực
	Tâm thần phân liệt
	Rối loạn ăn uống
	Rối loạn lo âu
	Rối loạn căng thẳng hậu sang chấn
Nguồn: CSAT 1998e .	

nhận thức được thời gian và chúng lặp lại (liên tục lặp lại những từ hoặc cụm từ vô nghĩa hoặc không phù hợp).

4. *Suy yếu về cảm xúc* là những sự đứt đoạn trong cách xử lý và bày tỏ cảm xúc. Vì mục đích của cuộc thảo luận này, suy yếu về cảm xúc được coi là bao gồm các vấn đề do cả rối loạn về cảm xúc và sinh lý gây ra, như trầm cảm và bệnh điên nặng. Những sự suy yếu này bao gồm triệu chứng rối loạn tâm thần như nói hoặc hành động không có trật tự, tâm lý tri tri để thấy và sự mất khoái cảm.

Một trong những thông lệ quan trọng nhất cần có sẵn như một tiêu chuẩn ở bất cứ cơ sở cai nghiện nào là phải thường xuyên kiểm tra sự bất lực và các tình trạng bệnh lý/tâm thần đồng diễn. Không phát hiện ra những vấn đề này ở bệnh nhân có thể gây ra kết quả tiêu cực (Cook và cộng sự, 1992). Ngoài ra, người nghiện bị rối loạn trầm cảm đồng diễn có nguy cơ tự tử cao. Dĩ nhiên, bệnh nhân có thể có từ hai sự bất lực và/hoặc rối loạn đồng diễn trở lên. Bác sĩ điều trị cho người bị đồng thời rối loạn tâm thần và rối loạn do sử dụng chất gây nghiện cần tham khảo TIP 42, *Điều trị lạm dụng chất gây nghiện cho người bị các rối loạn đồng diễn* (CSAT 2005b).

Tất cả các chương trình cần cố gắng để mọi bệnh nhân có điều kiện tiếp cận ngang nhau và theo cách toàn diện. Cần phải chú ý nhu cầu riêng biệt của mỗi cá nhân khi cung cấp dịch vụ. Ví dụ, bệnh nhân bị bất lực về thể chất, giác quan hoặc nhận thức có thể cần hỗ trợ trong các hoạt động cá nhân (như ăn uống hoặc mặc quần áo), đi lại (như lên xuống cầu thang, đi bộ), giao tiếp (như đọc sách và nói chuyện), học hỏi, kỹ năng xã hội và chức năng quản trị (như lập kế hoạch và tổ chức, ra quyết định). Ta không nên coi việc không tuân theo chỉ dẫn, không tham gia thảo luận và các hoạt động, hay quên hoặc nhầm lẫn ở bệnh nhân bị bất lực về nhận thức là thiếu động lực, chống đối hoặc phủ nhận. Các chương trình cũng nên phát triển bài tập hoặc lời kéo chuyên gia về bất lực nhận thức để xác định các giới hạn do lạm dụng chất gây nghiện và các giới hạn do bất lực. Cả

hai đều cần bác sĩ phải kiên nhẫn. Thông tin đưa ra cho người bị bất lực về nhận thức cần có các phương tiện bổ sung khác nhau, ví dụ, hình ảnh và vật sờ mó được để củng cố tương tác bằng lời nói thông thường.

Các chương trình cũng cần thay đổi chính sách về cách sử dụng thuốc kê giảm đau, vì hầu hết các thuốc này đều là thuốc có khả năng lạm dụng cao. Do nhiều bệnh nhân bị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện thường xuyên sống với sự đau đớn, nên có thể họ không muốn sống trong tình trạng không thuốc nếu nó không giúp xoa dịu cơn đau. Bác sĩ nên phối hợp tìm hiểu xem trước đây bệnh nhân đã áp dụng phương án giảm đau nào và hiện tại họ đang dùng thuốc gì. Ta cũng nên khích lệ bệnh nhân nói lên cảm nhận của họ về nỗi đau và ảnh hưởng của nó tới cuộc sống thường nhật, nhất là khi nó ngăn cản hoặc cản trở việc họ tham gia các hoạt động sống hàng ngày.

Có nhiều phương pháp thay thế để điều trị chứng đau kinh niên. Hiện tại, người ta đã sử dụng châm cứu trong một số chương trình điều trị vì mục đích cai nghiện để giúp giảm nhẹ các hội chứng cai nghiện. Vật lý trị liệu và tập thể dục, nắn khớp xương, liên hệ phản hồi sinh học, thôi miên và trị liệu bằng nóng/lạnh là một số phương pháp khác để điều trị cho người có các vấn đề về thể chất. Hầu hết các phương pháp thay thế này đều không có hoặc nếu có thì có rất ít nghiên cứu hỗ trợ hiệu quả; tuy nhiên một số bác sĩ tin rằng nó có tác dụng. Vì thế, ta cần tham khảo ý kiến chuyên gia trước khi bắt đầu áp dụng các phương pháp này để trị đau cho họ.

Một mô hình khác ủng hộ quan điểm cho rằng bệnh nhân cần được điều trị đồng thời về lạm dụng chất gây nghiện, sức khỏe tâm thần/thể chất và cai nghiện. Tuy nhiên, việc điều trị có thể diễn ra ở các cơ sở khác nhau và được các nhân viên riêng tiến hành. Nhiệm vụ cuối cùng là ủng hộ và thấu hiểu sự can thiệp của nhau. Mức độ nghiêm trọng của chứng nghiện và các tình trạng bệnh lý/tâm thần vào thời điểm bệnh nhân bắt đầu cai nghiện sẽ quyết định họ

Hình 4-17 Bố trí chuyên gia hỗ trợ

“Chuyên gia” trong lĩnh vực điều trị bất lực có thể được bố trí theo nhiều cách, tùy vào bản chất sự bất lực của bệnh nhân và nguồn lực địa phương hiện có. Những bệnh nhân hiểu rõ sự bất lực của mình có thể là “chuyên gia” tốt nhất về tình trạng và nhu cầu cụ thể của họ. Tuy nhiên, có không ít trường hợp người yêu cầu điều trị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện không hiểu các khía cạnh cơ bản trong tình trạng hoặc bệnh lý của họ. Trong những trường hợp này, thành viên trực tiếp trong gia đình hoặc bạn bè thân chính là nguồn thông tin và giúp đỡ quan trọng. Đội điều trị cũng có thể cân nhắc liên lạc với các nguồn khác như:

- Các tổ chức có dịch vụ dành riêng cho người bất lực như hội bại não United Cerebral Palsy, tổ chức cho người mù và điếc như Hiệp hội quốc gia cho người điếc và tật điếc ở Mỹ, hiệp hội phục hồi chức năng và hiệp hội cho các công dân chậm phát triển.

- Nhân viên công tác xã hội

- Nhà quản lý trường hợp

- Chuyên gia phục hồi chức năng

- Nhà tâm lý

- Y bác sĩ liên quan tới các tổ chức xã hội cung cấp dịch vụ điều trị bất lực cho bệnh nhân có nhu cầu (như phục hồi hướng nghiệp, dịch vụ gia đình cho người bị điếc và khiếm thính, đơn vị phục hồi thể chất của Bộ cựu chiến binh Hoa Kỳ, dịch vụ quản lý trường hợp cộng đồng)

- Các tổ chức khác được cộng đồng người bất lực công nhận (như Trung tâm sống độc lập, các ủy ban cho người bất lực của thống đốc, hội cựu chiến binh bị liệt Hoa Kỳ, các liên minh người tiêu dùng của bang hoặc địa phương cho người bất lực)

Nguồn: CSAT 1998e .

cần nhận được dịch vụ nào trước. Lẽ tự nhiên, ta cần đánh giá sự bất lực do bệnh lý của một người khi chuẩn bị cho bất cứ phương án điều trị nào. Trong một số trường hợp, điều trị lạm dụng chất gây nghiện không thể bắt đầu cho đến khi các vấn đề liên quan tới sự bất lực do bệnh lý được giải quyết.

Có nhiều nguồn cho bác sĩ tham khảo, bao gồm chuyên gia trong lĩnh vực dịch vụ điều trị bất lực. Hình 4-17 sẽ đề cập tới các cách bố trí chuyên gia giúp đỡ để điều trị cho bệnh nhân bị bất lực và/hoặc rối loạn đồng diễn.

Tóm lại, phương pháp điều trị tích hợp kết hợp điều trị lạm dụng chất gây nghiện, điều trị rối

loạn đồng diễn và dịch vụ cai nghiện vào một chương trình. Để biết thêm thông tin về phương pháp điều trị các rối loạn này, xem Chương 5.

Người Mỹ gốc Phi

Với người Mỹ gốc Phi, tham gia cai nghiện thường liên quan tới việc đăng ký điều trị rộng hơn, giảm hành vi có rủi ro HIV/AIDS và liên kết với các dịch vụ xã hội và chăm sóc sức khỏe (Lundgren và cộng sự, 1999). Người Mỹ gốc Phi có nguy cơ lớn hơn người bình thường trong việc mắc đồng thời bệnh đái tháo đường và huyết áp cao, các bệnh này có thể đẩy họ tới nguy cơ bị đột quỵ. Ta phải lưu ý điều này khi kê thuốc cai nghiện và theo dõi họ.

Khi điều trị cho bệnh nhân người Mỹ gốc Phi, hiệu quả điều trị và hiệu quả của nhà trị liệu có thể gắn với hiểu biết của nhà trị liệu về tầm quan trọng của vấn đề chủng tộc trong quá trình phục hồi (Luborsky và cộng sự, 1988; Pena và cộng sự, 2000). Ngoài ra, khi làm việc với các nhà cố vấn từ những nền văn hóa khác, người Mỹ gốc Phi có thể thể hiện sự thiếu tin tưởng và miễn cưỡng khi bộc lộ bất cứ điểm yếu nào. Để vượt qua sự hoài nghi và xây dựng quan hệ hòa hợp, nhất là khi đang thảo luận về quy trình cai nghiện, bác sĩ cần đặc biệt ghi nhớ quy tắc tôn trọng bệnh nhân như người cộng sự ngang bằng trong điều trị. Để biết thêm thông tin về vấn đề này (cũng như thông tin về cách làm việc với bệnh nhân ở các nhóm văn hóa và sắc tộc khác), hãy tham khảo *TIP Nâng cao năng lực văn hóa khi điều trị lạm dụng chất gây nghiện* (CSAT trong mục a).

Các phác đồ được đề cập trước đây về cai tất cả các chất gây nghiện bị lạm dụng đều phù hợp khi cai nghiện cho người Mỹ gốc Phi. Tuy nhiên, ta cần lưu ý thêm một số khía cạnh sau:

- Nếu điều trị cho bệnh nhân người Mỹ gốc Phi bằng thuốc beta blocker thì thuốc propranolol kém hiệu quả khi điều trị cho người Mỹ gốc Phi hơn người Cáp-ca (Pi và Gray, 1999).
- Người Mỹ gốc Phi thường có xu hướng (15 đến 25%) có ít hoạt động enzyme cần thiết để loại bỏ diazepam hơn những người khác, nên ở nhóm đối tượng này, chu kỳ bán rã dài hơn ở các nhóm sắc tộc khác (Pi và Gray, 1999).
- Vì các rối loạn đồng diễn như trầm cảm thường được phát hiện ở những người bị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện nên ta cần biết rằng người Mỹ gốc Phi có thể cần liều lượng thấp hơn và có nguy cơ gặp tác dụng phụ cao hơn khi được kê thuốc chống trầm cảm, vì họ có xu hướng chuyển hóa thuốc chống trầm cảm ba vòng và thuốc ức chế tái thu hồi chọn lọc serotonin (SSRI) kém hiệu quả hơn người Cáp-ca (Pi và Gray, 1999).
- Mặc dù độ thanh thải nicotine ở người Mỹ

gốc Phi tương đương người Cáp-ca nhưng độ thanh thải nicotine, chất chuyển hóa nicotine ở người Mỹ gốc Phi thấp hơn, điều này có thể gây ra kiểu hút thuốc khác so với người Cáp-ca (Ahijevych 1998).

Người châu Á và dân đảo Thái Bình Dương

Nhóm này có nguồn gốc dân tộc đa dạng nhất và có nhiều ngôn ngữ, tín ngưỡng, tập tục, cách phục trang và giá trị khác nhau. Thông thường, điểm chung duy nhất giữa họ là nguồn gốc địa lý (Chang 2000). Dù nhóm này có vẻ có tỷ lệ sử dụng rượu và chất gây nghiện trái phép thấp hơn nhưng ta không nên bỏ qua những vấn đề này; ngoài ra, họ có thể không tìm kiếm điều trị cho tới khi các vấn đề trở nên khá nghiêm trọng. Để điều trị thành công cho họ, ta cần chú ý tới yếu tố gia đình và các giá trị quan trọng bao gồm sự cân bằng, hài hòa, thông thái và khiêm tốn. Hãy nói chuyện với gia đình họ về quá trình cai nghiện và giúp họ cũng như những người này loại bỏ nỗi sợ hãi và lo lắng.

Người châu Á và dân đảo Thái Bình Dương thường lo lắng về sự đáng tin cậy của bác sĩ. Nói chung, phong cách đàn ông, cứng chặc, tự tin, có kỹ năng văn hóa tin cậy, nền tảng học vấn tốt và mức độ kinh nghiệm là những điều rất quan trọng. Ngoài ra, phương pháp giải quyết vấn đề logic cũng được đánh giá cao (Brems 1998). Các phác đồ được đề cập trước đây để cai các chất gây nghiện bị lạm dụng cũng phù hợp cho nhóm đối tượng này. Trong quá trình cai nghiện cho họ, ta cần chú ý các vấn đề sau:

- Nếu có thể và phù hợp, hãy kết hợp các phương pháp chữa trị truyền thống (như tinh tâm và các nghi lễ tôn giáo). Chúng có thể giúp giảm căng thẳng và lo lắng, đồng thời thúc đẩy quá trình phục hồi (Chang 2000). Dù nhóm đối tượng này có rất đông người nhập cư nhưng sẽ là sai lầm nếu ta giả định rằng tất cả đều sinh ra ở nước ngoài. Ta cần chú ý tới sự khác biệt trong cách tiến hành các phương pháp chữa trị truyền thống, nó thống nhất với sự khác biệt về thể hệ. Khi xem xét cai nghiện, ta cũng cần nhìn nhận

tầm quan trọng của các tập tục, giá trị và tín ngưỡng song văn hóa mà có thể ảnh hưởng tới sự thuận lợi khi điều trị.

- Khi thảo luận về các loại thuốc cai nghiện, hãy trao đổi với bệnh nhân về cảm giác của họ khi sử dụng Tây dược để cai nghiện. Theo văn hóa của một số nước Đông Nam Á, Tây dược được coi là quá mạnh cho người châu Á. Ta cũng cần đánh giá cảm nhận của bệnh nhân về điều này vì có thể họ không muốn bất đồng với bác sĩ nhưng họ cũng không muốn uống những loại thuốc này. Ngoài ra, họ có thể thích ứng tốt hơn với thuốc cai nghiện nếu liều lượng được giảm đi hoặc chế độ dinh dưỡng được rút ngắn, tuy nhiên, ta chỉ nên thực hiện điều này nếu nó mang lại lợi ích tốt nhất cho bệnh nhân.
- Sự khác biệt về chủng tộc trong độ nhạy với rượu giữa người châu Á và người Cáp-ca từ lâu đã được ghi nhận, trong đó, hơn 80% người châu Á và chỉ 10% người Cáp-ca nhạy cảm với rượu (như phản ứng đỏ bừng) (Wolff 1972, 1973). Nguyên nhân là do sự khác biệt về di truyền học trong enzyme chuyển hóa rượu. Khoảng 50% người châu Á thiếu enzyme ALDH2 được tìm thấy ở gan để giúp cơ thể loại bỏ rượu (Hsu và cộng sự, 1985; Yoshida và cộng sự, 1985). Một lý do để hạ thấp tỷ lệ uống rượu ở người châu Á là phản ứng mặt và cơ thể đỏ bừng và da nóng lên sau khi uống rượu. Các dấu hiệu và triệu chứng khó chịu khác liên quan tới phản ứng tiêu cực do uống rượu bao gồm buồn nôn, xây xẩm, đau đầu, nhịp tim nhanh và lo âu (Caetano và cộng sự, 1998).
- Có năm nghiên cứu chỉ ra rằng sự chuyển hóa codeine ở người Trung Quốc chậm hơn người Cáp-ca. Bệnh nhân người Trung Quốc cần liều lượng codeine thấp hơn vì sự chuyển hóa chậm hơn dẫn tới sự tập trung cao hơn codeine trong máu (Smith và Lin, 1996).
- Nếu được điều trị bằng beta blocker, người châu Á cần liều lượng cao hơn người Cáp-ca nhiều vì họ rất nhạy với phản ứng huyết áp và nhịp tim khi dùng loại thuốc này (Pi và Gray, 1999).

- Nhóm người châu Á có số người chuyển hóa kém diazepam cao hơn các nhóm sắc tộc khác. Điều này khiến họ cần liều lượng thấp hơn vì họ báo cáo phản ứng an thần cao hơn với liều thông thường (Lesser và cộng sự, 1997). Ngoài ra, lượng mỡ trong cơ thể thấp hơn, điểm đặc trưng của người Mỹ gốc Á, có thể dẫn tới sự khác biệt về tác động hóa học, vật lý của thuốc ưa chất béo tới cơ thể (Lesser và cộng sự, 1997).
- Khi điều trị đồng thời chứng trầm cảm và rối loạn do sử dụng chất gây nghiện, người châu Á thường có chuyển hóa clomipramine thấp hơn người Cáp-ca (Pi và Gray, 1999). Ngược lại, họ chuyển hóa phenelzine nhanh hơn, nên cần liều lượng cao hơn người Cáp-ca (Pi và Gray, 1999).
- Người Mỹ gốc Hoa thường chuyển hóa nicotine chậm hơn người Mỹ gốc La tinh và người Cáp-ca 35%. Vì thế, họ cần hút thuốc kém thường xuyên hơn và tiếp nhận ít nicotine hơn để đạt được nồng độ nicotine tương đương với người Mỹ gốc La tinh và người Cáp-ca. Điều này có thể ảnh hưởng tới việc chỉ định liều lượng NRT (Benowitz và cộng sự, 2002).
- Tỷ lệ hút thuốc ở nam giới người Mỹ gốc Á, nhất là nam giới nhập cư, cao đáng kể và bị che đậy nhờ tỷ lệ hút thuốc thấp hơn của nữ giới người Mỹ gốc Á.

Người Mỹ bản địa

Hiện tại, có hơn 500 bộ lạc người Mỹ bản địa được liên bang công nhận. Họ rất khác nhau về diện mạo, trang phục, giá trị, tín ngưỡng tôn giáo, tập tục, truyền thống và có hơn 200 ngôn ngữ. Tình hình uống rượu cũng rất khác nhau giữa các bộ lạc (Mancall, 1995). Trong tất cả các nhóm sắc tộc và chủng tộc, người Mỹ bản địa có tỷ lệ sử dụng rượu và chất gây nghiện trái phép cao nhất (Văn phòng nghiên cứu ứng dụng, 2002a).

Một nghiên cứu về tình hình điều trị của người Mỹ bản địa đã nhận ra mối liên hệ chặt chẽ giữa việc tham gia các hoạt động xã hội và kết quả

điều trị. Những người tham gia hoặc xã hội bản địa truyền thống hoặc cả xã hội bản địa truyền thống và xã hội của người Cáp-ca có tỷ lệ thành công hơn 70%, trong khi những người không tham gia xã hội nào chỉ có 23% tỷ lệ thành công (Ferguson 1976). Trong 10 năm sau điều trị, những người báo cáo tham gia các hoạt động văn hóa bản địa lớn hơn và bị rối loạn chức năng gan nặng hơn ở vạch cơ sở có kết quả điều trị nghiện rượu tốt hơn (Westermeyer và Neider 1984).

Khi đưa người Mỹ bản địa vào quá trình cai nghiện, di chuyển qua quá trình quá nhanh hoặc đột ngột có thể coi là thiếu quan tâm và khó xây dựng lòng tin (Brems 1998). Nhịp độ nói chuyện rất quan trọng; nhịp độ chậm hơn thường dễ chấp nhận hơn nhịp độ nhanh. Ngoài ra, ta cũng không nên áp dụng phương pháp đối đầu với nhóm đối tượng này (Abbott, 1998). Người Mỹ bản địa muốn có quan hệ gần gũi và tích cực với nhà điều trị và muốn bác sĩ là bạn hoặc người thân (Brems 1998). Sự tin tưởng thường được xây dựng qua các cuộc nói chuyện nhỏ để chia sẻ hiểu biết. Sử dụng truyền thuyết và truyện diễn giải để bày tỏ ý kiến là một cách đặc biệt hữu ích. Theo TIP tiếp theo *Nâng cao năng lực văn hóa trong điều trị lạm dụng chất gây nghiện* (CSAT trong mục a), tránh giao tiếp bằng mắt là một thông lệ. Vòng tròn nói chuyện theo truyền thống của người bản địa cũng có thể hữu ích trong quá trình điều trị (Canino và cộng sự, 1987; Coyhis, 2000). Các phác đồ được đề cập trước đây để cai tất cả các chất gây nghiện bị lạm dụng có thể áp dụng để cai nghiện cho nhóm đối tượng này. Dưới đây là một số vấn đề mà ta cần lưu ý trong quá trình cai nghiện:

- Hội chứng ngộ độc rượu ở bào thai (FAS) ở nhóm đối tượng này cao hơn mức trung bình quốc gia 33 lần (CSAT trong mục a). Điều này rất quan trọng với phụ nữ có thai cai nghiện và cả người trưởng thành bị FAS.
- Phụ nữ người Mỹ bản địa uống rượu có nguy cơ bị bệnh xơ gan cao hơn phụ nữ người Cáp-ca gấp 6 lần.

- Dù một số người Mỹ bản địa báo cáo có phản ứng đồ bưng do rượu nhưng có vẻ họ bị phản ứng này nhẹ hơn và ít nghiêm trọng hơn người châu Á (Gill và cộng sự, 1999).
- Nếu hội cai nghiện rượu Alcoholics Anonymous hoặc các chương trình 12 bước khác được giới thiệu, diễn đạt lại các bước bằng thuật ngữ vòng tròn thay cho thang sẽ giúp họ dễ tiếp nhận hơn vì vòng tròn là khái niệm quan trọng trong văn hóa bản địa (CSAT trong mục a).
- Nếu có thể và phù hợp, ta có thể đưa vào các phương pháp truyền thống hữu ích khác bao gồm lễ tịnh hóa, xin tâm nhìn, lễ thanh tẩy, điệu nhảy thiêng và bốn vòng tròn (Abbott, 1998).
- Nhìn chung, cai nghiện cho nhóm đối tượng này tương tự như với các nhóm khác, nhưng họ thường tìm kiếm điều trị muộn hơn, trong khi có nhiều biến chứng bệnh lý và điều kiện dinh dưỡng tệ hơn (Abbott, 1998).

Người Mỹ gốc La Tinh

Người Mỹ gốc La Tinh giờ là nhóm dân tộc thiểu số lớn nhất ở Mỹ. Ta nên đánh giá mức độ tiếp biến văn hóa của bệnh nhân để hiểu về kiểu lạm dụng chất gây nghiện của họ. Ngôn ngữ là một trong những rào cản khó khăn nhất để bước vào và điều trị thành công cho nhóm đối tượng này. Tuy nhiên, chỉ biết mỗi tiếng Tây Ban Nha hoặc Bồ Đào Nha chưa thể đảm bảo sự nhạy cảm hoặc năng lực về văn hóa. Ví dụ, nhân viên điều trị cần hiểu vai trò của gia đình. Gia đình chức năng có thể mở rộng và nên lưu ý tới những người thường xuyên liên hệ và có vai trò trong gia đình (Markarian và Franklin, 1998). Nhóm đối tượng này thường xem việc phụ thuộc vào chất gây nghiện là suy đồi đạo đức hoặc tính cách yếu đuối. Cách chữa trị truyền thống như sử dụng các phương thuốc dân gian có thể hữu ích. Các phác đồ được đề cập trước đây để cai rượu, opioid, benzodiazepine, chất kích thích, dung môi, nicotine, cần sa, steroid đồng hóa và thuốc hộp đêm có thể áp dụng để cai nghiện cho nhóm đối tượng này.

Người đồng tính

Khoảng 5 đến 33% người đồng tính được ước tính là có vấn đề về lạm dụng chất gây nghiện (Cochran và Mays, 2000; Hughes và Wilsnack, 1997). Một phần nguyên nhân là do căng thẳng và lo lắng liên quan tới sự phân biệt đối xử của xã hội với người đồng tính. Ngoài ra, rượu và ma túy cũng là một cách giải thoát và bôi trơn các tương tác xã hội ở các tụ điểm như quán rượu. Để biết thêm thông tin, hãy tham khảo TIP kế tiếp *Nâng cao năng lực văn hóa trong điều trị lạm dụng chất gây nghiện* (CSAT trong mục a). Các phác đồ được đề cập trước đây để cai nghiện có thể áp dụng để cai nghiện cho nhóm đối tượng này. Vì vô số quan niệm sai lầm và cách suy nghĩ áp đặt dành cho người đồng tính, bác sĩ cần đánh giá niềm tin của họ và cẩn thận không áp đặt chúng lên họ.

Có một số nguyên tắc khi điều trị cho người đồng tính được nêu trong cuốn *Giới thiệu của nhà cung cấp về điều trị lạm dụng chất gây nghiện cho người đồng tính nữ, đồng tính nam, lưỡng tính và chuyển giới* (CSAT, 2001). Những quy tắc này bao gồm: (1) khả năng kiểm soát cảm xúc của nhà tư vấn khi làm việc với nhóm đối tượng này để cung cấp điều trị một cách chuyên nghiệp, đúng đắn và phù hợp; (2) giúp bệnh nhân hàn gắn sau các trải nghiệm tiêu cực về sự ghê sợ đồng tính luyến ái và chủ nghĩa dị tính luyến ái; (3) giúp bệnh nhân hiểu phản ứng của họ trước sự phân biệt đối xử và định kiến; và (4) giúp bệnh nhân chấp nhận rằng sức mạnh cá nhân mới là thứ quyết định cuộc sống của họ bằng cách giúp họ nâng cao hình ảnh cá nhân và xây dựng mạng lưới hỗ trợ.

Thanh thiếu niên

Các phác đồ được đề cập trước đây để cai tất cả các chất gây nghiện bị lạm dụng có thể áp dụng để cai nghiện cho nhóm đối tượng này, tuy nhiên, ta cần lưu ý thêm một số khía cạnh sau:

- Sự phụ thuộc về thể chất nhìn chung không nghiêm trọng và phản ứng với việc cai nghiện nhanh hơn người trưởng thành.

- Duy trì điều trị là vấn đề lớn với thanh thiếu niên (Thurman và cộng sự, 1995).
- Quan hệ bạn đồng trang lứa đóng vai trò quan trọng trong điều trị. Trong các thanh thiếu niên không sử dụng chất gây nghiện, bạn bè của họ có rất ít người sử dụng. Còn trong những người báo cáo là đã sử dụng một chất gây nghiện cụ thể, một nghiên cứu chỉ ra rằng hơn 90% bạn bè của họ báo cáo là đã sử dụng cùng loại chất gây nghiện đó (Dinges và Oetting, 1993).
- Theo ước tính, 75% người báo cáo đã sử dụng steroid là học sinh phổ thông, hầu hết đều là nam giới. Cai nghiện steroid không yêu cầu can thiệp được lý cụ thể trừ phi xảy ra nhiễm độc gan hoặc có ý định tử tự (Giannini và cộng sự, 1991). Việc sử dụng thuốc hợp đêm ở nhóm đối tượng này cũng cao hơn những nhóm khác.

TIP 31, Kiểm tra và đánh giá thanh thiếu niên bị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện (CSAT 1999d) và TIP 32, Điều trị cho thanh thiếu niên bị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện (CSAT 1999f) sẽ cho ta thông tin toàn diện về việc điều trị cho thanh thiếu niên.

Người bị tổng giam/bỏ tù

Các rối loạn do sử dụng chất gây nghiện rất phổ biến ở tù nhân. Vào thời gian bị bắt hoặc tổng giam, theo ước tính, có 70 đến 80% tù nhân ở trại giam địa phương cũng như nhà tù của bang và liên bang thường xuyên sử dụng chất gây nghiện hoặc phạm tội liên quan tới chất gây nghiện, và 34 đến 52% trong những tù nhân này đã nghiện vào thời điểm bị bắt (Cục đặc trách nhà tù liên bang 2000; Mumola 1999). Dù trong nhóm đối tượng này, phụ nữ chiếm tỉ lệ nhỏ hơn nam giới (12,3% trong trại giam và 7,4% trong nhà tù bang hoặc liên bang) (Harrison và cộng sự, 2004) nhưng họ sử dụng chất gây nghiện trái phép nhiều hơn (40% so với 32% chịu ảnh hưởng của chất gây nghiện vào thời điểm phạm tội) (Greenfield và Snell, 1999).

Người bị tổng giam hoặc bỏ tù ở trại hoặc

các khu vực bị khóa khác cần được kiểm tra sự phụ thuộc thể chất vào rượu, opioid hay benzodiazepine, và được cai nghiện hay điều trị nếu cần. Việc kiểm tra nên tiến hành thường xuyên, vì các khó khăn và cường độ của việc cai nghiện phụ thuộc vào loại chất gây nghiện sử dụng, thời điểm người đó sử dụng thuốc lần cuối và thời gian chất gây nghiện còn trong cơ thể người đó. Thời gian giam giữ sẽ ảnh hưởng tới dịch vụ cai nghiện được cung cấp, ngoài ra nhiều cơ sở không thể cung cấp dịch vụ cai nghiện hoặc tiếp tục chăm sóc. Dưới đây là một số lưu ý đặc biệt khi cai nghiện cho nhóm đối tượng này:

- Cai nghiện rượu đột ngột có thể đe dọa tới tính mạng.
- Cai nghiện opioid hoặc benzodiazepine đột ngột không đe dọa tới tính mạng nhưng có thể gây ra dấu hiệu hoặc hội chứng cai nghiện nghiêm trọng và sự buồn chán cùng cực.
- Ta cần xác định xem họ phụ thuộc vào opioid hoặc benzodiazepine có phải là do sử dụng trái phép và không phải do dùng thuốc được kê để trị đau hoặc các rối loạn do lo âu hay không.
- Nếu chỉ thị cai nghiện có giám sát y khoa, ta nên tiến hành thay thế thuốc hoạt động kéo dài thuộc cùng loại chất gây nghiện mà bệnh nhân đang sử dụng (như kê methadone để điều trị phụ thuộc vào heroin) và từ từ giảm liều dùng chất gây nghiện (không nhanh hơn 10 tới 20%/ngày) với sự giám sát chặt chẽ.

- Có những trường hợp bệnh nhân đang được duy trì bằng thuốc kháng opioid thì bị tổng giam hoặc bỏ tù. Nếu việc giam giữ kéo dài không quá 30 ngày, bệnh nhân có thể được duy trì liều dùng thông thường. Còn nếu việc giam giữ kéo dài lâu hơn thì nên từ từ giảm liều dùng cho họ.
- Người chuyển từ phụ thuộc vào opioid sang không thuốc hoặc chất gây nghiện có nhiều nguy cơ dùng quá liều khi tái sử dụng opioid.
- Nhiều cơ sở cải huấn hạn chế sử dụng methadone hoặc LAAM và có thuốc đặc biệt để duy trì hoặc giảm liều dùng mà bệnh nhân cần.
- Nếu phạm nhân được cấp thuốc để cai nghiện, chỉ dẫn thực hành lâm sàng để cai nghiện cho phạm nhân phụ thuộc vào hóa chất của Cục đặc trách nhà tù liên bang gợi ý ta nên duy trì kiểm soát chặt chẽ đối với việc tiếp cận những loại thuốc này nhằm ngăn chặn sự lãng phí và sử dụng sai (như ăn miếng clonidine để đạt trạng thái hưng phấn)

TIP 44, *Điều trị lạm dụng chất gây nghiện cho người trưởng thành ở hệ thống hình pháp* (CSAT 2005b) và TIP 30 *Tiếp tục điều trị cho phạm nhân bị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện từ viện tới cộng đồng* (CSAT 1998b) sẽ cung cấp thông tin chi tiết về việc điều trị cho nhóm đối tượng này. TIP 21, *Kết hợp điều trị lạm dụng rượu và chất gây nghiện khác với việc giải trị cho người vị thành niên trong hệ thống hình pháp* (CSAT 1995b) cũng cung cấp thông tin về việc điều trị cho thanh niên bị bắt giữ.

5 Tình trạng bệnh lý/ tâm thần đồng diễn

Bệnh nhân tiến hành cai nghiện thường có các tình trạng bệnh lý/tâm thần có thể ảnh hưởng lớn tới sức khỏe và quá trình cai nghiện của họ. Đó có thể là các bệnh lý có từ trước và không liên quan tới việc sử dụng chất gây nghiện hoặc kết quả trực tiếp của việc lạm dụng chất gây nghiện. Dù là trường hợp nào, quá trình cai nghiện cũng có thể tác động tiêu cực tới các rối loạn đồng diễn hoặc ngược lại. Ngoài ra, người lạm dụng chất gây nghiện thường bị bệnh ở giai đoạn nặng hoặc đang phát bệnh. Rối loạn nha khoa đồng diễn cũng có thể trầm trọng hơn do lạm dụng chất gây nghiện. Để biết thêm thông tin về việc điều trị cho bệnh nhân bị rối loạn tâm thần đồng diễn, hãy tham khảo TIP 42, *Điều trị lạm dụng chất gây nghiện cho người bị rối loạn đồng diễn* (Trung tâm điều trị lạm dụng chất gây nghiện [CSAT] 2005c).

Chương này chủ yếu dành cho nhân viên điều trị cai nghiện nhưng nó cũng rất bổ ích cho nhiều đối tượng khác. Thông tin ở đây không thay thế nguồn chính thức của y học nội khoa. Thay vào đó, nó trình bày tổng quan về các bệnh đặc biệt, một số sửa đổi trong phác đồ và việc sử dụng thuốc cai nghiện ở bệnh nhân có bệnh lý hoặc rối loạn đồng diễn. Ta sẽ không thể điều trị các bệnh đặc biệt này nếu không sửa đổi phương pháp điều trị.

Tổng quan

Nguyên tắc chung khi chăm sóc cho bệnh nhân có bệnh lý đồng diễn

Rối loạn dạ dày-ruột

Rối loạn tim mạch

Rối loạn huyết học

Rối loạn phổi (ngoài lây nhiễm)

Hệ thống thần kinh

Bệnh truyền nhiễm

Các bệnh khác

Điều trị bệnh tâm thần đồng diễn

Điều trị các bệnh đồng diễn

Tiêu chuẩn điều trị các bệnh tâm thần đồng diễn

Thuốc hướng thần cho các bệnh tâm thần đồng diễn

Rối loạn lo âu

Rối loạn trầm cảm

Rối loạn lưỡng cực

Rối loạn thần kinh

Tác động bất lợi

Tình trạng nhận thức trong quá trình phục hồi

Chỉ định liều

Nguyên tắc chung khi chăm sóc cho bệnh nhân có bệnh lý đồng diễn

Bệnh nhân sử dụng chất gây nghiện có thể mắc bất cứ bệnh lý nào hoặc kết hợp nhiều bệnh lý của người bình thường. Trong đa số trường

hợp, kiểm soát bệnh lý ở bệnh nhân có chuẩn đoán rối loạn do sử dụng chất gây nghiện không khác so với các bệnh nhân khác. Tuy nhiên, thuốc được sử dụng để cai nghiện và phác đồ cai nghiện thực tế cần phải điều chỉnh để giảm thiểu tác động tiêu cực có thể có tương ứng với bệnh lý đồng diễn.

Nhân viên hỗ trợ cai nghiện cần làm quen với các dấu hiệu và triệu chứng của các rối loạn bệnh lý đồng diễn. Tương tự, nhân sự ở các cơ sở y tế (như phòng cấp cứu, văn phòng dược sĩ) cần nắm rõ các dấu hiệu cai nghiện và tác động của nó tới việc điều trị các bệnh lý hiện có.

Cơ sở tiến hành cai nghiện cần phù hợp với bệnh lý và đầy đủ thiết bị để có mức độ theo dõi cần thiết nhằm đảm bảo an toàn (như oximetry [một công cụ đo lượng Ôxy hiện có trong máu], tần suất phát hiện các dấu hiệu thiết yếu cao hơn, v.v). Các bệnh cấp tính và đe dọa đến mạng sống cần được điều trị đồng thời với quá trình cai nghiện và nên chỉ thị đơn vị chăm sóc chuyên sâu theo dõi.

Bác sĩ cần thường xuyên tham khảo ý kiến chuyên gia về bệnh truyền nhiễm, tim phổi, huyết học, thần kinh và giải phẫu. Nếu có thể, hãy thống nhất để nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cơ bản của bệnh nhân cùng phối hợp điều trị. Bên cạnh đó, các nhân viên y tế tham gia cần hiểu rằng các bệnh lý đồng diễn mang lại cơ hội để lôi kéo bệnh nhân. Bằng cách tập trung vào các tác động tiêu cực của việc lạm dụng chất gây nghiện lên sức khỏe tổng quát của bệnh nhân, họ sẽ có điều kiện giúp bệnh nhân thấy tầm quan trọng của việc tích cực tham gia điều trị các rối loạn do sử dụng chất gây nghiện. Trước khi ngừng cai nghiện, bệnh nhân nên đặt lịch hẹn để chăm sóc hậu điều trị cho mọi bệnh lý kinh niên, các bệnh cần đánh giá thêm và điều trị lạm dụng chất gây nghiện.

Phần này nhấn mạnh vào các bệnh lý hay gặp nhất ở những người lạm dụng chất gây nghiện, dù nó không bao hàm tất cả. Ta sẽ đề cập tới chứng rối loạn của những hệ thống sau: dạ dày-ruột (bao gồm dạ dày, ruột, gan và tuyến tụy), hệ tim mạch, các bất thường trong máu,

bệnh về phổi, bệnh về hệ thống thần kinh trung ương và ngoại biên, bệnh truyền nhiễm và các rối loạn hỗn hợp đặc biệt. Những bệnh nhân bị chứng rối loạn cụ thể mà cần lưu ý đặc biệt khi cai nghiện sẽ được liệt kê dưới đề mục “Lưu ý đặc biệt”

Rối loạn dạ dày – ruột

Thông thường, việc sử dụng chất gây nghiện có thể gây ra nhiều vấn đề về dạ dày – ruột. Ví dụ, sử dụng cocaine có thể gây ra vô số biến chứng về dạ dày – ruột, bao gồm loét dạ dày, xơ hóa sau màng bụng, nhồi máu nội tạng, thiếu máu cục bộ ở ruột và lỗ đường dạ dày – ruột (Linder và cộng sự, 2000). Các rối loạn dạ dày – ruột có thể ảnh hưởng tới nhiều bộ phận và hệ thống nội tạng khác nhau (như gan, tuyến tụy), khiến ta rất khó chuẩn đoán. Vì các triệu chứng của nó rất mơ hồ và bệnh nhân không phải lúc nào cũng nói rõ ràng một vấn đề cụ thể nên lại càng khó chuẩn đoán. Theo quy tắc căn bản, ta cần chú ý đặc biệt nếu bệnh nhân có những chuẩn đoán dưới đây:

- Viêm ruột thừa
- Phình động mạch chủ ở bụng
- Loét dạ dày tá tràng
- Hội chứng Boerhaave (vỡ thực quản tự phát)
- Tắc nghẽn ruột
- Thiếu máu cục bộ ở ruột
- Áp xe tuyến tụy hoặc gan
- Vỡ lá lách hoặc các tổn thương khác ở vùng bụng

Các chuẩn đoán khác khi đau ở vùng bụng bao gồm:

- Viêm gan
- Loét dạ dày
- Viêm màng bụng
- Viêm tụy cấp tính
- Viêm khung xương chậu
- Lạc nội mạc tử cung

- Sỏi thận
- Viêm ruột
- U nang buồng trứng

Bác sĩ cần nắm rõ một số nguyên nhân gây đau ở vùng bụng sau:

- Nhồi máu cơ tim
- Tắc động mạch phổi
- Bệnh zona
- Nhiễm trùng thận cấp tính

Dưới đây là các rối loạn dạ dày – ruột đồng diễn cần sự chú ý đặc biệt khi cai nghiện cho bệnh nhân:

Viêm thực quản trào ngược

Viêm thực quản trào ngược bắt nguồn từ ảnh hưởng của rượu lên cơ thắt dưới thực quản (như giãn ra) và sự giảm nhu động của thực quản ngoại biên, tạo điều kiện cho các thứ trong dạ dày tiếp xúc với phần dưới thực quản. Triệu chứng thường gặp của bệnh này bao gồm bỏng rát ở vùng thượng vị hoặc sau xương ức (thường được gọi là “ợ chua” hoặc “khó tiêu”). Xuất huyết thực quản có thể là do viêm thực quản trào ngược và giãn tĩnh mạch thực quản (do tăng huyết áp kịch phát).

Lưu ý đặc biệt

Một số loại thuốc được sử dụng trong các phác đồ thông thường như beta blocker và thuốc chẹn kênh canxi, có thể giảm áp lực lên cơ thắt dưới thực quản và làm tình trạng trào ngược càng nghiêm trọng hơn (Dell’Italia 1994).

Hội chứng Mallory-Weiss

Hội chứng Mallory-Weiss bắt nguồn từ hiện tượng rách niêm mạc thực quản ở chỗ nối dạ dày – ruột do nôn mửa dữ dội hoặc kéo dài. Hội chứng này là nguyên nhân của 5-15% trong tất cả các loại xuất huyết GI trên (Schuytze-Delrieu và Summers 1994).

Hội chứng Boerhaave

Hội chứng Boerhaave biểu hiện ở tình trạng vỡ thực quản. Bệnh nhân bị bệnh này sẽ gặp các triệu chứng chủ yếu nhưng không cụ thể bao gồm đau thực quản cấp tính (83% bệnh nhân), nôn mửa (79%) và thờ gập (39%). Do các triệu chứng này không cụ thể nên ta rất khó chuẩn đoán chính xác (Brauer và cộng sự 1997). Bệnh nhân cũng có thể bị tim đập nhanh, chứng xanh tím và khí thũng dưới da. Nếu không được chữa trị, tiên lượng bệnh sẽ rất nghiêm trọng.

Viêm dạ dày

Viêm dạ dày được mô tả là sự gây vỡ của đường niêm mạc dạ dày, cho phép axit trong dạ dày tiếp xúc với niêm mạc, gây viêm nặng và có thể xuất huyết. Bệnh nhân sẽ thấy buồn nôn, nôn mửa và đau ở vùng bụng (Ivey 1981). Rượu làm tăng bài tiết axit trong dạ dày và giảm rào cản cho tế bào ở niêm mạc, tạo điều kiện cho axit trong dạ dày khuyếch tán ngược vào niêm mạc. Điều này thường gây ra viêm dạ dày ở người bị rối loạn do uống rượu (Fenster 1982).

Lưu ý đặc biệt

Cần tránh thuốc aspirin và thuốc không có steroid trong phác đồ cai nghiện

Viêm tụy

Viêm tụy bắt nguồn từ nhiều yếu tố, dù nghiên cứu gợi ý rằng rượu có thể là nguyên nhân của 5-90% trong tất cả các trường hợp (Apte và cộng sự, 1997), thậm chí một số chuyên gia cho rằng khoảng 60% trường hợp là do uống rượu quá nhiều (Yakshe 2004). Viêm tụy cấp tính thường gây ra đau ở vùng bụng, cơn đau này được mô tả là nhói buốt, bỏng rát, liên tục, thường nằm ở vùng thượng vị của bụng và lan ra lưng. Các triệu chứng và dấu hiệu của nó bao gồm đau ở vùng bụng nhạy cảm, tiếng ruột giảm, sốt nhẹ, tim đập nhanh, buồn nôn và nôn mửa. Viêm tụy có thể phát triển thành bệnh kinh niên, gây ra các tình trạng như vôi hóa tuyến tụy, bệnh đái tháo đường, chứng kém hấp thu và đau vùng bụng kinh niên.

Lưu ý đặc biệt

Cần cấm bệnh nhân ăn uống thức ăn và thuốc và buộc phải thay đổi cách chỉ định cả thức ăn và thuốc thành tiêm vào tĩnh mạch. Trong phác đồ cai nghiện rượu, Ativan được coi là thuốc phù hợp vì nó có thể tiêm vào tĩnh mạch hoặc trong cơ. Ta cũng có thể sử dụng Opioid để giảm đau.

Rối loạn gan

Bệnh gan có nhiều mức độ, từ gan nhiễm mỡ lành tính, trong đó gan to lên nhưng không có triệu chứng bệnh do enzyme trong huyết thanh gan tăng nhẹ, tới các dạng viêm nghiêm trọng và hậu quả độc hại của việc sử dụng rượu và chất gây nghiện khác. Rút cục, bệnh gan sẽ khiến gan bị hủy hoại hoặc suy gan. Nằm giữa quá trình đó là viêm gan cấp tính do rượu, biểu hiện gồm một trong các triệu chứng như yếu gan, vàng da, sốt, cổ trướng và to gan. Bệnh nhân mắc bệnh này rất yếu, thường buồn nôn và nôn mửa.

Lưu ý đặc biệt

Viêm gan do rượu cần điều trị ngay để ngăn chặn tình trạng mất cân bằng điện giải và mất nước. Các phác đồ cần phải điều chỉnh nếu bệnh nhân không thể uống thuốc.

Tăng huyết áp kịch phát

Tăng huyết áp kịch phát là hệ quả thường thấy của bệnh gan. Nếu áp lực kịch phát tăng mà không được điều trị, bệnh nhân có thể bị bệnh giãn tĩnh mạch thực quản và sau đó có thể bị xuất huyết. Để điều trị xuất huyết cấp tính, ta có thể áp dụng liệu pháp tiêm xơ nội soi hoặc thắt buộc bằng chỉ. Liệu pháp ban đầu bao gồm thay thế dung dịch trong mạch kịp thời và đầy đủ, khắc phục tình trạng thiếu máu nặng và bệnh đông máu và kiểm soát hô hấp thỏa đáng.

Lưu ý đặc biệt

Phương pháp điều trị bằng Propranolol hoặc isosorbide rất hiệu quả trong phòng bệnh xuất huyết giãn tĩnh mạch (Trevillyan và Carroll

1997) dù beta blocker có thể can thiệp vào việc đo nhịp tim thực sự để xác định nội dung của nhiều phác đồ cai nghiện. Nếu xảy ra xuất huyết, hãy chuyển sang phác đồ điều trị bằng cách tiêm thuốc vào tĩnh mạch vì bệnh nhân không thể uống thuốc.

Xơ gan

Xơ gan, hay hình thành mô xơ trong gan, sẽ gây cản trở lưu thông máu trong tĩnh mạch gan. Khi máu không thể lưu thông tự do, nó sẽ làm gia tăng tình trạng tăng huyết áp kịch phát, sau đó là giãn tĩnh mạch thực quản, phì đại lách, cổ trướng, giãn tĩnh mạch bề mặt, phù bèn ngoài và bệnh tri.

Tình trạng gan hoại tử thường gặp ở những bệnh nhân sử dụng thuốc xông, nhất là người sử dụng benzene và carbon tetrachloride lâu năm. Người Mỹ gốc Phi và người Mỹ gốc La tinh có tỷ lệ tử vong vì xơ gan do lạm dụng rượu cao hơn người Cáp-ca, người châu Á và dân đảo Thái Bình Dương (Sutocky và cộng sự, 1993). Các bất thường khi kiểm tra chức năng gan và bệnh vàng da cũng xuất hiện ở người sử dụng steroid đồng hóa nhưng chúng sẽ mất dần khi họ ngừng sử dụng thuốc. Các nghiên cứu trước đây chỉ ra rằng tỉ lệ tử vong trong 1 năm của bệnh nhân trên 60 tuổi bị bệnh xơ gan là 50%, trong khi các bệnh nhân dưới 60 tuổi chỉ có 7% (Potter và James, 1987). Ta cần chú ý khi kê thuốc lợi tiểu cho người già bị xơ gan vì tổng lượng nước trong cơ thể của họ giảm, khiến họ dễ bị mất nước và chất điện giải (Scott 1989).

Người ta phát hiện ra rằng tổn thương gan liên quan tới rượu ở phụ nữ ngày càng tăng vì estrogen khiến tác động này tăng mạnh (Brady và Randall, 1999).

Lưu ý đặc biệt

Khi điều trị cai nghiện rượu, những bệnh nhân bị bệnh gan nặng rất dễ bị nhờn lorazepam (Ativan) (D'Onofrio và cộng sự, 1999), tương tự là oxazepam (Serax), với chu kỳ bán rã thấp chỉ từ 6 đến 8 giờ và dễ chuyển hóa mà không cần chất chuyển hóa.

Rối loạn tim mạch

Đau hoặc tức ngực là một trong những tình trạng khó chuẩn đoán nhất vì nó có thể bắt nguồn từ các rối loạn ở nhiều hệ thống. Bác sĩ cũng khó chuẩn đoán chính xác triệu chứng này do một số nguyên nhân như: không thể phỏng vấn bệnh nhân hoặc bệnh nhân không thể nói rõ ràng về triệu chứng (bệnh nhân nghiện hoặc đang cai nghiện); bệnh nhân có trình độ học vấn hoặc văn hóa – xã hội không cho phép họ giao tiếp một cách thích hợp để chuẩn đoán; hoặc họ giả triệu chứng để cố lấy thuốc giảm đau hoặc các thuốc khác.

Điện tâm đồ bình thường không loại trừ khả năng bị bệnh tim hữu cơ và sự xuất hiện của các thay đổi không cụ thể không nhất thiết đồng nghĩa với bệnh tim. Chuẩn đoán cuối cùng có thể đi từ tình trạng trào ngược tới nhồi máu cơ tim do bệnh tim vì thiếu máu cục bộ hoặc việc sử dụng cocaine tiềm ẩn. Thông thường, bệnh phổi có thể gây triệu chứng tức ngực. Ủy ban đồng thuận cho rằng ta không nên bỏ qua hoặc lơ là tình trạng này và cần phải tiến hành chuẩn đoán ngay lập tức để tiến hành điều trị nhằm đảm bảo an toàn cho bệnh nhân.

Bệnh tim tiềm ẩn có thể nặng hơn nếu có kích thích bên trong (huyết áp tăng, nhịp tim tăng và vã mồ hôi) như thường thấy khi cai nghiện rượu, thuốc an thần và opioid. Vì thế, ta cần chú ý kịp thời tới các phát hiện này và điều trị cai nghiện quyết liệt. Dưới đây là các lưu ý đặc biệt khi điều trị các bệnh tim mạch cụ thể.

Tăng huyết áp

Tăng huyết áp là tình trạng thường thấy ở bệnh nhân cai nghiện. Ta cần đánh giá toàn bộ tiền sử của bệnh nhân để xác định xem tình trạng này có xảy ra trước cai nghiện hay không. Đơn vị cai nghiện cũng cần chú ý chất điện phân huyết thanh, xét nghiệm nước tiểu, BUN/creatinine và EKG trong lần kiểm tra chuẩn đoán ban đầu, và có thể tiến hành kiểm tra kỹ hơn sau khi hoàn tất cai nghiện.

Propranolol (Inderal), labetalol (Trandate) và metoprolol (Lopressor) là các thuốc beta

blocker được lựa chọn để điều trị tăng huyết áp trong thai kỳ (McElhatton 2001), tuy nhiên tác động của chúng khi sử dụng để cai nghiện trong thai kỳ còn chưa rõ ràng. Nếu điều trị cho người Mỹ gốc Phi bằng thuốc beta blocker, bác sĩ cần hiểu rằng propranolol kém hiệu quả với nhóm đối tượng này hơn với người Cáp-ca (Pi và Gray, 1999). Còn người châu Á cần liều lượng thuốc beta blocker thấp hơn người Cáp-ca vì thông thường, họ rất nhạy cảm với ảnh hưởng tới huyết áp và nhịp tim (Pi và Gray, 1999).

Lưu ý đặc biệt

Nếu bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp và huyết áp được kiểm soát kém, điều này sẽ ảnh hưởng tới đáng giá thích hợp về việc cai nghiện vì người kiểm tra sẽ khó xác định tình trạng tăng huyết áp là do cai nghiện hay do tiền sử tăng huyết áp tiềm ẩn. Vì thế, ta nên xem xét điều chỉnh các giới hạn thông thường và lên kế hoạch kê thuốc cai nghiện. Trong bất cứ trường hợp nào, ta nên điều trị tình trạng huyết áp tăng mạnh đồng diễn, ở mức tối thiểu, với kiểm soát muối và nghỉ ngơi. Nếu huyết áp của bệnh nhân vẫn tăng trong vài ngày dù đã giảm các thông số và triệu chứng cai nghiện khác thì hãy kê thuốc.

Beta blocker và clonidine đã được sử dụng để điều trị cai nghiện rượu, riêng clonidine còn được sử dụng trong phác đồ cai nghiện opioid. Những loại thuốc này giúp kiểm soát huyết áp và có tác dụng rất tốt trong phác đồ. Các thuốc chặn kênh can-xi cũng được sử dụng để cải thiện một số triệu chứng khi cai nghiện rượu và có thể được sử dụng đồng thời để kiểm soát huyết áp.

Bệnh tim do thiếu máu cục bộ

Bệnh tim do thiếu máu cục bộ có biểu hiện như đau hoặc tức ngực, tim đập nhanh, chóng mặt và/hoặc thở gấp. Bệnh này cần chú ý kịp thời vì nó sẽ quyết định bối cảnh phù hợp để cai nghiện.

Sử dụng cocaine có liên quan tới nhiều biến chứng tim mạch, bao gồm đau thắt ngực, nhồi máu cơ tim và đột tử. Theo ước tính, trong số 64.000 bệnh nhân hàng năm được kiểm tra đau

ngực liên quan tới cocaine, hơn 50% được nhập viện để đánh giá thiếu máu cục bộ ở cơ tim. Chỉ khoảng 6% cho thấy chứng cứ sinh hóa về bệnh nhồi máu cơ tim (Hoffman và Hollander 1997). Bệnh nhân bị nhồi máu cơ tim liên quan tới cocaine điển hình là nam giới trong độ tuổi ngoài 30, có tiền sử hút thuốc lá kinh niên và sử dụng cocaine liên tục (Hollander 1995). Tác động của cocaine có vẻ tăng vì thuốc làm tăng nhu cầu oxy ở cơ tim và vì thế giảm nguồn cung oxy. Hai yếu tố này, bắt nguồn từ sự co thắt mạch của động mạch vành, có thể dẫn tới rối loạn tim mạch.

Bệnh nhân hiện tại còn sử dụng cocaine có thể gặp biến chứng tim mạch dai dẳng như khoảng Q-T kéo dài, dễ bị loạn nhịp tim và nhồi máu cơ tim (Chakko và Myerburg 1995). (Q-T là khoảng từ Q tới T được đo trên máy điện tâm đồ. Nếu khoảng này kéo dài, nó có thể dẫn tới rối loạn nhịp tim). Chất kích thích hiểm khi được báo cáo là nguyên nhân gây ra nhồi máu cơ tim dù một báo cáo trường hợp đã chỉ ra rằng bệnh nhân thường bị nhồi máu cơ tim cấp thành trước, không sóng Q, liên quan tới việc sử dụng chất kích thích (Waksman và cộng sự, 2001). Sử dụng cocaine và lây nhiễm HIV cũng có liên hệ với tỉ lệ rối loạn tim ngày càng tăng và mắc đồng thời cả hai việc trên có thể gây ra hiệu ứng đồng vận (Soodini và Morgan 2001).

Lưu ý đặc biệt

Các thuốc chặn Beta-adrenergic có thể làm gia tăng tình trạng co động mạch vành do cocaine, từ đó tăng nguy cơ thiếu máu cục bộ ở cơ tim. Nitroglycerin và verapamil rất hiệu quả khi điều trị tăng huyết áp do cocaine và co động mạch vành, nên là hai loại thuốc được lựa chọn cho bệnh nhân sử dụng cocaine bị đau ngực (Pitts và cộng sự, 1999). Cocaine có thể làm hoạt hóa tiểu huyết cầu, dẫn tới bệnh động mạch vành cấp tính, vì thế cần áp dụng trị liệu hủy tiểu cầu quyết liệt hơn (Callahan và cộng sự, 2001).

Bệnh cơ tim

Bệnh cơ tim bắt nguồn từ những thay đổi thoái hóa của cơ tim với tình trạng mở rộng tim và suy

tâm thất trái. Bệnh cơ tim do rượu có biểu hiện như bệnh suy tim do các nguyên nhân khác, với triệu chứng khó thở khi gắng sức, khó thở khi bệnh nhân nằm thẳng và phù nề các chi dưới.

Ngoài nguyên nhân là rượu, bệnh cơ tim giãn nở thường xuất hiện ở người sử dụng trichloroethylene dạng hít. Ở những bệnh nhân cao tuổi mắc sẵn bệnh tim do thiếu máu cục bộ hoặc bệnh tim xơ vữa động mạch, bệnh cơ tim làm sức khỏe của họ bị suy nhược đáng kể. Phụ nữ cho thấy chuyển hóa rượu khác nam giới và có cơ chế sinh lý bệnh học riêng, điều này thường dẫn đến độ nhạy cao hơn với các tổn thương tim do rượu gây ra. Tỷ lệ phụ nữ mắc bệnh cơ tim ngang với nam giới, dù trong các trường hợp, phụ nữ dùng ít ethanol hơn nhiều (Fernandez-Sola và Nicolas-Arfelis 2002).

Lưu ý đặc biệt

Bệnh cơ tim do rượu phản ứng kém với thuốc chữa suy tim digitalis, không những thế, khả năng nhiễm độc digitalis còn tăng lên (Zakhari 1991).

Bệnh loạn nhịp tim

Bệnh loạn nhịp tim (nhịp tim không đều) thường thấy ở người bị bệnh thiếu máu cục bộ hoặc bệnh cơ tim. Hai trường hợp cụ thể của bệnh này là “tim ngày lễ”, trong đó những bệnh nhân uống rượu thường bị rối loạn nhịp tim trên thất (Greenspon và Schaal 1983), còn người sử dụng cocain với chất kích thích bị rối loạn tâm nhĩ và tâm thất đáng kể. Sử dụng steroid đồng hóa cũng gây ra cao huyết áp, bệnh tim do thiếu máu cục bộ, bệnh cơ tim và loạn nhịp tim (Sullivan và cộng sự năm 1999).

Lưu ý đặc biệt

Điều trị loạn nhịp tim ở người lạm dụng chất gây nghiện tương tự như điều trị cho bệnh nhân không lạm dụng chất gây nghiện, dù cơ sở cai nghiện cần phải thay đổi để tạo điều kiện theo dõi tim (từ xa).

Rối loạn huyết học

Rối loạn huyết học bắt nguồn từ nhiều yếu tố

như tác động độc hại trực tiếp từ thuốc lên tủy xương – thường thấy khi sử dụng rượu và benzene – hấp thu kém các chất dinh dưỡng thiết yếu (B12, folate) hoặc tình trạng dinh dưỡng chung kém.

Thiếu máu

Thiếu máu có thể là do thiếu folate, thiếu sắt, thiếu B12, mất máu cấp tính hoặc thường xuyên hơn là do kết hợp nhiều yếu tố. Thiếu folate có thể gây ra thiếu máu hồng cầu khổng lồ, tình trạng này được chẩn đoán qua macroovalocytes và hypersegmented neutrophils, thường thấy qua phết máu ngoại biên dưới kính hiển vi. Thiếu máu do thiếu sắt là kết quả của việc mất máu và sau đó là mất sắt. Tình trạng này xảy ra khi bệnh nhân bị xuất huyết dạ dày – ruột ở mức thấp, sau khi sinh và mất máu do kinh nguyệt. Biểu hiện của bệnh thiếu máu thường khó nhận ra, với cảm giác yếu và mệt mỏi chung chung. Khi thiếu máu nặng, bệnh nhân sẽ bị khó thở khi gắng sức và nhịp tim tăng. Riêng với thiếu máu hồng cầu khổng lồ (thiếu B12 và folate), bệnh nhân có thể gặp biến chứng thần kinh như đau thần kinh ngoại vi.

Rối loạn tế bào máu trắng

Rối loạn tế bào máu trắng có thể là do dinh dưỡng kém hoặc bệnh gan. Chúng giảm lympho bào có thể xuất hiện ở bệnh nhân bị bệnh HIV.

Rối loạn tiểu cầu

Rối loạn tiểu cầu thường là do tác động trực tiếp của việc lạm dụng chất gây nghiện lên tủy xương hoặc, như thường thấy ở bệnh giảm tiểu cầu liên quan đến rượu, do ức chế tủy xương. Chúng phì đại lách do tăng huyết áp kích phát cũng có thể gây ra bệnh giảm tiểu cầu, do lá lách mở rộng và sự tích trữ tiểu cầu cao bất thường. Giảm tiểu cầu còn xuất hiện ở bệnh nhân thiếu vitamin B12 và folate.

Bệnh nhân người Mỹ gốc Phi bị bệnh hồng cầu liềm có thể bị ảnh hưởng nặng (vì hệ thống cung cấp oxy của họ đã suy yếu) nếu có tổn hại khác đe dọa tủy xương.

Lưu ý đặc biệt

Nếu nhịp tim của bệnh nhân tăng, ta khó có thể sử dụng nhịp tim làm thước đo trong nhiều phác đồ cai nghiện.

Rối loạn phổi (ngoài lây nhiễm)

Rối loạn phổi phổ biến ở những người lạm dụng chất gây nghiện, một phần vì tỉ lệ sử dụng nicotine ở nhóm đối tượng này khá cao (Graham và cộng sự, 2003).

Viêm phổi sắc

Tiêu hóa rượu hoặc chất gây nghiện khác có thể làm giảm phản xạ hầu họng của bệnh nhân, dẫn tới nghẹn khí quản. Viêm phổi sắc xảy ra khi các dịch tiết khẩu – hầu và/hoặc chất trong dạ dày đi vào khí quản thấp hơn. Nếu tình trạng nghiêm trọng, bệnh nhân sẽ phải nhập viện lâu dài.

Hen suyễn

Ta cần phân biệt bệnh hen suyễn, một căn bệnh mãn tính đặc trưng bởi cơn co thắt phế quản và biểu hiện ở việc thở khô khè, với co thắt phế quản, tình trạng liên quan tới việc hít thuốc và thường là tự hạn chế. Điều trị bệnh này tương tự như điều trị cho bệnh nhân không sử dụng chất gây nghiện, trừ việc họ phải ngừng sử dụng thuốc.

Bệnh nhân bị hen suyễn kinh niên có thể bị tổn thương nặng nếu hút thuốc vì nó sẽ khiến hệ thống vốn đã suy yếu càng bị nặng hơn

Lưu ý đặc biệt

Thuốc điều trị hen suyễn có thể làm tăng đáng kể nhịp tim, điều này có thể ảnh hưởng tới việc đánh giá các phác đồ cai nghiện sử dụng nhịp tim như một trong các thước đo.

Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính

Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD) (khí thũng, viêm phế quản mãn tính) thường là do hút thuốc lá và các thay đổi hệ quả của hệ thống miễn dịch ở phổi, viêm nhiễm và sự hủy

hoại nhu mô phổi. Biểu hiện bệnh gồm có khó thở khi gắng sức, ho có đờm và thở khô khè.

Người Mỹ gốc Phi thuốc hút thuốc sẽ tiếp nhận nhiều nicotine hơn, vì thế họ bị độc từ khói thuốc lá trên mỗi điếu thuốc nhiều hơn người Cáp-ca (Perez-Stable và cộng sự, 1998).

Nghiên cứu đã chứng tỏ hút cần sa hàng ngày gây tác dụng phụ lên chức năng phổi, bao gồm ho, thở khô khè và gây nhiều đờm. Tuy nhiên, người chỉ thường xuyên hút cần sa, thiếu alpha-1-antitrypsin, sẽ phải hút 4 đến 5 điếu cần sa/ngày trong thời gian ít nhất 30 năm mới có các biểu hiện rõ ràng của bệnh COPD (Van Hoozen và Cross 1997).

Lưu ý đặc biệt

Trong thời gian điều trị cai nghiện và ngừng sử dụng nicotine, các mức độ hấp thụ nicotine khác nhau, như được phát hiện ở một số nhóm bệnh nhân, sẽ ảnh hưởng tới việc Chỉ định liều dùng trong liệu pháp thay thế nicotine (Perez-Stable và cộng sự 1998). Bệnh nhân bị COPD, nhất là người già, thường nhạy cảm với tác động giảm đau của nhiều loại thuốc trong phác đồ cai nghiện, nhất là nhóm thuốc benzodiazepine. Vì thế, ta phải giảm liều dùng của chúng để tránh suy hô hấp và làm trầm trọng hơn chứng hypoxemia và hypercarbia (giảm Oxy và tăng Carbon Dioxide). Với người hút thuốc lá, ta phải thường xuyên cân nhắc việc sử dụng các loại thuốc thay thế nicotine, nhất là cho bệnh nhân nằm viện. Việc đánh giá các bệnh nhiễm trùng, sử dụng Oxy, steroid và thuốc xịt sẽ được quyết định theo hình ảnh lâm sàng. Trong thời gian cai nghiện, nếu nicotine không được phép sử dụng, nó có thể tác động đáng kể tới nồng độ thuốc (xem chương 4).

Hệ thống thần kinh

Hệ thống thần kinh của bệnh nhân bị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện sẽ chịu tác động trực tiếp do ảnh hưởng của chất độc lên màng tế bào, ảnh hưởng lên chất truyền dẫn thần kinh, các thay đổi về chuyển hóa có liên quan tới các rối loạn tiềm ẩn khác và thay đổi trong dòng máu. Các nhà nghiên cứu phát hiện ra rằng đa

số những người bị rối loạn do uống rượu (75%) đều bị suy yếu nhận thức ở mức độ nào đó (Goldstein 1987). Các rối loạn cụ thể được tìm thấy ở bệnh nhân bị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện có thể ảnh hưởng tới hệ thống thần kinh trung ương và hệ thống ngoại vi. Ví dụ, ta đã phát hiện ra nhiều thay đổi về bệnh học thần kinh ở não của người sử dụng heroin. Nguyên nhân chính là lây nhiễm do viêm nội mạc tim hoặc nhiễm HIV. Các biến chứng khác bao gồm thay đổi do thiếu oxy, thiếu máu cục bộ, đi kèm phù não, tổn thương thần kinh do thiếu máu cục bộ được cho là vì ức chế hô hấp do rượu, đột quỵ do nghẽn tĩnh mạch huyết khối, viêm mạch, tắc mạch do nhiễm trùng và hạ huyết áp. Ngoài ra còn có bệnh tủy sống do tai biến mạch máu bị tách biệt trong tủy sống và bệnh não chất trắng sau khi hít heroin làm nóng từ trước (Buttner và cộng sự 2000).

Lưu ý cuối cùng, ta cần thường xuyên xem xét chấn thương sọ não (TBI) ở bệnh nhân bị suy yếu thần kinh. Người lạm dụng chất gây nghiện có nguy cơ cao bị ngã, gặp tai nạn xe cộ, bạo lực băng nhóm, bạo lực gia đình, v.v, từ đó bị chấn thương ở đầu (Graham và cộng sự, 2003). Nếu không được phát hiện, TBI có thể ảnh hưởng tới kết quả điều trị.

Hội chứng Wernicke-Korsakoff

Hội chứng Wernicke-Korsakoff gồm bệnh não của Wernicke và chứng rối loạn tâm thần của Korsakoff. Bệnh não của Wernicke là một chứng rối loạn thần kinh cấp tính với ba đặc điểm:

- Rối loạn chức năng vận nhãn (liệt dây thần kinh số 6 hai bên —liệt cơ mắt)
- Mất điều hòa (mất phối hợp cơ)
- Lảo lộn

Thị lực yếu và chứng giật cầu mắt cũng được phát hiện ở hội trường này khi kiểm tra mắt. Bệnh não của Wernicke rõ ràng là có liên quan tới thiếu vitamin B.

Chứng rối loạn tâm thần của Korsakoff là một bệnh thần kinh mãn tính do thiếu vitamin B, bao gồm thoái hoá trí nhớ về sau và về trước

(việc thoái hoá chủ yếu trong việc học điều mới và nhớ những điều xảy ra lâu) và chứng bịa chuyện (bệnh nhân bịa chuyện để bù lấp khoảng trống trong trí nhớ).

Lưu ý đặc biệt

Ban đầu, vitamin B được chỉ định tiêu hóa ngoài ruột nhưng sau đó được lựa chọn cho uống. Ta luôn luôn kê vitamin trước khi chỉ định glucose.

Tai biến ngạt máu do ngừng rượu và thuốc an thần

Tai biến ngạt máu do ngừng rượu và thuốc an thần đặt ra thử thách lớn cho y khoa (Ahmed và cộng sự, 2000) vì chưa có các nghiên cứu lâm sàng lớn để thiết lập chắc chắn cách điều trị tốt nhất. Tới 90% các ca tai biến ngạt máu do ngừng rượu xuất hiện trong 48 giờ đầu và thường là đơn lẻ và không trọng tâm. Người ta tin rằng lặp đi lặp lại việc uống rồi ngừng uống rượu sẽ khiến ta dễ bị tai biến ngạt máu do hiện tượng kindling⁽¹⁾ (Post và cộng sự, 1987). Bệnh nhân có tiền sử tai biến ngạt máu khi cắt cơn có nguy cơ mắc bệnh cao hơn. Họ cần nhận được liều benzodiazepine hoạt động dài phòng ngừa (như chlordiazepoxide 50mg 6 giờ/lần trong 24 giờ) khi cai rượu.

Người bị rối loạn do uống rượu cho thấy tỷ lệ mắc tai biến ngạt máu tăng do cắt cơn, tổn thương tới quá trình chuyển hóa như mất cân bằng hypoglycemia hoặc chất điện phân, hoặc chấn thương đầu. Trong một nghiên cứu, các nhà nghiên cứu tìm ra rằng trong 195 ca tai biến ngạt máu ở những người bị rối loạn do uống rượu, 59% là do ngừng uống rượu, 20% là do chấn thương đầu và 5% là do rối loạn mạch máu (Earnest và cộng sự, 1988).

Lưu ý đặc biệt

Nếu bệnh nhân bị tai biến ngạt máu lần đầu thì khi đánh giá, ta cần đánh giá cả về tâm thần và chấn thương đầu. Ta cũng nên cân nhắc tới các bệnh về chuyển hóa, như nồng độ magie thấp.

(1) Hiện tượng Kindling là một quá trình thực nghiệm, trong đó kích thích điện khu trú lặp đi lại tác động trên não dẫn tới làm tăng tính dễ kích động của các tế bào thần kinh.

Mayo-Smith (1997) chỉ ra rằng benzodiazepine giúp bảo vệ ta chống lại tai biến ngập máu do ngừng rượu, vì thế, bệnh nhân từng bị tai biến ngập máu nên được điều trị sớm bằng loại thuốc này. Ủy ban đồng thuận gợi ý ta nên cân nhắc liệu pháp điều trị bằng thuốc chống động kinh cho những bệnh nhân cai nghiện rượu từng nhiều lần bị tai biến ngập máu trong quá khứ (do bất cứ nguyên nhân nào), gần đây bị chấn thương đầu, trước đây bị viêm màng não hay viêm não hoặc có người thân có tiền sử bị tai biến ngập máu.

Bác sĩ cần hiểu rằng điều trị tai biến ngập máu lần đầu bằng benzodiazepine không giúp ngăn chặn khả năng bị tai biến ngập máu lần thứ hai (D'Onofrio và cộng sự 1999). Ta nên cân nhắc giảm liều dùng thuốc từ từ khi tình trạng này xảy ra đồng thời với quá trình cai nghiện. Lorazepam, loại thuốc có thể sử dụng cho bệnh nhân bị bệnh gan, được cho là phù hợp nhưng nó và nhóm thuốc benzodiazepine hoạt động ngăn khác không giúp ngăn chặn bệnh tai biến ngập máu do cắt cơn xuất hiện muộn (Shaw 1995). Liều dùng thuốc co giật nên được kê ổn định trước khi bắt đầu cai nghiện thuốc ngủ - thuốc an thần. Điều trị thích hợp bằng benzodiazepine hoạt động dài là cách hiệu quả để ngăn ngừa tai biến ngập máu do cắt cơn (Mayo-Smith và Bernard 1995). D'Onofrio và cộng sự (1999) tìm ra rằng liều dùng một lần của thuốc lorazepam có chất hoạt động tương đối ngắn hơn cũng giúp giảm nguy cơ tai biến ngập máu sau đó so với placebo. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của D'Onofrio, liều dùng thuốc rất nhỏ và kết quả bị hạn chế phần nào do sử dụng trong phòng cấp cứu.

Các thuốc chống co giật thế hệ đầu và cũ hơn có một số hạn chế như chúng chỉ được nghiên cứu trong cắt cơn nhẹ tới trung bình; ở một số ít trường hợp, chúng có thể làm nhiễm độc gan và tủy xương, và có thể tương tác với các lớp khác của thuốc. Các loại thuốc mới hơn, như gabapentin (Neurotine) và oxcarbazepine (Trileptal), không có những tác động này nhưng ta vẫn chưa có nghiên cứu đầy đủ để kết luận chắc chắn. Có rất ít chứng cứ cho thấy sử dụng lâu dài phenytoin là có ích đối với bệnh

nhân không bị rối loạn tai biến ngập máu tiềm ẩn (Kasser và cộng sự, 2000). Các loại thuốc có thể hạ thấp ngưỡng tai biến ngập máu, bao gồm phenothiazine, như prochlorperazine (Compazine), và một số loại thuốc chống trầm cảm, như bupropion, cần được sử dụng một cách thận trọng với những bệnh nhân có tiền sử bị tai biến ngập máu.

Việc sử dụng thuốc chống co giật, như valproic acid và barbiturate, đã được nghiên cứu ở phụ nữ có thai, trong đó valproic acid có liên quan tới một số trường hợp quái thai. Khi sử dụng bất cứ loại thuốc chống co giật nào, ta cũng phải thảo luận kỹ với bệnh nhân có thai về các rủi ro và lợi ích của chúng (Robert và cộng sự, 2001).

Đột quy

Đột quy thường là do sử dụng rượu và cocaine, giảm dòng máu và tăng huyết áp không kiểm soát được.

Những bệnh nhân sử dụng cocaine/chất kích thích có thể bị đau đầu, đây là dấu hiệu về tình trạng xuất huyết khoang dưới nhện và/hoặc xuất huyết trong não. Vì thế, họ cần được đánh giá phù hợp (Buxton và Buxton and McConachie 2000). Uống rượu nhiều làm tăng nguy cơ bị đột quy do nhiều cơ chế (Hillbom và Numminen 1998). Những bệnh nhân uống rượu có nguy cơ bị đột quy xuất huyết và các loại xuất huyết trong não khác cao hơn bình thường, đặc biệt, họ thường bị đột quy trong 24 giờ từ khi uống rượu (Altura 1986).

Lưu ý đặc biệt

Nghiên cứu chứng tỏ nifedipine và verapamil có thể ngăn ngừa chứng co thắt mạch do rượu gây ra, điều này gợi ý cho ta về phương pháp điều trị tiềm năng đối với chứng tăng huyết áp và đột quy ở bệnh nhân uống rượu nhiều (Altura 1986).

Bệnh đa thân kinh

Bệnh đa thân kinh thường là do suy dinh dưỡng ở những bệnh nhân uống rượu lâu dài. Các dấu hiệu và triệu chứng bệnh bao gồm đau chi dưới,

mất cơ vận động xa, tê hoặc ngứa ran và mất phản xạ. Bệnh đa thần kinh có thể bắt nguồn từ việc hít h-hexane, methyl-n-butyl ketone và toluene (Geller 1998).

Bệnh não gan

Bệnh não gan là hội chứng não bị nhiễm độc do sự tích tụ các chất thải nitơ chưa chuyển hóa ở bệnh nhân bị suy gan nặng. Các dấu hiệu và triệu chứng bệnh bao gồm thay đổi về ý thức và hành vi, các dấu hiệu bất ổn thần kinh như loạn giữ tư thế và mức ammoniac trong huyết thanh cao. Bác sĩ cần đánh giá bệnh nhân để tìm nguyên nhân gây bệnh, bao gồm các nguyên nhân dưới đây:

- Xuất huyết ruột
- Mất cân bằng chất điện giải (chứng nhiễm kiềm chuyển hóa)
- Nhiễm trùng
- Tăng bài niệu (sự khử nước)
- Sử dụng thuốc an thần
- Lượng protein trong thức ăn tăng lên

Những bệnh nhân bị nhiễm khuẩn *Helicobacter pylori* dễ bị bệnh não gan hơn (Duseja và cộng sự, 2003).

Lưu ý đặc biệt

Bác sĩ nên tránh sử dụng thuốc lợi tiểu, xác định và xử lý các nhân tố có thể gây ra bệnh não, giảm lượng protein trong thức ăn và sử dụng Lactulose để giảm các chất thải nitơ thông qua đường ruột. Ta cũng cần điều chỉnh các phác đồ sử dụng benzodiazepine để thay vào đó các loại thuốc nhất định mà quá trình chuyển hóa thuốc tại gan chỉ là tối thiểu hoặc không chuyển hóa.

Bệnh lây nhiễm

Có rất nhiều nguyên nhân gây ra bệnh viêm gan siêu vi mặc dù virút viêm gan B và C là những tác nhân gây bệnh chủ yếu. Lây nhiễm virút viêm gan C là hình thức lây nhiễm viêm gan phổ biến nhất ở những bệnh nhân bị rối loạn do sử

dụng chất gây nghiện. Ít nhất 76% người tiêm chích thuốc dưới 7 năm dương tính với viêm gan C, trong khi 25% bệnh nhân bị rối loạn do uống rượu và những người không tiêm chích thuốc cho thấy bằng chứng về nhiễm trùng huyết thanh (Fingerhood và cộng sự, 1993; Viện quốc gia về lạm dụng ma túy 2000). Lây nhiễm viêm gan B thường xuất hiện như nhiễm trùng mãn tính hơn một hiện tượng cấp tính. Vì thế, ta cần kiểm tra lây nhiễm viêm gan B và C trong quá trình cai nghiện.

Lưu ý đặc biệt

Sau khi ngừng điều trị cai nghiện, bệnh nhân nên sắp xếp để điều trị viêm gan B và C. Bệnh nhân bị viêm gan C được khuyến cáo tiêm phòng vắc xin cho viêm gan A và B. Thời gian tiêm chủng là hơn 6 tháng nên việc này cần thực hiện sau chương trình cai nghiện. Nếu bệnh nhân bị bệnh gan nghiêm trọng, ta có thể xem xét sử dụng thuốc hoạt động ngăn với quá trình chuyển hóa thuốc tại gan thấp hơn. Để biết thêm về bệnh truyền nhiễm và lạm dụng chất gây nghiện, hãy tham khảo TIP 6, *Theo dõi bệnh truyền nhiễm ở người lạm dụng chất gây nghiện* (CSAT 1993c).

Viêm nội tâm mạc

Viêm nội tâm mạc là do nhiều loại vi khuẩn nhiễm vào hệ thống mạch máu khi da mất cơ chế bảo vệ do tiêm chích. Bệnh nhân thường bị sốt, có tiếng tim, thiếu máu, phình lá lách, đốm xuất huyết và bệnh tắc mạch ngoại vi. Bệnh có thể đi từ nhẹ và không đau tới bạo phát; nếu không được chữa trị có thể dẫn đến tiên lượng xấu. Ở các bệnh nhân sử dụng thuốc tiêm tĩnh mạch, 70% bị ảnh hưởng van ba lá, tiếp theo là các ảnh hưởng lên van động mạch chủ và van hai lá. 75% các trường hợp là do khuẩn tụ cầu và tới 15% là do trực khuẩn bacilli gram âm ưa khí (Aragon và Sande 1994).

Viêm nội tâm mạc là bệnh nghi vấn đầu tiên ở những bệnh nhân bị sốt mà sử dụng thuốc tiêm tĩnh mạch. Những bệnh nhân sử dụng thuốc tiêm tĩnh mạch có nguy cơ đột tử do viêm nội tâm mạc nhiễm trùng cao hơn bệnh nhân sử

dụng thuốc theo hình thức khác 300 lần (Burke và cộng sự, 1997). Những bệnh nhân tiêm cocaine vào tĩnh mạch có tỷ lệ bị bệnh viêm nội tâm mạc cao hơn do họ thường xuyên tiêm và ít có nhu cầu hòa tan cocaine bằng nhiệt (Chambers và cộng sự, 1987)

Viêm phổi vi khuẩn

Viêm phổi vi khuẩn có thể là do rối loạn chức năng hệ miễn dịch, nhiều cơ chế bảo vệ đường hô hấp bình thường (do uống rượu hoặc hút thuốc), nhiễm độc trực tiếp hoặc do hít thuốc.

Bác sĩ điều trị cần hiểu rằng các mầm bệnh thông thường được tìm thấy ở bệnh viêm phổi do lây lan trong cộng đồng (như *Streptococcus pneumoniae*) có thể không phải là tác nhân gây bệnh viêm phổi ở bệnh nhân phụ thuộc vào rượu. *Haemophilis influenzae*, *Klebsiella pneumoniae* và các vi khuẩn gram âm khác là nghi can đầu tiên và ta phải tiến hành điều trị tới khi kết quả cấy vi khuẩn chính xác được thông báo. Trong số các bệnh nhân sử dụng thuốc tiêm, viêm phổi là lý do nhập viện phổ biến nhất, chiếm 38% các ca nhập viện ở nhóm đối tượng này (Marantz và cộng sự 1987).

Lưu ý đặc biệt

Theo khuyến cáo, ta cần sử dụng cẩn thận các thuốc giảm đau dạng hít/xịt. Chỉ dẫn nhập viện ở bệnh nhân bị viêm phổi (Neu 1994) bao gồm:

- Tuổi già
- Mất nước
- Nôn mửa và không thể uống thuốc
- Bệnh đa thùy
- Số tế bào bạch cầu thấp
- Nhiễm axit hô hấp
- pO₂ thấp hơn 55 mm Hg
- Bệnh đồng phát nặng
- HIV

Bệnh lao

Bệnh lao (TB) do vi khuẩn hình que chịu chua

Mycobacterium tuberculosis gây ra và lây truyền qua các giọt nước trong không khí. Bệnh nhân nhiễm bệnh thường bị ho nhiều (dấu hiệu phổ biến nhất), đờm có máu, đau ngực, sốt và sụt cân. Người nhập cư từ những nước đang bị dịch lao, người có điều kiện kinh tế xã hội kém, người vô gia cư, người sử dụng chất gây nghiện trái phép, người bị giam giữ và người sống ở khu vực tràn lan bệnh HIV có nhiều nguy cơ mắc bệnh này nên cần được kiểm tra. Ngoài ra, các dòng mới của bệnh lao kháng nhiều loại thuốc đã xuất hiện, nhất là ở nhóm người vô gia cư (Borgdorff và cộng sự 2000; Moss và cộng sự 2000).

Bệnh lao là dịch bệnh phổ biến ở nhiều khu vực trên thế giới (châu Á, châu Phi, Nam và Trung Mỹ) (Gupta và cộng sự 2004). Do bệnh này là mối lo ngại cho sức khỏe cộng đồng nên việc quan trọng nhất là phải kiểm tra tất cả các bệnh nhân, nhất là những người từ các khu vực đang bị dịch lao. Ta cần nhớ rằng những bệnh nhân bị suy giảm miễn dịch có thể không phản ứng với các kiểm tra da liễu. Ta tiến hành chuẩn đoán dựa trên kết quả kiểm tra lao qua da, đờm, cấy vi khuẩn và chụp X quang. Để biết thêm thông tin về cách đối phó với bệnh lao ở các cơ sở cai nghiện và điều trị, hãy tham khảo TIP 18, *Dịch lao: Các vấn đề đạo đức và pháp lý đối với nhà cung cấp đều trị lạm dụng rượu và chất gây nghiện khác* (CSAT 1995i).

Nhiễm trùng da

Nhiễm trùng da thường là kết quả của việc tiêm thuốc vào tĩnh mạch. *Staphylococcus aureus* và *Streptococcus pyogenes* là những loại thuốc tiêm phổ biến. Biểu hiện bệnh là đau, sưng, ban đỏ và nóng da ở vùng bị viêm. Ta quyết định chủng loại và cách sử dụng thuốc kháng sinh dựa trên sinh vật lây nhiễm, mức độ và sự nghiêm trọng của nhiễm trùng. Bác sĩ cần nhớ rằng chỗ nhiễm trùng có thể là bất cứ chỗ nào trên cơ thể mà có thể tiếp cận được hệ thống tĩnh mạch.

Bệnh nhân sử dụng thuốc tiêm tĩnh mạch, bệnh nhân bị bệnh mạch máu ngoại biên và bệnh nhân bị bệnh đái tháo đường (nhất là người bị nhiễm trùng ở chân) cần được đánh giá kỹ lưỡng về bệnh nhiễm trùng da.

Các bệnh lây truyền qua đường tình dục

Các bệnh lây truyền qua đường tình dục thường ở dạng viêm niệu đạo, viêm âm đạo cổ tử cung và các tổn thương bộ phận sinh dục. Những rối loạn này là do nhiều loại vi khuẩn gây ra. Mọi bệnh nhân cần phải kiểm tra toàn diện về tiền sử bệnh lý, bao gồm kiểm tra cơ quan sinh dục ngoài. Các hình ảnh và thực hành lâm sàng sẽ dẫn dắt phác đồ điều trị. Đôi khi bệnh nhân sử dụng thuốc tiêm tĩnh mạch cho thấy kết quả dương tính giả đối với kiểm tra giang mai qua huyết thanh, có thể đó là do phản ứng không rõ ràng của cơ thể trước sự xuất hiện lặp đi lặp lại của các kháng nguyên tiêm vào (Hook 1992).

HIV/AIDS

HIV/AIDS là một bệnh lý nghiêm trọng và phổ biến ở những người bị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện, nhất là những người tiêm thuốc và dùng chung bơm kim tiêm với người khác. Bệnh nhân bị AIDS có thể mắc nhiều loại bệnh, từ tiền sử không có triệu chứng tới thường xuyên bị sốt, phình hạch bạch huyết, khó nuốt, tiêu chảy, sụt cân, loét da, khó thở (do viêm phổi *Pneumocystis carinii*), đau đầu (do *Toxoplasma gondii*), tai biến và sa sút trí nhớ. Theo kinh nghiệm, ta không nên bỏ qua bất cứ phần nào của bệnh nhân bị nhiễm HIV.

Người đồng tính và người tiêm chất gây nghiện vào tĩnh mạch có nguy cơ bị HIV/AIDS cao hơn các nhóm người khác. Vì thế, ta cần kiểm tra hoặc chỉ dẫn kiểm tra và đưa ra cho họ sự tư vấn phù hợp. Thực ra, tất cả các bệnh nhân đều cần được kiểm tra hoặc được chỉ dẫn kiểm tra HIV/AIDS. Một số bang như Colorado còn yêu cầu đánh giá rủi ro cho mọi bệnh nhân, sau đó bệnh nhân phải được thông báo về rủi ro của họ và được chỉ dẫn kiểm tra nếu có nguy cơ mắc HIV/AIDS. Ngay cả khi từ chối kiểm tra HIV, bệnh nhân vẫn cần được giáo dục về các rủi ro và cách phòng tránh bệnh.

Do mức độ nghiêm trọng của bệnh giang mai tăng lên ở những bệnh nhân dương tính với HIV và tình trạng bệnh nhân ngày càng chống

đối điều trị như được chỉ ra trong các phác đồ điều trị thông thường, tất cả các bệnh nhân này cần được kiểm tra bệnh giang mai và tất cả các bệnh nhân bị phát hiện dương tính với bệnh giang mai cần được gửi đi kiểm tra HIV (McNeil và cộng sự, 2004).

Lưu ý đặc biệt

Nếu methadone được sử dụng trong các phác đồ cai nghiện hoặc việc duy trì đang được tiếp tục, bác sĩ cần hiểu rằng các thuốc điều trị HIV nhất định có thể làm tăng chuyển hóa methadone:

- Efavirenz (Sustiva)
- Nevirapine (Viramune)
- Lopinavir/ritonavir (Kaletra)
- Rifampin (một loại thuốc để ngăn chặn *Mycobacterium avium* complex, một loại nhiễm khuẩn nghiêm trọng, trong các bệnh nhân dương tính với HIV)
- Amprenavir (Agenerase)
- Abacavir
- Ritonavir

TIP 37, *Điều trị lạm dụng chất gây nghiện cho người bị HIV/AIDS* (CSAT 2000e) sẽ cung cấp thêm thông tin về việc điều trị lạm dụng chất gây nghiện cho bệnh nhân bị HIV/AIDS.

Các bệnh khác

Ung thư

Người bị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện có nguy cơ bị ung thư cao hơn do chất gây ung thư ở các loại thuốc mà họ sử dụng. Hút thuốc lá có liên quan tới bệnh ung thư phổi, thanh quản, khoang miệng, thực quản, dạ dày, bàng quang và tuyến tụy. Uống rượu nhiều làm tăng nguy cơ bị ung thư miệng, họng, thực quản, thanh quản, đường hô hấp và vú (Polednak 2005). Hiệu ứng đồng vận khi vừa uống rượu vừa hút thuốc sẽ làm tăng nguy cơ mắc bệnh ung thư lên cao hơn nữa (Fagerstrom 2002). Tiền sử sụt cân có thể

cho thấy nhiều bệnh mãn tính, mặc dù tùy từng trường hợp mà ta cần nhắc tới bệnh ung thư. Nghiên cứu cho thấy tỉ lệ ung thư đầu và cổ ngày càng tăng ở người sử dụng cần sa nhiều (Donald 1991). Ung thư gan thường thấy ở bệnh nhân bị viêm gan C và những người sử dụng steroid đồng hóa (Socas và cộng sự 2005). Cũng có mối tương quan đặc biệt giữa việc uống rượu, viêm gan C và ung thư biểu mô tế bào gan (Yoshihara và cộng sự 1998).

Đái tháo đường

Bệnh nhân sử dụng thuốc tiêm tĩnh mạch có thể mắc những bệnh truyền nhiễm làm ảnh hưởng tới việc kiểm soát bệnh đái tháo đường, mặc dù bất cứ bệnh truyền nhiễm nào ở bệnh nhân cai nghiện cũng được giải quyết về cả phương diện bệnh truyền nhiễm và bệnh đái tháo đường.

Lưu ý đặc biệt

Một số loại thuốc có thể làm giảm khả năng chịu glucose và làm tăng glucose trong huyết thanh (Garber 1994). Dưới đây là một số ví dụ:

- Thiazide diuretics
- Clonidine
- Glucocorticoids
- Haloperidol
- Lithium carbonate
- Phenothiazines
- Tricyclic antidepressants
- Indomethacin
- Olanzapine
- Risperidol

Dùng kết hợp thuốc chống đái tháo đường với rượu có thể làm giảm glucose huyết và làm nhiễm axit lactic. Bệnh tiểu đường cũng được phát hiện ở những bệnh nhân có nồng độ glucose tăng hoặc có tiền sử đái tháo đường và kiểm soát kém.

Chấn thương cấp tính/gãy xương

Chấn thương cấp tính/gãy xương có thể xảy ra

ở bất cứ bệnh nhân nào bị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện vì khi chịu tác động của thuốc, họ không còn giữ được tỉnh táo và thường đi lại loạng choạng. Bệnh nhân bị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện rất dễ bị tai nạn, với nhiều biến chứng từ chấn thương đầu tới bị gãy xương khi ngã. Đau mãn tính thường thấy ở bệnh nhân bị chấn thương (có hoặc không điều trị), sức khỏe kém hoặc không thể đối phó với cơn đau mà không sử dụng chất gây nghiện. Ta cần cần nhắc điều trị đau mãn tính và các vấn đề do sử dụng opioid cho mỗi bệnh nhân tùy theo tình hình riêng của họ.

Bác sĩ phẫu thuật nên xem xét cắt thuốc khi chuẩn đoán thấy bệnh nhân có bất cứ dấu hiệu hoặc triệu chứng nào về thể chất hoặc thần kinh xuất hiện trong thời gian điều trị. Tỷ lệ mắc bệnh trong thời gian điều trị ở những bệnh nhân bị rối loạn do uống rượu tăng lên 2 - 3 lần, với biến chứng phổ biến nhất là nhiễm trùng, xuất huyết, suy tim và các biến chứng do cai nghiện (Tonnesen và Kehlet 1999).

Lưu ý đặc biệt

Ta có thể dùng opioid để giảm đau cho bệnh nhân trong thời gian đầu sau chấn thương. Các phác đồ cai nghiện nên được bắt đầu trước khi phẫu thuật và duy trì trong suốt thời gian điều trị. Cơn đau mà làm tăng nhịp tim và nhiệt độ hậu phẫu có thể ảnh hưởng tới các yếu tố để đánh giá quá trình cai nghiện.

Do bệnh nhân có thể nhờn opioid nên liều methadone hàng ngày ở bệnh nhân được duy trì bằng methadone sẽ không có tác dụng như thuốc giảm đau do phẫu thuật hay các bệnh khác. Với bệnh nhân duy trì bằng methadone mà đang bị đau đồng thời, ta cần kê thuốc giảm đau theo liều điều trị đầy đủ (CSAT 2005d ; Ho và Dole 1979).

Do hầu hết các loại thuốc trị đau đều có khả năng bị lạm dụng cao nên các chương trình cần thay đổi chính sách theo cách sử dụng các loại thuốc này. Ta không cần cắt giảm các thuốc đã kê cho bệnh nhân bị đau trừ phi họ đáp ứng các tiêu chí về lạm dụng hoặc phụ thuộc vào opioid được mô tả trong Cẩm nang chuẩn đoán

và thống kê về các rối loạn tâm thần của Hội Tâm thần Hoa Kỳ, ấn bản số 4. Ngoài ra, để trị đau, ta còn có các phương pháp như vật lý trị liệu, điện châm và trị liệu nóng/lạnh. Ta cũng nên xem xét thử nghiệm các thuốc kháng viêm không phải steroid hoặc thực hiện block rễ thần kinh trước khi sử dụng thuốc có khả năng gây nghiện và lạm dụng cao.

Việc sử dụng acetaminophen ở bệnh nhân bị rối loạn do uống rượu vẫn còn nhiều tranh cãi, nhất là khi bệnh nhân có dấu hiệu bị bệnh gan. Tuy nhiên, một bài phân tích về tài liệu y khoa chỉ ra rằng với bệnh nhân nghiện rượu nặng, liên tục uống acetaminophen theo liều điều trị trong hơn 48 giờ không làm tăng nồng độ enzyme aminotransferase tốt cho gan hoặc gây ra bất cứ biểu hiện lâm sàng nào so với nhóm đối chứng (Dart và cộng sự 2000).

Điều trị bệnh tâm thần đồng diễn

Ta có thể sử dụng các thuốc có tác dụng được lý theo chỉ định để điều trị bệnh tâm thần đồng diễn ở bệnh nhân bị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện. Tỷ lệ mắc đồng thời bệnh tâm thần và rối loạn do sử dụng chất gây nghiện là rất cao, ngoài ra, bệnh nhân phụ thuộc vào rượu có tỷ lệ mắc bệnh tâm thần cao hơn người bình thường (Kessler và cộng sự 2003; Modesto-Lowe and Kranzler 1999).

Những tác động khác của việc sử dụng chất gây nghiện và các rối loạn tâm thần đồng diễn khiến việc chẩn đoán và điều trị cho bệnh nhân càng phức tạp hơn (Salloum và Thase 2000). Ta rất khó đánh giá chính xác bệnh học tâm lý tiềm ẩn ở người đang tiến hành cai nghiện, vì tác động của việc nghiện và cai nghiện thường giống các rối loạn tâm thần. Vì lý do này, tốt nhất là ta nên đánh giá tâm thần cho bệnh nhân sau vài tuần cho họ cai nghiện. Tuy nhiên, điều này nên được xét trong mối tương quan với thời gian mà họ cai nghiện và kế hoạch điều trị dành cho họ. Một số bệnh nhân vừa cai nghiện vừa dùng thuốc để điều trị các rối loạn tâm thần

đồng diễn như trầm cảm và lo âu. Với rối loạn tâm thần đồng diễn nghiêm trọng, nếu không được điều trị, bệnh nhân sẽ dễ có nguy cơ tái nghiện. Vì thế, khi đưa ra quyết định, bác sĩ cần đánh giá rủi ro của việc kê thuốc khi không hoàn toàn chắc chắn bệnh nhân có bị bệnh đồng diễn hay không. Nếu giai đoạn cai nghiện kéo dài, tình trạng thần kinh của bệnh nhân khi cai nghiện sẽ được đánh giá tốt hơn.

Mặc dù một số bác sĩ có triết lý là cho bệnh nhân ngừng sử dụng mọi loại thuốc tâm thần khi tham gia chương trình cai nghiện nhưng hành động này không phải lúc nào cũng có lợi nhất cho bệnh nhân. Ngừng sử dụng thuốc tâm thần đột ngột có thể gây ra hội chứng cai nghiện hoặc tái xuất hiện rối loạn tâm thần. Theo quy tắc chung, ta nên tiếp tục kê thuốc cho bệnh nhân theo liều lượng điều trị trong suốt quá trình cai nghiện nếu bệnh nhân dùng thuốc đúng như chỉ định, và nên hoãn quyết định ngừng thuốc đến sau khi bệnh nhân hoàn tất việc cai nghiện. Tuy nhiên, nếu bệnh nhân lạm dụng thuốc hoặc triệu chứng tâm thần rõ ràng là do việc lạm dụng thuốc gây ra thì ta đã có lý do để cho họ ngừng thuốc. Cuối cùng, bác sĩ nên cân nhắc từ chối cho bệnh nhân sử dụng những loại thuốc làm giảm nguy cơ tai biến ngạt máu (như bupropion hay thuốc chống loạn thần cũ) trong thời gian cai rượu cấp tính hoặc tối thiểu là kê liều đầu tiên hoặc lên kế hoạch giảm benzodiazepine.

Trong quá trình cai nghiện, một số bệnh nhân bị mất bù và rơi vào tình trạng loạn tâm thần, trầm cảm hoặc lo âu nặng. Trong những trường hợp này, ta cần giám sát kỹ lưỡng liều lượng thuốc điều trị cai nghiện. Nếu mất bù là kết quả của việc kê thuốc điều trị cai nghiện thiếu thì ta chỉ cần tăng liều. Còn nếu liều thuốc cai nghiện đã đủ thì có thể ta sẽ cần các loại thuốc khác. Trước khi chọn phương án này, ta cần cân nhắc các yếu tố như tác dụng phụ của thuốc uống thêm và khả năng tương tác với các thuốc cai nghiện.

Có thể bệnh nhân bị rối loạn tâm thần sẽ cần dùng thuốc an thần. Ta nên dùng những loại thuốc ít có nguy cơ gây ra tai biến ngạt máu,

nhất là khi bệnh nhân đang cai rượu hoặc ngừng thuốc benzodiazepine. Liều lượng nhỏ nhưng thường xuyên thuốc Haldol, như 1mg mỗi 2 giờ, có thể hữu ích cho tới khi triệu chứng rối loạn tâm thần của bệnh nhân dần biến mất. Trong trường hợp phải dùng thuốc khẩn cấp, thuốc chống trầm cảm được sử dụng ít hơn các loại thuốc tâm thần khác vì từ khi bắt đầu dùng thuốc đến khi thuốc có tác dụng điều trị có thời gian trễ từ 2 đến 3 tuần. Sau khi cai nghiện, ta cần tái đánh giá nhu cầu dùng thuốc của bệnh nhân. Đôi khi, thử nghiệm không dùng thuốc là cách tốt nhất để đánh giá nhu cầu dùng thuốc của bệnh nhân. Tuy nhiên, đây không phải cách phổ biến nhất hoặc có lợi nhất cho bệnh nhân, nhất là những người bị bệnh tâm thần nặng. Để biết thêm thông tin về cách điều trị cho bệnh nhân bị đồng diễn rối loạn do sử dụng chất gây nghiện và rối loạn tâm thần, hãy tham khảo TIP 42, *Điều trị lạm dụng chất gây nghiện cho người bị các rối loạn đồng diễn* (CSAT 2005c).

Điều trị các bệnh đồng diễn

Việc điều trị các rối loạn do sử dụng chất gây nghiện sẽ trở nên khó khăn nếu ta không điều trị đầy đủ các rối loạn tâm thần đồng diễn. Ví dụ, bệnh nhân vừa bị ảo giác do bệnh tâm thần phân liệt vừa lạm dụng chất gây nghiện không thể tham gia điều trị lạm dụng chất gây nghiện mà không được kiểm soát thích hợp bệnh rối loạn tâm thần. Tương tự, bệnh nhân bị hưng cảm, hay phấn khích và gặp ảo giác, bệnh nhân bị trầm cảm, hay bệnh nhân bị chứng sợ chốn đông người mà cũng bị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện sẽ khó phối hợp với việc điều trị lạm dụng chất gây nghiện. Điều trị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện là việc cần thiết để nâng cao kết quả điều trị của cả việc lạm dụng chất gây nghiện và rối loạn tâm thần đồng diễn. Tâm lý trị liệu nên là một khía cạnh của quá trình phục hồi, trong đó ban đầu ta tập trung vào việc giúp bệnh nhân không tái nghiện (Aviram và cộng sự 2001). Các chương trình điều trị hiệu quả cao có thể kết hợp nhiều chiến thuật trị liệu. Những chương trình này nên kéo dài và có kế hoạch phục hồi theo từng giai

đoạn. Drake và cộng sự (2001) gợi ý rằng khi điều trị đồng thời rối loạn do sử dụng chất gây nghiện và các rối loạn tâm thần khác, ta cần kết hợp xây dựng kỹ năng, quản lý bệnh tật, nhạy cảm về mặt văn hóa và hỗ trợ bệnh nhân theo đuổi mục tiêu thiết thực.

Hạn chế của các thuốc có tác dụng dược lý ở người phụ thuộc vào chất gây nghiện

Các thuốc có tác dụng dược lý có một số hạn chế ở nhóm đối tượng bị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện. Thuốc có thể làm suy yếu nhận thức và cảm xúc, đôi khi khó nhận thấy. Các bác sĩ điều trị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện đều ủng hộ quan điểm cho rằng bệnh nhân cần suy nghĩ rõ ràng để tạo ra các thay đổi căn bản ở bản thân. Người bị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện phải tích cực thay đổi quan điểm và từ bỏ các quan niệm cũ rằng rượu và chất gây nghiện khác có thể “chữa trị” các vấn đề trong cuộc sống cũng như những tình trạng tâm lý khó chịu. Mặc dù có một số rủi ro nhưng nội dung của dược lý trị liệu là nâng cao khả năng duy trì cai nghiện của bệnh nhân, đồng thời giúp họ hưởng lợi trọn vẹn từ việc can thiệp và điều trị tâm lý xã hội đồng thời. Tuy nhiên, nhiều rối loạn tâm thần, nếu không được chữa trị, sẽ gây ra trầm cảm, lo lắng hoặc rối loạn suy nghĩ, điều này lại ngăn ngừa hoặc làm chậm thay đổi hành vi cần thiết để phục hồi từ rối loạn do sử dụng chất gây nghiện.

Ta cần xem xét kỹ rủi ro và lợi ích của các thuốc có tác dụng dược lý. Nếu không được chữa trị, bệnh lo lắng, trầm cảm và rối loạn suy nghĩ có thể khiến bệnh nhân tái nghiện, nhất là người đã phụ thuộc vào rượu hoặc chất gây nghiện khác trong thời gian dài để kiểm soát các triệu chứng bệnh. Trong nhiều trường hợp, lợi ích và rủi ro khiến bệnh nhân tái nghiện thấp mà loại thuốc phù hợp đem lại vượt xa rủi ro khi dùng thuốc. Một số bác sĩ tin rằng phương pháp “không gian khổ, không thành công” có nguy cơ cản trở hơn là thúc đẩy quá trình phục hồi. Những triệu chứng như lo lắng và trầm cảm ở người đang bị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện

rất quan trọng trong quá trình phục hồi, các loại thuốc để trị những triệu chứng đó cần phải được xem xét cẩn thận trong trường hợp này. Về mặt lâm sàng, lo lắng và trầm cảm có thể đem lại động lực thay đổi khi bệnh nhân chưa nhận thức đầy đủ về nhu cầu thay đổi hành vi.

Tiêu chuẩn điều trị các bệnh tâm thần đồng diễn

Sau khi cai nghiện và được duy trì ổn định bằng các thuốc có tác dụng được lý, người ta thường lựa chọn các phương pháp ngoài dùng thuốc để điều trị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện. Ngoài ra, một số nghiên cứu chỉ ra rằng điều trị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện chỉ bằng cách cai nghiện giúp cải thiện các hội chứng tâm thần liên quan tới việc sử dụng chất gây nghiện (Anderson và Kiefer 2004). Các hội chứng nghiêm trọng do rượu, mà đáp ứng tiêu chí về rối loạn nặng do trầm cảm và lo âu, tốt nhất nên được coi là rối loạn do chất gây nghiện nếu chúng biến mất trong vài ngày tới vài tuần cai nghiện. Tương tự, các hội chứng thất thường do cocaine biến mất trong vài giờ tới vài ngày, còn hội chứng như bệnh tâm thần phân liệt (hay bị ảo giác) do cocaine và PCP biến mất trong vài ngày tới vài tuần cai nghiện.

Ta cần nghiên cứu thêm để khẳng định kinh nghiệm lâm sàng rằng các hội chứng tâm thần (bao gồm lo âu, trầm cảm và rối loạn nhân cách) phản ứng với phương pháp điều trị nghiện cụ thể. Ví dụ, kỹ thuật nhận thức – hành vi được sử dụng trong phương pháp điều trị 12 bước rất hiệu quả trong việc kiểm soát lo âu và trầm cảm liên quan tới nghiện. Mặc dù có nhiều thử thách nhưng điều trị nghiện và bệnh tâm thần đồng diễn đã chứng tỏ là rất tiết kiệm trong một số nghiên cứu (Goldsmith 1999).

Thuốc dưỡng thần kinh cho các bệnh tâm thần đồng diễn

Tổng quan

Do rượu và các chất gây nghiện khác có thể gây

ra hầu như mọi triệu chứng và dấu hiệu tâm thần, hoặc có biểu hiện giống rối loạn tâm thần, nên ta cần phải xem xét các tác động của chúng trước khi chuẩn đoán hoặc điều trị bất cứ bệnh đồng diễn nào.

Khi hiểu rõ mối tương quan giữa việc sử dụng chất gây nghiện và các rối loạn tâm thần khác, ta có thể áp dụng phương pháp hợp lý để sử dụng được lý trị lý cho các bệnh đồng diễn. Ta chỉ nên bắt đầu sử dụng thuốc cho các triệu chứng tâm thần sau khi hiểu rõ chúng rối loạn do nghiện và các rối loạn tâm thần khác. Ngoài ra, ta cần phải xác định được vai trò tương ứng của việc sử dụng chất gây nghiện và các rối loạn tâm thần khác trong nguồn gốc gây ra các triệu chứng tâm thần.

Nhìn chung, các triệu chứng tâm thần do chất gây nghiện sẽ biến mất trong vài ngày tới vài tuần cai nghiện. Theo nhiều nghiên cứu, tỷ lệ rối loạn do lo âu và xúc động thường thấy ở người phụ thuộc vào rượu không lớn hơn ở người không phụ thuộc vào rượu (Schneider và cộng sự 2001).

Tiền sử về triệu chứng tâm thần thường dẫn tới chuẩn đoán cường điệu về những bệnh này do cách giải thích duy lý về việc uống rượu và sử dụng chất gây nghiện của cá nhân. Thông thường, các triệu chứng tâm thần thường do cả bệnh nhân và bác sĩ kiểm tra tâm thần nhấn mạnh.

Quan sát theo chiều dọc thường làm rõ vai trò của rượu và chất gây nghiện khác trong việc gây ra các triệu chứng lo lắng, xúc động, tâm thần hoặc nhân cách, nhất là khi họ dựa vào các tiêu chí khách quan bên cạnh báo cáo chủ quan của người nghiện. Tương tự, phương pháp điều trị cụ thể chứng rối loạn do sử dụng chất gây nghiện có thể cải thiện tâm trạng, hành vi tâm thần và sự xáo trộn nhân cách nếu liên quan tới việc sử dụng rượu và chất gây nghiện. Tâm trạng thất thường và tình trạng tính cách có thể là biểu hiện của các rối loạn do sử dụng chất gây nghiện và điều trị rối loạn do nghiện có thể giúp bình ổn các triệu chứng tâm thần này.

Ngoài ra, kế hoạch và hiệu quả điều trị có thể phụ thuộc vào giới tính của bệnh nhân. Phụ nữ bị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện thường có tỷ lệ rối loạn tâm thần đồng diễn cao hơn, như trầm cảm và lo âu. Họ cũng có tỷ lệ cao hơn về việc bị lạm dụng thể chất và tình dục, rối loạn do hoang loạn và sợ hãi, rối loạn căng thẳng sau sang chấn, bị lừa bịp và rối loạn ăn uống. Phụ nữ thường uống rượu để bù đắp việc thiếu kiểm soát các hỗn loạn trong tâm trạng. Người ta cho rằng kết quả của việc lạm dụng chất gây nghiện ở phụ nữ rất khác đàn ông. Vì những lý do này, ta cần đánh giá hiệu quả điều trị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện riêng cho mỗi giới (Becker và Walton-Moss 2001; Brady và Randall 1999).

Rối loạn lo âu

Phương pháp chung

Theo nghiên cứu dịch tễ học và lâm sàng, tỷ lệ mắc đồng thời rối loạn lo âu và rối loạn do sử dụng chất gây nghiện thường thấy ở người bình thường là từ 5 tới 20%.

Một số thuốc chống lo âu có thể làm chậm phản ứng của bệnh nhân trước các tác động bên trong và bên ngoài. Do lo âu trong quá trình phục hồi ảnh hưởng lớn tới sự phát triển của cảm xúc nên bệnh nhân cần có cảm giác lo âu nhất định để thúc đẩy thay đổi hành vi, quan điểm và cảm xúc. (Cụm từ “Sự phát triển của cảm xúc” liên quan tới sự lo âu hoặc khó chịu mà một người đang phục hồi trải qua khi tiến hành quá trình thay đổi để đạt đến giai đoạn chín muồi hơn.) Bác sĩ cần phân biệt giữa lo âu có thể thúc đẩy sự phát triển và lo âu làm cá nhân suy yếu khả năng thay đổi. Thích ứng hành vi với sự lo âu hoặc các cảm xúc khác đòi hỏi kỹ năng ứng phó mà những người mới ở giai đoạn phục hồi ban đầu chưa có. Rối loạn lo âu có triệu chứng đầy đủ có thể giới hạn đáng kể khả năng học hỏi các chiến lược ứng phó không phải bằng thuốc của bệnh nhân. Các loại thuốc gây nghiện ở mức tối thiểu có thể có ích và trong một số trường hợp là cần thiết, nếu bệnh nhân cần có tiến bộ trong quá trình phục hồi.

Các loại thuốc giảm đau (như rượu) có thể gây ra tâm lý lo âu trong lúc cai nghiện, còn các chất kích thích (như cocaine) có thể gây ra tâm lý lo âu trong lúc chịu tác động của thuốc. Vì người bị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện ở trong trạng thái cai nghiện khá liên tục (không thể duy trì nồng độ máu ổn định), nên họ sẽ thường xuyên có cảm giác căng thẳng do hệ quả của việc cai nghiện sau khi phục thuộc vào thuốc. Khi việc lạm dụng chất gây nghiện trở nên thường xuyên hơn, sự lo âu do cai nghiện sau khi lạm dụng thuốc có thể ngày càng nặng hơn. Tái nghiện và/hoặc các giai đoạn cai nghiện (đôi khi kéo dài – hàng tuần hoặc hàng tháng) cần được cân nhắc (xác nhận việc cai nghiện thông qua kiểm tra thuốc trong phòng thí nghiệm nếu cần), trước khi thuốc giảm đau hoặc chất kích thích gây lo âu thể hiện rõ tác động. Những tác động này có thể mất hàng tuần hoặc hàng tháng mới biến mất hoàn toàn, mặc dù ta chỉ cần vài ngày tới vài tuần là đủ trong thực tế lâm sàng.

Ta sẽ chỉ định điều trị nếu tâm lý lo âu ở bệnh nhân kéo dài sau khi ta đã áp dụng đủ nỗ lực trong chương trình điều trị lạm dụng chất gây nghiện, hoặc khi ta nghi ngờ rằng lo âu khiến bệnh nhân không thể tham gia điều trị. Ta cần đánh giá kỹ lưỡng để xác định xem cá nhân có cai nghiện, tham gia điều trị liên tục, và/hoặc tham gia các buổi họp tự lực không, trước khi thiết lập chuẩn đoán về bệnh tâm thần đồng diễn. Sau đánh giá này, ta có thể tiến hành điều trị rối loạn lo âu riêng so với các triệu chứng tương tự phát sinh từ chứng rối loạn do nghiện.

Dược lý trị liệu

Loại thuốc lý tưởng sẽ chống lại sự lo âu bất thường nhưng không chống lại sự lo âu “bình thường” mà cần thiết cho sự phục hồi. Một số triệu chứng thể chất của sự lo lắng bao gồm vã mồ hôi, rung mình, nhịp tim nhanh, căng cơ và đi tiểu nhiều. Còn các triệu chứng tâm lý bao gồm lo lắng, sợ hãi hoặc cảm thấy sợ phạm bi thảm sắp tới, căng thẳng khó chịu và nhiều triệu chứng khác.

Các loại thuốc phổ biến nhất được sử dụng để điều trị các rối loạn lo âu là benzodiazepine và thuốc chống trầm cảm. Thuốc benzodiazepine được sử dụng phổ biến nhất là alprazolam và lorazepam. Diazepam và clonazepam được sử dụng ít hơn. Vì benzodiazepine có thể gây ra các vấn đề nghiêm trọng ở bệnh nhân nghiện cũng như bệnh nhân không nghiện nên nhìn chung, chúng không được khuyến cáo cho người bị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện hoặc trong điều trị rối loạn lo âu hoặc căng thẳng dài hạn.

Ta có thể xem xét sử dụng thuốc chống trầm cảm sớm hơn nếu trầm cảm là tình trạng xuất hiện từ trước hoặc có tiền sử và các thông tin khác gợi ý nó là trầm cảm đồng diễn. Xin nhắc lại lần nữa, ta cần đánh giá rủi ro khi điều trị sớm so với rủi ro khi không điều trị bệnh mà có thể ngăn cản sự phục hồi từ chứng rối loạn do sử dụng chất gây nghiện. Các thuốc chống trầm cảm như imipramine và nortriptyline, hay nhóm thuốc ức chế tái thu hồi chọn lọc Serotonin (Selective serotonin reuptake inhibitor hay SSRI) như fluoxetine (Prozac) có khả năng gây nghiện thấp và có thể sử dụng khá an toàn. Chúng khác nhau về tác động an thần và gây lo âu, đồng thời có hội chứng cai nghiện riêng. Do có đặc tính chống tác động kiểu colin nên imipramine có tác dụng an thần cao hơn, còn nortriptyline và nhóm thuốc SSRI có thể gây ra lo lắng ở một số người và có tác dụng an thần ở một số khác. Không phải ai cũng phản ứng giống nhau với những loại thuốc này.

Khi sử dụng thuốc, ta nên tập trung vào một triệu chứng đích cụ thể. Tương tự, ta nên thử thuốc trong khoảng thời gian hạn chế như vài tuần tới vài tháng. “Kỳ nghỉ thuốc” (một giai đoạn ngắn mà bệnh nhân ngừng dùng thuốc) cũng nên được áp dụng thử để xem thuốc đó còn cần thiết không.

Bệnh nhân nên được thông báo rằng các thuốc này không “chữa” nghiện, việc điều trị lâu dài không giúp kiểm soát nghiện và việc điều trị nghiện không nhất thiết cải thiện chứng rối loạn lo âu. Về cơ bản, rối loạn do sử dụng chất

gây nghiện phải được điều trị độc lập so với rối loạn lo âu và ngược lại.

Các rối loạn trầm cảm

Phương pháp chung

Theo các nghiên cứu dịch tễ và lâm sàng, tỷ lệ mắc đồng thời rối loạn trầm cảm và rối loạn do nghiện thường thấy là từ 5 đến 25%. Các rối loạn trầm cảm bao gồm rối loạn trầm cảm và rối loạn tính khí nghiêm trọng. Các chứng bệnh này có thể xảy ra độc lập so với các rối loạn do nghiện, hoặc các triệu chứng trầm cảm tương tự có thể bắt nguồn từ rối loạn do sử dụng chất gây nghiện. Rối loạn trầm cảm nặng phổ biến hơn ở người già và phụ nữ và rất khó để phân biệt với trầm cảm do chất gây nghiện.

Trầm cảm có thể được coi là một cách bảo vệ và gắn với “sự hàn gắn” ở nhiều bệnh liên quan tới cảm xúc. Ví dụ, phản ứng buồn đau là trải nghiệm thường thấy sau mất mát, trong đó trầm cảm là một cảm xúc cần thiết ở quá trình này. Phục hồi từ rối loạn do sử dụng chất gây nghiện đã được so sánh với phản ứng buồn đau do mất mát (như với chất gây nghiện hoặc quan hệ dựa trên việc sử dụng chất gây nghiện) mà bệnh nhân bị rối loạn do nghiện trải qua. Tương tự, giống như vai trò của lo âu, trầm cảm cũng góp phần vào quá trình hàn gắn mà bệnh nhân bị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện trải qua trong quá trình phục hồi.

Các thuốc gây trầm cảm (như rượu) có thể gây ra trầm cảm trong lúc chịu tác động của thuốc và thường biến mất sau khi cai nghiện. Khảo sát với 69 người trưởng thành bị rối loạn do uống rượu cho thấy mối tương quan chặt chẽ giữa việc giảm ham muốn uống rượu trong hai tuần cai nghiện và sự cải thiện tình trạng trầm cảm. Trong đó, ham muốn uống rượu của bệnh nhân được đánh giá bằng Thang đo Uống rượu do Âm ảnh – Ép buộc (OCDS), còn các triệu chứng trầm cảm được đo bằng Thang đo Trầm cảm Tự đánh giá (SDS). Giữa ngày thứ 1 và ngày thứ 14, điểm về ham muốn của họ giảm gần 1/3, trong khi điểm về mức độ trầm cảm giảm khoảng 1/4. Mối quan hệ giữa việc giảm

ham muốn và sự cải thiện tình trạng trầm cảm được duy trì sau khi kiểm soát giới tính, tuổi, khoảng thời gian và mức độ lạm dụng chất gây nghiện và lượng clomethiazole được chỉ định (Anderson và Kiefer 2004).

Các chất kích thích (như cocaine) có thể gây ra trầm cảm trong lúc cai nghiện. Những tác động này có thể kéo dài ở một số thuốc nhất định mà vẫn tồn tại trong cơ thể (như được trữ trong chất béo), như cannabis và benzodiazepine. Do các loại thuốc này có thể gây ra trầm cảm hoặc lo âu mà ta không thể phân biệt so với các chứng trầm cảm từ nguyên nhân tâm lý khác, nên ta phải xem xét kỹ nguyên nhân trầm cảm mỗi khi bệnh nhân gặp tình trạng này. Ta cũng cần đánh giá khả năng gây nghiện khi chỉ định thuốc. Dù trầm cảm có thể kéo dài hàng tuần hoặc hàng tháng nhưng nó thường biến mất sau vài ngày ngừng sử dụng thuốc.

Dược lý trị liệu

Ta nên sử dụng thuốc nếu trầm cảm kéo dài sau vài tuần ngừng thuốc hoặc phát sinh trong thời gian cai nghiện đã được xác nhận (cần kiểm tra thuốc trong phòng thí nghiệm để xác nhận việc cai nghiện). Ta cũng cần đánh giá rủi ro của việc ngăn chặn quá trình trầm cảm bình thường trong lúc phục hồi so với lợi ích của việc ngăn chặn trầm cảm mà cản trở chức năng, giống như trong trường hợp rối loạn lo âu.

Thuốc chống trầm cảm là cách điều trị trầm cảm chủ yếu. Các triệu chứng đích là tâm lý u uất, hay khóc, thèm ăn, khó ngủ và nhiều triệu chứng thần kinh thực vật khác. Trầm cảm xuất hiện ở nhiều bệnh, bao gồm nhiều bệnh tâm thần và y khoa. Nhóm thuốc SSRI là loại thuốc được nhiều bác sĩ lựa chọn để điều trị cho bệnh nhân vừa bị trầm cảm vừa bị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện. Mặc dù một số loại thuốc khá đắt đỏ nhưng chúng giúp điều trị trầm cảm khá hiệu quả và có ít tác dụng phụ hơn các loại thuốc khác hay được sử dụng (Thase và cộng sự 2001).

Các rối loạn trầm cảm thường được cho là xuất

phát từ nguồn gốc sinh học, bao gồm sự suy yếu ở chất dẫn truyền thần kinh ở hệ thống thần kinh trung ương như serotonin, norepinephrine và dopamine. Thử ví là những chất dẫn truyền thần kinh này cũng chịu tác động của việc lạm dụng chất gây nghiện. Người ta cho rằng những loại thuốc này hoạt động bằng cách tăng hoạt động của các chất dẫn truyền, qua đó giúp xoa dịu trầm cảm và ổn định tâm lý.

Các rối loạn lưỡng cực

Phương pháp chung

Theo các nghiên cứu dịch tễ và lâm sàng, tỷ lệ mắc đồng thời rối loạn lưỡng cực và rối loạn do nghiện thường thấy là từ 30 đến 60% (Chen và cộng sự 1998; Sallom và Thase 2000; Sonne và Brady 1999; Strakowski và DelBello 2000).

Hung cảm là bệnh liên quan tới sự phấn khích, hoang tưởng khuếch đại, hiếu động thái quá, đánh giá kém và thiếu suy nghĩ. Bệnh nhân bị hung cảm hay thể hiện sự thái quá như tiêu xài hoang phí, tình dục bừa bãi, bắt người khác phải chịu đựng mình và sử dụng rượu và chất gây nghiện bất thường. Bệnh hung cảm có thể diễn ra sau, diễn ra trước hoặc xen kẽ với sự trầm cảm.

Rối loạn lưỡng cực có thể trở nên phức tạp do ảnh hưởng của chất gây nghiện (Sonne và Brady 1999). Tình trạng hung cảm có thể bắt nguồn từ chất kích thích (như cocaine) trong lúc chịu tác động của thuốc, và từ thuốc giảm đau (như rượu) trong lúc cai nghiện. Thông thường, bệnh nhân cần cai nghiện được xác nhận trong một giai đoạn trước khi bắt đầu dùng thuốc ổn định tâm lý. Và ta sẽ cần thời gian từ 1 hoặc 2 tuần để đánh giá thích hợp vai trò của thuốc gây ra triệu chứng hung cảm.

Dược lý trị liệu

Thuốc ổn định tâm lý giúp kiểm soát rối loạn lưỡng cực ở cả bệnh nhân bị và không bị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện đồng diễn. Những loại thuốc này có thể kiểm soát giai đoạn hung cảm hoặc trầm cảm hoặc cả hai.

Tình trạng hưng cảm có thể xảy ra đều đặn, xen kẽ hoặc đồng thời với trầm cảm. Một giả thiết về nguyên nhân gây rối loạn lưỡng cực chỉ ra nó có thể bắt nguồn từ chất truyền dẫn thần kinh norepinephrine (như thừa norepinephrine với chứng hưng cảm và thiếu norepinephrine với chứng trầm cảm).

Lithium là muối tự nhiên, tồn tại ở dạng carbonate và giải phóng chậm. Dù ta chưa biết chính xác cơ chế hoạt động của nó nhưng nó rất hữu hiệu trong việc giảm bớt hoặc ngăn chặn sự tái diễn của chứng hưng cảm và trầm cảm. Bệnh nhân cần sử dụng lithium carbonate hàng ngày với liều lượng từ 600 tới 2.400mg để đạt nồng độ plasma trong mức 0,5 tới 1,5-m equiv/L. Cần lưu ý, các nghiên cứu đã chỉ ra rằng lithium không có tác động tích cực rõ ràng nào về tỉ lệ cai nghiện ở bệnh nhân trầm cảm hoặc không trầm cảm.

Thuốc ổn định tâm lý chống co giật, như divalproex sodium và carbamazepine, có thể hiệu quả trong việc kiểm soát hưng cảm và, theo gợi ý từ một số chứng cứ, trong cả các bệnh nghiện đồng diễn. Carbamazepine được biết đến vì tác dụng hiệu quả như một số thuốc trong nhóm benzodiazepine khi điều trị cai rượu nội trú. Ngoài ra, do có đặc tính chống co giật, nó là lựa chọn tốt để điều trị cho những bệnh nhân có nguy cơ cao bị tai biến ngạt máu do cai nghiện (Malcolm và cộng sự 2001). Một cách giải thích theo lý thuyết cho cơ chế hoạt động của carbamazepine là nó ức chế các trung tâm cảm xúc ở hệ thống limbic mà hoạt động như trọng điểm gây tai biến ngạt máu. Trong bối cảnh này, mô hình Kindling được đề xuất cho cả rối loạn tính khí và rối loạn do nghiện (Gelenberg và Bassuk 1997).

Rối loạn loạn thần kinh

Phương pháp chung

Theo các nghiên cứu dịch tễ và lâm sàng, tỷ lệ mắc đồng thời bệnh tâm thần phân liệt và rối loạn do nghiện thường thấy là từ 40 đến 80%

Tâm thần phân liệt là bệnh mãn tính, đặc trưng

ở cách suy nghĩ và hành xử kỳ quặc. Ảo giác và hoang tưởng là các triệu chứng “tích cực” của quá trình loạn thần kinh, trong khi các triệu chứng như tránh giao tiếp xã hội và cảm xúc nghèo nàn là triệu chứng “tiêu cực” (hay hội chứng suy sụp). Các loại thuốc an thần thông thường có hiệu quả cao hơn đối với các triệu chứng tích cực, còn tâm lý trị liệu theo hành vi, nhóm và cá nhân có hiệu quả cao hơn đối với các triệu chứng tiêu cực. Còn các loại thuốc mới như clozapine và risperidone có thể hiệu quả hơn khi điều trị cho cả triệu chứng tích cực và tiêu cực.

Loạn thần kinh có thể bắt nguồn từ việc sử dụng chất kích thích trong lúc chịu tác động của thuốc và sử dụng rượu hoặc chất gây nghiện gây trầm cảm trong lúc cai nghiện. Ta sẽ cần khoảng thời gian vài tuần hoặc vài tháng để đánh giá các tác động của chất gây nghiện bị lạm dụng, nhưng cũng như với chứng lo âu, trầm cảm hoặc hưng cảm, bệnh nhân có thể bắt đầu dùng thuốc vào bất cứ thời điểm nào nếu việc loạn thần kinh kéo dài dai dẳng và không thể chờ đợi được nữa. Ngoài ra, số lượng nhập viện do loạn thần kinh càng lớn thì xác suất họ bị rối loạn thần kinh mãn tính liên quan tới rối loạn loạn thần kinh đồng diễn càng cao.

Các thuốc an thần có hiệu quả cao hoặc trung bình (như haloperidol hay các thuốc không điển hình) là loại thuốc đang được lựa chọn để điều trị tâm thần phân liệt. Hiệu quả lâm sàng tương quan với khả năng ức chế hoạt động của chất truyền dẫn thần kinh dopamin của thuốc ở vị trí của thụ thể sau khớp thần kinh.

Tác dụng phụ

Thuốc an thần

Nhóm thuốc benzodiazepine có hiệu quả trong ngắn hạn, nhưng càng dùng lâu dài thì hiệu quả càng giảm, có thể là vì bệnh nhân ngày càng nhờn và phụ thuộc vào thuốc. Cần lưu ý rằng benzodiazepine có thể gây nghiện, nhất là ở những người vốn đã nghiện các chất gây nghiện khác.

Thuốc chống loạn thần kinh

Thuốc chống loạn thần kinh có thể giảm đau và làm tăng huyết áp (đôi lúc gây ra đau đầu nhẹ ở một số bệnh nhân), nhất là khi có các thay đổi trong dáng điệu. Các loại thuốc an thần thông thường tạo ra phản ứng ngoại tháp cấp tính, bao gồm hội chứng Parkinson giả, rối loạn trương lực và chứng ngồi nằm không yên. Rối loạn chương cực thường phản ứng với việc điều trị bằng thuốc chống tác động kiểu colin như benztropine hay diphenhydramine. Còn chứng ngồi nằm không yên là cảm giác chủ quan của sự lo âu và căng thẳng, khiến bệnh nhân cảm thấy buộc phải di chuyển không ngừng. Hội chứng này thường đòi hỏi thuốc beta blocker, khi giảm liều thuốc chống loạn thần kinh không đem lại tác dụng mong muốn. Ngoài ra, chuyển sang risperidone có thể đạt được tác động mở rộng trong khi vẫn tránh được các hội chứng thần kinh khó chấp nhận.

Thuốc chống trầm cảm

Thuốc chống trầm cảm, nhất là thuốc ba vòng, có thể an thần, làm giảm huyết áp, gây ra ngất và các tác động khác lên hệ thần kinh phó giao cảm. Thuốc SSRI có thể gây lo âu, an thần, mất ngủ và nôn nao ở dạ dày – ruột. Ta cũng có báo cáo về hội chứng cai nghiện với hầu hết các thuốc chống trầm cảm.

Thuốc SSRI thường được chỉ định ở bệnh nhân nghiện mắc bệnh loạn thần kinh đồng diễn dù chúng có tác dụng phụ (tuy nhỏ) và rủi ro (thấp) trong việc tương tác thuốc nguy hiểm; ví dụ, nó không có tác động lên hệ thần kinh phó giao cảm và không có rủi ro về tác động chết người khi sử dụng quá liều.

Tình trạng nhận thức trong quá trình phục hồi

Người đang bị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện phải có đầu óc minh mẫn và tâm lý ổn định. Tuy nhiên, các loại thuốc lại có xu hướng, có lúc khó phát hiện và có lúc rõ ràng, làm trì trệ giác quan, suy nghĩ và tác động xấu tới cảm xúc. Người bị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện phải thay đổi và kiểm soát cảm xúc để duy trì cai nghiện và cũng là để thích ứng với việc kiểm soát bệnh tâm thần. Khả năng của người bị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện khi áp dụng 12 bước của hội Alcoholics Anonymous (AA) và chấp nhận lời khuyên về bệnh tâm thần phụ thuộc vào lối suy nghĩ mạch lạc và sự cân bằng về cảm xúc. Hai yếu tố này được nhấn mạnh là trung tâm của quá trình phục hồi trong hội AA. Ở các trường hợp khác – như bệnh nhân bị chấn thương sọ não – nơi điều trị cần thích ứng với khả năng nhận thức của họ.

Theo đó, việc sử dụng thuốc nên được bảo toàn, trong đó ta cần chú ý tới ưu nhược từ các tác động tích cực và tiêu cực có thể dự đoán của chúng. Không may thay, một số thuốc trị bệnh tâm thần hoàn toàn không có đặc tính thay đổi tâm trạng. Tuy nhiên, tình trạng nhận thức của bệnh nhân bị bệnh tâm thần nghiêm trọng thường bị bóp méo khi không được dùng thuốc phù hợp. Bản chất căn bệnh của họ là sự đứt đoạn trong quá trình nhận thức.

Chỉ định liều

Do tính mất cảm cố hữu đối với các tác động do thuốc của người bị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện, ta cần sử dụng liều lượng thuốc hiệu quả thấp nhất có thể. Tương tự, thời gian chỉ định dùng thuốc nên được lựa chọn để giảm tác động lên nhận thức và cảm xúc của bệnh nhân.

6 Vấn đề về tài chính và tổ chức

Tổng quan

Chuẩn bị và phát triển chương trình

Sự thay đổi mạnh trong việc ứng dụng các dịch vụ cai nghiện

Dòng vốn và các nguồn khác trong môi trường điều trị lạm dụng chất gây nghiện

Làm việc trong môi trường chăm sóc sức khỏe có quản lý hiện tại

Hợp đồng là công cụ căn bản

Các yếu tố rủi ro tài chính trong hợp đồng chăm sóc sức khỏe có quản lý

Mạng lưới, cấp phép và tư cách

Đánh giá năng lực của tổ chức

Quản lý dịch vụ y tế và quản lý trường hợp

Củng cố nền tảng tài chính và vị trí trên thị trường của chương trình

Chuẩn bị cho tương lai

Chuẩn bị và phát triển chương trình

Phát triển chương trình cai nghiện là thử thách tài chính lớn, bất kể chương trình đòi hỏi xây dựng một tổ chức hoàn toàn mới hay nó là một phần của tổ chức điều trị đã có sẵn. Quá trình phát triển chương trình yêu cầu lập kế hoạch kỹ lưỡng, nhất là để đảm bảo sự hỗ trợ tài chính đầy đủ cho quá trình hoạt động. Quyết định phát triển chương trình cai nghiện cần dựa trên quá trình hoạch định chiến lược được phát triển tỉ mỉ (xem chương

2) và sự thấu hiểu rõ ràng về các khía cạnh của chương trình cai nghiện. Do chương trình mới sẽ tốn nhiều chi phí cho không gian văn phòng, thiết bị, nhân viên, máy tính và các thiết bị khác, nên trước khi bệnh nhân được cung cấp dịch vụ và tổ chức nhận được thanh toán thì họ cần có khoản vốn ban đầu đáng kể.

Ngay khi ban quản trị hoặc nhà hoạch định xác định thị trường cho các dịch vụ cai nghiện thì họ đã phải xác định được nguồn hỗ trợ tài chính tiềm năng và các nguồn khác, đồng thời phải kiểm tra chúng để xem sự hỗ trợ này có khả quan và đầy đủ hay không. Họ cũng cần tính đến cả chi phí tiến hành và hoạt động ban đầu. Họ có thể tìm đối tác chiến lược để cung cấp nguồn lực, làm việc với nhà hoạch định cho chương trình, cung cấp không gian văn phòng hoặc giúp đỡ tìm nguồn kinh phí. Các tổ chức cộng đồng mà cần thiết lập dịch vụ cai nghiện và điều trị là những đối tác tiềm năng. Họ cũng có thể tìm đến các tổ chức và doanh nghiệp địa phương để xin hỗ trợ phát triển chương trình, khả quan nhất là tìm được người cấp vốn tiềm năng để trang trải các chi phí phát sinh khi hoạt động.

Cần có sự đảm bảo bằng văn bản từ nguồn chỉ dẫn và thanh toán chủ yếu để chứng tỏ họ sẽ chỉ dẫn cho bệnh nhân thông tin về nguồn thanh toán; tức là thông qua nguồn chỉ dẫn, bên thứ ba hay thông qua bệnh nhân mà có nguồn tài chính được nêu rõ trong tài liệu là sẽ tự thanh toán quá trình điều trị cai nghiện. Hợp đồng có chữ ký và chủ doanh nghiệp kỳ vọng là cách hữu ích để đảm bảo nguồn kinh phí đầy đủ, qua đó thiết lập ngân sách cho cấu trúc lệ phí của chương trình mới.

Xác định và tuyển đối tác chiến lược là một trong những bước quan trọng nhất trong quá trình phát triển chương trình. Trước và trong quá trình phát triển chương trình, ban quản trị và nhà hoạch định cần phối hợp chặt chẽ với các nguồn chỉ dẫn và thanh toán tiềm năng để xác định nhu cầu của họ, và cũng để xem chương trình cai nghiện có phù hợp với những nhu cầu này hay không. Chương trình cũng cần tìm hiểu xem nguồn chỉ dẫn có mở với đối tác

mới hay không, loại hợp đồng mà họ sử dụng là gì, khung thời gian bồi hoàn ra sao và quá trình đàm phán hợp đồng như thế nào. Một trong các chiến thuật hữu dụng để triển khai là tổ chức các nhóm tập trung và các buổi họp chiến lược với những cá nhân ở nguồn chỉ dẫn tiềm năng. Những nhóm này có thể gợi ý loại dịch vụ mà họ cần và sẽ bồi hoàn. Các nguồn chỉ dẫn tiềm năng sẽ được đầu tư nhiều hơn trong chương trình nếu họ tham gia trong suốt quá trình hoạch định. Ngoài ra, tất cả các cổ đông tiềm năng nên được thông báo thường xuyên về các kế hoạch đang phát triển và những dấu mốc đạt được.

Nhà hoạch định chương trình cần theo dõi mọi dấu mối khả thi về cả nguồn cấp vốn và nguồn chỉ dẫn tiềm năng. Chương trình rất cần xây dựng và duy trì quan hệ với các nguồn chỉ dẫn. Rõ ràng là nguồn chỉ dẫn cần được đánh giá kỹ lưỡng để đảm bảo họ sẽ cung cấp những bệnh nhân có nhu cầu và nguồn lực phù hợp với các dịch vụ mà chương trình cung cấp. Đầu mối về các nguồn cấp vốn và chỉ dẫn tiềm năng bao gồm các mối liên lạc được tạo ra trong quá trình lập nhóm tập trung, với chủ doanh nghiệp công và nhà hoạch định, kế hoạch đảm bảo cá nhân, lập hợp đồng với các đại lý bảo hiểm tư (như các tổ chức chăm sóc có quản lý [MCO]), và các doanh nghiệp địa phương đủ lớn để cung cấp chương trình hỗ trợ nhân viên (EAP) hoặc kế hoạch sức khỏe hành vi có quản lý mà bao gồm dịch vụ cai nghiện. Liên lạc trực tiếp với EAP hay các kế hoạch sức khỏe hành vi có quản lý là việc làm cần thiết để đảm bảo cả nhu cầu của khu vực tư đối với dịch vụ và sự bồi hoàn đầy đủ cho dịch vụ.

Thành lập liên minh chiến lược với các thành phần khác trong môi trường điều trị sẽ đem lại cả nguồn chỉ dẫn quan trọng và nguồn khách hàng có các nhu cầu khác ngoài cai nghiện. Liên minh theo chiều dọc sẽ tạo điều kiện cho việc chỉ dẫn lên trên và xuống dưới trực chăm sóc sức khỏe. Còn liên minh với tổ chức lớn hơn có thể gia tăng đòn bẩy khi đàm phán với MCO.

Sự thay đổi mạnh trong việc ứng dụng các dịch vụ cai nghiện

Bối cảnh tiến hành các dịch vụ cai nghiện cũng như tình trạng bệnh nhân lạm dụng các chất gây nghiện cơ bản đã thay đổi đáng kể trong thập kỷ qua. Trong khi bối cảnh tiến hành các dịch vụ cai nghiện chuyển từ nội trú sang ngoại trú thì vấn đề lạm dụng chất gây nghiện cơ bản của bệnh nhân chuyển từ rượu và cocaine/crack sang heroin và các loại opioid khác. Sự chuyển dịch này tạo ra cơ hội lớn trên thị trường dịch vụ cai nghiện cho nhà cung cấp là các doanh nghiệp và tổ chức trong cộng đồng mà không trực thuộc bệnh viện hoặc cho các đơn vị cai nghiện độc lập trực thuộc bệnh viện.

Thập kỷ qua đã chứng kiến sự thay đổi đáng kể trong thực tiễn và dịch tễ học của việc lạm dụng chất gây nghiện. Trong giai đoạn từ năm 1993 tới năm 2000, số ca nhập viện để cai nghiện ở cơ sở nội trú trong bệnh viện của những bệnh nhân có vấn đề cơ bản do lạm dụng rượu đã giảm 79,6%. Cũng trong cùng giai đoạn, tổng số ca nhập viện ở các dịch vụ cai nghiện nội trú trong bệnh viện giảm 69,3%, từ 23,5% tổng số ca nhập viện cai nghiện vào năm 1993 xuống còn 8,8% tổng số ca nhập viện cai nghiện vào năm 2000. Trong khi đó, số ca nhập viện ở các đơn vị cai nghiện độc lập hoạt động 24 giờ tăng 14,7%, từ 60,5% tổng số ca nhập viện vào năm 1993 lên 75,1% tổng số ca nhập viện vì dịch vụ cai nghiện vào năm 2000. Trong cùng giai đoạn này, số ca nhập viện cai rượu ở phòng khám độc lập giảm 32,0%, số ca nhập viện cai cocaine/crack giảm 42,5%, còn số ca nhập viện cai heroin (ở phòng khám độc lập) tăng cơ bản từ dưới ¼ tổng số ca nhập viện cai nghiện vào năm 1993 lên hơn 1/3 tổng số ca nhập viện vào năm 2000.

Di nhiên, những số liệu này phản ánh xu hướng trên toàn quốc và sự khác biệt vùng miền trong cả việc hành nghề và tình trạng lạm dụng chất gây nghiện. Do mỗi khu vực địa lý cụ thể có những thay đổi khác nhau nên các chương trình tương ứng cần nghiên cứu kỹ lưỡng thị trường địa phương đối với các dịch vụ cai nghiện, đồng

thời thu thập dữ liệu về tình hình ứng dụng và nhu cầu cai nghiện hiện tại ở địa phương trước khi tiến tới phát triển chương trình.

Dòng vốn và các nguồn khác trong môi trường điều trị lạm dụng chất gây nghiện

Các dịch vụ cai nghiện và điều trị lạm dụng chất gây nghiện ở Mỹ được cấp vốn thông qua hỗn hợp đa dạng các nguồn công và tư, trong đó khu vực công chiếm tỷ lệ cao hơn. Các nguồn công chiếm khoảng 64% trong tất cả các nguồn kinh phí cho điều trị lạm dụng chất gây nghiện, tỷ lệ này cao hơn rất nhiều so với khoản chi phí mà khu vực công dành cho toàn bộ hệ thống chăm sóc sức khỏe (Coffey và cộng sự 2001). Sự tồn tại của các dòng vốn đa dạng đặt ra cả thử thách và cơ hội về mặt quản lý cho sự độc lập và ổn định của chương trình. Tuy nhiên, chương trình chỉ có một nguồn kinh phí chính duy nhất rất dễ chịu tổn hại về mặt tài chính và y khoa trước các thay đổi trong ngân sách và ưu tiên của nguồn kinh phí chính, vì thế ta nên tránh tình huống này. Đa dạng hóa nguồn kinh phí là mục tiêu quan trọng cho các chương trình cai nghiện.

Thông thường, mỗi nguồn kinh phí có các yêu cầu phê chuẩn và báo cáo khác nhau. Do đó, bất cứ chương trình cai nghiện nào dù mới hay đã có sẵn cũng cần hệ thống quản lý và kế toán khá phức tạp để đáp ứng các nhu cầu về báo cáo và yêu cầu về năng lực của mỗi bên mua, để cung cấp thông tin đáp ứng nhu cầu của họ, và để lập các hóa đơn phù hợp. Bản quản trị của chương trình cai nghiện phải hiểu về các tập tục kinh doanh hiệu quả, cách sử dụng các thước đo năng lực dựa trên số liệu, kế toán, lập ngân quỹ, tài chính và báo cáo tài chính, lâm sàng.

Họ cũng cần tìm tới các nguồn hỗ trợ tiềm năng khác như các tổ chức, thành viên trong ban quản trị và các chương trình hiến tặng của các doanh nghiệp địa phương và quốc gia để tìm mọi sự hỗ trợ có thể có, nhằm giảm chi phí, tăng doanh thu hoặc nâng cao năng suất và tính hiệu quả, đồng thời thúc đẩy sự thành

công của tổ chức. Tìm kiếm hỗ trợ không dừng lại ở việc đảm bảo cấp vốn ban đầu. Các nhà hoạch định phải sử dụng thành thạo Internet để khám phá các nguồn tiền mặt tiềm năng và các khoản hiến tặng hiện vật mà có thể hỗ trợ cho các nguồn kinh phí chính, như được thảo luận bên dưới.

Các chương trình vì lợi nhuận của doanh nghiệp có thể thu hút nguồn kinh phí tư. Các đoàn thể không vì lợi nhuận mà tương tự như của các doanh nghiệp có thể tận dụng nguồn kinh phí tiềm năng này thông qua việc thiết lập chi nhánh vì lợi nhuận. Cụ thể, các chương trình cai nghiện, đối lập với một số lĩnh vực điều trị lạm dụng chất gây nghiện khác, có thể hấp dẫn các ứng cử viên cấp vốn tư vì họ có khả năng phục vụ các bệnh nhân được nguồn kinh phí tư bảo đảm hoặc tự chi trả. Tuy nhiên, việc chấp nhận nguồn kinh phí tư thường đi kèm với các yêu cầu riêng về sự gia tăng nhanh chóng trong doanh thu và lợi nhuận, một điều rất khó đạt được và có thể hạn chế tính linh hoạt trong hoạt động của chương trình, ít nhất là trong ngắn hạn. Còn trong dài hạn, các chương trình cai nghiện thành công có thể thu hồi lợi nhuận.

Dòng vốn liên quan tới bảo hiểm y tế công và tư thường mang lại lợi ích cho các đối tượng thuộc phạm vi bảo hiểm. Những đối tượng này rất khác nhau, tùy theo dịch vụ có liên kết với cơ sở hay không và theo mức độ hoặc bối cảnh chăm sóc. Các vấn đề phức tạp cũng phát sinh vì việc chi trả và bồi hoàn phụ thuộc cả vào việc dịch vụ được coi là dịch vụ y tế hay là dịch vụ điều trị lạm dụng chất gây nghiện, và dịch vụ có được liên kết với cơ sở hay không.

Nhiều chương trình trợ cấp của khu vực công và tư vẫn xếp cai nghiện do lạm dụng chất gây nghiện vào dịch vụ y tế thay vì dịch vụ điều trị lạm dụng chất gây nghiện. Nhìn chung, và nhất là trong phạm vi trợ cấp của công ty, các lợi ích ở phần chương trình trợ cấp chi phí y tế thường được cung cấp với tỷ lệ bồi hoàn cao hơn và có ít giới hạn và hạn chế hơn so với các lợi ích trong phần chương trình trợ cấp chi phí điều trị lạm dụng chất gây nghiện (Merrick và cộng sự 2001). Các yêu cầu về thanh toán bằng

nguồn tài chính cá nhân đối với những người thuộc phạm vi trợ cấp ở phần chương trình trợ cấp chi phí y tế cũng thấp hơn phần chương trình trợ cấp chi phí điều trị lạm dụng chất gây nghiện. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng các đặc điểm của chương trình trợ cấp chỉ là một phần của phạm vi trợ cấp. Quy trình quản lý dịch vụ y tế tiếp tục đóng vai trò rất quan trọng trong khả năng tiếp cận các dịch vụ cụ thể của bệnh nhân. Bất cứ giai đoạn cai nghiện nào cũng có thể bị từ chối bởi hoàn theo chương trình nếu họ không chứng minh được sự cần thiết về mặt y tế theo yêu cầu của chương trình hoặc nếu dịch vụ được cung cấp ở mức độ chăm sóc cao hơn so với mức độ được đánh giá là cần thiết về mặt y tế.

Tổ chức cũng cần quyết định xem chương trình cai nghiện mới sẽ được thiết lập trực thuộc bệnh viện, cơ sở hay văn phòng. Các dịch vụ được coi là trực thuộc bệnh viện hoặc cơ sở, giống như các dịch vụ ở phòng điều trị ngoại trú của bệnh viện, thường có tỷ lệ thanh toán cao hơn các dịch vụ ở văn phòng để phản ánh nguồn tiền mặt lớn hơn và các chi phí tổng quát khác. Tương tự, các dịch vụ nội trú trong bệnh viện thường được bồi hoàn với tỷ lệ thanh toán cao hơn các dịch vụ ngoại trú, nhưng quyết định về sự cần thiết về mặt y tế cũng đòi hỏi bệnh nhân cần các dịch vụ chuyên sâu hơn. Đôi khi, tỷ lệ đồng thanh toán hay đồng bảo hiểm của bệnh nhân cho các dịch vụ ở văn phòng có thể cao hơn các dịch vụ ở cơ sở. Đây là trường hợp của Medicare và các kế hoạch bảo hiểm y tế khác. Các chương trình cai nghiện trực thuộc hoặc liên kết với bệnh viện, hoặc bản thân được coi là cơ sở được chứng nhận có thể có tỷ lệ bồi hoàn cao hơn các chương trình được coi là chương trình ngoại trú và không có chứng nhận cơ sở. Tuy nhiên, các tiêu chí quản lý dịch vụ y tế để ủy quyền thanh toán cho trường hợp nhập viện và duy trì điều trị trong cơ sở nội trú của bệnh viện đòi hỏi chuẩn đoán ở bệnh nhân phải có mức độ nặng hơn đáng kể so với các tiêu chí về nhập viện và duy trì điều trị ở chương trình độc lập hoặc ngoại trú.

Mặt khác, các tổ chức thường gặp phải rào cản lớn khi muốn có chứng nhận cơ sở để mở

cơ sở độc lập hoạt động 24 giờ hoặc cơ sở cai nghiện ngoại trú có chứng nhận. Các chương trình trực thuộc hoặc liên kết với bệnh viện thì phải chịu phân bổ chi phí tổng quát từ bệnh viện cũng như sự giám sát từ ban quản trị bệnh viện dù có thể họ biết rất ít về cai nghiện hoặc điều trị lạm dụng chất gây nghiện. Ngoài ra, một số chương trình bảo hiểm chi phí y tế đã loại trừ phạm vi bảo hiểm đối với các chương trình cai nghiện trực thuộc bệnh viện hoặc trực thuộc cơ sở. Trong khi các chương trình bảo hiểm chi phí y tế khác có thể đánh giá các ca nhập viện ở các chương trình cai nghiện trực thuộc bệnh viện hoặc trực thuộc cơ sở chuyên sâu hơn so với nhập viện ở các chương trình cai nghiện không trực thuộc cơ sở. Nhà hoạch định chương trình nên cân nhắc kỹ lưỡng mọi phương án. Do quyết định liên kết với bệnh viện hoặc theo đuổi giấy chứng nhận cơ sở có các tác động to lớn về tài chính và chính trị nên ta cần thu thập tối đa thông tin trước khi quyết định.

Sau đây, ta sẽ đề cập tới các dòng và nguồn kinh phí chủ yếu mà các chương trình cung cấp dịch vụ cai nghiện có thể tiếp cận.

Chương trình trợ cấp trọn gói cho SAPT

Chương trình trợ cấp trọn gói cho việc phòng tránh và điều trị lạm dụng chất gây nghiện (SAPT) là nền tảng của quỹ Liên bang dành cho các chương trình cai nghiện và điều trị lạm dụng chất gây nghiện. Những nguồn kinh phí này được chuyển tới Single State Agency (SSA) về lạm dụng chất gây nghiện của bang để phân phối tới các quận, thành phố tự trị và các chương trình được chỉ định. Một số nguồn kinh phí được yêu cầu dành riêng cho các nhóm đối tượng đặc biệt. Mỗi chương trình cần kiểm tra xem bệnh nhân mà mình dự định phục vụ có nằm trong nhóm được hưởng nguồn trợ cấp trọn gói hay không, hoặc là từ quỹ dành riêng hoặc là từ các nguồn kinh phí khác. Mỗi bang duy trì tiêu chí riêng về tính hợp cách; các tiêu chí và định nghĩa cũng rất khác nhau giữa các bang. Vì thế, các nhà cung cấp có chi nhánh ở nhiều bang cần kiểm tra cụ thể ở mỗi bang mà họ hoạt động.

Cơ quan Quản lý Lạm dụng Chất gây nghiện và Sức khỏe Tâm thần (SAMHSA) cung cấp vốn cho việc điều trị và phòng tránh lạm dụng chất gây nghiện thông qua trợ cấp trọn gói cũng như nhiều cơ cấu khác, bao gồm cả trợ cấp khả dụng và hợp đồng. Trang web của SAMHSA cũng dành riêng một phần cho các cơ hội cấp vốn đa dạng. (Xem www.samhsa.gov/budget/index.aspx.)

Dữ liệu gần đây nhất chỉ ra rằng trợ cấp trọn gói cho SAPT chiếm khoảng 40% nguồn kinh phí công được mở rộng trong toàn quốc cho việc phòng tránh và điều trị lạm dụng chất gây nghiện (Bộ Y tế và An sinh Xã hội Hoa Kỳ 2003). Các nguồn kinh phí từ trợ cấp trọn gói có thể đi trực tiếp từ SSA hoặc được chuyển qua các tổ chức trung gian ở khu vực hoặc quận. Các dịch vụ có thể được chi trả bằng tiền trợ cấp, qua hợp đồng, thanh toán theo trường hợp, và/hoặc các chương trình chăm sóc sức khỏe có quản lý. Đạo luật sức khỏe trẻ em năm 2000 đã quy định phải dần dần chuyển đổi từ trợ cấp trọn gói cho SAPT sang trợ cấp cộng tác năng lực (PPG). Nhà cung cấp nên đi theo sự phát triển qua SSA, bao gồm:

- **Thay đổi trong bồi hoàn.** Hệ thống mua điều trị liên tục phát triển, việc sắp xếp và yêu cầu chăm sóc sức khỏe có quản lý ngày càng phổ biến.
- **Dữ liệu về thành quả.** Theo luật pháp Liên bang, rút cục PPG sẽ thay thế trợ cấp trọn gói cho SAPT. Nó sẽ cung cấp linh hoạt hơn cho các bang cũng như yêu cầu trách nhiệm giải trình cao hơn dựa trên kết quả và các dữ liệu khác về năng lực. Trung tâm điều trị lạm dụng chất gây nghiện (CSAT) và các bang đang thiết lập các thước đo đánh giá thành quả cho các chương trình cấp vốn theo hình thức trợ cấp trọn gói. Tất cả dữ liệu về điểm đánh giá được thu thập từ các bang nhận được tiền PPG.

Medicaid (Chương trình viện trợ y tế)

Medicaid, do trung tâm y tế sức khỏe toàn dân (CMS) phối hợp với các bang điều hành, sẽ

cung cấp hỗ trợ tài chính cho các bang để chi trả việc chăm sóc sức khỏe cho những người có tư cách được xác định cụ thể. Medicaid hiện được nhiều bang sử dụng làm phương tiện để thử nghiệm dịch vụ chăm sóc sức khỏe có quản lý ở khu vực công, trong nỗ lực mở rộng phạm vi chăm sóc sức khỏe sang người không có bảo hiểm. Khoảng 2% trong tổng chi phí của Medicare trên toàn quốc là dành cho các dịch vụ điều trị lạm dụng chất gây nghiện (Mark và cộng sự 2003a), nhưng Medicaid hỗ trợ khoảng 20% chi phí quốc gia cho các dịch vụ về lạm dụng chất gây nghiện (Coffey và cộng sự 2001). Giữa các bang, mức độ chi tiêu cũng khác nhau đáng kể. Medicaid là chương trình phúc lợi đặc biệt với nhiều nhóm hợp cách riêng biệt: trẻ em thu nhập thấp, phụ nữ mang bầu, người già, người mù hoặc khuyết tật; tất cả hoặc một số người trong các nhóm này có thể ghi danh vào nhóm đối tượng của chương trình cai nghiện. Một số chương trình điều trị lạm dụng chất gây nghiện muốn hướng chương trình tới nhóm đối tượng của Medicaid. Tuy nhiên, nếu phạm vi trợ cấp và tỷ lệ thanh toán của bang ở mức tối thiểu, các nguồn kinh phí khác sẽ được khám phá sâu hơn.

Lý do tạo nên sự khác biệt đáng kể trong mức chi tiêu và phạm vi trợ cấp của Medicaid ở mỗi bang là: việc điều trị và phục hồi chức năng sau lạm dụng chất gây nghiện là một lợi ích tùy chọn của Medicaid mà các bang có quyền đưa vào hoặc không đưa vào chương trình Medicaid của họ. Medicaid có thể chi trả cho việc điều trị lạm dụng chất gây nghiện hoặc trực tiếp thông qua thỏa thuận thanh toán theo trường hợp hoặc thông qua tổ chức chăm sóc sức khỏe hành vi có quản lý hoặc MCO khác mà nó có hợp đồng. Trong một bang có thể tồn tại nhiều hơn một kiểu thỏa thuận. Tỷ lệ thanh toán/bồi hoàn do từng bang quyết định độc lập và có thể khác nhau, dù trong một bang, giữa các thỏa thuận phạm vi trợ cấp khác nhau. Nếu bang quyết định đưa vào chương trình Medicaid của mình các lợi ích về việc điều trị lạm dụng chất gây nghiện, thì nó có thể lựa chọn các dịch vụ và mức độ chăm sóc cụ thể mà sẽ được bồi hoàn. Các dịch vụ được cung cấp theo chăm

sóc có quản lý có thể khác những dịch vụ khi thỏa thuận thanh toán theo trường hợp. Mặc dù hầu hết các bang đều trợ cấp ở một số phạm vi nhất định cho các dịch vụ cai nghiện theo chương trình Medicaid của mình (Văn phòng tổng thanh tra 1998), nhưng không phải mọi loại hoặc mọi bối cảnh của chương trình cai nghiện đều nằm trong phạm vi trợ cấp của bang cung cấp trợ cấp. Vì thế, chương trình Medicaid của bang có thể trợ cấp cho các dịch vụ điều trị lạm dụng chất gây nghiện nhất định nhưng không trợ cấp cho các dịch vụ cai nghiện. Để tìm hiểu thêm thông tin, độc giả nên liên lạc với văn phòng Medicaid của bang hoặc truy cập website: www.cms.hhs.gov/home/medicaid.asp.

Điểm khác biệt quan trọng trong cấu trúc trợ cấp của Medicaid từ khi nó ra đời là nó loại trừ trợ cấp cho các dịch vụ được cung cấp trong Viện về rối loạn tâm thần (IMD), được định nghĩa là một cơ sở với hơn 16 giường bệnh, giúp điều trị rối loạn tâm thần bao gồm lạm dụng chất gây nghiện cho các cá nhân trong độ tuổi từ 21 đến 64 (Rosenbaum và cộng sự 2002). Mặc dù các dịch vụ mà chương trình cai nghiện ngoại trú cung cấp không bị loại trừ, nhưng trong quá trình hoạch định cho chương trình của mình, các chương trình cai nghiện cần ghi nhớ là các dịch vụ của IMD đã bị loại trừ.

Nhiệm vụ theo dõi định kỳ, phát hiện và điều trị sớm (EPSDT) của Medicaid yêu cầu các bang theo dõi rối loạn sức khỏe thể chất và hành vi ở tất cả trẻ nhỏ và thanh thiếu niên là đối tượng của Medicaid. Không những thế, EPSDT còn yêu cầu rằng trẻ em phải được cung cấp bất cứ dịch vụ điều trị y tế nào cần thiết, ngay cả khi dịch vụ đó không nằm trong kế hoạch của Medicaid tại bang mà được trình lên CMS. Mặc dù quy trình và công cụ theo dõi có khác nhau giữa các bang, và có khác biệt đáng kể trong cách họ xác định các vấn đề do lạm dụng chất gây nghiện, nhưng chương trình EPSDT là của ngõ quan trọng cho việc điều trị lạm dụng chất gây nghiện cho trẻ em và thanh thiếu niên (Semansky và cộng sự 2003).

Nếu có, phạm vi trợ cấp của Medicaid mang lại các lợi thế sau đây:

- Nó có thể cấp vốn điều trị đáng kể cho các nhóm rủi ro cao nhất định, như bà mẹ thu nhập thấp và thanh thiếu niên.
- Mức chi trả của bệnh nhân trước kia không còn được yêu cầu nên chương trình nhận toàn bộ phí thương lượng mà không phải thu phí từ bệnh nhân. (Tuy nhiên, một số bang đã thay đổi điều luật này do khủng hoảng ngân sách).
- Hợp đồng của Medicaid có thể cung cấp giới hạn thấp hơn hữu ích cho các cuộc thương lượng tỷ lệ với chủ doanh nghiệp bằng cách căn bản là cấm chấp nhận các điều khoản trong hợp đồng với bất cứ người mua nào khác ở tỷ lệ thấp hơn tỷ lệ được thiết lập cho Medicaid.
- Giấy chứng nhận là người cung cấp Medicaid cũng có thể định vị chương trình để nhận bệnh nhân từ các nguồn giới thiệu khác ở khu vực công, giúp nó lấy bệnh nhân từ các nguồn như dịch vụ xã hội, nguồn kinh phí chăm sóc người bản cùng và hệ thống hình pháp.
- Hệ thống hình pháp và pháp luật cho trẻ vị thành niên cùng cơ quan quản lý các vụ xét xử của tòa án về chất gây nghiện thường ủng hộ nhà cung cấp cấp đủ tư cách được Medicaid bồi hoàn vì sau đó chi phí điều trị cho một số phạm nhân sẽ được lập hóa đơn được gửi lên Medicaid ở một số bang.

Liên kết Medicaid với Thu nhập An sinh Bổ sung

Thu nhập An sinh Bổ sung (SSI) là một chương trình được tổng doanh thu thuế tài trợ. Người nhận SSI là một trong các nhóm đối tượng bắt buộc cho Medicaid, nhưng ở mỗi bang có các điều khoản cụ thể riêng. Đối tượng nhận trợ cấp cho người khuyết tật từ SSI là người trưởng thành hoặc trẻ em bị mù và có các khiếm khuyết nhất định khác mà khiến họ không thể làm việc, người có thu nhập và nguồn lực hạn chế, người đáp ứng các điều kiện về sắp xếp cuộc sống và những người đủ tư cách khác. Quốc hội đã loại trừ chuẩn đoán cơ bản về việc

lạm dụng chất gây nghiện như khuyết tật đủ tiêu chuẩn theo chương trình của Sở An sinh Xã hội, nhưng nếu có khuyết tật cơ bản khác mà khiến người đó đủ điều kiện được nhận SSI thì chuẩn đoán lạm dụng chất gây nghiện phụ sẽ được chấp nhận. Hiện tại, nhiều người nhận SSI có chuẩn đoán rối loạn tâm thần cũng có chuẩn đoán lạm dụng chất gây nghiện đồng diễn.

Medicare (Chương trình chăm sóc y tế)

Medicare trợ cấp cho các cá nhân trên 65 tuổi, người dưới 65 tuổi có khuyết tật được chứng nhận và người bị bệnh thận giai đoạn cuối. Medicare hỗ trợ khoảng 8% chi phí quốc gia cho các dịch vụ điều trị lạm dụng chất gây nghiện. Nó cũng trợ cấp Phần A cho các bệnh nhân trong chương trình cai nghiện trực thuộc bệnh viện mà được Medicare chứng nhận. Tuy nhiên, các chương trình cai nghiện mà chỉ cung cấp môi trường có tổ chức, xã hội hóa và/hoặc phục hồi hướng nghiệp không được Medicare trợ cấp. Medicare đề ra các quy định phê duyệt hết sức nghiêm khắc cho các chương trình cai nghiện trực thuộc bệnh viện và các chương trình cai nghiện được coi là chương trình bán nhập viện, và cho các bệnh nhân ở trong những chương trình cai nghiện này. Medicare cũng trợ cấp Phần B cho các bệnh nhân trong chương trình cai nghiện có người hành nghề y tế được Medicare chứng nhận. Tuy nhiên, bệnh nhân mà dịch vụ của họ được bồi hoàn theo Phần B phải chi trả 50% khoản tiền được Medicare thông qua. Để tìm hiểu thêm thông tin, hãy liên lạc Sở An sinh Xã hội, phòng đăng ký làm nhà cung cấp Medicare, Dịch vụ Medicare của bang, hoặc tham khảo trang web www.cms.hhs.gov/home/medicare.asp.

Liên kết Medicare với Bảo hiểm Khuyết tật An sinh Xã hội

Sở An Sinh Xã hội cung cấp Bảo hiểm Khuyết tật An sinh Xã hội (SSDI) cho các cá nhân và thành viên nhất định trong gia đình họ nếu họ làm việc đủ lâu và chi trả thuế An sinh Xã hội.

Người nhận trợ cấp SSDI sẽ được Medicare trợ cấp sau 2 năm chờ đợi. SSDI là chương trình được tài trợ thông qua thuế An sinh xã hội mà người lao động, chủ doanh nghiệp và người làm việc tự do chi trả. Để hợp cách nhận trợ cấp An sinh Xã hội, người lao động phải có đủ số tín dụng dựa trên thời gian làm việc có đóng thuế. Đối tượng nhận trợ cấp khuyết tật là công nhân bị khuyết tật, người góa bụa bị khuyết tật, hoặc người trưởng thành bị khuyết tật từ nhỏ, và những người đủ tư cách khác. Chuẩn đoán lạm dụng chất gây nghiện bị Quốc hội loại trừ như một khuyết tật đủ điều kiện để nhận SSSI, nhưng chuẩn đoán lạm dụng chất gây nghiện phụ sẽ được chấp nhận nếu người đó có chuẩn đoán cơ bản khác giúp họ có đủ tư cách, như bệnh tâm thần mà thường xảy ra đồng thời. Để biết thêm thông tin, hãy tham khảo trang web của Sở An sinh Xã hội www.ssa.gov/dibplan/index.htm.

Chương trình bảo hiểm y tế cho trẻ em của bang

Chương trình bảo hiểm y tế cho trẻ em của bang (SCHIP) cấp vốn cho việc điều trị lạm dụng chất gây nghiện của trẻ em và thanh thiếu niên ở nhiều bang. Chương trình này cung cấp bảo hiểm y tế chi phí thấp cho trẻ em ở các gia đình thu nhập thấp mà không đủ điều kiện được Medicaid trợ cấp. Các bang đưa ra phương án hoặc là trợ cấp SCHIP theo chương trình Medicaid có sẵn của họ, hoặc là thiết kế một chương trình bảo hiểm y tế riêng cho trẻ em mà tách hoàn toàn khỏi Medicaid. Nếu chương trình đó là một phần của Medicaid, trợ cấp điều trị lạm dụng chất gây nghiện sẽ giống trợ cấp của Medicaid. Còn nếu bang thiết kế chương trình riêng thì CMS đã ban hành một loạt quy tắc để đảm bảo phạm vi trợ cấp đáp ứng tiêu chuẩn tối thiểu. Tổ chức điều trị lạm dụng rượu và chất gây nghiện của bang cũng có thể cung cấp thông tin về các nguồn lực hiện có để điều trị cho thanh niên trong độ tuổi chuyển giao mà đã quá tuổi tối đa cho chương trình SCHIP của bang. Để tìm hiểu thêm thông tin, hãy tham khảo trang web www.cms.hhs.gov/home/schip.asp hoặc liên hệ văn phòng của chương trình SCHIP ở bang.

TRICARE (Chương trình chăm sóc y tế dân sự của hệ thống quân sự)

TRICARE là chương trình chăm sóc sức khỏe có quản lý ở khu vực cho các thành viên còn đương nhiệm hoặc đã nghỉ hưu thuộc các lực lượng quân sự, gia đình của họ và người còn sống sót. TRICARE bổ sung vào nguồn lực chăm sóc sức khỏe của Lục quân, Hải quân và Không lực bằng mạng lưới các chuyên gia chăm sóc sức khỏe dân sự. TRICARE bao gồm TRICARE Prime, trong đó các cơ sở điều trị của quân đội là nguồn chăm sóc sức khỏe chính; TRICARE Extra, phương án cho lựa chọn nhà cung cấp; và TRICARE Standard, phương án thanh toán theo trường hợp đã thay thế chương trình trước kia gọi là CHAMPUS. TRICARE Extra và Standard có trợ cấp cho việc điều trị lạm dụng chất gây nghiện mà đáp ứng các yêu cầu cho phép trước, nhưng chương trình cần kiểm tra xem chương trình cai nghiện có đủ tư cách hoặc có được cho phép trước theo thỏa thuận chăm sóc có quản lý của TRICARE hay không. TRICARE do các nhà thầu chăm sóc sức khỏe có quản lý điều hành, mỗi người này lại có quy trình phê chuẩn khác nhau. Để tìm hiểu thêm thông tin, hãy tham khảo trang web www.tricare.osd.mil.

Ban dịch vụ Y tế người Mỹ bản địa

Ban dịch vụ Y tế người Mỹ bản địa (IHS) là một tổ chức thuộc Bộ Y tế và An sinh Xã hội Hoa Kỳ. Tổ chức này điều hành hệ thống cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe toàn diện cho xấp xỉ 1,6 triệu người trong ước tính 2,6 triệu người Mỹ bản địa và người Alaska bản địa trên toàn quốc. Hầu hết nguồn kinh phí của IHS đều dành riêng cho người Mỹ bản địa sống tại hoặc gần vùng dành riêng. Quốc hội cũng có chương trình ủy quyền để giúp người Mỹ bản địa sống ở vùng thành thị tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Các dịch vụ của IHS được cung cấp trực tiếp và thông qua các chương trình chăm sóc sức khỏe đã ký kết hoặc thực hiện ở bộ lạc. Chương trình sức khỏe hành vi của IHS có hỗ trợ điều trị phụ thuộc vào rượu và chất gây nghiện khác, cai nghiện, phục hồi

và các dịch vụ phòng tránh cho cá nhân và gia đình của họ. Để tìm hiểu thêm thông tin, hãy tham khảo trang web www.ihs.gov.

Bộ Cựu chiến binh Hoa Kỳ

Bộ Cựu chiến binh Hoa Kỳ cung cấp Chương trình Y tế cho dân và Sức khỏe cho các Quân nhân cho các đối tượng thụ hưởng hợp cách. Việc điều trị lạm dụng chất gây nghiện cần thiết về mặt y tế sẽ được trợ cấp; người thụ hưởng được quyền nhận ba giai đoạn trợ cấp điều trị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện trong đời. Để tìm hiểu thêm thông tin, hãy tham khảo trang web www.va.gov/hac/forbeneficiaries/champva/champva.asp.

Các dịch vụ xã hội

Ta có thể tìm nguồn kinh phí điều trị lạm dụng chất gây nghiện, có thể bao gồm các dịch vụ cai nghiện, thông qua thỏa thuận với các tổ chức được Bộ Lao động, Bộ Gia cư và Phát triển Đô thị Hoa Kỳ (HUD) và Bộ Giáo dục (ED) tài trợ. Một số nguồn kinh phí Liên bang để điều trị lạm dụng chất gây nghiện theo các chương trình này có thể ngăn cấm việc sử dụng nguồn kinh phí cho các dịch vụ “y tế”. Tuy nhiên, các dịch vụ được người không trong ngành y tế thực hiện (như tư vấn viên, kỹ thuật viên, nhân viên công tác xã hội, chuyên viên tâm lý) và các dịch vụ không được cung cấp trong bệnh viện hoặc phòng khám (bao gồm chương trình chăm sóc sức khỏe 24 giờ) có thể được coi là không phải chương trình y tế. Định nghĩa chính xác về “y tế” theo một số chương trình Liên bang này do từng bang quyết định. Vì thế ban quản trị cần kiểm tra với nhà chức trách ở bang của mình để xác định rõ dịch vụ nào được cấp vốn thông qua những nguồn này. Ngay cả khi họ không cấp vốn cho các dịch vụ cai nghiện thì các chương trình vẫn có thể liên kết bệnh nhân của mình với họ để xin hỗ trợ cho các dịch vụ giúp họ bắt đầu và hoàn tất điều trị thành công. Dưới đây là các cơ hội dành cho họ:

- **Hỗ trợ tạm thời cho các gia đình túng thiếu (TANF).** Theo chương trình TANF, mỗi bang sẽ nhận được trợ cấp trọn gói của

Liên bang để hỗ trợ điều trị cho người thất nghiệp hợp cách và con cái họ, thường là phụ nữ có con còn phụ thuộc. Những dịch vụ vượt qua rào cản về việc làm (như điều trị lạm dụng chất gây nghiện) có đủ điều kiện để nhận trợ cấp công thức – với ¼ số tiền được phân bổ cho các cộng đồng địa phương thông qua quá trình trợ cấp cạnh tranh. Mỗi bang có các kênh cấp vốn khác nhau. Nguồn kinh phí có thể đi trực tiếp qua Hội đồng Tư vấn Công nghiệp, Ban Đầu tư Nhân lực, Ban Phát triển Nhân lực và các đoàn thể tương tự ở Hoa Kỳ và các cấp cộng đồng. Mặc dù Mỹ không sử dụng nguồn kinh phí TANF cho các dịch vụ “y tế” nhưng Mỹ có phạm vi rộng đáng kể trong định nghĩa về “y tế” và đã sử dụng nguồn kinh phí TANF để hỗ trợ các dịch vụ điều trị lạm dụng chất gây nghiện bao gồm: theo dõi/đánh giá, cai nghiện, điều trị ngoại trú, điều trị nội trú không ở trong bệnh viện, quản lý trường hợp, giáo dục/phòng tránh, dịch vụ nhà ở, việc làm và giám sát (Rubinstein 2002). Ngay cả khi những nguồn kinh phí này không dành cho việc điều trị lạm dụng chất gây nghiện ở bang hoặc chương trình thì khách hàng của chương trình vẫn có thể tiếp cận nguồn hỗ trợ này để đào tạo việc làm, chăm sóc trẻ em và các nhu cầu cần hỗ trợ khác. Để tìm hiểu thêm thông tin về TANF, hãy tham khảo trang web www.acf.hhs.gov/programs/ofa/.

- **Trợ cấp trọn gói cho các dịch vụ xã hội.** Theo đầu mục XX của đạo luật An sinh Xã hội, Cơ quan quản lý đặc trách Trẻ em và Gia đình sẽ cung cấp trợ cấp trọn gói cho mỗi bang với mục đích cung cấp các dịch vụ xã hội. Có thể nguồn kinh phí này không được sử dụng cho các dịch vụ y tế (trừ cai nghiện ban đầu cho các cá nhân phụ thuộc vào rượu hoặc chất gây nghiện). Năm 2002, nguồn kinh phí này cung cấp gần 8 tỷ đô la cho việc điều trị lạm dụng chất gây nghiện ở 14 bang (Cơ quan quản lý đặc trách Trẻ em và Gia đình 2002).
- **Nhà ở công cộng.** HUD cấp vốn điều trị lạm dụng chất gây nghiện cho người cư trú ở nhà ở công cộng theo chương trình loại

bỏ chất gây nghiện trong nhà ở công cộng. HUD trao trợ cấp cho các nhà chức trách về nhà ở công cộng, các bộ lạc hoặc các đoàn thể phụ trách nhà ở được chỉ định trong bộ lạc để cấp vốn điều trị. Nguồn kinh phí này được chuyển tới các nhà chức trách về nhà ở công cộng ở địa phương, những người này lại ký hợp đồng với các nhà cung cấp dịch vụ. Ngoài ra, người vô gia cư và bị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện cũng có thể tiếp cận các chương trình nhà ở đặc biệt. Để biết thêm thông tin, hãy tham khảo trang web www.hud.gov.

- **Phục hồi hướng nghiệp.** Nguồn kinh phí liên bang của ED hỗ trợ các dịch vụ giúp người khuyết tật tham gia lực lượng lao động. Việc điều trị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện cũng đủ tư cách để được cấp vốn. Những nguồn kinh phí này được chuyển tới các tổ chức ở bang chịu trách nhiệm về phục hồi hướng nghiệp. Để biết thêm thông tin, hãy tham khảo trang web www.ed.gov.
- **Các dịch vụ bảo vệ trẻ em.** Đầu mục IV của đạo luật An sinh Xã hội cung cấp vốn cho việc chăm sóc nuôi dưỡng và các dịch vụ để ngăn chặn tình trạng trẻ em bị lạm dụng hoặc lợi là. Các dịch vụ hợp cách bao gồm điều trị lạm dụng chất gây nghiện cho các bậc cha mẹ được tòa án yêu cầu điều trị và có nguy cơ bị tước quyền nuôi con. Medicaid cũng trợ cấp cho những trẻ này vì chúng là nhóm đối tượng hợp cách bắt buộc. Để biết thêm thông tin, hãy tham khảo trang web www.acf.hhs.gov/programs/cb/index.htm.
- **Ryan White.** Đạo luật CHĂM SÓC SỨC KHỎE Ryan White của Liên bang, ban hành năm 1990, có cung cấp chăm sóc sức khỏe cho người bị HIV. Theo đầu mục I của đạo luật CHĂM SÓC SỨC KHỎE Ryan White, trong đó cung cấp hỗ trợ khẩn cấp cho các vùng thành thị hợp cách mà không bị dịch HIV/AIDS ảnh hưởng nghiêm trọng nhất, nguồn kinh phí cũng được dành cho việc điều trị lạm dụng chất gây nghiện. Mỗi năm, có hơn 500.000 người được phục vụ theo chương trình này. Để biết thêm thông tin, hãy tham khảo trang web www.hab.hrsa.gov.

Hệ thống hình pháp và pháp luật cho trẻ vị thành niên CJ/JJ

Cả hệ thống CJ/JJ ở bang và địa phương đều sử dụng dịch vụ điều trị lạm dụng chất gây nghiện, nhưng ở mỗi nơi, phương thức hoạt động của các hệ thống này lại khác nhau. Dưới đây là một số thành phần phổ biến của các hệ thống này:

- **Hệ thống cải huấn của bang** có thể cấp vốn điều trị cho phạm nhân sắp trở lại cộng đồng, thông qua nhân viên theo dõi việc tạm tha, nhà nghỉ cho tù nhân mới được thả hoặc các cơ sở cải huấn nội trú.
- **Hệ thống cải huấn của cộng đồng** bao gồm hệ thống chuyển hướng trước khi kết án hoặc các dịch vụ tạm tha, ví dụ như tòa án chuyên xét xử các vụ án về chất gây nghiện có thể yêu cầu điều trị lạm dụng chất gây nghiện thay cho tổng giam.
- **Tòa án chuyên xét xử các vụ án về chất gây nghiện ở cộng đồng** có thể đưa phạm nhân không bạo lực và có rủi ro thấp đi điều trị lạm dụng chất gây nghiện thay cho tổng giam – các chương trình có thể tuân theo hợp đồng để cung cấp việc điều trị này.
- **Các cơ sở cải huấn nội trú** phục vụ phạm nhân trở về từ hệ thống cải huấn của bang; chương trình có thể mở rộng hợp đồng để điều trị lạm dụng chất gây nghiện nhằm phòng tránh tái nghiện cho phạm nhân được điều trị.
- **Hệ thống tòa án chuyên xét xử trẻ vị thành niên** có thể cấp hợp đồng cho các chương trình có chuyên môn về điều trị cho thanh thiếu niên để điều trị cho phạm nhân vị thành niên ở các cơ sở cải huấn hoặc những người có liên quan khác trong hệ thống hành pháp.

Nhà cung cấp cần hiểu văn hóa, giá trị và nhu cầu của hệ thống CJ/JJ để phát triển dịch vụ phù hợp với nhóm đối tượng có nhu cầu đặc biệt này. Để biết thêm thông tin, hãy tham khảo TIP 21, *Kết hợp điều trị lạm dụng rượu và chất gây nghiện khác với chuyển hướng cho trẻ vị*

thành niên trong hệ thống pháp luật (CSAT 1995b), TIP 30, *Tiếp tục điều trị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện ở phạm nhân từ viện tới cộng đồng* (CSAT, 1998b), và TIP 44, *Điều trị lạm dụng chất gây nghiện cho người trưởng thành ở hệ thống hình pháp* (CSAT 2005b).

Chương trình trợ cấp công thức Byrne

Chương trình trợ cấp công thức Byrne trao trợ cấp cho các bang để nâng cao chức năng của hệ thống hình pháp. Tiền trợ cấp có thể được sử dụng để phục hồi cho phạm nhân vi phạm luật pháp của bang và địa phương. Một trong 26 lĩnh vực mục tiêu của chương trình này là cung cấp các chương trình giúp xác định và đáp ứng các nhu cầu điều trị của phạm nhân trưởng thành và vị thành niên đang phụ thuộc vào rượu và chất gây nghiện. Tuy nhiên, sự sẵn có của nguồn kinh phí trợ cấp công thức Byrne tùy vào biểu quyết và cắt giảm ngân sách thường niên của Quốc hội được đề xuất cho việc cấp vốn trong những năm gần đây. Để biết thêm thông tin, hãy tham khảo trang web www.ojp.usdoj.gov/BJA/grant/byrne.html.

Chính quyền quận và địa phương

Chính quyền quận và địa phương thường cam kết cung cấp các dịch vụ điều trị lạm dụng chất gây nghiện bằng cách sử dụng nguồn kinh phí sẵn có ở địa phương. Sự sẵn có thường niên của những nguồn kinh phí này phụ thuộc phần nào vào điều kiện tài chính của bang.

Trường học

Các trường công ở địa phương có thể là một nguồn cấp vốn để đánh giá, nhưng họ hiếm khi chi trả cho việc điều trị kéo dài. Một số dịch vụ có thể được bồi hoàn theo quyền đặc biệt cho trẻ em bị khuyết tật.

Chủ doanh nghiệp tư nhân

Nguồn doanh thu tư là từ nhiều đoàn thể, từ các MCO lớn tới các doanh nghiệp địa phương hoặc doanh nghiệp quốc gia tự bảo hiểm. Hầu

hết các chương trình sức khỏe do các doanh nghiệp lớn cung cấp đều được tiến hành theo thỏa thuận chăm sóc sức khỏe có kiểm soát. Đôi khi, chương trình sức khỏe dành một phần trợ cấp sức khỏe tâm thần của mình để trợ cấp điều trị lạm dụng chất gây nghiện; còn các chương trình khác trợ cấp thông qua phần trợ cấp y tế. Trong nhiều trường hợp, nếu được cung cấp, tiền trợ cấp cho điều trị lạm dụng chất gây nghiện được cung cấp qua các Tổ chức Chăm sóc Sức khỏe Hành vi có Kiểm soát (MBHO) (xem mục “Làm việc trong môi trường chăm sóc sức khỏe có kiểm soát hiện tại” ở bên dưới để biết thêm thông tin về các thỏa thuận chăm sóc sức khỏe có kiểm soát). Do tiền trợ cấp điều trị lạm dụng chất gây nghiện chỉ là chi phí nhỏ với doanh nghiệp, chiếm khoảng 0,4% tổng chi phí bảo hiểm y tế (Schoenbaum và cộng sự 1998), nên ta rất khó khiến doanh nghiệp chú ý dù thực tế rõ ràng là các vấn đề do lạm dụng chất gây nghiện thì thoáng xuất hiện. Nhìn chung, ta có thể phân biệt ba hạng mục lớn về nguồn kinh phí tư bao gồm:

- Hợp đồng với các chương trình y tế, MCO và MBHO.
- Hợp đồng dịch vụ trực tiếp với các doanh nghiệp địa phương. Các doanh nghiệp địa phương có thể ký hợp đồng trực tiếp với các nhà cung cấp dịch vụ lạm dụng chất gây nghiện nếu tiền trợ cấp từ chương trình y tế của họ không đủ.
- Hợp đồng với EAP. Một số doanh nghiệp có EAP có thể cung cấp hợp đồng dịch vụ trực tiếp cho chương trình cai nghiện cụ thể.

Đóng góp

Thông qua việc phát triển quan hệ với mọi người trong cộng đồng, quản trị viên có thể tìm nguồn hỗ trợ vốn và hoạt động mới. Ngay cả khi khó tìm nguồn cấp vốn để ủng hộ trực tiếp dịch vụ điều trị, ta cũng có thể tìm kiếm sự ủng hộ về các khía cạnh phát triển chương trình, giúp tổ chức lớn mạnh, hay hỗ trợ hoạt động hoặc thiết bị. Ngoài ra, ta còn có thể tìm kiếm sự hỗ trợ từ nhiều nguồn trong cộng đồng, từ hỗ trợ tài chính tới ủng hộ thời gian, chuyên

môn, đồ đạc và thiết bị đã qua sử dụng hoặc chi phí thấp và không gian cho nhiều hoạt động. Một số nguồn tiềm năng bao gồm:

- **Người gây quỹ.** Người gây quỹ có thể giúp chương trình phát triển chiến dịch. Nhiều bang và quận Columbia yêu cầu các chương trình từ thiện đăng ký và báo cáo cho chính quyền trước khi xin đóng góp theo thẩm quyền của mình (bạn có thể tham khảo danh sách các nhà chức trách do bang quản lý tại địa chỉ www.labyrinthinc.com/index.asp).
- **Các tổ chức và nhà từ thiện địa phương.** Một chương trình đủ tư cách để nhận vốn bằng tiền, hoạt động hoặc các loại hỗ trợ khác như phát triển ban quản trị từ các tổ chức, Community Chest, United Way (national.unitedway.org) hoặc các tổ chức từ thiện khác. Để biết thêm thông tin, hãy tham khảo trang web www.fdncenter.org.
- **Người hoàn tất chương trình.** Người đã hoàn tất chương trình có thể hiến tặng tiền cho chương trình hoặc hỗ trợ cho khách hàng.
- **Bác sĩ thực tập nội trú.** Các trường đại học và cao đẳng địa phương sẽ cần vị trí bác sĩ thực tập nội trú cho các sinh viên dự định làm việc trong lĩnh vực an sinh xã hội.
- **Tình nguyện viên.** Một số chương trình dùng tình nguyện viên trong nhiều lĩnh vực. Các nguồn bao gồm tổ chức hưu trí địa phương và tổ chức hoạt động xã hội dựa vào niềm tin.
- **Các nhóm cộng đồng.** Các tổ chức hoạt động xã hội dựa vào niềm tin và các trung tâm cộng đồng có thể để chương trình sử dụng phòng cho các buổi hội họp, các nhóm tốt nghiệp, nhóm hỗ trợ phục hồi hoặc các lớp học. Các nhóm cộng đồng có thể đóng góp tài liệu, quần áo, đồ chơi cho con bệnh nhân, đồ đạc hoặc máy tính.
- **Các cửa hàng hoặc người bán hàng địa phương.** Các doanh nghiệp địa phương có thể đóng góp những vật dụng hữu ích như đồ ăn, văn phòng phẩm hoặc thậm chí máy tính.

Hỗ trợ kinh phí cho nghiên cứu

Bên cạnh các vai trò khác của SAMHSA như hỗ trợ kỹ thuật, giúp cộng đồng sử dụng kết quả nghiên cứu để tiến hành chương trình điều trị hiệu quả và cấp vốn để phòng tránh và điều trị, các viện của Viện Y tế Quốc gia còn tiến hành nghiên cứu về cách thức điều trị lạm dụng chất gây nghiện hiệu quả nhất. Trợ lý nghiên cứu (www.theresearchassistant.com) là nguồn thông tin hữu ích. Để biết thêm về các cơ hội cấp vốn hiện tại, hãy tham khảo trang web của Viện về lạm dụng chất gây nghiện quốc gia (www.nida.nih.gov) và Viện về lạm dụng rượu và nghiện rượu quốc gia (www.niaaa.nih.gov).

Trợ cấp

Các tổ chức chính phủ và cơ quan tư cấp vốn thông qua các gói trợ cấp cạnh tranh. Tiền trợ cấp thường được dành cho các dự án riêng rẽ như quay phim về các vấn đề gia đình, cung cấp dịch vụ chăm sóc trẻ em trong chương trình cho phụ nữ, nâng cao hiểu biết văn hóa của nhân viên hoặc điều trị cho các nhóm đối tượng chưa được phục vụ đầy đủ.

Viết đơn xin trợ cấp đòi hỏi kỹ năng đặc biệt. Chương trình có thể thuê cố vấn để viết đơn hoặc dùng nhân viên hoạch định hoặc nghiên cứu của mình nếu có. Đơn xin trợ cấp thành công phải đề cập các lĩnh vực có nhu cầu cấp thiết, nêu ra ý tưởng xứng đáng được ủng hộ, biểu đạt tốt những ý tưởng này và tuân theo các yêu cầu đối với đơn xin hoặc đơn đề xuất. Để thiết kế dự án dễ được cấp vốn, chương trình cần thiết lập liên kết với các nguồn khác. Mỗi cơ quan hoặc tổ chức tài trợ có mẫu đơn và yêu cầu riêng mà ta cần tuân thủ chính xác. Quan trọng hơn, chương trình cần có cố vấn để lôi kéo nhân viên trong chương trình tham gia chặt chẽ vào quá trình lập đơn xin trợ cấp, nhằm đảm bảo những lời khẳng định trong đơn hoàn toàn tương xứng với năng lực của tổ chức. Những chương trình mà không thể lôi kéo nhân viên vào quá trình xin trợ cấp có khả năng rơi vào “bẫy thực thi” khi tiền trợ cấp được rót cho các dự án mà họ chưa sẵn sàng thực hiện. SAMHSA

cung cấp nhiều nguồn để hỗ trợ cho các tổ chức ở cộng đồng và các tổ chức khác lập đơn xin trợ cấp thành công. Hãy tham khảo hộp thông tin bên dưới để biết nguồn thông tin trợ cấp cho các chương trình điều trị và cai nghiện.

Lấy thông tin về trợ cấp ở đâu?

- SAMHSA cung cấp thông tin về các gói trợ cấp của tổ chức tại www.samhsa.gov/grants/index.html. Thông tin về trợ cấp ở chính quyền liên bang được đăng trên trang web www.grants.gov.
- Trang www.cybergrants.com cung cấp thông tin về các doanh nghiệp.
- Trung tâm về nghiện rượu và lạm dụng chất gây nghiện quốc gia ở trang web của trường đại học Columbia tại địa chỉ www.casacolumbia.org cung cấp liên kết tới một số trang web hữu ích.
- Substance Abuse Funding Week cung cấp các thông báo về cấp vốn công và tư cho các chương trình điều trị lạm dụng rượu, thuốc lá và chất gây nghiện. Thông tin được đăng trên báo hoặc tại địa chỉ www.cdpublications.com/pubs/.
- Bạn có thể đặt các ấn phẩm hữu ích về việc tìm kiếm trợ cấp và viết đơn xin trợ cấp ở địa chỉ www.grantsandfunding.com.
- Trung tâm trợ cấp tại địa chỉ www.tgci.com sẽ cung cấp cho bạn các thông tin hữu ích.
- Trung tâm nguồn phi lợi nhuận, www.not-for-profit.org, có thông tin về nhiều nguồn cấp vốn.

Bệnh nhân tự chi trả

Một số bệnh nhân tự chi trả một phần hoặc toàn bộ chi phí điều trị mà không tìm bồi hoàn từ bên thứ ba. Những bệnh nhân này không có trợ cấp hoặc được trợ cấp không đủ từ bên thứ ba để điều trị lạm dụng chất gây nghiện và không có tư cách để nhận nguồn thanh toán công. Một số khác có trợ cấp nhưng thích tự chi trả do lo lắng về tính bảo mật thông tin của họ trước ông chủ hoặc những người khác.

Làm việc trong môi trường chăm sóc sức khỏe có quản lý hiện tại

Tất cả các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, bao gồm những người cung cấp dịch vụ điều trị lạm dụng chất gây nghiện, ngày càng hoạt động trong thế giới mà việc chăm sóc sức khỏe được quản lý ở mọi khu vực, cả công và tư. Trong các cá nhân được doanh nghiệp trợ cấp vào năm 2003, 95% được trợ cấp theo thỏa thuận chăm sóc sức khỏe có quản lý (Tổ chức gia đình Kaiser và Tổ chức nghiên cứu và giáo dục về sức khỏe 2003). Sự xâm nhập của việc chăm sóc sức khỏe có quản lý vào chương trình sức khỏe do doanh nghiệp tài trợ còn khá mới. Năm 1993, chỉ có 46% được chương trình bồi thường tài trợ. Bây giờ, ước tính có hơn 160 triệu người Mỹ được tổ chức chăm sóc sức khỏe hành vi có quản lý trợ cấp chăm sóc sức khỏe hành vi (điều trị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện và rối loạn tâm thần) (Oss và Clary 1999). Mặc dù sự thâm nhập của việc chăm sóc sức khỏe có quản lý ở các chương trình công thấp hơn ở các chương trình có doanh nghiệp tài trợ nhưng nó vẫn rất lớn. Năm 2002, 58% trong nhóm đối tượng của Medicaid đã đăng ký thỏa thuận chăm sóc sức khỏe có quản lý (CMS 2002). Nhiều bang còn tiến hành MCO không liên kết với Medicaid để cung cấp dịch vụ điều trị lạm dụng chất gây nghiện.

Phân tách chăm sóc sức khỏe hành vi – được gọi như vậy vì việc quản lý điều trị lạm dụng chất gây nghiện và trợ cấp sức khỏe tâm thần được tách riêng khỏi việc cung cấp và quản lý các dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác – giờ là xu hướng nổi trội trong chăm sóc có quản lý đối với việc điều trị sức khỏe tâm thần. Tuy nhiên, điều này không đúng với việc điều trị lạm dụng chất gây nghiện, nhiều sự phân tách chăm sóc sức khỏe hành vi vẫn giữ trợ cấp điều trị lạm dụng chất gây nghiện trong MCO y tế. Phương pháp “lồng ghép”, về lý thuyết là lồng ghép các dịch vụ y tế truyền thống với các dịch vụ điều trị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện và các rối loạn tâm thần khác, đang lần nữa nổi lên

nhưng cũng như năm 2004, nó vẫn còn khá hiếm. Ngay cả khi chương trình chăm sóc sức khỏe lồng ghép các dịch vụ điều trị lạm dụng chất gây nghiện, họ vẫn thường dùng bên mua chuyên trách theo hợp đồng phụ hoặc một đơn vị sẵn có riêng rẽ có chuyên môn để quản lý tiền trợ cấp cho các dịch vụ lồng ghép này.

MCO ngày càng trở nên phổ biến trong khu vực công. Năm 2002, 51% các cơ sở điều trị lạm dụng chất gây nghiện có hợp đồng với MCO, thậm chí 39% các cơ sở trực thuộc chính quyền bang và địa phương cũng có hợp đồng này (Văn phòng nghiên cứu ứng dụng 2002b). Năm 1998, ngoại trừ bốn bang, tất cả đều tiến hành chăm sóc sức khỏe hành vi có quản lý trong các chương trình điều trị thuộc lĩnh vực công. Tuy nhiên, giữa các bang và các quận lớn có sự khác nhau đáng kể về mức độ và hình thức phụ thuộc vào việc chăm sóc sức khỏe có quản lý, cũng như các bên mua thực hiện những chương trình này thay mặt chính quyền hoặc đoàn thể tư.

Trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe có quản lý đã phát triển hệ thống thuật ngữ riêng – những thuật ngữ như trợ cấp theo đầu người, mạng lưới hay mô hình nhân viên, và các từ từ chữ cái đầu.

Hợp đồng là công cụ căn bản

Thỏa thuận chăm sóc sức khỏe có quản lý có bốn khía cạnh căn bản mà mọi quản trị viên chương trình cần làm quen. Trước tiên, thỏa thuận này bắt đầu bằng hợp đồng chăm sóc sức khỏe có quản lý, trong đó nêu rõ nghĩa vụ của mỗi bên. Cần lưu ý rằng các nhà cung cấp nhỏ trong cộng đồng có ít hoặc không có đơn bầu đàm phán trong quá trình lập hợp đồng, họ chỉ có thể quyết định có hoặc không chấp nhận những điều được đưa ra, bao gồm tỷ lệ thanh toán và các điều khoản hợp đồng khác. Tuy nhiên, tất cả cần hiểu rõ và chi tiết về hợp đồng để đảm bảo tiến hành thành công. Khía cạnh cốt lõi trong bất cứ hợp đồng chăm sóc sức khỏe có quản lý nào là thỏa thuận tài chính giữa các bên, bao gồm căn cứ thanh toán và mức độ rủi ro do mỗi bên giả định, nếu có. Dĩ

nhien, một số hợp đồng chăm sóc sức khỏe có quản lý không dựa trên rủi ro. Cần tìm người có chuyên môn và kinh nghiệm về hợp đồng chăm sóc sức khỏe có quản lý và tài chính để kiểm tra bất cứ hợp đồng nào được đề xuất, qua đó đảm bảo rằng các yếu tố tài chính trong thỏa thuận đều được nhân viên chương trình có trách nhiệm tài chính hiểu rõ.

Thứ hai, thông qua đàm phán và ký hợp đồng chăm sóc sức khỏe có quản lý, chương trình cai nghiện hoặc tổ chức mẹ của nó sẽ trở thành thành viên của mạng lưới chăm sóc sức khỏe có quản lý của MCO. Nhìn chung, MCO có mạng lưới các nhà cung cấp phù hợp theo hợp đồng, họ sẽ cung cấp các dịch vụ ở tỷ lệ đàm phán cho các thành viên đăng ký vào chương trình. Mỗi thành viên là tổ chức trong mạng lưới phải thỏa mãn các yêu cầu tối thiểu của MCO về giấy phép của nhân viên, chương trình và cơ sở để đủ tư cách tham gia hợp đồng chăm sóc sức khỏe có quản lý.

Khía cạnh căn bản thứ ba của thỏa thuận chăm sóc sức khỏe có quản lý là yêu cầu đánh giá năng lực và báo cáo. Tất cả các MCO đều áp dụng nhiều thước đo năng lực tiêu chuẩn cho mỗi nhà cung cấp theo hợp đồng của mình, đồng thời có các sự khích lệ hoặc bãi khích lệ về tài chính hoặc chỉ dẫn liên quan tới năng lực được đánh giá.

Cuối cùng, khía cạnh thứ tư liên quan tới việc quản lý dịch vụ y tế và quản lý trường hợp. Những nhiệm vụ này thường do nhân viên MCO thực hiện, cụ thể là y tá hoặc nhân viên công tác xã hội, dưới sự giám sát của bác sĩ hoặc tiến sĩ. Nhân viên quyết định dịch vụ nào “cần thiết về mặt y tế” và từ đó đủ điều kiện để bồi hoàn theo chương trình chăm sóc sức khỏe. Quản lý dịch vụ y tế so sánh chương trình điều trị do nhà cung cấp đề xuất với các chương trình tương tự hoặc được kỳ vọng dành cho các cá nhân có tình trạng và chuẩn đoán tương tự. Các phương pháp quản lý dịch vụ y tế không chỉ khác nhau giữa các MCO mà còn giữa các khách hàng của MCO, trong đó một số khách hàng mong muốn dịch vụ y tế được nghiên cứu

kỹ lưỡng và đáp ứng kiểm tra sự cần thiết về mặt y tế, còn những người khác mong muốn MCO sử dụng phương pháp nhẹ nhàng để quản lý dịch vụ y tế. Nếu kế hoạch điều trị của chương trình cai nghiện không đáp ứng các tiêu chí cần thiết về mặt y tế thì có khả năng nó sẽ bị từ chối và chỉ dẫn sang bác sĩ ở cấp độ cao hơn để xem xét, tri hoãn thông qua và thanh toán. Nên sử dụng mọi phác đồ của MCO, cũng như bất cứ thỏa thuận và chương trình trợ cấp cụ thể nào cho các khách hàng mà nhân viên hoặc người đăng ký tham gia của họ thuộc nhóm khách hàng của chương trình cai nghiện.

Chương trình quản lý trường hợp tiến hành trong khu vực tư thường là chương trình đánh giá dịch vụ y tế hơn là chương trình quản lý trường hợp y khoa thông thường trong khu vực công. Ngoài ra, quá trình quản lý trường hợp ở khu vực tư thường khác quá trình quản lý trường hợp ở các tổ chức điều trị lạm dụng chất gây nghiện hoặc sức khỏe tâm thần truyền thống ở khu vực công. Nó chủ yếu liên quan tới việc liên lạc qua điện thoại, thường là với y tá, trong các trường hợp rủi ro cao hoặc chi phí cao. Thông thường, quản lý trường hợp không được tiến hành tại chỗ hoặc trực tiếp trong MCO trừ khi hợp đồng với tổ chức công yêu cầu điều đó. Nếu khách hàng của chương trình cai nghiện có quản lý trường hợp ở khu vực công và quản lý trường hợp về chăm sóc sức khỏe có quản lý, thì chương trình cai nghiện phải tương tác với cả hai để giành được sự thông qua ban đầu và liên tục đối với việc điều trị trong chương trình quản lý dịch vụ y tế hoặc trường hợp.

Nhìn chung, các chương trình phải giành được sự thông qua về quản lý dịch vụ y tế và/hoặc quản lý trường hợp với bất cứ chương trình điều trị đề xuất nào trước khi ghi hóa đơn cho MCO. Họ cũng phải chịu chi phí theo đuổi sự từ chối và yêu cầu ngoại lệ. Nhân viên của chương trình càng thiết lập được quan hệ với nhân viên quản lý dịch vụ y tế và quản lý trường hợp của MCO thì họ càng biết nhiều hơn về các tiêu chí và phác đồ nội bộ giúp đưa đến quyết định thông qua hoặc từ chối, và phạm vi mà họ phải yêu cầu thỏa thuận đặc biệt cho khách hàng cụ

thể càng rộng. Hầu hết MCO và MBHO đều có trang web với cổng thông tin của nhà cung cấp. Sau khi chương trình xác định được tên của chương trình chăm sóc sức khỏe có quản lý mà được yêu cầu thanh toán, nhân viên nên kiểm tra trang web của họ. Một số chương trình chăm sóc sức khỏe có quản lý cung cấp trao đổi dữ liệu điện tử với các nhà cung cấp trong mạng lưới để tạo điều kiện gửi yêu cầu.

Các yếu tố rủi ro tài chính trong hợp đồng chăm sóc sức khỏe có quản lý

Chi phí dịch vụ

Để đánh giá và đàm phán hợp đồng chăm sóc sức khỏe có quản lý, cũng như theo dõi năng lực của chương trình theo hợp đồng, ta cần biết chương trình cai nghiện tốn chi phí bao nhiêu để cung cấp mỗi đơn vị dịch vụ được tạo ra. Chi phí dịch vụ bao gồm thời gian nhân viên dành ra cho khách hàng, thời gian ban quản trị dành ra để hội họp và làm các thủ tục giấy tờ, vốn và chi phí vận hành. Chỉ khi biết rõ chi phí thực để cung cấp một đơn vị dịch vụ nhất định, tổ chức mới có thể đàm phán tỷ lệ hợp lý cho dịch vụ cụ thể khi đàm phán hợp đồng và thỏa thuận tài chính khôn ngoan. Xác định chi phí dịch vụ thường bao hàm nhiều thử thách, nhưng là việc cần thiết trong môi trường yêu cầu trách nhiệm giải trình hiện tại. Hãy tham khảo hộp thông tin bên dưới để biết danh sách nguồn từ tài liệu. Dưới đây là các phương pháp luận về chi phí đã được công nhận nhưng vẫn đang phát triển, được thiết lập riêng cho các dịch vụ điều trị lạm dụng chất gây nghiện:

- Phương pháp thu thập dữ liệu về chi phí có hệ thống đầu tiên, Chương trình Phân tích Chi phí Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện (DATCAP) (French 2003a, b), được các nhà kinh tế học ở Viện Research Triangle Institute phát triển vào đầu thập niên 90 (French và cộng sự 1997). Đánh giá Dịch vụ Điều trị được sử dụng với DATCAP sẽ cung cấp chi phí dịch vụ đơn vị (French và cộng sự 2000).

- Hệ thống đồng nhất về kế toán và báo cáo chi phí cho các nhà cung cấp điều trị lạm dụng chất gây nghiện là phương pháp ước tính chi phí được CSAT phát triển cùng thời (1998d).
- Một phương pháp ước tính khác do Yates (1996, 1999) phát triển là Phân tích Kết quả Quá trình Thủ tục Chi phí.
- Anderson và cộng sự (1998) đã phát triển phương pháp luận về chi phí dịch vụ.
- Chương trình Phân tích Chi phí Dịch vụ Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện (Zarkin và cộng sự 2004) là phương pháp ước tính chi phí dịch vụ điều trị đang nổi.
- Các biến thể của những phương pháp này đã được áp dụng cho một số nghiên cứu điều trị (Flynn và cộng sự 2003; Koenig và cộng sự 1999; Mojtabai và Zivin 2003).

Ba hạng mục chủ yếu trong thỏa thuận tài chính mà ta cần phân biệt trong hợp đồng chăm sóc sức khỏe có quản lý bao gồm: (1) thỏa thuận phí dịch vụ, (2) thỏa thuận phí bình quân và (3) thỏa thuận phí theo trường hợp. Quản trị viên chương trình cần hiểu sự khác biệt giữa ba loại

Nguồn về chi phí dịch vụ

Anderson, D.W., Bowland, B.J., Cartwright, W.S., và Bassin, G. Chi phí theo cấp dịch vụ trong điều trị lạm dụng chất gây nghiện. *Tập san Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện* 15(3):201–211, 1998.

Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện. *Đo lường chi phí của các dịch vụ điều trị lạm dụng chất gây nghiện: Tổng quan*. Rockville, MD: Quản trị dịch vụ lạm dụng chất gây nghiện và sức khỏe tâm thần, 1998.

Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện. *Hệ thống đồng nhất về kế toán và báo cáo chi phí cho các nhà cung cấp điều trị lạm dụng chất gây nghiện*. Rockville, MD: Quản trị dịch vụ lạm dụng chất gây nghiện và sức khỏe tâm thần, 1998. <http://www.icpsr.umich.edu/SAMHDA/SATCAAT/system-accounting.pdf>.

Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện. *Báo cáo tóm tắt về việc đánh giá và đo lường chi phí điều trị*. Rockville, MD: Quản trị dịch vụ lạm dụng chất gây nghiện và sức khỏe tâm thần, 2000. <http://www.icpsr.umich.edu/SAMHDA/SATCAAT/summaryreport.pdf>.

Dunlap, L.J., và French, M.T. So sánh hai phương pháp ước tính chi phí điều trị lạm dụng chất gây nghiện. *Tập san duy trì trong lĩnh vực nghiện* 1(3):29–44, 1998.

Flynn, P.M., Porto, J.V., Rounds-Bryant, J., và Kristiansen, P.L. Chi phí và lợi ích của việc điều trị bằng methadone trong DATOS—Phần 1: Bệnh nhân bỏ điều trị so với bệnh nhân tiếp tục. *Tập san duy trì trong lĩnh vực nghiện* 2(1/2):129–150, 2003.

French, M.T. *Chương trình phân tích chi phí điều trị lạm dụng chất gây nghiện (DATCAP): Phiên bản chương trình*. Phiên bản số 8. Miami, FL: Đại học Miami, 2003. <http://www.datcap.com/program.htm>.

French, M.T. *Chương trình phân tích chi phí điều trị lạm dụng chất gây nghiện (DATCAP): Hướng dẫn sử dụng*. Phiên bản số 8. Miami, FL: Đại học Miami, 2003. <http://www.datcap.com/usersmanual.htm>.

French, M.T., Dunlap, L.J., Zarkin, G.A., và Karuntzos, G.T. Chi phí của phương pháp can thiệp nâng cao ở chương trình hỗ trợ nhân viên (EAP). *Đánh giá và hoạch định chương trình* 21(2):227–236, 1998.

French, M.T., Dunlap, L.J., Zarkin, G.A., McGeary, K.A., và McLellan, A.T. Công cụ có cấu trúc để ước tính chi phí kinh tế của việc điều trị lạm dụng chất gây nghiện. Chương trình phân tích chi phí điều trị lạm dụng chất gây nghiện (DATCAP). *Tập san điều trị lạm dụng chất gây nghiện* 14(5):445–455, 1997.

French, M.T., Roebuck, M.C., McLellan, A.T., và Sindelar, J.L. Liệu ta có thể dùng các đánh giá dịch vụ điều trị để ước tính chi phí của các dịch vụ về nghiện và phụ thuộc hay không? *Tập san điều trị lạm dụng chất gây nghiện* 12(4):341–361, 2000.

French, M.T., McCollister, K.E., Sacks, S., McKendrick, K., và De Leon, G. Phân tích lợi ích – chi phí của cộng đồng điều trị có điều chỉnh dành cho người lạm dụng hóa chất gây hại về tâm thần. *Đánh giá và hoạch định chương trình* 25(2):137–148, 2002.

French, M.T., Salome, H.J., và Carney, M. Sử dụng DATCAP và ASI để ước tính chi phí và lợi ích của việc điều trị nghiện nội trú ở bang Washington. *Khoa học Xã hội & Y sinh* 55(12):2267–2282, 2002.

Yates, B.T. *Phân tích chi phí, quy trình, quá trình và kết quả trong dịch vụ nhân sinh*. Phương pháp nghiên cứu xã hội ứng dụng, cuốn 42. Thousand Oaks, CA: Sage, 1996.

Yates, B.T. *Đo lường và cải thiện chi phí, tính tiết kiệm và chi phí-lợi ích cho các chương trình điều trị lạm dụng chất gây nghiện: Hướng dẫn*. Ấn bản của NIH số 99-4518. Rockville, MD: Viện về lạm dụng rượu quốc gia, 1999. <http://www.nida.nih.gov/PDF/Costs.pdf>.

Zarkin, G.A., và Dunlap, L.J. Ứng dụng của việc chăm sóc sức khỏe có quản lý cho điều trị bằng methadone. Kết quả từ năm nghiên cứu trường hợp ở bang New York. *Tập san về điều trị lạm dụng chất gây nghiện* 17(1–2):25–35, 1999.

Zarkin, G.A., Dunlap, L.J., và Homsy, G. Chương trình phân tích chi phí dịch vụ điều trị lạm dụng chất gây nghiện (SASCAP): Phương pháp mới để ước tính chi phí của dịch vụ điều trị sử dụng chất gây nghiện. *Đánh giá và hoạch định chương trình* 27(1):35–43, 2004.

thỏa thuận này để quản lý rủi ro tài chính. Quản trị viên có thể có lúc cho rằng chính hợp đồng là mục đích. Tuy nhiên, sự tồn tại của hợp đồng không đảm bảo cho sự chỉ dẫn; nó chỉ cho phép các chỉ dẫn cần thiết về mặt y tế. Nhân viên của chương trình càng phát triển được quan hệ gần gũi với MCO thì càng dễ nắm được các tiêu chí y khoa, giành được không chỉ các chỉ dẫn gián đoạn và đàm phán được thỏa thuận tài chính hợp lý và công bằng cho chương trình.

Các hợp đồng chăm sóc y tế có quản lý rất khác nhau, tùy theo hai yếu tố chính: (1) phương pháp thanh toán và loại rủi ro tương ứng do nhà cung cấp giả định, và (2) số tiền thanh toán. Trong ba loại thỏa thuận tài chính hay phương

thức thanh toán chính (được đề cập trong Hình 6-1), mỗi loại đều liên quan tới rủi ro tài chính lớn mà nhà cung cấp phải nắm được khi đàm phán mỗi loại. Dĩ nhiên, rủi ro là biến số liên tục, không thỏa thuận nào tránh được rủi ro. Cái chính là phải đảm bảo rằng chương trình có công cụ và năng lực để quản lý rủi ro đã giả định. Nhiều hệ thống chăm sóc sức khỏe có quản lý dựa vào thỏa thuận phí dịch vụ với nhà cung cấp nên hầu hết nhà cung cấp được thanh toán trên cơ sở phí dịch vụ được triết khấu, dựa trên biểu phí được mô tả trong hợp đồng. Thỏa thuận phí bình quân thường được dành cho mạng lưới các nhà cung cấp lớn, các nhà cung cấp này lại trả cho nhà cung cấp cá nhân trên cơ sở phí dịch vụ.

Hình 6-1
Thỏa thuận tài chính cho nhà cung cấp

Phương pháp bồi hoàn	Lưu ý/Rủi ro cho chương trình
Thỏa thuận phí dịch vụ. Chương trình phí dịch vụ là ít rủi ro nhất cho nhà cung cấp. Chúng thường yêu cầu chứng nhận trước về điều trị y tế và quản lý dịch vụ y tế cho một số hoặc tất cả quy trình và dịch vụ. Văn bản về chương trình trợ cấp của khách hàng hoặc hợp đồng của chủ doanh nghiệp công sẽ nêu dịch vụ được thông qua. Còn hợp đồng phí dịch vụ sẽ quy định phí suất cho dịch vụ được cung cấp; thường là một buổi trong chương trình tiêu chuẩn với các dịch vụ cụ thể. Nó thường được gọi là “phí suất gộp tổng”	Khi đàm phán hợp đồng phí dịch vụ, quản trị viên cần đảm bảo rằng phí suất đủ để chi trả các chi phí thực tế cho chương trình cung cấp các dịch vụ cụ thể. Trong lúc đàm phán, MCO có thể nói rằng nó sẽ không trả cho một số dịch vụ trong gói. Tất cả các dịch vụ cần được tính phí trước khi đàm phán để biết rõ và so sánh chi phí thực tế của các thành phần điều trị với khoản bồi hoàn được cung cấp. Các chương trình phải hiểu rằng ngay cả khi hợp đồng phí dịch vụ được đàm phán thành công, có chỉ dẫn hay không là điều chưa chắc chắn.
Một số dịch vụ phổ biến trong gói là kiểm tra chất gây nghiện qua nước tiểu và tư vấn nhóm, gia đình và cá nhân. Vì thế, phí suất thanh toán cho một lần tới khám bao gồm buổi tư vấn nhóm 50 phút và kiểm tra chất gây nghiện qua nước tiểu. Ví dụ, phí suất cho một ngày điều trị bao gồm 1/5 buổi khám tâm lý 25 phút, 1/2 lần kiểm tra chất gây nghiện qua nước tiểu, 1/2 buổi đào tạo hướng nghiệp và 2 buổi tư vấn nhóm. Giả định là những dịch vụ này sẽ xuất hiện ở tần suất cụ thể trong khóa điều trị của khách hàng. Các dịch vụ tâm thần có thể được lồng ghép vào gói dịch vụ nhưng thường thì chúng được đàm phán riêng và được coi như lời khuyên bổ sung.	
Thỏa thuận phí bình quân. Công ty chăm sóc sức khỏe có quản lý có thể thiết lập lượng tiền theo quy định để trang trải chi phí điều trị cho một nhóm người bằng cách áp dụng phí suất theo đầu người cho mọi người, đó chính là phí suất bình quân của MCO. Sau đó MCO sẽ chia tiếp lượng tiền theo quy định cho nhà cung cấp điều trị hoặc tổ chức. MCO và nhà cung cấp điều trị sẽ đàm phán một thỏa thuận, trong đó nhà cung cấp được trả một khoản cố định theo đầu người mỗi tháng thay vì viết hóa đơn trên cơ sở phí dịch vụ. Nhà cung cấp	Hai yếu tố quan trọng là phí suất mỗi thành viên/mỗi tháng (pm/pm) và phí suất sử dụng dịch vụ y tế. Nếu số người tìm kiếm điều trị cao hơn dự đoán nhiều thì nhà cung cấp không thể trang trải các chi phí cung cấp dịch vụ, còn nếu số người ít hơn nhiều thì sẽ tạo ra lợi nhuận/thặng dư. Cái chính là phải có thông tin tin cậy về tỷ lệ sử dụng trước đây của người đăng ký tham gia chương trình chăm sóc sức khỏe có quản lý nhất định. Nếu nhà cung cấp ghi nhớ những điều báo trước này, việc thanh toán đảm bảo và thường xuyên này có thể là thỏa

đồng ý cung cấp tất cả hoặc một số dịch vụ điều trị cho số lượng kỳ vọng “nhân mạng được bảo hiểm” theo chăm sóc có quản lý (ví dụ như 100.000 người đăng ký). Thông thường, chỉ các nhà cung cấp dịch vụ lớn mới có tài sản và nhiều dịch vụ để tham gia thỏa thuận phí bình quân.

thuận tuyệt vời, trừ việc nó đi kèm rủi ro về cả việc “sử dụng thái quá” (khi so sánh với tỷ lệ giả định trong lúc thiết lập phí suất) và nhu cầu điều trị chuyên sâu hơn mức phí suất bình quân có thể chi trả. Trong một số trường hợp, chương trình có thể muốn chấp nhận phí suất bình quân suy đoán để liên kết ủy ban, rồi đàm phán lại phí suất này sau khi chương trình đã thu thập đủ liệu cho thấy nó cần phí suất cao hơn để trang trải chi phí. Trong bất cứ trường hợp nào, ta cần xác định lượng tiền thực tế so với ngân quỹ trong thời gian thực để tránh thua lỗ không mong muốn.

Thỏa thuận phí theo trường hợp. Phí theo trường hợp là phí cố định trên mỗi khách hàng được chi trả để cung cấp các dịch vụ nhất định cho các khách hàng nhất định. Với loại phí này, nhà cung cấp, như phòng khám, cung cấp mọi dịch vụ mà khách hàng yêu cầu trong giai đoạn cụ thể. Về cơ bản, MCO sẽ nói: “Anh cung cấp cho khách hàng thứ họ cần từ gói dịch vụ này, còn tôi sẽ trả anh khoản tiền cố định này.” Yếu tố phân biệt phí theo trường hợp với phí bình quân là về cơ bản tất cả các khách hàng chịu phí theo trường hợp đều được dự đoán là sẽ nhận một số dịch vụ; ít nhất đó là quản lý trường hợp. Thông thường, những dịch vụ nhận được theo phí bình quân chỉ chiếm số nhỏ trong các dịch vụ được cung cấp. Phí theo trường hợp có thể được điều chỉnh theo rủi ro để bù đắp cho chi phí cao hơn khi phục vụ những khách hàng mà có thể dự đoán là cần nhiều dịch vụ hơn bình thường.

Thỏa thuận phí theo trường hợp giúp nhà cung cấp dịch vụ loại bỏ một số rủi ro về sử dụng dịch vụ y tế. Tuy nhiên, họ vẫn có rủi ro là khách hàng sẽ cần dịch vụ thường xuyên hơn hoặc ở cấp độ cao hơn mức phí suất theo trường hợp có thể trang trải. Các chương trình cần theo dõi chi phí theo khách hàng cụ thể để đánh giá sự phù hợp của phí theo trường hợp được đề xuất. Tuy nhiên, sẽ là một sai lầm nếu ta coi phí theo trường hợp là mức phí cao nhất cho bất cứ bệnh nhân cụ thể nào. Mục đích của ta là phải đảm bảo chi phí trung bình ở mỗi trường hợp thấp hơn phí theo trường hợp được đàm phán, không phải chi phí cho mỗi trường hợp thấp hơn phí suất đàm phán. Xin nhắc lại lần nữa, ta cần theo dõi chi phí trung bình thực tế ở mỗi trường hợp so với phí trường hợp theo hợp đồng ở thời gian thực để tránh thua lỗ không mong muốn.

Để biết thêm thông tin về việc mua và đàm phán chăm sóc sức khỏe có quản lý từ quan điểm của bên mua, hãy tham khảo TIP 22, *Lập hợp đồng dịch vụ điều trị lạm dụng chất gây nghiện và sức khỏe tâm thần có quản lý: Hướng dẫn cho bên mua ở khu vực công* (CSAT 1998c).

Mạng lưới, cấp phép và tư cách

Để gia nhập mạng lưới nhà cung cấp của MCO và đàm phán hợp đồng, ta phải đáp ứng các tiêu chuẩn tối thiểu cụ thể của MCO đối với tư cách nhân viên và việc cấp phép cho chương trình. Những tiêu chuẩn tối thiểu này thường không thương lượng được vì chúng bắt nguồn từ các yêu cầu về cấp phép của MCO. Các yêu cầu về tư cách của nhà cung cấp rất khác nhau theo

MCO và theo khách hàng trong MCO. Chúng thường bao gồm việc xác minh cơ bản các bằng cấp cụ thể hoặc các mức cấp phép cụ thể cho nhân viên, cũng như các mức tối thiểu có xác minh về bảo hiểm trách nhiệm nghề nghiệp. Một số MCO có thể sử dụng Tổ chức Xác minh Tư cách (CVO) độc lập cho quá trình này. Các CVO này sẽ thay mặt MCO xác minh tư cách của nhà cung cấp để đảm bảo giấy phép của họ còn hiệu lực và cập nhật.

Có trường hợp MCO không quen điều trị lạm dụng chất gây nghiện và chỉ có các kiểu nhà cung cấp được bang cấp phép để tham gia hành nghề tư trong mạng lưới nhà cung cấp của họ. Thông thường, những nhà cung cấp này được cấp phép về tâm lý, điều dưỡng, được hoặc công tác xã hội. MCO giải thích rằng điều này liên quan tới các vấn đề về bảo hiểm trách nhiệm nghề nghiệp. Việc xét tư cách này có ảnh hưởng không đồng đều lên các nhà cung cấp điều trị lạm dụng chất gây nghiện mà không có nhiều nhân viên có tư cách như những nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe tâm thần, bằng cách gây trở ngại cho việc lập hợp đồng với những MCO này. Tuy nhiên, đây không phải khó khăn không thể vượt qua. Thông thường, nhà cung cấp điều trị lạm dụng chất gây nghiện phải giúp MCO hiểu môi trường điều trị lạm dụng chất gây nghiện, kiểu nhà cung cấp đưa ra các dịch vụ, và các năng lực, tiêu chuẩn mà họ phải đáp ứng để MCO chỉnh sửa chính sách cho phù hợp. MCO thường sẵn lòng ký hợp đồng với các tổ chức được bang cấp phép về cơ sở hơn là với các nhà cung cấp điều trị lạm dụng chất gây nghiện cá nhân không có tư cách đáp ứng tiêu chí về cấp phép của MCO.

Nhiều chương trình chăm sóc sức khỏe có quản lý có mạng lưới nhà cung cấp riêng cho các dịch vụ sức khỏe hành vi. Nhà cung cấp cai nghiện cần tham gia vào cả mạng lưới y tế và sức khỏe hành vi, vì trợ cấp cai nghiện có thể được coi là trợ cấp y tế hoặc trợ cấp hành vi.

Bên cạnh tư cách của nhân viên và người hành nghề, bản thân chương trình cũng phải được một trong các tổ chức cấp phép chăm sóc sức khỏe

quốc gia lớn công nhận. Những tổ chức này bao gồm Ủy ban cấp phép cho cơ sở phục hồi (CARF; www.carf.org), Ủy ban đảm bảo chất lượng quốc gia (NCQA; www.ncqa.org/index.htm) và Liên ủy cấp phép cho các tổ chức chăm sóc sức khỏe (JCAHO; www.jcaho.org/). Nhìn chung, sự công nhận của CARF được các nhà cung cấp điều trị lạm dụng chất gây nghiện coi là quan trọng nhất cho các chương trình của họ. Tuy nhiên, các nhà cung cấp muốn đưa ra dịch vụ cai nghiện nội trú phải được JCAHO công nhận để đáp ứng yêu cầu của hầu hết MCO.

Đánh giá năng lực của tổ chức

Đánh giá năng lực ngày càng trở thành thành phần quan trọng trong việc chăm sóc sức khỏe tính phí dịch vụ có quản lý ở cả khu vực công và tư. Hiện giờ, trợ cấp trọn gói SAPT của SAMHSA yêu cầu tập hợp các đánh giá về năng lực và kết quả của chương trình. MCO có các thước đo năng lực riêng do các tổ chức cấp phép cho chúng, như NCQA, thiết lập. Khách hàng, ông chủ và bên mua công của chúng có thể sử dụng sự phù hợp về năng lực theo những thước đo này khi cân nhắc quyết định bắt đầu hoặc tiếp tục chương trình cho nhân viên. NCQA đã thiết lập một bộ thước đo dành riêng cho các dịch vụ điều trị lạm dụng chất gây nghiện và sức khỏe tâm thần cho mọi MCO mà nó cấp phép, bao gồm thước đo mới để xác định người đăng ký có chuẩn đoán lạm dụng chất gây nghiện, tỷ lệ bắt đầu điều trị và thước đo sự tham gia điều trị. Các chương trình được yêu cầu tham gia đánh giá những yếu tố này rồi báo cáo thông tin cho MCO, việc làm này cũng được coi như một điều kiện của hợp đồng. Nếu có năng lực tốt, MCO có thể thưởng bằng phí bổ sung.

Tương tự, MCO cũng đánh giá năng lực của thành viên trong mạng lưới nhà cung cấp. Mỗi MCO có các thước đo và quy trình thực hiện riêng. Trong đó, một số thước đo và quy trình là do các tổ chức cấp phép cho chúng nêu ra. Không phải tất cả MCO đều sốt sắng về quá trình đánh giá nhà cung cấp. Chỉ một số MCO tiến hành hệ thống đánh giá phức tạp. Dù một số phương pháp đang được sử dụng còn khá

thô nhưng chúng vẫn được yêu cầu. Tuy nhiên, dù chúng đơn giản hay phức tạp, kết quả từ các thước đo năng lực bên ngoài do MCO tiến hành vẫn rất quan trọng với sự thành công về tài chính và tổ chức của chương trình, đồng thời ảnh hưởng tới khả năng của chúng trong việc duy trì mạng lưới nhà cung cấp dồi dào và có uy tín. Một số hệ thống quản lý năng lực do MCO thực hiện cũng sử dụng các biện pháp khích lệ và/hoặc bãi khích lệ bằng tài chính tùy theo năng lực.

Bất chấp các thước đo cụ thể do MCO nhất định tiến hành, các tổ chức có quản lý tốt sẽ vẫn phát triển và sử dụng thước đo năng lực nội bộ riêng, đồng thời liên tục cố gắng nâng cao năng lực của mình. Dưới đây là những vấn đề cần đánh giá về cả quá trình và kết quả:

- Phần trăm khách hàng hoàn tất chế độ điều trị xác định mà đáp ứng nhu cầu cá nhân của họ
- Phần trăm khách hàng bỏ điều trị trong bảy ngày đầu sau khi bắt đầu điều trị
- Phần trăm khách hàng duy trì điều trị nhưng kém chuyên sâu hơn trong 30 ngày sau khi bỏ chương trình
- Phần trăm khách hàng được tuyển dụng hoặc đi học trong 6 tháng sau khi bỏ chương trình

Khi sử dụng thước đo năng lực, chương trình cần tính đến sự khác biệt giữa các khách hàng mà có thể ảnh hưởng tới kết quả đánh giá như khách hàng có tiền sử lạm dụng hoặc bệnh tật. Tuy nhiên, quan trọng không kém, ta phải nhận ra rằng đánh giá là thành phần không thể tách rời của trách nhiệm giải trình nội bộ và ngoại bộ, cũng như việc nâng cấp y tế liên tục

Một trong những đoàn thể độc lập chủ yếu chuyên thiết lập các thước đo năng lực trên toàn quốc đối với việc điều trị lạm dụng chất gây nghiện là Washington Circle Group (WCG) (www.washingtoncircle.org). Các thước đo năng lực điều trị lạm dụng chất gây nghiện mới của NCQA về việc xác định, bắt đầu điều trị và tham gia điều trị đã được WCG phát triển

trong 4 năm. Họ đã xác định được bốn “lĩnh vực” chính để đánh giá điều trị lạm dụng chất gây nghiện bao gồm:

1. Phòng tránh/Giáo dục
2. Nhận diện hoặc xác định việc lạm dụng chất gây nghiện
3. Điều trị
 - Bắt đầu dịch vụ điều trị nghiện rượu và chất gây nghiện khác
 - Liên kết cai nghiện với dịch vụ điều trị nghiện rượu và chất gây nghiện khác
 - Tham gia điều trị
 - Sử dụng các biện pháp can thiệp cho thành viên trong gia đình và những người quan trọng khác
4. Duy trì tác động của việc điều trị

Chúng và các thước đo năng lực điều trị lạm dụng chất gây nghiện khác hiện đang được sử dụng trong quá trình cấp phép cho MCO của NCQA. WCG và các tổ chức khác đã xác định được nhiều thước đo thể này. Quản trị viên nên coi những thước đo này như một cách để nâng cao năng lực riêng, một yếu tố cần thiết trong hệ thống báo cáo và phương tiện để ghi lại thành công cho khách hàng và các cổ đông khác.

Đánh giá năng lực ngày càng trở nên quan trọng bên ngoài cũng như bên trong các hợp đồng chăm sóc sức khỏe có quản lý. Ví dụ, như đã đề cập trong phần cấp vốn trước đây, SAMHSA bắt đầu lồng ghép việc đánh giá năng lực vào trợ cấp trọn gói SAPT từ năm tài khóa 2004. Mỗi bang đều kỳ vọng các chương trình hiểu và có thể đánh giá các yếu tố được yêu cầu một cách phù hợp và kịp thời.

Một trong những thước đo năng lực quan trọng nhất trong tương lai cho các chương trình cai nghiện là liên kết điều trị lạm dụng chất gây nghiện sau khi cai nghiện (Mark và cộng sự 2002). Nghiên cứu chỉ ra rằng những bệnh nhân nhận được sự chăm sóc liên tục sau khi cai nghiện có kết quả tốt hơn về mặt cai nghiện và tỷ lệ trở lại điều trị so với những người không

được chăm sóc liên tục. Ta bắt đầu chú trọng vào việc liên kết điều trị sau khi nghiên cứu chỉ ra rằng nhiều người tiến hành cai nghiện nhưng sau đó không nhận được dịch vụ điều trị lạm dụng chất gây nghiện từ hệ thống điều trị chính thống, và rằng tình trạng thiếu điều trị lạm dụng chất gây nghiện sau khi cai nghiện ngày càng tồi tệ hơn chứ không khả quan lên (Mark và cộng sự 2002). Các nhà cung cấp dịch vụ cai nghiện phải có nghĩa vụ đảm bảo rằng bệnh nhân được liên kết điều trị lạm dụng chất gây nghiện sau khi cai nghiện.

Hệ thống lưu trữ và quản lý thông tin

Như các công ty bảo hiểm, MCO cũng yêu cầu kê khai chi tiết các dịch vụ được cung cấp cho khách hàng để họ thanh toán cho các dịch vụ nhận được. Hệ thống kế toán của chương trình cần theo dõi thời gian mà tư vấn viên dành ra để nghe điện thoại, làm thủ tục giấy tờ và tiếp xúc trực tiếp với khách hàng. Hồ sơ y khoa cần phản ánh chính xác các yêu cầu được gửi lên MCO. Theo định kỳ, bên thanh toán và MCO sẽ kiểm toán các hồ sơ y khoa để đảm bảo rằng dịch vụ được ghi hóa đơn đã thực sự được cung cấp. Nếu không ghi lại chính xác các dịch vụ y tế, chúng sẽ không được thanh toán và khiến hợp đồng gặp rủi ro. Mặt khác, thông tin và danh tính riêng của cá nhân phải được bảo mật theo đạo luật về trách nhiệm giải trình và khả năng chuyển đổi bảo hiểm y tế (HIPAA), cũng như các yêu cầu về bảo mật của liên bang cho người lạm dụng chất gây nghiện (để biết thêm thông tin về HIPAA, hãy tham khảo trang www.hipaa.samhsa.gov).

Quản lý nhiều hợp đồng đòi hỏi sự quản lý phức tạp, hệ thống quản lý thông tin tài khóa (MIS) và sự xem xét kĩ lưỡng liên tục. Nhu cầu thông tin ngày càng quan trọng đối với các thỏa thuận dựa trên phí bình quân mà đặt rủi ro lên nhà cung cấp dịch vụ hơn các thỏa thuận phí dịch vụ. Về cơ bản, MIS cần có khả năng truyền tin hai chiều giữa MCO và chương trình. Những dữ liệu như thành viên, tiền trợ cấp, đồng thanh toán, mức khấu trừ và các thông tin tài chính

khác phải được truyền đi giữa chương trình và đoàn thể được bảo hiểm hoặc bên thanh toán. MIS cũng cần phân tích dữ liệu chính về năng lực để báo cáo nội bộ và ngoại bộ. Ngoài ra, MIS còn phải truyền dữ liệu hữu ích cho nhân viên có trách nhiệm quản lý trợ cấp và cung cấp dịch vụ.

Dữ liệu của chương trình phải đáp ứng yêu cầu về dữ liệu của bang và bên thanh toán, đồng thời tôn trọng tính bảo mật.

Quản lý thanh toán từ nhiều nguồn kinh phí

Nhất là trong đấu trường công, nhiều hợp đồng với và trợ cấp từ các nguồn kinh phí và bên thanh toán được dùng để hỗ trợ các dịch vụ cho một khách hàng. Những hợp đồng này phải nêu rõ yêu cầu thanh toán. Nhà cung cấp cần quản lý nguồn kinh phí cẩn thận và phù hợp, tuân theo hợp đồng và gói trợ cấp. Ví dụ, hợp đồng với tòa án chuyên xét xử các vụ án về chất gây nghiện có thể nêu rõ rằng trong hóa đơn, Medicaid là bên thanh toán số 1, tòa án là bên thanh toán số 2. Bất cứ phần nào chưa thanh toán sẽ được lập hóa đơn cho tổ chức trợ cấp trọn gói như bên thanh toán cuối cùng, nếu nó là dịch vụ hợp cách theo trợ cấp trọn gói. Một số nhà cung cấp đã sử dụng thành công chiến lược là đầu tiên dùng sự bồi hoàn của các bên thanh toán này cho các dịch vụ bị hạn chế nhiều nhất, sau đó dùng nguồn kinh phí linh hoạt hơn để trang trải các dịch vụ còn lại. Chiến lược được dẫn chứng rõ ràng bằng tài liệu để quản lý thanh toán và được truyền đạt hiệu quả tới nhân viên kế toán công nợ rất quan trọng, nó sẽ giúp chương trình thành công trong lĩnh vực quan trọng này.

Quản lý dịch vụ y tế và quản lý trường hợp

Tất cả các MCO đều sử dụng phương pháp để quản lý việc sử dụng dịch vụ của thành viên và đảm bảo họ nhận được các dịch vụ phù hợp nhất trong môi trường hoặc mức độ chăm sóc phù hợp nhất trong khoảng thời gian phù hợp. Dù về mặt lý thuyết, quản lý dịch vụ y tế tập

trung vào một loại dịch vụ duy nhất, còn quản lý trường hợp tập trung vào sự điều phối của các dịch vụ phù hợp mà cá nhân cụ thể cần, nhưng trên thực tế, chính các chuyên gia sẽ chịu trách nhiệm về cả hai loại quản lý. Nhân viên quản lý dịch vụ y tế và trường hợp ở MCO chính là người cho phép thanh toán các dịch vụ cụ thể. Nhiều tiêu chí và phác đồ đã được sử dụng để xác định dịch vụ có được cho phép cho lạm dụng chất gây nghiện hay không. Chúng thường bao gồm các tiêu chí sắp xếp bệnh nhân của Hội được phẩm gây nghiện Hoa Kỳ (ASAM) (ASAM 2001) (tham khảo trang www.asam.org/ppc/ppc2.htm) và bộ tiêu chí dựa trên chuẩn đoán hoặc mức độ chăm sóc khác.

Đáp ứng thành công nhu cầu của nhân viên quản lý dịch vụ y tế và trường hợp ở MCO mà chịu trách nhiệm cho phép chăm sóc sức khỏe là yếu tố quan trọng trong quan hệ với MCO, để từ đó giúp duy trì khả năng đứng vững về mặt lâm sàng và tài chính của chương trình. Để đạt được điều đó, nhân viên của chương trình phải hiểu hoạt động của đối tác, được huấn luyện kỹ để tiến hành quan hệ chuyên nghiệp qua điện thoại, nắm rõ các tiêu chí và phác đồ được MCO mà chương trình ký hợp đồng sử dụng, và dễ dàng tiếp cận nhiều thông tin về y khoa và dịch vụ mà MCO yêu cầu để giúp họ hoàn tất đánh giá, từ đó cho phép dịch vụ. Hồ sơ xuất sắc rất quan trọng. Họ cũng cần làm quen với mọi quá trình loại trừ hoặc phản đối của MCO, để phòng trường hợp kết quả đánh giá ở cấp độ đầu của họ chưa thỏa mãn.

Quản lý dịch vụ y tế không thể tiến hành nếu chương trình chưa được công nhận là nhà cung cấp hợp cách. Chương trình phải đảm bảo nó là nhà cung cấp được chấp thuận trước khi tham gia vào quá trình quản lý dịch vụ y tế hoặc quản lý trường hợp.

Củng cố nền tảng tài chính và vị trí trên thị trường của chương trình

Các chiến lược dưới đây sẽ củng cố vị trí trên thị trường của chương trình cai nghiện để tạo điều

kiện nâng cao cả số lượng bệnh nhân và doanh thu trên mỗi bệnh nhân.

- **Được công nhận về chất lượng và hiệu quả của dịch vụ.** Nếu chương trình có tiếng là cung cấp chăm sóc sức khỏe hiệu quả thì những người đăng ký chăm sóc sức khỏe có quản lý và các khách hàng tiềm năng khác sẽ muốn sử dụng nó. Chương trình sẽ rất có giá trị với khách hàng, bên mua và/hoặc MCO nếu nó giảm được việc cai nghiện lặp lại, điều trị lặp lại, tái nhập viện, đồng thời quản lý được chi phí và các sự can thiệp không cần thiết. Khi được cung cấp kịp thời, việc điều trị lạm dụng chất gây nghiện hiệu quả sẽ giúp giảm chi phí chăm sóc y tế và nhập viện về lâu dài. Chương trình quản lý hiệu quả việc chăm sóc y tế cho các khách hàng lạm dụng chất gây nghiện bằng cách cung cấp điều trị tâm thần, quản lý trường hợp và hỗ trợ nhà ở là ứng cử viên sáng giá “được ưa thích” hoặc “cốt lõi” trong mắt một hoặc một vài MCO hoặc MBHO. Dĩ nhiên, chi phí bổ sung của các dịch vụ này cần là một phần trong phí suất và hợp đồng của chương trình. Có nhà cung cấp danh tiếng, được công nhận và hiệu quả là lợi thế marketing lớn đối với kế hoạch chăm sóc sức khỏe cũng như với chương trình. Tất cả các đặc điểm này của chương trình đều có thể là lợi thế marketing. Chương trình cũng có thể nộp đơn tới Cơ quan đăng ký quốc gia cho Các chương trình và thực tiễn hành nghề dựa trên chứng cứ của SAMHSA. Tổ chức này chuyên phát hiện các chương trình kiểu mẫu hiệu quả và hứa hẹn. Hãy tham khảo trang web của SAMHSA (www.modelprograms.samhsa.gov) để tìm hiểu cách ứng cử vị trí này, đây là thành công và vốn marketing lớn.
- **Phục vụ các nhóm đối tượng riêng biệt.** Cung cấp điều trị chi phí thấp, chất lượng cao cho nhóm đối tượng mà các chương trình khác không phục vụ (như thanh thiếu niên, bệnh nhân bị nhiễm HIV/AIDS, bệnh nhân bị rối loạn tâm thần đồng diễn, phụ nữ có thai, phụ nữ có con nhỏ, bệnh nhân bị điếc) cũng là lợi thế marketing tiềm năng.

Điều trị cho các bệnh nhân này sẽ mang lại cho chương trình nhiều chỉ dẫn bệnh nhân từ khu vực địa lý lớn hơn và từ nhiều nguồn. Những bệnh nhân này cũng có thể mang theo tỷ lệ bồi hoàn cao hơn, tuy nhiên, chi phí cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho nhóm đối tượng này cũng lớn hơn. Sử dụng năng lực đặc biệt để thu hút khách hàng là ý tưởng hay nhưng cần tránh trường hợp thanh toán không đủ cho dịch vụ.

- **Phát triển hiệu quả kinh tế theo quy mô.** Tăng địa điểm phòng khám hoặc nâng cao số phòng khám chi nhánh sẽ giúp dàn một số chi phí cố định (như quản lý, thông tin, hệ thống tài chính, nhân viên hành chính) ra số bệnh nhân lớn hơn, từ đó giảm chi phí trên đầu người của chương trình. Tuy nhiên, quy mô lớn hơn đòi hỏi sự điều phối quản trị cao hơn, chính điều này cũng gây tốn kém.
- **Giành sự chú ý và ủng hộ của cộng đồng.** Có nhân vật tiếng tăm trong chính phủ, tổ chức cộng đồng hoặc chính trị gia (như thị trưởng, thành viên hội đồng) làm thành viên ban quản trị sẽ giúp nâng cao địa vị của chương trình trong cộng đồng. Dĩ nhiên, ban quản trị của chương trình cần có những thành viên có các kỹ năng và mối liên hệ cụ thể giúp thúc đẩy mục đích của chương trình cải thiện.
- **Hình thành liên minh với các nhà cung cấp điều trị khác.** Thiết lập liên minh để cạnh tranh hoặc phối hợp với MCO và các bên mua khác như Medicaid là cách rất hữu ích. Tuy nhiên, nên xin luật sư cố vấn trước khi phát triển liên minh thể này hoặc cộng tác với nhà cung cấp điều trị địa phương, vì luật về chống độc quyền và các vấn đề khác liên quan tới mối quan hệ thể này rất phức tạp. Với những chương trình phục vụ khách hàng được khu vực công cấp vốn, bạn có thể tìm hỗ trợ kỹ thuật thông qua CSAT, SSA có thể cung cấp thông tin chi tiết.

Chuẩn bị cho tương lai

Các lực lượng chính định hình và giới hạn cấp vốn cho nhà cung cấp ít có xu hướng thay đổi trong tương lai gần. Hoạch định chiến lược cẩn thận và đảm bảo cấp vốn từ các nguồn chỉ dẫn đa dạng và có uy tín là việc rất cần thiết cho cả chương trình mới và có sẵn. Như miếng đệm cho ngân quỹ đang lung lay, tất cả các chương trình cần xem xét mở rộng dòng vốn, nguồn chỉ dẫn và khách hàng mà mình có thể phục vụ, đồng thời kịp thời chỉ dẫn bệnh nhân tới các dịch vụ khác không được cung cấp tại chỗ. Cộng tác là nhân tố quan trọng cho sự thành công về tài chính của chương trình. Để hoạt động hiệu quả, quản trị viên và các nhân viên khác phải hiểu thấu đáo môi trường chăm sóc sức khỏe có quản lý và môi trường chính trị trong cộng đồng, bao gồm thuật ngữ, hợp đồng, đàm phán, thanh toán, phản đối và nhóm đối tượng ưu tiên. Ngoài ra, quan hệ làm việc tốt với MCO, chương trình y tế, các bên mua và cơ quan hoặc nhóm cơ quan khác đều dựa vào các tương tác hàng ngày, trong đó nhân viên đóng vai trò là người ủng hộ chính thức và chuyên nghiệp cho khách hàng và chương trình.

Phụ lục A:

Tài liệu tham khảo

1. Abbott P J. Phương pháp cai rượu truyền thống ở miền Tây với người da đỏ và thổ dân Alaska. Thói quen sử dụng và lạm dụng chất gây nghiện. 1998;33(13):2605. [PubMed]
2. Abbott P J, Quinn D, Knox L. Điều trị cai rượu ngoại trú. Tạp chí Lạm dụng thuốc và rượu Hoa Kỳ. 1995;21(4):549. [PubMed]
3. Abbott P J, Weller S B, Delaney H D, Moore B A. Phương pháp củng cố tính cộng đồng trong quá trình điều trị cai nghiện. Tạp chí Lạm dụng rượu và chất gây nghiện Hoa Kỳ. 1998;24(1):17. [PubMed]
4. Adams J B, Wachter A. Những thay đổi cụ thể trong thành phần glycoprotein của thanh niêm dịch khi mang thai. Clinica Chimica Acta: Tập san quốc tế về hóa học trị liệu. 1968;21(1):155. [PubMed]
5. Addolorato G, Balducci G, Capristo E, Attilia M L, Taggi F, Gasbarrini G, Ceccanti M. Axít Gamma-hydroxybutyric (GHB) trong điều trị hội chứng cai rượu: Nghiên cứu so sánh ngẫu nhiên với benzodiazepine. Chứng nghiện rượu: Nghiên cứu lâm sàng và thực nghiệm. 1999a;23(10):1596.
6. Addolorato G, Capristo E, Gessa G L, Caputo F, Stefanini G F, Gasbarrini G. Chỉ định GHB lâu dài không ảnh hưởng căng cơ bắp ở người nghiện rượu. Tạp chí Khoa học đời sống. 1999b;65(14): trang 191.
7. Addolorato G, Caputo F, Capristo E, Janiri L, Bernardi M, Agabio R, Colombo G, Gessa G L, Gasbarrini G. Chặn nhanh hội chứng cai rượu bằng baclofen. Tạp san Y học Hoa Kỳ. 2002;112(3):226. [PubMed]
8. Phòng quản lý các dịch vụ dành cho trẻ em và gia đình. Chương trình trợ cấp trọn gói dịch vụ xã hội 2002: Giúp Hoa Kỳ đáp ứng nhu cầu của gia đình, vị thành niên và trẻ em. Bộ Y tế và An sinh xã hội Hoa Kỳ, Washington, DC, Mỹ, 2002. <http://www.acf.hhs.gov/programs/>

- ocs/ssbg/annrpt/2002/index.html [Cập nhật 7/1/2005].
9. Ahijevych, K. Cơ chế chuyển hóa đa dạng và chứng nghiệm nicôtin. Viện sức khỏe quốc gia, Bethesda, MD, 1998.
 10. Ahmed S, Chadwick D, Walker R J. Điều trị tai biến ngạt máu do uống rượu: Đánh giá tổng quan. Y học cho bệnh nhân nội trú. 2000;61(11):793. [PubMed]
 11. Viện Alan Guttmacher. *Lạm dụng chất gây nghiện khi mang thai*. Chính sách văn tắt của bang. Viện Guttmacher, New York, 6-1-2002. http://www.agi-usa.org/pubs/spib_SADP.pdf[Cập nhật 19/7/ 2002].
 12. Alen M. Hợp chất sinh dục nam ảnh hưởng đến gan, ảnh hưởng lên gan và hồng cầu. Tạp chí Y học thể thao Anh quốc. 1985;19(1):15. [PubMed] [Văn bản đầy đủ miễn phí trong PMC]
 13. Allen K, Dixon M. Đánh giá tinh thần của rào chắn Allen với công cụ điều trị. Tập san quốc tế về các chứng nghiện. 1994;29(5):545. [PubMed]
 14. Allhoff T, Renzing-Kohler K, Scherbaum N, Sack S, Kienbaum P. Các bất thường điện tim trong khi phục hồi từ quá trình cai nghiện chất gây nghiện ngắn hạn. Tạp chí Sinh học của chứng nghiện. 1999;4(3):337.
 15. Alling, F.A. Cai nghiện và điều trị di chứng cấp tính. Trong ấn bản của Lowinson, J.H., Ruiz, P., và Millman, R.B., Lạm dụng chất gây nghiện: Một cuốn sách giáo khoa toàn diện. Baltimore: Nhà xuất bản Williams & Wilkins, 1992. Trang 402–415.
 16. Altarriba J, Bauer L M. Tư vấn cho bệnh nhân nói tiếng Tây Ba Nha: người Mỹ gốc Cuba, Méhico và Puerto Rico. Tạp chí Tư vấn và phát triển. 1998;76(4):389.
 17. Alterman A I, Erdlen F R, Murphy E. Lạm dụng rượu ở bệnh nhân tâm thần. Hành vi nghiện. 1981;6(1):69. [PubMed]
 18. Altura B M. Giới thiệu về tập tiểu luận và tổng quan. Chứng nghiện rượu: Nghiên cứu lâm sàng và thực nghiệm. 1986;10:557.
 19. Amass L, Ling W, Freese T E, Reiber C, Annon J J, Cohen A J, McCarty D, Reid M S, Brown L S, Jr, Clark C, Ziedonis D M, Krejci J, Stine S, Winhusen T, Brigham G, Babcock D, Muir J A, Buchan B J, Horton T. Phân phối thuốc cai nghiện buprenorphine-naloxone đến bác sĩ: Viện nghiên cứu quốc gia về lạm dụng chất gây nghiện (NIDA), kinh nghiệm thử nghiệm theo mạng lưới tại bệnh viện. Tạp chí về các chứng nghiện Hoa Kỳ. 2004;13(Phụ trương 1):S42. [PubMed] [Văn bản đầy đủ miễn phí trong PMC]
 20. Viện nhi khoa Hoa Kỳ, Ủy ban về ma túy. Truyền chất gây nghiện và các hóa chất khác vào sữa. Khoa nhi. 2001;108(3):776. [PubMed]
 21. Hội nghiên cứu bệnh tiểu đường Hoa Kỳ. Nguyên tắc dinh dưỡng và gợi ý trong bệnh tiểu đường. Điều trị tiểu đường. Số 27, 2004; (Phụ trương 1):536.
 22. Hiệp hội y học Hoa Kỳ. Những bệnh do phụ thuộc vào chất gây nghiện. Người tìm chính sách. H-95.983. Hội y khoa Hoa Kỳ, Chicago, 2002. <http://www.ama-assn.org/>[Cập nhật 9/7/2002].
 23. Hiệp hội tâm thần Hoa Kỳ. *Sách hướng dẫn chẩn đoán và thống kê rối loạn tâm thần*. Tái bản lần 4. Hiệp hội tâm thần Hoa Kỳ, Washington, DC, 1994.
 24. Hiệp hội tâm thần Hoa Kỳ. Hướng dẫn thực hành điều trị cho bệnh nhân phụ thuộc vào nicôtin. Tạp chí bệnh học tâm thần Hoa Kỳ. 1996;153(10):1.
 25. Hiệp hội tâm thần Hoa Kỳ. *Sách hướng dẫn chẩn đoán và thống kê rối loạn tâm thần*. Tái bản lần 4, có chỉnh sửa. Hiệp hội tâm thần Hoa Kỳ, Washington, DC, 2000.
 26. Hiệp hội tâm thần Hoa Kỳ. Nhóm chuyên ngành theo dõi sự phụ thuộc vào *Benzodiazepine*. Phụ thuộc, tính độc và

- lạm dụng Benzodiazepine. Nhà xuất bản Bệnh tâm thần Hoa Kỳ, Washington, DC, 1990.
27. Hội y học điều trị nghiện Hoa Kỳ. Tiêu chuẩn sắp xếp bệnh nhân điều trị rối loạn liên quan đến chất gây nghiện: Hội được phẩm gây nghiện Hoa Kỳ, Tiêu chuẩn sắp xếp bệnh nhân điều trị rối loạn liên quan đến chất gây nghiện, tái bản lần 2, có chỉnh sửa. Hội y học điều trị nghiện Hoa Kỳ, Chevy Chase, MD, 1996.
 28. Hội y học điều trị nghiện Hoa Kỳ. Tiêu chuẩn sắp xếp bệnh nhân điều trị rối loạn liên quan đến chất gây nghiện: Hội được phẩm gây nghiện Hoa Kỳ, Tiêu chuẩn sắp xếp bệnh nhân điều trị rối loạn liên quan đến chất gây nghiện, tái bản và chỉnh sửa lần 2. Hội y học điều trị nghiện Hoa Kỳ, Chevy Chase, MD, 2001.
 29. Anderson C B, Wetter D W. Cách tiếp cận dựa trên hành vi và dược lý với quá trình cai thuốc lá. Tổng quan về ung thư và di căn. 1997;16(3–4):393. [PubMed]
 30. Anderson D J. Phân phối những dịch vụ thiết yếu cho người nghiện rượu qua Nghiên cứu ung thư “Chăm sóc liên tục”. 1979;39(7 pt 2):2855. [PubMed]
 31. Anderson D W, Bowland B J, Cartwright W S, Bassin G. Định giá mức dịch vụ của phép điều trị lạm dụng chất gây nghiện. Tập san Điều trị lạm dụng chất gây nghiện. 1998;15(3):201. [PubMed]
 32. Anderson F, Kiefer F. Trầm cảm và cảm giác thèm trong quá trình cai rượu: Hiệp hội và tương tác. Tạp chí bệnh học tâm thần Đức. 2004;7(2):6.
 33. Anderson F, Paluzzi P, Lee J, Huggins G, Huggins G. Sử dụng trái phép clonidine trong phụ nữ mang thai lạm dụng chất gây nghiện. Sản phụ khoa. 1997a;90(5):790. [PubMed]
 34. Anderson M, Elk R, Anderes R L. Các khía cạnh xã hội, đạo đức và thực hành sử dụng chất gây nghiện trong thai kỳ. Tập san Điều trị lạm dụng chất gây nghiện. 1997b;14(5):481. [PubMed]
 35. Andrus D, Hopkins S. Bệnh viện công cộng và những dịch vụ lạm dụng chất gây nghiện cho phụ nữ mang thai và các bà mẹ: Gợi ý cho chương trình cấp vốn, phân phối dịch vụ chăm sóc sức khỏe và trợ cấp y tế. Tạp chí về sức khỏe đô thị. 2001;78(1):181. [PubMed]
 36. Angres, D.H., và Easton, M. Quản lý điều trị cai nghiện cấp tính và dịch vụ chăm sóc liên tục. Trong ấn bản của Smith, D.E., và Easton, M., *Hướng dẫn điều trị cai nghiện*. New York: Wiley-Liss, 1997. Trang 269–284.
 37. Anton R F. Thế nào là thèm muốn?: Các mô hình và gợi ý cai nghiện. Nghiên cứu về rượu và sức khỏe. 1999;23(3):165. [PubMed]
 38. Anton R F. Chuyển đổi hydrat-cacbon không đầy đủ (CDT) để phát hiện và theo dõi quá trình nghiện rượu nặng và liên tục. Chúng ta rút ra bài học gì? Phương hướng đề ra? Rượu. 2001;25(3):185. [PubMed]
 39. Anton R F, Kranzler H R, McEvoy J P, Moak D H, Bianca R. So sánh abecarnil và diazepam trong điều trị cai rượu đơn giản. Tâm thần dược học. 1997;131:123. [PubMed]
 40. Apte M V, Wilson J S, Korsten M A. Tổn thương tuyến tụy liên quan đến rượu: Các cơ chế và cách cai nghiện. Tạp chí Thế giới sức khỏe và nghiên cứu rượu. 1997;21(1):13. [PubMed]
 41. Aragon, T., và Sande, M.A. Viêm màng trong tim nhiễm khuẩn. Trong ấn bản của Stein, J.H., Nội khoa. Xuất bản lần 4. Mosby, phố Louis, MO. 1994. Trang 189–202.
 42. Arfken C L, Klein C, di Menza S, Schuster C R. Những khác biệt giới tính về mức độ nghiện để đánh giá và định hướng điều trị. Tập san Điều trị lạm dụng chất gây nghiện. 2001;20(1):53. [PubMed]

43. Argyropoulos S V, Nutt D J. Lợi ích của benzodiazepine khi điều trị chứng lo âu và các rối loạn khác. *Dược lý thần kinh trung ương quốc tế Châu Âu*. 1999;9(Phụ trương 6):S407. [PubMed]
44. Armenian S H, Chutuape M A, Stitzer M L. Những dấu hiệu báo bệnh nhân ngừng điều trị do phân phối lời khuyên trị liệu của khoa cai nghiện ngắn hạn trong bệnh viện. *Tạp chí về Phụ thuộc vào chất gây nghiện và rượu*. 1999;56(1):1. [PubMed]
45. Ashton, C.H. *Lạm dụng Benzodiazepine*. Chỉ dẫn Ashton, 2002. <http://www.benzo.org.uk/ashbzab.htm> [Cập nhật 21/1/2005].
46. *Asociacion Mixta Progresista v. H.E.W.* Số C72882 (N.D. Cal. 1976), 1976.
47. Aszalos R, McDuff D R, Weintraub E, Montoya I, Schwartz R. Thúc đẩy bệnh nhân nội trú phụ thuộc vào hêrôin tham gia điều trị lạm dụng chất gây nghiện. *Tạp san Điều trị lạm dụng chất gây nghiện*. 1999;17(1–2):149. [PubMed]
48. Atkinson R M. Các vấn đề về rượu của người cao tuổi. *Rượu và chứng nghiện rượu*. 1987;22(4):415. [PubMed]
49. Atkinson R M. Tuổi già và các rối loạn do uống rượu: Những vấn đề chẩn đoán ở người cao tuổi. *Tâm thần lão học quốc tế*. 1990;2(1):55. [PubMed]
50. Atkinson, R.M., Ganzini, L., và Bernstein, M.J. Rối loạn do uống rượu và dùng chất gây nghiện ở người cao tuổi. Trong ấn bản của Birren, J.E., Sloane, R.B., và Cohen, G.D., *Sách hướng dẫn sức khỏe tâm thần và quá trình lão hóa*. Tái bản lần 2. Nhà xuất bản Hàn lâm, San Diego, CA, 1992. Trang 515–555.
51. Atkinson R M, Ryan S C, Turner J A. Khác biệt giữa những bệnh nhân cao tuổi nghiện rượu trong quá trình điều trị. *Tạp san tâm thần học lão khoa Hoa Kỳ*. 2001;9(3):275. [PubMed]
52. Avants S K, Margolin A, Holford T R, Kosten T R. Thử nghiệm ngẫu nhiên có kiểm soát của thuật châm cứu tại cho bệnh nhân phụ thuộc vào côcain. *Tạp chí nội khoa*. 2000;160(15):2305. [PubMed]
53. Avants S K, Margolin A, Kosten T R, Rounsaville B J, Schottenfeld R S. Khi nào thuyên giảm điều trị là phù hợp? Vai trò của mối lo lắng xã hội trong việc ghép đôi bệnh nhân dùng Methadone với cách điều trị tâm lý xã hội. *Tạp san Tâm lý học tư vấn và trị liệu*. 1998;66(6):924. [PubMed]
54. Aviram R B, Rhum M, Levin F R. Tâm lý liệu pháp cho người trưởng thành với chú ý tới giảm/ quá hiếu động và rối loạn hành vi/ trí tuệ do sử dụng chất gây nghiện. *Tạp san Nghiên cứu và thực hành tâm lý liệu pháp*. 2001;10(3):179. [PubMed]
55. Ballenger J C, Post R M. Động kinh là một mô hình cho hội chứng cai rượu. *Tạp chí Tâm thần Anh quốc*. 1978;133(1):1. [PubMed]
56. Balster, R.L. *Dược lý học của các chất xôn*. Trong ấn bản của Graham, A.W., Schultz, T.K., Mayo-Smith, M.F., Ries, R.K., và Wilford, B.B., *Các nguyên tắc của dược phẩm gây nghiện*. Tái bản lần 3. Hội y học điều trị nghiện Hoa Kỳ, Chevy Chase, MD, 2003. Trang 295–304.
57. Banys P, Clark H W, Tusel D J, Sees K, Stewart P, Mongan L, Delucchi K, Callaway E. Thử nghiệm mở rộng liều dùng buprenorphine thấp trong điều trị bỏ Methadone. *Tạp san Điều trị lạm dụng chất gây nghiện*. 1994;11(1):9. [PubMed]
58. Barclay D M. Bệnh lao ở những người vô gia cư. *Tạp chí của Y tế gia đình*. 1995;4(6):541. [PubMed]
59. Bates J H, Stead W W. Lịch sử của bệnh lao với vai trò dịch bùng phát toàn cầu. *Các bệnh viện của Bắc Mỹ*. 1993;77(6):1205. [PubMed]
60. Beck, A.J., Karberg, J.C., và Harrison, P.M. *Nhà tù và những tù nhân vào giữa*

- năm 2001. Hội đồng liên minh toàn quốc 191702. Cục thống kê tư pháp, Washington, DC, 2002. <http://www.ojp.usdoj.gov/bjs/pub/pdf/pjim01.pdf> [Cập nhật 25/4/2002].*
61. Becker A B, Strain E C, Bigelow G E, Stitzer M L, Johnson R E. Từ từ giảm liều sau khi dùng buprenorphine dài hạn. *Tạp chí về các chứng nghiện Hoa Kỳ.* 2001;10(2):111. [PubMed]
 62. Becker, K.L., và Walton-Moss, B. Phát hiện và nhận biết lạm dụng rượu ở phụ nữ. *Y tá học việc* 26(10):13–16, 19–23; câu hỏi vấn đáp 24–25, 2001.
 63. Beckley-Barrett L M, Mutch P B. Vị trí của Hội ăn kiêng Hoa Kỳ: Sự can thiệp về chế độ dinh dưỡng trong điều trị và phục hồi khỏi phụ thuộc vào hóa chất. *Tạp san của Hội ăn kiêng Hoa Kỳ.* 1990;90(9):1274. [PubMed]
 64. Bell K, Cramer-Benjamin D, Anastas J. Dự đoán thời gian nằm viện của phụ nữ mang thai và phụ nữ ở vào thời kỳ hậu sản có sử dụng chất gây nghiện. *Tạp san Điều trị lạm dụng chất gây nghiện.* 1997;14(4):393. [PubMed]
 65. Bennefield, R.L. *Cung cấp bảo hiểm y tế: 1997.* Báo cáo về dân số hiện thời. Cục Thống kê dân số, Washington, DC, 1998. <http://www.census.gov/prod/3/98pubs/p60-202.pdf> [Cập nhật 4/6/ 2002].
 66. Benowitz, N.L. Sử dụng chất lưu sinh học trong đánh giá mức thuốc lá tiêu thụ. Trong ấn bản của Gravowksi, J., và Bell, C.S., *Thuốc đo trong phân tích và điều trị hành vi hút thuốc lá.* Các chuyên khảo nghiên cứu của Viện nghiên cứu quốc gia về lạm dụng chất gây nghiện (NIDA), số 48. Viện nghiên cứu quốc gia về lạm dụng chất gây nghiện, Rockville, MD, 1983. Trang 6–26.
 67. Benowitz N L, Gourlay S G. Độc tố trong tim mạch của nicôtin: Gợi ý cho liệu pháp thay thế của nicôtin. *Tạp san của Hiệp hội tim mạch học Hoa Kỳ.* 1997;29(7):1422. [PubMed]
 68. Benowitz N L, Perez-Stable E J, Herrera B, Jacob P., Cơ chế chuyển hóa chậm hơn khi lượng tiêu thụ nicôtin giảm đi, nghiên cứu từ những người Mỹ gốc Trung Quốc hút thuốc. *Tạp chí Viện nghiên cứu ung thư quốc gia.* 2002;94(2):108. [PubMed]
 69. Benowitz N L, Zevin S, Jacob P., Các nguồn nicôtin đa dạng và nồng độ khi dùng nicôtin ở dạng xịt mũi, nicôtin thấm thấu qua da và hút thuốc lá. *Tạp chí dược lý lâm sàng Anh quốc.* 1997;43(3):259. [PubMed] [Văn bản đầy đủ miễn phí trong PMC]
 70. Beresford, T.P. *Rượu và quá trình lão hóa: Nhìn về phía trước.* Trong ấn bản của Beresford, T.P., và Gomberg, E., *Rượu và quá trình lão hóa.* Nhà xuất bản đại học Oxford, New York, 1995. Trang 327–336.
 71. Bernadt M W, Murray R M. Rối loạn tâm thần, uống rượu và nghiện rượu: Các mối liên hệ là gì? *Tạp chí Tâm thần Anh quốc.* 1986;148:393. [PubMed]
 72. Bernat J L. Sự bàng lòng khi nắm rõ thông tin. *Cơ bắp và dây thần kinh.* 2001;24(5):614. [PubMed]
 73. Beuger M, Tommasello A, Schwartz R, Clinton M. Sử dụng và lạm dụng clonidine giữa những người nộp đơn và bệnh nhân tham gia chương trình duy trì bằng Methadone. *Tạp san Điều trị lạm dụng chất gây nghiện.* 1998;15(6):589. [PubMed]
 74. Bickel W K, Stitzer M L, Bigelow G E, Liebson I A, Jasinski D R, Johnson R E. Thử nghiệm lâm sàng buprenorphine: So sánh với Methadone trong việc cai nghiện của người nghiện hêrôin. *Dược lý học và liệu pháp lâm sàng.* 1988;43(1):72. [PubMed]
 75. Blachly, P., Casey, D., Marcel, L., và Denney, D. Cai nghiện hêrôin và Methadone khẩn cấp sử dụng naloxone. Mô hình hội chứng. Trong ấn bản của Senay, E., Shortz, V., và Alkesne, H., *Sự phát triển trong lĩnh vực lạm dụng chất*

- gây nghiện*. Schenkman, Cambridge, MA, 1975. Trang 327–336.
76. Blankfield A. Các triệu chứng tâm thần khi phụ thuộc vào rượu: Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị. Tập san Điều trị lạm dụng chất gây nghiện. 1986;3(4):275. [PubMed]
 77. Blechner B, Butera A. Bộ Luật Dược chuyển và Trách nhiệm Giải trình Chương trình Bảo hiểm Y tế năm 1996 (HIPAA): Tổng quan của người cung cấp về nguyên tắc bảo mật mới. Y học Connecticut. 2002;66(2):91. [PubMed]
 78. Blondal T, Gudmundsson L J, Olafsdottir I, Gustavsson G, Westin A. Nicôtin ở dạng xịt mũi với miếng dán nicôtin để cai thuốc lá: Thử nghiệm ngẫu nhiên với thời gian 6 năm sau điều trị. Tập san Y khoa Anh quốc. 1999;318:285. [PubMed] [Văn bản đầy đủ miễn phí trong PMC]
 79. Bobo J K, Davis C M. Điều trị cai nghiện thuốc lá và rượu. Ấn bản về chứng nghiện. 1993;88(3):405. [PubMed]
 80. Booth B M, Blow F C. Giả thuyết về động kinh: Minh chứng rõ ràng hơn từ nghiên cứu quốc gia của Hoa Kỳ về nam giới nghiện rượu. Rượu và chứng nghiện rượu. 1993;28(5):593. [PubMed]
 81. Booth B M, Russell D W, Soucek S, Laughlin P R. Sự hỗ trợ của quan hệ xã hội tới hiệu quả điều trị cai rượu: Một phân tích thăm dò. Tập chí Lạm dụng thuốc và rượu Hoa Kỳ. 1992;18(1):87. [PubMed]
 82. Borgdorff M W, Behr M A, Nagelkerke N J, Hopewell P C, Small P M. Sự phát tán của bệnh lao ở San Francisco và mối liên hệ với sự di cư và tính cách sắc tộc. Tập san quốc tế của bệnh lao và phổi. 2000;4(4):287. [PubMed]
 83. Boucher, T.A., Kiesuk, T.J., và Trachtenberg, A.I. Các phương pháp trị liệu bổ sung và thay thế. Trong ấn bản của Graham, A.W., Schultz, T.K., Mayo-Smith, M.F., Ries, R.K., và Wilford, B.B., Các nguyên tắc của dược phẩm gây nghiện. Tái bản lần 3. Hội y học điều trị nghiện Hoa Kỳ, Chevy Chase, MD, 2003. Trang 509–532.
 84. Bowles T M, Sommi R W, Amiri M. Giám sát thành công nghiện gamma-hydroxybutyrate kéo dài và cai rượu. Liệu pháp dược. 2001;21(2):254. [PubMed]
 85. Bradley K A, Boyd-Wickizer J, Powell S H, Burman M L. Bảng câu hỏi sàng lọc về rượu cho phụ nữ: Đánh giá có tính then chốt. Tập san của Hội y khoa Hoa Kỳ. 1998;280(2):166. [PubMed]
 86. Brady K T, Grice D E, Dustan L, Randall C. Khác biệt giới tính trong rối loạn do sử dụng chất gây nghiện. Tập chí bệnh học tâm thần Hoa Kỳ. 1993;150(11):1707. [PubMed]
 87. Brady K T, Randall C L. Khác biệt giới tính trong rối loạn do sử dụng chất gây nghiện. Các bệnh viện tâm thần của Bắc Mỹ. 1999;22(2):241. [PubMed]
 88. Brauer R B, Liebermann-Meffert D, Stein H J, Bartels H, Siewert J R. Hội chứng của Boerhaave: Phân tích tài liệu và báo cáo của 18 trường hợp mới. Các bệnh ở thực quản: Tập san chính thức của Hội bệnh thực quản quốc tế. 1997;10(1):64.
 89. Brems C. Các vấn đề văn hóa trong đánh giá tâm lý: Các vấn đề và giải pháp dự phòng. Tập san Tâm lý thực hành. 1998;4(2):88.
 90. Brewer C. Cai nghiện chất gây nghiện nhanh và đổi vận nhờ liệu pháp gây mê nói chung hay thuốc giảm đau. Tập chí Sinh học của chứng nghiện. 1997;2(3):291.
 91. Brouette T, Anton R. Đánh giá lâm sàng của các chất xôn. Tập chí về các chứng nghiện Hoa Kỳ. 2001;10(1):79. [PubMed]
 92. Brower K J, Mudd S, Blow F C, Young J P, Hill E M. Mức độ nghiêm trọng và cách

- cai rượu ở người cao tuổi so với những bệnh nhân trẻ hơn. Chứng nghiện rượu: Nghiên cứu lâm sàng và thực nghiệm. 1994;18(1):196.
93. Brown M E, Anton R F, Malcolm R, Ballenger J C. Cai nghiện rượu và điều trị tai biến ngạt máu: Hỗ trợ lâm sàng cho giả thuyết về động kinh. Tâm thần học sinh học 1988;23:507. [PubMed]
 94. Brown P J, Recupero P R, Stout R. Vấn đề bệnh kết hợp với khủng hoảng tâm thần sau chấn thương (PTSD) khi lạm dụng chất gây nghiện và cách điều trị. Hành vi nghiện. 1995;20(2):251. [PubMed]
 95. Brown S A, Schuckit M A. Thay đổi trong tình trạng suy nhược của những bệnh nhân cai rượu. Tạp chí Nghiên cứu rượu. 1988;49(5):412. [PubMed]
 96. Brumbaugh A G. Thuật châm cứu: Những viên cảnh mới trong điều trị tính phụ thuộc vào hóa chất. Tập san Điều trị lạm dụng chất gây nghiện. 1993;10(1):35. [PubMed]
 97. Buchert R, Obrocki J, Thomasius R, Vaterlein O, Petersen K, Jenicke L, Bohuslavizki K H, Clausen M. Ảnh hưởng dài hạn của sự lạm dụng “trạng thái ngây ngất” trên não người, nghiên cứu bằng chụp xạ hình cắt lớp. Thông tin y học hạt nhân. 2001;22(8):889. [PubMed]
 98. Bucholz, K.K., Sheline, Y., và Helzer, J.E. Dịch tễ học của thói quen uống rượu, các vấn đề và phụ thuộc ở người cao tuổi: Đánh giá tổng quan. Trong ấn bản của Beresford, T.P., và Gomberg, E., Rượu và quá trình lão hoá. Nhà xuất bản đại học Oxford, New York, 1995. Trang 19–41.
 99. Budney A J, Hughes J R, Moore B A, Novy P L. Những ảnh hưởng khi cai nghiện cần sa trong người hút cần sa ở lại môi trường gia đình. Tạp chí Tâm thần học đại cương. 2001;58(10):917. [PubMed]
 100. Cục Hỗ trợ Tư pháp. Hướng dẫn thể thức chương trình tài trợ Byrne và đơn xin. Cục Hỗ trợ Tư pháp, Washington, DC, 2002. <http://www.ojp.usdoj.gov/BJA/html/ByrneFormula.htm>[Cập nhật 21/5/2002].
 101. Burke A P, Kalra P, Li L, Smialek J, Virmani R. Bệnh viêm màng trong tim có lây và đột tử: Sự việc và hình thái học của thương tổn ở người nghiện dùng thuốc tiêm tĩnh mạch và người không lạm dụng chất gây nghiện. Tạp chí các bệnh về van tim. 1997;6(2):198. [PubMed]
 102. Burkett G, Gomez-Marin O, Yasin S Y, Martinez M. Chăm sóc trước khi sinh ở phụ nữ mang thai tiếp xúc với cocaine. Khoa sản và bệnh sản khoa. 1998;92(2):193. [PubMed]
 103. Burling T A, Burling A S, Latini D. Thử nghiệm cai nghiện có kiểm soát cho bệnh nhân phụ thuộc vào chất gây nghiện. Tạp chí Tâm thần học trong y khoa và tư vấn. 2001;69(2):295. [PubMed]
 104. Burling T A, Marshall G D, Seidner A L. Cai nghiện thuốc lá với bệnh nhân lạm dụng chất gây nghiện nội trú. Tạp chí về lạm dụng chất gây nghiện. 1991;3(3):269. [PubMed]
 105. Burnam M A, Hough R L, Karno M, Escobar J I, Telles C A. Rối loạn tâm thần lan rộng trong sự tiếp nhận về văn hóa và đời sống ở người Mỹ gốc Mexico ở Los Angeles. Tạp chí sức khỏe và hành vi xã hội. 1987;28(1):89. [PubMed]
 106. Butcher, J.N., Nezami, E., và Exner, J. Đánh giá tâm lý đối với người ở nền văn hóa đa dạng. Ở: Kazarian, S.S., và Evans, D.R., Tái bản. Tâm lý học trong điều trị về văn hóa: Lý thuyết, Nghiên cứu và Thực hành. New York: Nhà xuất bản Đại học Oxford, 1998. trang 61–105.
 107. Buttner A, Mall G, Penning R, Weis S. Nghiên cứu về thần kinh với những người lạm dụng heroin. Tạp chí Khoa học tội phạm quốc tế. 2000;113(1–3):435. [PubMed]

108. Buxton N, McConachie N S. Lạm dụng chất kích thích và hiện tượng chảy máu trong sọ. Tạp chí của Hiệp hội Y khoa Hoàng gia. 2000;93(9):472. [PubMed] [Bản miễn phí đầy đủ ở PMU]
109. Caetano R, Clark C L, Tam T. Uống rượu ở các dân tộc ít người: Lý thuyết và nghiên cứu. Tạp chí Sức khỏe rượu cồn và Thế giới nghiên cứu. 1998;22(4):233. [PubMed]
110. Callahan K P, Malinin A I, Atar D, Serebruany V L. Kích hoạt tiểu huyết cầu là nguyên nhân phổ biến phát sinh bệnh mạch vành cấp sau khi lạm dụng cocaine. Tuần báo Y học Thụy sĩ. 2001;131(33–34):487.
111. Canino G J, Bird H R, Shrout P E, Rubio-Stipec M, Bravo M, Martinez R, Sesman M, Guzman A, Guevara L M, Costas H. Lịch trình phòng vấn Chẩn bệnh Tây Ban Nha. Thực tế và Sự phù hợp với việc chẩn bệnh ở Puerto Rico. Tạp chí Lưu trữ Bệnh Tâm thần chung. 1987;44(8):720. [PubMed]
112. Caraveo-Anduaga J, Colmenares B, Eduardo S, Gabriela J. Bệnh tâm lý hoành hành ở Mexico City: Sự lan tràn và gây bệnh phụ suốt đời. Sức khỏe Thần kinh. 1999;22:62.
113. Carey K B, Purnine D M, Maisto S A, Carey M P, Barnes K L. Cần nhắc quyết định liên quan tới việc dùng chất gây nghiện của những người mắc bệnh tâm thần phân liệt. Tạp chí Sức khỏe Tâm thần Cộng đồng. 1999;35(4):289. [PubMed] [Bản đầy đủ miễn phí ở PMC]
114. Carise, D., và McLellan, A.T. Độ nhạy cảm về văn hóa ngày càng tăng của Chỉ số Nghiện nặng (ASI): Ví dụ với người Mỹ bản địa ở Bắc Dakota. Báo cáo Đặc biệt. Rockville, MD: Trung tâm điều trị lạm dụng chất gây nghiện, 1999.
115. Carroll, K.M., Tái bản. *Nâng cao sự hài lòng với điều trị nghiện rượu*. Sêri chuyên khảo Dự án MATCH Số 6. Nhà xuất bản NIH Số 97-4143. Rockville, MD: Viện Quốc gia về Rượu và Lạm dụng rượu, 1997.
116. Carter N, Rutty G N, Milroy C M, Forrest A R. Tử vong liên quan tới dùng sai MBDB. Tạp chí quốc tế về thuốc hợp pháp. 2000;113(3):168. [PubMed]
117. Castro, F.G., và Tafoya-Barraza, H.M. Các vấn đề điều trị với người Latinh nghiện cocaine và heroin. Trong: Garcia, J.G., và Zea, M.C., Tái bản. Nghiên cứu và can thiệp tâm lý với nhóm người Latinh. Boston: Allyn và Bacon, 1997. trang 191–216.
118. Trung tâm Ngăn ngừa Lạm dụng Chất gây nghiện. *Hướng dẫn chiến thuật giao tiếp: Cái nhìn về việc sử dụng Methamphetamine trong ba nhóm người*. Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, 2000. <http://media.shs.net/prevline/pdfs/index.pdf> [Truy cập ngày 11/3/2004].
119. Trung tâm điều trị chứng lạm dụng chất gây nghiện. *Cải thiện việc điều trị cho trẻ sơ sinh tiếp xúc với ma túy*. Phương thức Cải thiện Điều trị (TIP) Sêri 5. Ấn phẩm của DHHS số. (SMA) 95-3057. Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, 1993a.
120. Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện. *Phụ nữ dùng Chất gây nghiện và mang thai*. Phương thức Cải thiện Điều trị (TIP) Sêri 2. Ấn phẩm của DHHS số (SMA) 93-1998. Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, 1993b.
121. Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện. *Kiểm tra tìm Bệnh lây trong số người lạm dụng chất gây nghiện*. Phương thức Cải thiện Điều trị (TIP) Sêri 6. Ấn phẩm của DHHS số (SMA) 95-3060. Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc

- sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, 1993c.
122. Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện. *Hướng dẫn điều trị methadone của bang*. Phương thức Cải thiện Điều trị (TIP) Sê ri 1. Ấn phẩm của DHHS số (SMA) 93-1991. Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, 1993d.
123. Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện. *Đánh giá và điều trị cho bệnh nhân còn methadone và lạm dụng cocaine*. Phương thức Cải thiện Điều trị (TIP) Sê ri 10. Ấn phẩm của DHHS số (SMA) 94-3003. Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, 1994a.
124. Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện. *Đánh giá và Điều trị cho bệnh nhân mắc đồng thời bệnh tâm thần và lạm dụng các loại thuốc khác*. Phương thức Cải thiện Điều trị (TIP) Sê ri 9. Ấn phẩm của DHHS số(SMA) 94-2078. Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, 1994b.
125. Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện. *Kết hợp điều trị lạm dụng chất gây nghiện với hình phạt cho người lớn trong nhà tù*. Phương thức Cải thiện Điều trị (TIP) Sê ri 12. Ấn phẩm của DHHS số(SMA) 94-3004. Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, 1994c.
126. Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện. *Điều trị ngoại trú tăng cường cho bệnh nhân lạm dụng rượu và các chất gây nghiện khác*. Phương thức Cải thiện Điều trị (TIP) Sê ri 8. Ấn phẩm của DHHS số(SMA) 99-3306. Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, 1994d.
127. Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện. *Kiểm tra và đánh giá chứng lạm dụng rượu và các chất gây nghiện khác với người lớn trong hệ thống nhà tù*. Phương thức Cải thiện Điều trị (TIP) Sê ri 7. Ấn phẩm của DHHS số(SMA) 94-2076. Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, 1994e.
128. Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện. *Dụng cụ kiểm tra đơn giản đối với điều trị ngoại tuyến cho bệnh lây nhiễm và chứng lạm dụng rượu và các chất khác*. Phương thức Cải thiện Điều trị (TIP) Sê ri 11. Ấn phẩm của DHHS số(SMA) 94-2094. Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, 1994f.
129. Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện. *Kiểm tra về rượu và các chất gây nghiện khác đối với bệnh nhân nằm viện do chấn thương*. Phương thức Cải thiện Điều trị (TIP) Sê ri 16. Ấn phẩm của DHHS số(SMA) 95-3041. Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, 1995a.
130. Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện. *Kết hợp điều trị rượu và các chất gây nghiện khác với việc giải trí cho trẻ vị thành niên trong Trại giáo dưỡng*. Phương thức Cải thiện Điều trị (TIP) Sê ri 21. Ấn phẩm của DHHS số(SMA) 95-3051. Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, 1995b.
131. Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện. *Phát triển hệ thống kiểm soát kết quả cấp nhà nước đối với điều trị lạm dụng rượu và các chất gây nghiện khác*. Phương thức Cải thiện Điều trị (TIP) Sê ri 14. Ấn phẩm của DHHS số(SMA) 95-3031. Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, 1995c.
132. Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện. *Cai nghiện rượu và các chất gây nghiện khác*. Phương thức Cải thiện Điều

- trị (TIP) Sê ri 19. Ấn phẩm của DHHS số(SMA) 95-3046. Rockville, MD: Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện, 1995d.
133. Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện. *LAAM trong điều trị nghiện thuốc phiện*. Phương thức Cải thiện Điều trị (TIP) Sê ri 22. Ấn phẩm của DHHS số(SMA) 95-3052. Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, 1995e.
 134. Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện. *Khớp việc điều trị với nhu cầu của bệnh nhân trong liệu pháp thay thế opioid*. Phương thức Cải thiện Điều trị (TIP) Sê ri 20. Ấn phẩm của DHHS số(SMA) 95-3049. Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, 1995f.
 135. Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện. *Lập kế hoạch điều trị lạm dụng rượu và các chất gây nghiện khác cho người lớn trong nhà tù*. Phương thức Cải thiện Điều trị (TIP) Sê ri 17. Ấn phẩm của DHHS số(SMA) 95-3039. Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, 1995g.
 136. Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện. *Vai trò và tình trạng hiện tại của tiêu chuẩn phân loại bệnh nhân trong việc điều trị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện*. Phương thức Cải thiện Điều trị (TIP) Sê ri 13. Ấn phẩm của DHHS số(SMA) 95-3021. Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, 1995h.
 137. Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện. *Dịch bệnh lao: vấn đề đạo đức và luật pháp với các nhà cung cấp dịch vụ điều trị lạm dụng rượu và các chất gây nghiện khác*. Phương thức Cải thiện Điều trị (TIP) Sê ri 18. Ấn phẩm của DHHS số(SMA) 95-3047. Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, 1995i.
 138. Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện. *Tòa án điều trị nghiện: Kết hợp điều trị lạm dụng chất gây nghiện với quá trình xử lý các trường hợp phạm pháp*. Phương thức Cải thiện Điều trị (TIP) Sê ri 23. Ấn phẩm của DHHS số(SMA) 96-3113. Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, 1996.
 139. Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện. *Hướng dẫn Dịch vụ điều trị lạm dụng chất gây nghiện cho bác sĩ chăm sóc ở trình độ cơ bản*. Phương thức Cải thiện Điều trị (TIP) Sê ri 24. Ấn phẩm của DHHS số(SMA) 97-3139. Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, 1997a.
 140. Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện. *Điều trị lạm dụng chất gây nghiện và bạo lực gia đình*. Phương thức Cải thiện Điều trị (TIP) Sê ri 25. Ấn phẩm của DHHS số(SMA) 97-3163. Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, 1997b.
 141. Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện. *Quản lý toàn diện theo trường hợp đối với điều trị lạm dụng chất gây nghiện*. Phương thức Cải thiện Điều trị (TIP) Sê ri 27. Ấn phẩm của DHHS số(SMA) 98-3222. Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, 1998a.
 142. Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện. *Tiếp tục điều trị cho tội phạm mắc chứng rối loạn dùng chất gây nghiện từ Nhà tù tới Cộng đồng*. Phương thức Cải thiện Điều trị (TIP) Sê ri 30. Ấn phẩm của DHHS số(SMA) 98-3245. Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, 1998b.
 143. Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện. *Rút ngắn dịch vụ điều trị tâm*

- thần và lạm dụng chất gây nghiện trong tâm kiểm soát: Hướng dẫn cho người mua công cộng.* Technical Assistance Publication (TAP) Sê ri 22. Ấn phẩm của DHHS số(SMA) 98-3173. Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, 1998c.
144. Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện. *Đo giá của dịch vụ điều trị lạm dụng chất gây nghiện: Cái nhìn toàn cảnh.* Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, 1998d.
 145. Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện. *Naltrexone và điều trị nghiện rượu.* Phương thức Cải thiện Điều trị (TIP) Sê ri 28. Ấn phẩm của DHHS số(SMA) 98-3206. Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, 1998e.
 146. Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện. *Lạm dụng chất gây nghiện ở người lớn tuổi.* Phương thức Cải thiện Điều trị (TIP) Sê ri 26. Ấn phẩm của DHHS số(SMA) 98-3179. Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện, 1998f.
 147. Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện. *Điều trị rối loạn dùng chất gây nghiện cho người khuyết tật về thể chất và nhận thức.* Phương thức Cải thiện Điều trị (TIP) Sê ri 29. Ấn phẩm của DHHS số(SMA) 98-3249. Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, 1998g.
 148. Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện. *Can thiệp ngắn và Liệu pháp ngắn với chứng lạm dụng chất gây nghiện.* Phương thức Cải thiện Điều trị (TIP) Sê ri 34. Ấn phẩm của DHHS số(SMA) 99-3353. Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, 1999a.
 149. Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện. *Vấn đề văn hóa trong điều trị chứng lạm dụng chất gây nghiện.* Ấn phẩm của DHHS số(SMA) 99-3278. Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, 1999b.
 150. Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện. *Tăng cường động lực thay đổi trong điều trị lạm dụng chất gây nghiện.* Phương thức Cải thiện Điều trị (TIP) Sê ri 35. Ấn phẩm của DHHS số(SMA) 99-3354. Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, 1999c.
 151. Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện. *Kiểm tra và đánh giá người trưởng thành tìm chứng rối loạn do sử dụng chất gây nghiện.* Phương thức Cải thiện Điều trị (TIP) Sê ri 31. Ấn phẩm của DHHS số(SMA) 99-3282. Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, 1999d.
 152. Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện. *Điều trị chứng rối loạn dùng chất kích thích.* Phương thức Cải thiện Điều trị (TIP) Sê ri 33. Ấn phẩm của DHHS số(SMA) 99-3296. Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, 1999e.
 153. Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện. *Điều trị cho người lớn mắc chứng rối loạn dùng chất gây nghiện.* Phương thức Cải thiện Điều trị (TIP) Sê ri 32. Ấn phẩm của DHHS số(SMA) 99-3283. Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, 1999f.
 154. Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện. *Thay đổi cuộc nói chuyện: Cải thiện điều trị lạm dụng chất gây nghiện.* Khởi xướng kế hoạch cải thiện điều trị quốc gia: báo cáo The National Treatment Improvement Plan Initiative: Báo cáo của Ủy ban Đồng thuận, Phiên điều trần công

- cộng và Sự công nhận của người tham gia. Ấn phẩm của DHHS số(SMA) 00-3479. Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, 2000a.
155. Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện. *Thay đổi cuộc nói chuyện: Cải thiện điều trị lạm dụng chất gây nghiện*. Khởi xướng kế hoạch cải thiện điều trị quốc gia. Ấn phẩm của DHHS số(SMA) 00-3480. Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, 2000b.
 156. Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện. *Kết hợp điều trị lạm dụng chất gây nghiện và dịch vụ dạy nghề*. Phương thức Cải thiện Điều trị (TIP) Sê ri 38. Ấn phẩm của DHHS số(SMA) 00-3470. Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, 2000c.
 157. Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện. *Điều trị lạm dụng chất gây nghiện cho người lạm dụng và bỏ mặc con cái*. Phương thức Cải thiện Điều trị (TIP) Sê ri 36. Ấn phẩm của DHHS số(SMA) 00-3357. Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, 2000d.
 158. Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện. *Điều trị lạm dụng chất gây nghiện cho người nhiễm HIV/AIDS*. Phương thức Cải thiện Điều trị (TIP) Sê ri 37. Ấn phẩm của DHHS số(SMA) 00-3459. Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, 2000e.
 159. Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện. *Hướng dẫn của nhà cung cấp đối với điều trị lạm dụng chất gây nghiện cho người đồng tính nữ, đồng tính nam, người lưỡng tính và người chuyển giới*. Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, 2001.
 160. Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện. *Hướng dẫn y khoa đối với việc dùng Buprenorphine trong điều trị chứng nghiện Opioid*. Phương thức Cải thiện Điều trị (TIP) Sê ri 40. Ấn phẩm của DHHS số(SMA) 04-3939. Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, 2004a.
 161. Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện. *Điều trị lạm dụng chất gây nghiện và liệu pháp điều trị tại nhà*. Phương thức Cải thiện Điều trị (TIP) Sê ri 39. Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, 2004b.
 162. Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện. *Điều trị lạm dụng chất gây nghiện: Điều trị theo nhóm*. Phương thức Cải thiện Điều trị (TIP) Sê ri 41. Ấn phẩm của DHHS số(SMA) 05-3991. Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, 2005a.
 163. Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện. *Điều trị lạm dụng chất gây nghiện cho người lớn bị bắt giam*. Phương thức Cải thiện Điều trị (TIP) Sê ri 44. Ấn phẩm của DHHS số(SMA) 05-4056. Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, 2005b.
 164. Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện. *Điều trị lạm dụng chất gây nghiện cho người có các chứng rối loạn khác*. Phương thức Cải thiện Điều trị (TIP) Sê ri 42. Ấn phẩm của DHHS số(SMA) 05-3992. Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, 2005c.
 165. Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện. *Điều trị có sự hỗ trợ của thuốc đối với người nghiện Opioid trong các chương trình điều trị Opioid*. Phương thức Cải thiện Điều trị (TIP) Sê ri 43. Ấn phẩm

- của DHHS số(SMA) 05-4048. Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, 2005d.
166. Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện. *Cải thiện khả năng về văn hóa trong điều trị lạm dụng chất gây nghiện*. Phương thức Cải thiện Điều trị (TIP) Sê ri . Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, đang trong quá trình phát triển a.
 167. Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện. *Lạm dụng chất gây nghiện: Vấn đề hành chính trong điều trị ngoại trú*. Phương thức Cải thiện Điều trị (TIP) Sê ri . Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, đang trong quá trình phát triển c.
 168. Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện. *Điều trị lạm dụng chất gây nghiện: Các vấn đề lâm sàng trong điều trị chuyên sâu ngoại trú*. Phương thức Cải thiện Điều trị (TIP) Sê ri . Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, đang trong quá trình phát triển d.
 169. Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện. *Điều trị lạm dụng chất gây nghiện: Chỉ ra nhu cầu cụ thể của phụ nữ*. Phương thức Cải thiện Điều trị (TIP) Sê ri . Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, đang trong quá trình phát triển e.
 170. Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện. *Điều trị lạm dụng chất gây nghiện: Vấn đề của nam giới*. Phương thức Cải thiện Điều trị (TIP) Sê ri . Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, đang trong quá trình phát triển g.
 171. Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện. *Lạm dụng chất gây nghiện và thương tổn*. Phương thức Cải thiện Điều trị (TIP) Sê ri . Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, đang trong quá trình phát triển h.
 172. Trung tâm Ngăn ngừa và kiểm soát bệnh tật. *Kế hoạch cộng đồng ngăn chặn HIV đối với người tiếp nhận thống nhất ngăn chặn HIV*. Atlanta, GA: Trung tâm Ngăn ngừa và kiểm soát bệnh tật, 1999. <http://www.cdc.gov/hiv/pubs/hiv-cp.pdf>[Truy cập ngày 3/7/2003].
 173. Trung tâm Ngăn ngừa và kiểm soát bệnh tật. *Kế hoạch chiến dịch ngăn chặn HIV qua năm 2005*. Atlanta, GA: Trung tâm Ngăn ngừa và kiểm soát bệnh tật, 2001. <http://www.cdc.gov/nchstp/od/news/prevention.pdf>[Truy cập ngày 3/7/2003].
 174. Trung tâm Ngăn ngừa và kiểm soát bệnh tật. Hút thuốc lá ở người lớn-Nước Mỹ, 2000. *Báo cáo hàng tuần về vấn đề đạo đức và bệnh tật* 51(29):642–645, 2002a. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5129a3.htm>[Truy cập ngày 14/1/2005].
 175. Trung tâm Ngăn ngừa và kiểm soát bệnh tật. *Báo cáo theo dõi HIV/AIDS*, 2001 13(2):1–44, 2002b. <http://www.cdc.gov/hiv/stats/hasr1302.pdf>[Truy cập ngày 3/7/2003].
 176. Trung tâm Ngăn ngừa và kiểm soát bệnh tật. Hút thuốc ở người lớn-Nước Mỹ, 2004. *Báo cáo hàng tuần về đạo đức và bệnh tật*. 54(44):1121–1124, 2005. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5444a2.htm>[Truy cập ngày 8/3/2006].
 177. Trung tâm Ngăn ngừa và kiểm soát bệnh tật và Văn phòng sức khỏe nhóm người thiểu số. *Người ở Hawaii và các đảo Thái Bình Dương khác (NHOPI) Dân số*. 2004. <http://www.cdc.gov/omh/Populations/NHOPI/NHOPI.htm>[Truy cập ngày 12/2/2004].

178. Trung tâm dịch vụ y tế và hỗ trợ điều trị. *Phạm vi bảo hiểm chăm sóc y tế của bạn*. Baltimore: Bộ Sức khỏe và dịch vụ con người Mỹ, Trung tâm dịch vụ y tế và hỗ trợ điều trị, 2002. <http://www.medicare.gov/Coverage/Home.asp>[Truy cập ngày 7/11/2002].
179. Chakko S, Myerburg R J. Biến chứng về tim khi lạm dụng côcain. *Điều trị tim*. 1995;18(2):67. [PubMed]
180. Chambers H F, Morris D L, Tauber M G, Modin G. Sử dụng côcain và nguy cơ viêm màng trong tim ở người dùng chất gây nghiện tiêm tĩnh mạch. *Biên niên kí về thuốc nội tạng*. 1987;106(6):833. [PubMed]
181. Chan A W K, Pristach E A, Welte J W, Russell M. Dùng kiểm tra TWEAK trong việc tìm ra chứng nghiện rượu nặng ở ba nhóm dân số. *Rượu, điều trị và nghiên cứu thực nghiệm*. 1993;17(6):1188.
182. Chance J F. Điều trị trong khoa cấp cứu cho chứng co giật do cai rượu bằng phenytoin. *Biên niên Dược phẩm cấp cứu*. 1991;20(5):520. [PubMed]
183. Chang, P. Điều trị nghiện cho người Mỹ gốc châu Á/Thái Bình Dương và gia đình họ. Trong: Krestan, J.A., Tái bản. *Cấu nổi tới phục hồi: Nghiện, liệu pháp gia đình và điều trị đa văn hóa*. New York: Nhà xuất bản Free, 2000. trang 192–218.
184. Chappel J N, DuPont R L. Chương trình 12 bước và giúp đỡ lẫn nhau với bệnh rối loạn chất gây nghiện. *Điều trị tâm lý ở Bắc Mỹ*. 1999;22(2):425. [PubMed]
185. Charney D S, Heninger G R, Kleber H D. Sử dụng kết hợp clonidine và naltrexone để điều trị hiệu quả, an toàn và nhanh khi bắt ngờ bỏ thuốc gây tê. *Tạp chí Tâm lý Mỹ*. 1986;143(7):831. [PubMed]
186. Charney D S, Riordan C E, Kleber H D, Murburg M, Braverman P, Sternberg D E, Heninger G R, Redmond D E. Clonidine và naltrexone. *Điều trị nhanh, hiệu quả và an toàn khi đột ngột dùng liệu pháp dùng thuốc gây tê*. Thành tựu điều trị tâm thần nói chung. 1982;39(11):1327. [PubMed]
187. Chavkin W, Breitbart V, Elman D, Wise P H. Điều tra quốc gia của nước: Chính sách, thực hiện đối với phụ nữ có thai dùng thuốc gây nghiện. *Tạp chí sức khỏe cộng đồng Mỹ*. 1998;88(1):117. [PubMed] [Bản đầy đủ ở PMC]
188. Chen Y R, Swann A C, Johnson B A. Sự bình ổn trong chẩn trị rối loạn lưỡng cực. *Tạp chí về bệnh tâm thần và bệnh thần kinh*. 1998;186(1):17. [PubMed]
189. Cherpitel C J. Kiểm tra tìm vấn đề về rượu trong phòng cấp cứu: Kiểm tra nhanh các vấn đề về rượu. *Sự phụ thuộc vào rượu và chất gây nghiện*. 1995;40(2):133. [PubMed]
190. Cherpitel C J. So sánh giữa công cụ kiểm tra tìm ra các vấn đề về rượu giữa bệnh nhân da trắng và da đen trong phòng cấp cứu từ hai vùng của đất nước. *Rượu: Nghiên cứu thực nghiệm và nghiên cứu điều trị*. 1997;21(8):1391.
191. Childress A R, Mozley P D, McElgin W, Fitzgerald J, Reivich M, O'Brien C P. Khởi dậy hoạt động trong khi thêm cocaine do tâm trạng gợi nên. *Tạp chí tâm lý Mỹ*. 1999;156(1):11. [PubMed]
192. Chiles J A, Von Cleve E, Jemelka R P, Trupin E W. Lạm dụng chất gây nghiện và rối loạn tâm lý ở tù nhân. *Tâm thần học cộng đồng trong bệnh viện*. 1990;41(10):1132. [PubMed]
193. Christophersen, A.S. Thuốc tạo nên kích thích: Cái nhìn tổng quan và dịch tễ học. *Thư về chất độc* (Ngày 15/3):112,113–127,131, 2000.
194. Church O M, Anderson R. Chăm sóc y tế có sự quản lý trong việc điều trị lạm dụng chất gây nghiện: Thử thách và lựa chọn. Phần II. *Tạp chí về sử dụng chất gây nghiện*. 2000;4(3):103.

195. Chutuape M A, Jasinski D R, Fingerhood M I, Stitzer M L. Kết quả 1, 3, và 6 tháng sau khi cai nghiện opioid nội trú ngắn. Tạp chí về lạm dụng rượu và chất gây nghiện của Mỹ. 2001;27(1):19. [PubMed]
196. Ciraulo D A, Alderson L M, Chapron D J, Jaffe J H, Subbarao B, Kramer P A. Khuyh hướng của imipramine ở người nghiện rượu. Tạp chí Tâm thần dược học y khoa. 1982;2(1):2. [PubMed]
197. Ciraulo D A, Jaffe J H. Thuốc chống trầm cảm ba vòng trong điều trị trầm cảm liên quan tới nghiện rượu. Tạp chí Tâm thần dược học y khoa. 1981;1(3):146. [PubMed]
198. Clark, H.W., McClanahan, T.M., và Sees, K.L. Dịch vụ điều trị lạm dụng chất gây nghiện trong hệ thống chăm sóc y tế: Sự liên kết và vấn đề trong việc phục vụ các nhóm dân số khác nhau về văn hóa. Trong: Hernandez, M., và Isaacs, M.R., bản điều chỉnh. *Thúc đẩy sự hiểu biết về văn hóa trong dịch vụ chăm sóc sức khỏe tinh thần cho trẻ em*. Baltimore: Nhà xuất bản Paul H. Brookes, 1998. trang 207–227.
199. Closser M H, Blow F C. Các nhóm dân số đặc biệt: Phụ nữ, dân tộc thiểu số và người già. Điều trị tâm lý ở Bắc Mỹ. 1993;16(1):199. [PubMed]
200. Cochran S D, Mays V M. Mối quan hệ giữa các triệu chứng tâm thần và định hướng giới tính xác định theo hành vi trong một ví dụ về dân số Mỹ. Tạp chí dịch tễ học của Mỹ. 2000;151(5):516. [PubMed]
201. Coffey, R.M., Mark, T., King, E., Harwood, H., McKusick, D., Genuardi, J., Dilonardo, J., và Chalk, M. *Ước tính chi phí quốc gia đối với điều trị lạm dụng chất gây nghiện, 1997*. Ấn phẩm của DHHS sốSMA 01-3511. Rockville, MD: Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện, 2001. <http://www.samhsa.gov/centers/csat/content/idbse/sa01.pdf>[Truy cập ngày 4/8/2003].
202. Coffey S F, Dansky B S, Carrigan M H, Brady K T. Việc cai nghiện côcain kéo dài và nhạy bén ở nhóm bệnh nhân ngoại trú: Nghiên cứu viễn cảnh về tâm trạng, ngủ và các triệu chứng thoái lui. Sự phụ thuộc vào rượu và chất gây nghiện. 2000;59:277. [PubMed]
203. Collins, K.S., Hughes, D.L., Doty, M.M., Ives, B.L., Edwards, J.N., và Tenney, K. *Cộng đồng đa dạng, mối lo chung: Đánh giá chất lượng chăm sóc sức khỏe cho người Mỹ thiểu số*. Quỹ của Khôi Thịnh vượng chung, 2002. http://www.kaisernetwork.org/health_cast/uploaded_files/collins_diversecommunities_523.pdf[Truy cập ngày 14/1/2005].
204. Comer V G, Annitto W J. Buprenorphine: phương pháp an toàn để cai nghiện cho người mang thang nghiện heroin và thai nhi. Tạp chí về nghiện của Mỹ. 2004;13(3):317. [PubMed]
205. Comfort, M., Hagan, T., và Kaltenbach, K. Lịch sử Tâm lý học. Philadelphia: Trung tâm về gia đình, Đại học Thomas Jefferson, 1996.
206. Comfort M, Zanis D A, Whiteley M J, Kelly-Tyler A, Kaltenbach K A. Đánh giá nhu cầu lạm dụng chất gây nghiện ở phụ nữ: Số liệu đo nghiệm tinh thần trong lịch sử tâm lý xã hội học. Tạp chí về điều trị chất gây nghiện. 1999;17(1–2):79. [PubMed]
207. Compton W M, III, Cottler L B, Ben-Abdallah A, Phelps D L, Spitznagel E L, Horton J C. Phụ thuộc vào chất gây nghiện và các rối loạn tâm thần khác trong nhóm chủ thể phụ thuộc vào chất gây nghiện: tương quan giữa giới tính và chủng tộc. Tạp chí về nghiện của Mỹ. 2000;9(2):113. [PubMed]
208. Connors G J, Carroll K M, DiClemente C C, Longabaugh R, Donovan D M. Khôi liên minh chữa bệnh và mối quan hệ của nó tới việc tham gia và kết quả điều trị rượu. Tạp chí Tâm lý học y khoa và tư vấn. 1997;65(4):588. [PubMed]

209. Connors G J, DiClemente C C, Dermen K H, Kadden R, Carroll K M, Frone M R. Dự đoán khối liên minh chữa bệnh trong điều trị nghiện rượu. *Tạp chí nghiên cứu về rượu*. 2000;61(1):139. [PubMed]
210. Conyne R K. Điều cần tìm trong nhóm: Giúp thực tập sinh nhạy cảm hơn với vấn đề đa văn hóa. *Tạp chí chuyên gia trong lĩnh vực làm việc theo nhóm*. 1998;23(1):22.
211. Cook C A, Booth B M, Blow F C, Gogineni A, Bunn J Y. Điều trị nghiện rượu, biến chứng y học liên quan tới rượu và việc sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. *Tạp chí Điều hành sức khỏe tinh thần*. 1992;19(1):31. [PubMed]
212. Cook J W, Spring B, McChargue D E, Borrelli B, Hitsman B, Niaura R, Keuthen N J, Kristeller J. Ảnh hưởng của fluoxetine tới hiệu quả tích cực và tiêu cực trong thử nghiệm cai thuốc lá ở phòng mạch. *Khoa học về thuốc tâm thần*. 2004;173:153. [PubMed] [Bản đầy đủ miễn phí ở PMC]
213. Cooper-Patrick L, Gallo J J, Powe N R, Steinwachs D S, Eaton W W, Ford D E. Sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người Mỹ da đen và da trắng: Tiếp theo khu vực dịch tễ học. *Chăm sóc y tế*. 1999;37(10):1034. [PubMed]
214. Corcoran, K., và Vandiver, V. Điều khiển mê cung chăm sóc có quản lý: Kỹ năng của người thực hành chăm sóc sức khỏe tinh thần. New York: Nhà xuất bản Free, 1996.
215. Costa L G, Guizzetti M, Burry M, Oberdoerster J. Nhiễm độc thần kinh ngày càng nặng: Ngoại cảnh tương tự có dẫn đến kiểu hàng động giống nhau? So sánh giữa hội chứng thai nhi bị ảnh hưởng của rượu, phôi thai bị tolun và phenylktone niệu ở mẹ. *Các thư về chất độc*. 2002;127(1–3):197. [PubMed]
216. Cote G, Hodgins S. Các chứng rối loạn tâm thần cùng xảy ra ở người phạm tội. *Tập san của Viện Tâm thần học và Luật pháp Mỹ*. 1990;18(3):271. [PubMed]
217. Cottler L B, Shillington A M, Compton W M I, Mager D, Spitznagel E L. Báo cáo chủ quan về việc người dùng côcain ngừng thuốc: Gợi ý cho DSM-IV. *Phụ thuộc vào rượu và chất gây nghiện*. 1993;33:97. [PubMed]
218. Covey L S, Glassman A H, Stetner F, Becker J. Hậu quả của việc từng nghiện rượu hoặc trầm cảm nặng do cai thuốc. *Tạp chí tâm lý Mỹ*. 1993;150(10):1546. [PubMed]
219. Covey L S, Sullivan M A, Johnston J A, Glassman A H, Robinson M D, Adams D P. Tiến bộ trong phương pháp điều trị bằng thuốc không nicôtin trong cai nghiện thuốc lá. *Thuốc*. 2000;59(1):17.
220. Cox G B, Walker R D, Freng S A, Short B A, Meijer L, Gilchrist L. Kết quả thử nghiệm có kiểm soát về hiệu quả của việc quản lý các trường hợp nghiện rượu kinh niên nặng. *Tạp chí nghiên cứu về rượu*. 1998;59(5):523. [PubMed]
221. Coyhis, D. Chữa nghiện mang đặc trưng về văn hóa cho người Mỹ bản địa. Trong: Krestan, J., Tái bản. *Cầu nối tới sự phục hồi: Nghiện, Liệu pháp gia đình và các điều trị đa văn hóa*. New York: Nhà xuất bản Free, 2000. trang 77–114.
222. Craig T J, DiBuono M. Nhận diện bệnh tâm thần đi kèm ở nhân viên khu vực cai nghiện chất gây nghiện. *Tạp chí về nghiện của Mỹ*. 1996;5(1):76.
223. Crits-Christoph P, Siqueland L, Blaine J, Frank A, Luborsky L, Onken L S, Muenz L R, Thase M E, Weiss R D, Gastfriend D R, Woody G E, Barber J P, Butler S F, Daley D, Salloum I, Bishop S, Najavits L M, Lis J, Mercer D, Griffin M L, Moras K, Beck A T. Điều trị tâm lý xã hội cho người phụ thuộc vào côcainTrong: Viện quốc gia về lạm dụng chất gây nghiện và nghiên cứu điều trị côcain kết hợp. *Thành tựu của tâm thần học tổng quát*. 1999;56(6):493. [PubMed]

224. Crystal M. Ferguson, và các đồng nghiệp., *Nhóm người đề đơn ở Thành phố. Số 99-936 Tòa án tối cao Mỹ*, 1999.
225. Cunradi C B, Caetano R, Schafer J. Các vấn đề liên quan tới rượu, sử dụng chất gây nghiện và bạo lực nặng ở nam giới trong các cặp đôi người Mỹ. *Nghiện rượu: Nghiên cứu thực nghiệm và trong y khoa*. 2002;26(4):493.
226. Curley, B. *Trở ngại ngầm về pháp luật ngăn cản can thiệp trong phòng cấp cứu đối với rượu và các chất gây nghiện khác*. Cùng nhau trực tuyến. 2002. <http://www.jointogether.org/sa/news/features/reader/0%2C1854%2C554030%2C00.html>[Truy cập ngày 17/11/2002].
227. Curran H V, Monaghan L. Tình mê do tâm thần phân liệt khi dùng ketamTrong: So sánh tác động sắc bén và thừa thừa của Ketamin ở người dùng ketamin thường xuyên và không thường xuyên. *Tạp chí về nghiện*. 2001;96(5):749. [PubMed]
228. Dackis C A. Bình luận về “Vai trò của thử nghiệm trong phòng thí nghiệm với điều trị cai nghiện rượu” *Tạp chí điều trị lạm dụng chất gây nghiện*. 2001;20(1):87. [PubMed]
229. Dackis, C.A., và Gold, M.S. Điều trị nội trú đối với chứng nghiện rượu và các chất gây nghiện. Trong: Miller, N.S., Tái bản. *Sổ tay toàn diện về nghiện rượu và chất gây nghiện*. New York: Công ty Marcel Dekker, 1991. trang 1233–1244.
230. Dackis, C.A., Gold, M.S., và Estroff, T.W. Điều trị nghiện nội trú. Trong: *Điều trị rối loạn tâm thần: Báo cáo đặc nhiệm của Hiệp hội tâm thần học Mỹ*. Arlington, VA: Hiệp hội tâm thần học Mỹ, 1989. trang 1359–1379.
231. Dackis C A, O’Brien C P. Chứng phụ thuộc vào cocaTrong: *Bệnh ở trung tâm phần thưởng của não*. *Tạp chí điều trị lạm dụng chất gây nghiện*. 2001;21:111. [PubMed]
232. Dackis C A, O’Brien C P. Chứng phụ thuộc vào cocaTrong: *Thử thách khi điều trị bằng thuốc*. *Ý kiến hiện tại trong tâm thần học*. 2002;15:261.
233. Dale L C, Hurt R D, Offord K P, Lawson G M, Croghan I T, Schroeder D R. Liệu pháp dùng miếng nicotin liều quaL. Phần trăm thay thế và cai nghiện thuốc lá. *Tạp chí của Hiệp hội dược phẩm Mỹ*. 1995;274(17):1353. [PubMed]
234. Daley M, Argeriou M, McCarty D. Điều trị lạm dụng chất gây nghiện cho phụ nữ có thai: Liệu có cơ hội? *Hành vi nghiện*. 1998;23(2):239. [PubMed]
235. Daley M, Argeriou M, McCarty D, Callahan J, Shepard D, Williams C. Ảnh hưởng của phương thức điều trị lạm dụng chất gây nghiện đối với cân nặng trẻ sơ sinh và chi phí chăm sóc sức khỏe. *Tạp chí về chất kích thích tinh thần*. 2001;33(1):57. [PubMed]
236. Dansky B S, Saladin M E, Brady K T, Kilpatrick D G, Resnick H S. Tình trạng thường thấy khi thành nạn nhân và rối loạn căng thẳng sau thương tổn ở phụ nữ gặp rối loạn về dùng chất gây nghiện: So sánh giữa ví dụ đánh giá qua điện thoại và trực tiếp. *Tạp chí quốc tế về nghiện*. 1995;30(9):1079. [PubMed]
237. D’Archangelo, E. Lạm dụng chất gây nghiện trong cuộc sống sau này. *Nhà vật lý gia đình Canada* 39:1986-1988, 1991-1993, 1993.
238. Dart R C, Kuffner E K, Rumack B H. Điều trị vết thương hoặc sốt bằng paracetamol (acetaminophen) ở bệnh nhân nghiện rượu: bài tóm lược mang tính hệ thống. *Tạp chí về chữa bệnh của Mỹ*. 2000;7(2):123. [PubMed]
239. D’Aunno, T. Kết nối điều trị lạm dụng chất gây nghiện và việc chăm sóc sức khỏe sơ cấp. Trong: Egertson, J.A., Fox, D.M., và Leshner, A.I., Tái bản. *Điều trị hiệu quả cho người lạm dụng chất gây nghiện*.

- Malden, MA: Nhà xuất bản Blackwell, 1997. trang 311–331.
240. D’Avanzo C E. Người Đông Nam Á: Người Mỹ gốc châu Á Thái Bình Dương với nguy cơ dùng sai chất gây nghiện. Dùng đúng và sai chất gây nghiện. 1997;32(7–8):829. [PubMed]
 241. Dean M, Stock B, Patterson R J, Levy G. Thuốc bám vào protein trong huyết thanh trong và sau thời kỳ mang thai ở người. Phương pháp chữa bệnh và dược lý trong y khoa. 1980;28(2):253. [PubMed]
 242. Dell’Italia, L. Đau ngực. Trong: Stein, J.H., Tái bản. *Dược phẩm nội tại*. Tái bản thứ 4. St. Louis, MO: Mosby, 1994. trang 86–92.
 243. Dempsey D A, Benowitz N L. Nguy cơ và lợi ích của nicôtin khi hỗ trợ cai nghiện thuốc lá ở người mang thai. Dùng thuốc an toàn. 2001;24(4):277. [PubMed]
 244. Denning P. Chiến lược thực hiện giảm nguy hại trong bối cảnh điều trị. Tạp chí về chất kích thích thần kinh. 2001;33(1):23. [PubMed]
 245. Dennison S J. Lạm dụng Clonidine ở người nghiện thuốc opiate. Quý san về tâm thần học. 2001;72(2):191. [PubMed]
 246. Vụ Cựu chiến binh. Sổ tay về chương trình y tế và chăm sóc sức khỏe người dân của Vụ Cựu chiến binh. Denver, CO: Vụ cựu chiến binh, Trung tâm quản lý sức khỏe, 2001. <http://www.va.gov/hac/champva/handbook/chandbook.htm> [Truy cập ngày 21/5/2002].
 247. Deutsch J A, Walton N Y. Sự duy trì diazepam trong rượu khi ngừng uống rượu. Tạp chí Khoa học. 1977;198(4314):307. [PubMed]
 248. Diamant K, Fischer G, Schneider C, Lenzinger E, Pezawas L, Schindler S, Eder H. Điều trị cai nghiện opiate ngoại trú bằng buprenorphine: Điều tra sơ bộ. Nghiên cứu về nghiện của châu Âu. 1998;4(4):198. [PubMed]
 249. Dickinson, W.E., Mayo-Smith, M.F., và Eickelberg, S.J. Kiểm soát việc ngừng sử dụng và nhiễm độc thuốc giảm đau, thuốc ngủ. Trong: Graham, A.W., Schultz, T.K., Mayo-Smith, M.F., Ries, R.K., và Wilford, B.B., Tái bản. *Nguyên lý dược phẩm cai nghiện*. Tái bản lần 3. Chevy Chase, MD: Hiệp hội thuốc cai nghiện Mỹ, 2003. trang 633–649.
 250. DiClemente C C. Động lực thay đổi: Hàm ý đối với điều trị chứng lạm dụng chất gây nghiện. Khoa học về tâm lý học. 1999;10(3):209.
 251. DiClemente, C., và Prochaska, J.D. Hướng tới mô hình thay đổi trên lý thuyết, toàn diện. Trong: Miller, W.R., và Heather, N., Tái bản. *Điều trị hành vi nghiện*. Tái bản lần 2. New York: Nhà xuất bản Plenum, 1998. trang 3–24.
 252. DiMartini A, Day N, Lane T, Beisler A T, Dew M A, Anton R. Transferrin thiếu Carbohydrate với bệnh nhân cai nghiện mắc bệnh gan giai đoạn cuối. Nghiện rượu: Nghiên cứu thực nghiệm và y khoa. 2001;27(12):1729.
 253. Dinges M M, Oetting E R. Sự tương đồng trong việc dùng chất gây nghiện dựa thành thiếu niên và bạn bè họ. Thanh thiếu niên. 1993;28(110):253. [PubMed]
 254. Donald P J. Tính độc hại cao ở người hít cần xa còn trẻ. Tiến bộ trong sinh học và dược phẩm thử nghiệm. 1991;288:33. [PubMed]
 255. D’Onofrio G, Rathlev N K, Ulrich A S, Fish S S, Freeland E S. Lorazepam dùng ngăn chặn co giật định kì liên quan tới rượu. Tạp chí Dược phẩm New England. 1999;340(12):915. [PubMed]
 256. Dorus W, Ostrow D G, Anton R, Cushman P, Collins J F, Schaefer M, Charles H L, Desai P, Hayashida M, Malkernek U. Điều trị cho người nghiện rượu trầm cảm và không trầm cảm dùng lithi. Tạp chí của Hiệp hội Dược phẩm Mỹ. 1989;262(12):1646. [PubMed]

257. Downes MA, Whyte IM. Rối loạn cử động do chất kích thích. *Dược phẩm cấp cứu ở Australasia*. 2005;17(3):277. [PubMed]
258. Drake RE, Essock SM, Shaner A, Carey KB, Minkoff K, Kola L, Lynde D, Osher FC, Clark RE, Rickards L. Tiến hành dịch vụ chuẩn đoán theo đối với bệnh nhân mắc bệnh tâm thần nặng. *Dịch vụ tâm thần học*. 2001;52(4):469. [PubMed]
259. Drake RE, Mueser KT. Phương pháp theo tâm lý học khi chuẩn đoán theo cấp. *Tập san về tâm thần phân liệt*. 2000;26(1):105. [PubMed]
260. Drake RE, Osher FC, Wallach MA. Dùng và lạm dụng rượu ở người bị tâm thần phân liệt: Nghiên cứu cộng đồng về sau. *Tạp trí các bệnh thần kinh và tâm thần*. 1989;177(7):408. [PubMed]
261. Drozdick J, III, Berghella V, Hill M, Kaltenbach K. Mức độ Methadon thấp khi mang thai. *Tạp trí về Bệnh ở bộ máy sinh sản và khoa sản*. 2002;187(5):1184. [PubMed]
262. Dupont I, Bodenez P, Berthou F, Simon B, Bardou LG, Lucas D. Hoạt động của Enzym Cytochrome P-450 2E1 và tình trạng kích phản ứng ôxi hóa ở bệnh nhân nghiện rượu. *Tạp chí rượu và chứng nghiện rượu*. 2000;35(1):98. [PubMed]
263. Duseja A, Sachdev A, Dhiman RK, Chawla YK. Vi khuẩn *Helicobacter pylori* và bệnh não do hoại gan. *Tạp chí về ngành nghiên cứu hệ tiêu hóa của Ấn Độ*. 2003;22(Suppl 2):S31. [PubMed]
264. Duyff, R.L. *Hướng dẫn hoàn chỉnh về dinh dưỡng và thức ăn của Hiệp hội Dinh dưỡng Mỹ*. Minneapolis, MN: Nhà xuất bản Chronimed, 1996.
265. Earnest MP, Feldman H, Marx JA, Harris JA, Bilech M, Sullivan LP. Thương tổn bên trong sọ hiện lên qua chụp cắt lớp ở 259 ca co giật liên quan trực tiếp tới rượu. *Tạp chí thần kinh học*. 1988;38(10):1561. [PubMed]
266. Eickelberg, S.J., và Mayo-Smith, M.F. Điều kiện việc ngừng và nhiễm độc thuốc ngủ. Trong: Graham, A.W., và Wilford, B.B., Tái bản. *Nguyên lý về thuốc cai nghiện*. Tái bản lần 2. Chevy Chase, MD: Hiệp hội thuốc cai nghiện Mỹ, 1998. trang 441–456.
267. Nam và nữ giới lớn tuổi nghiện rượu trong điều trị. *Bản trình bày tại Hiệp hội nghiên cứu tại cuộc họp khoa học về nghiện rượu hàng năm, San Diego, California, 1992*.
268. Elman I, D'Ambra MN, Krause S, Breiter H, Kane M, Morris R, Tuffy L, Gastfriend DR. Cai nghiện opioid gấp: tác động lên sinh lý học tim phổi, hóc môn dâng cao và kết quả điều trị. *Chứng phụ thuộc vào rượu và chất gây nghiện*. 2001;61(2):163. [PubMed]
269. Ernst M, Moolchan ET, Robinson ML. Hậu quả về thần kinh và hành vi khi tiếp xúc với nicotin trong giai đoạn bào thai. *Tạp chí của Viện tâm thần học về trẻ em và thanh thiếu niên của Mỹ*. 2002;40(6):630.
270. Etter JF, Perneger TV. Hiệu quả của chương trình cai nghiện thuốc lá kết hợp với máy tính: Thử nghiệm ngẫu nhiên. *Thành tựu của Dược phẩm nội tại*. 2001;161(21):2596. [PubMed]
271. Evans AC, Raistrick D. Phân tích hiện tượng trúng độc khí butan và chất dính có nguồn gốc từ tolun. *Tạp chí tâm thần học của Anh*. 1987;150:769. [PubMed]
272. Fagerstrom, K. Dịch tễ học về hút thuốc: hậu quả về sức khỏe và lợi ích của việc bỏ thuốc. *Thuốc* 62 Suppl 2(1):9, 2002.
273. Fagerstrom KO. Đo mức độ phụ thuộc về thể chất đối với việc hút thuốc khi nói tới tính cá nhân trong điều trị. *Hành vi nghiện*. 1978;3(3–4):235. [PubMed]
274. Fagerstrom KO, Schneider NG. Đo mức độ phụ thuộc vào nicot. Trong: Nhìn lại về câu hỏi điều tra sức chịu đựng của Fagerstrom. *Tạp chí Dược phẩm hành vi*. 1989;12(2):159. [PubMed]

275. Cục nhà tù liên bang. *Hướng dẫn thực hành chữa bệnh của Cục nhà tù liên bang: Cai nghiện cho tù nhân nghiện chất hóa học, tháng 12, 2000*. Washington, DC: Cục nhà tù liên bang Mỹ, 2000. <http://www.nicic.org/pubs/2000/016554.pdf>[Truy cập ngày 4/4/2002].
276. Fehr B J, Wenstein S P, Sterling R C, Gottheil E. “Ngay khi có thể”: Chiến dịch kết hợp điều trị từ đầu. *Lạm dụng chất gây nghiện*. 1991;12(4):183.
277. Fellows, J.L., Trosclair, A., và Adams, E.K. Số người chết hàng năm do hút thuốc, số tuổi thọ mất và giá trị kinh tế—Mỹ, 1995-1999. *Báo cáo hàng tuần về tử vong và bệnh tật*, GA: Trung tâm Ngăn ngừa và kiểm soát bệnh tật, 4-12-2002. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5114a2.htm>[Truy cập ngày 27/6/2002].
278. Fenster, L.F. Rượu và rối loạn hệ thống dạ dày, ruột. Trong: Estes, N.J., và Heinemann, M.E., Tái bản. *Nghiện rượu: Phát triển, hậu quả và can thiệp*, MO: Công ty C.V. Mosby, 1982. trang 136–143.
279. Fenster, L.F. Rượu và rối loạn của hệ thống dạ dày-ruột. Trong: Estes, N.J., và Heinemann, M.E., Tái bản. *Sự phát triển của chứng nghiện rượu, Hậu quả và sự can thiệp*. Tái bản lần 3. St. Louis, MO: C.V. Mosby, 1986. trang 145–152.
280. Ferguson F N. Lấy lý thuyết cọc làm công cụ giải thích phản ứng điều trị cai nghiện rượu ở người Navajo. *Tổ chức về con người*. 1976;35(1):65. [PubMed]
281. Fergusson D M, Horwood L J, Beutrais A L. Định hướng về giới tính có liên quan tới vấn đề về sức khỏe tinh thần và việc tự tử ở thanh niên? Lưu trữ về tâm thần học tổng thể. 1999;56(10):876. [PubMed]
282. Fernandez-Sola J, Nicolas-Arfelis J M. Sự khác biệt về giới tính ở bệnh tim do nghiện rượu. *Tạp chí dược phẩm tập trung vào giới tính*. 2002;5(1):41. [PubMed]
283. Fine, J., và Miller, N.S. Đánh giá và quản lý sát triệu chứng học loạn tinh thần ở người nghiện rượu và ma túy. Trong: Miller, N.S., và Stimmel, B., Tái bản. *Bệnh đi kèm nghiện và rối loạn tâm thần*. New York: Nhà xuất bản y khoa Haworth, 1993.
284. Fingerhood M I, Jasinski D R, Sullivan J T. Viên gan C hoành hành ở nhóm người phụ thuộc vào chất hóa học. *Văn thư về Dược phẩm nội tại*. 1993;153(17):2025. [PubMed]
285. Finigan, M. *Kết quả về mặt xã hội và tiết kiệm chi phí của việc điều trị nghiện rượu và ma túy ở bang Oregon*. Salem, Hoắc: Văn phòng chương trình điều trị lạm dụng rượu và ma túy, Bộ nguồn nhân lực bang Oregon, và Hội đồng thống đốc về chương trình cai nghiện rượu và ma túy, 1996.
286. Finn P. Xã định việc cần thiết của các nhóm văn hóa thiểu số trong điều trị cai nghiện ma túy. *Tạp chí điều trị lạm dụng chất gây nghiện*. 1994;11(4):325. [PubMed]
287. Finnegan L P. Vấn đề về điều trị với phụ nữ phụ thuộc vào opioid trong quá trình mang thai. *Tạp chí về chất kích thích tâm lý*. 1991;23(2):191. [PubMed]
288. Finnegan L P, Hagan T, Kaltenbach K A. Cơ sở khoa học của việc hành nghề y: Dùng opiate ở phụ nữ mang thai. *Tập san của Việc Dược phẩm New York*. 1991;67(3):223. [PubMed] [Bản đầy đủ miễn phí ở PMC]
289. Finnegan, L.P., và Wapner, R.J. Nghiện narcotic trong thời kì mang thai. Trong: Niebyl, J.R., Tái bản. *Dùng thuốc khi mang thai*. Tái bản lần 2. Philadelphia: Lea và Febiger, 1988. trang 203–222.
290. Fiore, M.C., Bailey, W.C., Cohen, S.J., Dorfman, S.F., Goldstein, M.G., Gritz, E.R., Heyman, R.B., Jaen, C.R., Kottke, T.E., Lando, H.A., Mecklenburg, R.E., Mullen, P.D., Nett, L.M., Robinson, L., Stitzer, M.L., Tommasello, A.C., Villejo, L., và Wewers, M.E. *Điều trị chứng phụ*

- thuộc và sử dụng thuốc lá: Hướng dẫn tham khảo ngắn cho bác sĩ.* Rockville, MD: Dịch vụ sức khỏe cộng đồng, 2000b. <http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/tobaqrg.htm>[Truy cập ngày 4/6/2002].
291. Fiore, M.C., Bailey, W.C., Cohen, S., Dorfman, S.F., Goldstein, M., Gritz, E.R., Heyman, R.B., Jaen, C.R., Kottke, T.E., Lando, H.A., Mecklenburg, R.E., Mullen, P.D., Nett, L.M., Robinson, L., Stitzer, M.L., Tommasello, A.C., Villejo, L., Wewers, M.E., Baker, T., Fox, D.M., và Hasselblad, V. *Điều trị chứng phụ thuộc và sử dụng thuốc lá: Hướng dẫn tham khảo ngắn cho bác sĩ.* Rockville, MD: Dịch vụ sức khỏe cộng đồng, 2000a.
 292. Fiorentine R, Nakashima J, Anglin M D. Bệnh nhân tham gia điều trị nghiện ma túy. *Tạp chí điều trị lạm dụng chất gây nghiện.* 1999;17(3):199. [PubMed]
 293. First, M.B., Frances, A., và Pincus, H.A. *DSM-IV-TR Sổ tay chẩn trị khác biệt.* Washington, DC: Nhà xuất bản tâm thần học Mỹ, 2002.
 294. Fischer G, Johnson R E, Eder H, Jagsch R, Peternell A, Weninger M, Langer M, Aschauer H N. Điều trị cho phụ nữ mang thai phụ thuộc vào opioid. *Nghiện.* 2000;95(2):239. [PubMed]
 295. Flynn P M, Porto J V, Rounds-Bryant J, Kristiansen P L. Chi phí và lợi ích của việc điều trị methadone trong DATOS—Phần 1: Bệnh nhân ra viện so với người tiếp tục. *Tạp chí về việc nghiện tiếp diễn.* 2003;2(1/2):129.
 296. Fontaine K R, Cheskin L J, Carriero N J, Jefferson L, Finley C J, Gorelick D A. Chi số khối cơ thể và tác động của việc bội thực tới kiểm tra gan ở người lớn nghiện ma túy trong đơn vị nghiên cứu dân cư. *Tạp chí của hiệp hội ăn kiêng Mỹ.* 2001;101(12):1467. [PubMed]
 297. Ford, W.E. *Hiểu việc theo đuổi kết quả trong điều trị lạm dụng chất gây nghiện.* Rockville, MD: Dịch vụ chăm sóc sức khỏe Ấn Độ, 2000. <http://www.ihs.gov/MedicalPrograms/Alcohol/download/purchase.pdf>[Truy cập ngày 15/7/2002].
 298. Foster J H, Marshall E J, Peters T J. Kết quả sau khi cai nghiện nội trú cho người phụ thuộc vào rượu: So sánh theo hướng tự nhiên với thời gian ở viện 7 so với 8 ngày. *Tạp chí rượu và chứng nghiện rượu.* 2000;35(6):580. [PubMed]
 299. Fox C H. Sử dụng cocain khi mang thai. *Tạp chí của Tổng hội bác sĩ nội khoa gia đình.* 1994;7(3):225. [PubMed]
 300. Frances, R.J., và Miller, S.I., Tái bản. *Sách giáo khoa điều trị về rối loạn nghiện.* Tái bản lần 2. New York: Nhà xuất bản Guilford, 1998.
 301. French, M.T. *Chương trình phân tích chi phí điều trị lạm dụng chất gây nghiện (DATCAP): Phiên bản chương trình.* Tái bản lần 8. Miami, FL: Đại học Miami, 2003a. <http://www.datcap.com/program.htm>[Truy cập ngày 15/1/2005].
 302. French, M.T. *trình phân tích chi phí điều trị lạm dụng chất gây nghiện (DATCAP): Sổ tay người dùng.* Tái bản lần 8. Miami, FL: Đại học Miami, 2003b. <http://www.datcap.com/usersmanual.htm>[Truy cập ngày 15/1/2005].
 303. French M T, Dunlap L J, Zarkin G A, McGeary K A, McLellan A T. Công cụ có cấu trúc dùng ước tính chi phí kinh tế của việc điều trị lạm dụng chất gây nghiện. *Chương trình phân tích chi phí điều trị lạm dụng chất gây nghiện (DATCAP).* *Tạp chí điều trị lạm dụng chất gây nghiện.* 1997;14(5):445. [PubMed]
 304. French M T, Roebuck M C, McLellan A T, Sindelar J L. Có thể dùng cách nhìn lại dịch vụ điều trị để ước tính chi phí của dịch vụ chữa trị và cai nghiện không? *Tạp chí về lạm dụng chất gây nghiện.* 2000;12(4):341. [PubMed]
 305. French S A, Jefferey R W, Klesges L M, Forster J L. Lo lắng về cân nặng và thay

- đổi trong hành vi hút thuốc trong 2 năm ở nhóm người lao động. Tạp chí Sức khỏe Cộng đồng Mỹ. 1995;85(5):720. [PubMed] [Bản đầy đủ miễn phí ở PMC]
306. Fuller R K, Gordis E. Tinh lọc việc điều trị ngừng uống rượu. Tạp chí của Hiệp hội y khoa Mỹ. 1994;272(7):557. [PubMed]
 307. Galanter M, Keller D S, Dermatis H, Egelko S. Ảnh hưởng của việc chăm sóc sức khỏe có kiểm soát đối với điều trị lạm dụng chất gây nghiện: Báo cáo của Hiệp hội thuốc cai nghiện Mỹ. Tạp chí về các bệnh nghiện. 2000;19(3):13. [PubMed]
 308. Ganrot P O. Biến thể của việc protein trong huyết tương tập trung ở người lớn bình thường, ở phụ nữ mang thai và trẻ sơ sinh. Tạp chí Scandinavi về Y khoa và nguồn điều tra phòng thí nghiệm. 1972;124:83. [PubMed]
 309. Garber, A.J. Bệnh tiểu đường. Trong: Stein, J.H., Tái bản. *Dược phẩm nội tại*. Tái bản lần thứ 4. St. Louis, MO: Mosby, 1994. trang 1391–1424.
 310. Garbis, H., và McElhatton, P.R. Việc cho con bú, thuốc gây mê và thuốc chữa bệnh Parkinson. Trong: Thuốc dùng khi mang thai và cho con bú; Sổ tay kê đơn và đánh giá nguy cơ tương đối: Với thông tin cập nhật từ thuốc giải trí. New York: Elsevier, 2001. trang 182–191.
 311. Gariti P, Auriacombe M, Incmikoski R, McLellan A T, Patterson L, Dhopes V, Mezochow J, Patterson M, O'Brien C. Nghiên cứu loại trừ ngẫu nhiên về liệu pháp điện học thần kinh khi cai nghiện opiate và côcain. Tạp chí về lạm dụng chất gây nghiện. 1992;4(3):299. [PubMed]
 312. Garro A J, Lieber C S. Rượu và ung thư. Báo cáo hàng năm về Phương pháp chữa bệnh dùng thuốc và khoa chất độc. 1990;30:219.
 313. Garvey R, Fitzmaurice B. Mê sảng do cai nghiện thuốc lác dạng lỏng (GHB). Tạp chí dược phẩm tâm lý của Ai-len. 2004;21(2):73.
 314. Gastfriend, D.R. Khi rối loạn dùng một chất gây nghiện là nguyên nhân từ chối điều trị. Trong: Pollack, M.H., và Otto, M.W., Tái bản. *Thử thách trong hành nghề chữa bệnh: Chiến lược điều trị bằng thuốc và bằng tâm lý xã hội*. New York: Nhà xuất bản Guilford, 1996. trang 329–354.
 315. Gastfriend D R, Lu S H, Sharon E. Xấp xếp phù hợp: Thử thách và tiến trình kỹ thuật. Dùng đúng và sai chất gây nghiện. 2000;35(12–14):2191. [PubMed]
 316. Gastfriend D R, McLellan A T. Điều trị phù hợp: Cơ sở lý thuyết và hàm ý thực hành. Phòng khám y khoa ở Bắc Mỹ. 1997;81(4):945. [PubMed]
 317. Gatch M B, Lal H. Điều trị cai nghiện dùng thuốc. Tiến bộ trong Tâm thần dược học và tâm thần sinh học. 1998;22(6):917.
 318. Gates, D. Tài chính của Medicaid trong việc điều trị lạm dụng chất gây nghiện và rượu cho phụ nữ mang thai, làm mẹ và con cái họ. Washington, DC: Chương trình luật về sức khỏe quốc gia, 1992.
 319. Gawin F H, Kleber H D. Triệu chứng học về cai nghiện và chấn trị tâm thần ở người lạm dụng côcain. Thành tựu của Tâm thần học tổng thể. 1986;43:107. [PubMed]
 320. Gelenberg, A.J., và Bassuk, E.L., Tái bản. *Hướng dẫn của người thực hành về chất kích thích thần kinh*. Tái bản lần thứ 4. New York: Công ty Sách Y học Plenum., 1997.
 321. Geller, A. Ảnh hưởng thần kinh. Trong: Graham, A.W., và Wilford, B.B., Tái bản. *Nguyên lý dùng thuốc cai nghiện*. Tái bản lần thứ 2. Chevy Chase, MD: Hiệp hội thuốc cai nghiện Mỹ, 1998. trang 775–792.
 322. Gerstein, D.R., Johnson, R.A., Harwood, H., Fountain, D., Suter, N., và Malloy, K. *Đánh giá dịch vụ phục hồi: Đánh giá Điều trị cai nghiện rượu và thuốc ở California (CALDATA)*. Sacramento, CA: Chương trình của bộ thuốc và rượu, 1994. <http://>

- www.adp.cahwnet.gov/RC/pdf/caldata.pdf [Truy cập ngày 9/4/2002].
323. Giannini A J, Miller N, Kocjan D K. Điều trị chứng lạm dụng steroid : Cái nhìn ở góc độ tâm thần học. Điều trị khoa nhi. 1991;30(9):538. [PubMed]
 324. Gill K, Eagle Elk M, Liu Y, Deitrich R A. Kiểm tra kiểu di truyền ALDH2, sự trao đổi chất của rượu và phản ứng tẩy rửa ở người Mỹ bản địa. Tạp chí nghiên cứu về rượu. 1999;60(2):149. [PubMed]
 325. Giovino G A, Henningfield J E, Tomar S L, Escobedo L G, Slade J. Dịch tễ học của chứng phụ thuộc và dùng thuốc lá. Tóm tắt về Dịch tễ học. 1995;17(1):48. [PubMed]
 326. Glover E D, Glover P N. Cách điều trị dùng thuốc đối với người nghiện thuốc lá phụ thuộc vào nicôtin. Tạp chí hành vi sức khỏe của Mỹ. 2001;25(3):179. [PubMed]
 327. Glover, E.D., Nilsson, F., Westin, A., và Glover, P.N. “Câu hỏi điều tra hành vi hút thuốc của Glover-Nilsson(GN-SBQ).” Bản được trình bày tại cuộc họp thường niên lần thứ 8 của Hiệp hội nghiên cứu nicôtin và thuốc lá, Savannah, GA, 2002.
 328. Gold C G, Cullen D J, Gonzales S, Houtmeyers D, Dwyer M J. Cai nghiện opioid nhanh khi gây mê toàn thân: Xem xét lại 20 bệnh nhân. Gây mê học. 1999;91(6):1639. [PubMed]
 329. Gold M S, Dackis C A, Washton A M. Dùng clonidine và naltrexone liên tục trong điều trị nghiện opiate. Tiến bộ trong điều trị Lạm dụng rượu và chất gây nghiện. 1984;3(3):19. [PubMed]
 330. Gold M S, Redmond D E, Jr, Kleber H D. Clonidine ngăn triệu chứng ngừng dùng. Lancet. 1978;2(8090):599. [PubMed]
 331. Golden S A, Sakhrani D L. Tình trạng mê sảng bất ngờ trong khi cai nghiện nhanh opioid (ROD). Tạp chí về các bệnh nghiện. 2004;23(1):65. [PubMed]
 332. Goldsmith R J. Toàn cảnh về bệnh tâm thần đi kèm: Xem xét về lý thuyết và thực tiễn. Phòng khám tâm thần ở Bắc Mỹ. 1999;22(2):331. [PubMed]
 333. Goldstein, G. Phụ hồi, điều trị và tái hòa nhập đối với người nghiện rượu kinh niên. Trong: Parsons, O.A., Butters, N., và Nathan, P.E., Tái bản. Tâm lý thần kinh học của người nghiện rượu: Hàm ý chỉ tới chẩn trị và điều trị. New York: Nhà xuất bản Guilford, 1987.
 334. Gondolf E, Coleman K, Roman S. Gọi ý dựa trên bảo hiểm so với gọi ý dựa trên điều trị ở các mức lạm dụng chất gây nghiện. Dùng đúng và sai chất gây nghiện. 1996;31(9):1101. [PubMed]
 335. Goodman L, Koss M, Russo N. Bạo lực đối với phụ nữ: Ảnh hưởng tới sức khỏe thể chất và tinh thần. Phần I: Nghiên cứu. Tâm lý học bảo vệ và ứng dụng. 1993;2:79.
 336. Gorelick D A, Gardner E L, Xi Z X. Các đại lí đang trong quá trình phát triển để điều khiển chứng lạm dụng côcain. Chất gây nghiện. 2004;64(14):1547. [PubMed]
 337. Gossop M, Keaney F, Stewart D. Thang đo vấn tắt việc ngừng uống rượu (SAWS): Đặc tính đo nghiệm tinh thần và phát triển. Sinh học về nghiện. 2002;7:37. [PubMed]
 338. Gottheil E, Sterling R C, Weinstein S P. Những điều bị lãng quên trước điều trị: Đặc tính và kết quả. Tạp chí về các bệnh nghiện. 1997;16(2):1.
 339. Gottschalk P C, Jacobsen L K, Kosten T R. Quan niệm hiện tại về việc dùng thuốc điều trị chứng lạm dụng chất gây nghiện. Báo cáo tâm thần học hiện tại. 1999;1(2):172. [PubMed]
 340. Gouzoulis-Mayfrank E, Daumann J, Tuchtenhagen F, Pelz S, Becker S, Kunert H J, Fimm B, Sass H. Hoạt động nhận thức bị hỏng hóc ở người dùng thuốc tự do khi phê thuốc(MDMA). Tạp chí thần

- kinh học, phẫu thuật thần kinh và tâm thần học. 2000;68(6):719.
341. Grabowski J, Rhoades H, Schmitz J, Stotts A, AnnDaruzska L, Creson D, Moeller F G. Dùng Dextroamphetamine để điều trị chứng phụ thuộc vào cocain: Thử nghiệm ngẫu nhiên có kiểm soát loại trừ sai lầm. Tạp chí Tâm thần dược học trong điều trị. 2001;21(5):522. [PubMed]
 342. Graham, A.W., Schultz, T.K., Mayo-Smith, M.F., Ries, R.K., và Wilford, B.B., Tái bản. Nguyên lý của Thuốc chữa nghiện. Tái bản lần 3. Chevy Chase, MD: Hiệp hội thuốc cai nghiện Mỹ, 2003.
 343. Graham, A.W., Schultz, T.K., và Wilford, B.B., Tái bản. Nguyên lý của Thuốc chữa nghiện. Tái bản lần 2. Chevy Chase, MD: Hiệp hội thuốc cai nghiện Mỹ, 1998.
 344. Greenfeld, L.A., và Snell, T.L. Nữ tội phạm. Báo cáo đặc biệt của Cục Thống kê Công lý. NCJ 175688. Washington, DC: Cục Thống kê Công lý, 1999. <http://www.ojp.usdoj.gov/bjs/pub/pdf/wo.pdf>[Truy cập ngày 28/2/2003].
 345. Greenspon A J, Schaal S F. “Trái tim nghi ngờ”: Nghiên cứu điện sinh lý học về ảnh hưởng của rượu với người nghiện rượu. Biên niên ký về thuốc nội tại. 1983;98(2):135. [PubMed]
 346. Greer B G. Lạm dụng thuốc ở người khuyết tật: Vấn đề khi có quá nhiều nguồn tiếp cận. Tạp chí cải tạo. 1986;14(1):34.
 347. Griffith J D, Joe G W, Chatham L R, Simpson D D. Việc phát triển và tính có hiệu lực của Thang đo Simpatia đối với việc điều trị nghiện ma túy cho nhóm người Tây Ban Nha và Bồ Đào Nha. Tạp chí khoa học hành vi của Tây Ban Nha và Bồ Đào Nha. 1998;20(4):468.
 348. Gritz E R, Klesges R C, Meyers A W. Mối liên hệ giữa hút thuốc và trọng lượng của cơ thể: Hàm ý của việc can thiệp và kiểm soát cân nặng trước khi cai nghiện. Biên niên ký về thuốc điều chỉnh hành vi. 1989;11(4):144.
 349. Gross M M, Rosendlatt S M, Lewis E, Chartof S, Malenowski B. Chứng loạn tinh thần nặng do rượu trong các hội chứng liên quan: Đặc tính trị bệnh và tâm lý và hàm ý của chúng. Tạp chí về nghiện của Anh. 1972;65:15.
 350. Gulliver S B, Rohsenow D J, Colby S M, Dey A N, Abrams D B, Niaura R S, Monti P M. Mối liên hệ tương quan giữa việc muốn dùng, dùng và phụ thuộc và thuốc lá và rượu. Tạp chí nghiên cứu về rượu. 1995;56(2):202. [PubMed]
 351. Gupta R, Espinal M A, Raviglione M C. Bệnh lao trở thành vấn đề sức khỏe toàn cầu trong thế kỉ 21: Dự đoán của WHO. Hội thảo về Hô hấp và thuốc điều trị chuyên sâu. 2004;25(3):245. [PubMed]
 352. Gupta S K, Hwang S S, Causey D, Rolf C N, Gorsline J. So sánh giữa việc nghiên cứu tác dụng vật lý, hóa học của nicotin tới cơ thể trong hệ thống dẫn thuốc vào cơ thể và việc hút thuốc trong nửa giờ. Tạp chí Dược lý trị bệnh. 1995;35(10):985. [PubMed]
 353. Guthmann, D.S. *Phân tích các biến số ảnh hưởng tới kết quả điều trị cho người điếc và người khó nghe bị phụ thuộc vào chất hóa học*. Minneapolis, MN: Chương trình điều trị cho người điếc và khó nghe phụ thuộc vào chất hóa học, 2002. http://www.mncddeaf.org/articles/analysis_ad.htm[Truy cập ngày 1/11/2002].
 354. Hall S M, Tunstall C D, Vila K L, Duffy J. Ngăn ngừa việc tăng cân và cai nghiện thuốc lá: Kết quả cảnh báo. Tạp chí Sức khỏe Cộng đồng Mỹ. 1992;82(6):799. [PubMed] [Bản đầy đủ miễn phí tại PMC]
 355. Haller D L, Knisely J S, Dawson K S, Schnoll S H. Người mang thai lạm dụng chất gây nghiện. Đặc tính xã hội và tâm lý. Tạp chí về bệnh tâm thần và thần kinh. 1993;181(8):509. [PubMed]
 356. Handelsman L, Cochrane K J, Aronson M J, Ness R, Rubinstein K J, Kanof P D. Hai thang đo đánh giá mới cho việc

- ngừng hút thuốc phiện. Tạp chí lạm dụng rượu và chất gây nghiện. 1987;13(3):293. [PubMed]
357. Haney M, Ward A S, Comer S D, Foltin R W, Fischman M W. Triệu chứng cai nghiện sau khi hút cần sa ở con người. Tâm thần dược học. 1999;141(4):395. [PubMed]
 358. Harrison, P.M., và Beck, A.J. Tù nhân vào giữa năm 2004. *Tập san của Cục thống kê tội phạm* (Tháng 4):NCJ 208801. Washington, DC: Cục Thống kê Tội phạm, 2005. <http://www.ojp.usdoj.gov/bjs/pub/pdf/pjim04.pdf>[Truy cập ngày 27/4/2005].
 359. Hayashida M. Khái quát về việc cai nghiện nội và ngoại trú. Sức khỏe khi uống rượu và thể giới nghiên cứu. 1998;22(1):44. [PubMed]
 360. Heath, D.B. Người Mỹ da đỏ và rượu: Tương quan giữa dịch tễ học và văn hóa xã hội. Trong: Spiegler, D., Tate, D., và Aitkin, S., Tái bản. *Dùng rượu trong các nhóm dân tộc thiểu số ở Mỹ. Các quá trình bàn bạc về dịch tễ học của việc sử dụng và lạm dụng rượu ở các nhóm dân tộc thiểu số*. Chuyên khảo nghiên cứu NIDA 18. Ấn phẩm của DHHS số(ADM) 89-1435. Washington, DC: Văn phòng In ấn Chính phủ Mỹ, 1989. trang 207–222.
 361. Heatherton T, Kozlowski L, Frecker R, Fagerstrom K O. Thử nghiệm Fagerstrom đối với người phụ thuộc vào nicôt Trong: Điểm lại về câu hỏi điều tra mức độ chịu đựng Fagerstrom. Tạp chí về nghiện của Anh. 1991;86(9):1119. [PubMed]
 362. Hedlund L, Wahlstrom G. Tác dụng của diazepam đối với người tự nguyện dùng ethanol trong mô hình nghiện rượu. Rượu và chứng nghiện rượu. 1998;33(3):207. [PubMed]
 363. Helms, J.E., và Parham, T.A. Thang đo thái độ nhận dạng chủng tộc (RAIS). Trong: Jones, R.L., Tái bản. *Sổ tay về kiểm tra và đo đạc với nhóm người gia đen*. Hampton, VA: Cobb và Henry, 1996. trang 167–174.
 364. Helzer, J.E. Chẩn đoán bệnh tâm thần, lịch sử bệnh tâm thần của gia đình. Trong: Rounsaville, B.J., Tims, F., Horton, A.M., và Sowder, B.J., Tái bản. *Sách chẩn đoán gốc về Điều trị và nghiên cứu chứng lạm dụng chất gây nghiện*. Rockville, MD: Bộ Dịch vụ con người và Sức khỏe Mỹ, Dịch vụ chăm sóc sức khỏe cộng đồng, Viện quốc gia về sức khỏe, Viện quốc gia về lạm dụng chất gây nghiện, 1993.
 365. Helzer, J.E., Bucholz, K., và Robins, L.N. Năm cộng đồng trong nước Mỹ: kết quả Điều tra khu vực phục vụ dịch tễ học. Trong: Helzer, J.E., và Canino, G.J., Tái bản. *Chứng nghiện rượu ở Bắc Mỹ, châu Âu và châu Á*. New York: Nhà xuất bản Đại học Oxford, 1992. trang 71–95.
 366. Helzer, J.E., và Canino, G., Tái bản. *Chứng nghiện rượu ở Bắc Mỹ, Châu Âu và Châu Á*. New York: Nhà xuất bản Đại học Oxford, 1992.
 367. Henningfield J E, Chait L D, Griffiths R R. Hiệu ứng của ethano đối với người tình nguyện hút thuốc lá mà không có tiền sử nghiện rượu. Tâm thần dược học. 1984;82(1–2):1. [PubMed]
 368. Higgins S T, Delaney D D, Budney A J, Bickel W K, Hughes J R, Foerg F, Fenwick J W. Phương pháp hành vi để đạt được việc cai nghiện côcain bước đầu. Tạp chí tâm lý Mỹ. 1991;148(9):1218. [PubMed]
 369. Hillbom M, Numminen H. Rượu và trụ tim: Cơ chế sinh lý bệnh học. Dịch tễ thần kinh học. 1998;17(6):281. [PubMed]
 370. Hillbom M E, Hjelm-Jager M. Có nên điều trị chứng co giật do ngừng uống rượu bằng thuốc chống động kinh? Tạp chí Acta Neurologica Scandinavica. 1984;69(1):39. [PubMed]
 371. Hitsman B, Pingitore R, Spring B, Mahableshwarkar A, Mizes J S, Segraves K A, Kristeller J L, Xu W. Phương pháp

- dùng thuốc chống trầm cảm giúp một số người hút thuốc nhiều hơn những người khác. *Tạp chí Tâm thần học trong y khoa và tư vấn*. 1999;67(4):547. [PubMed]
372. Ho A, Dole V P. Nhận thức cơn đau khi không có thuốc và ở người từng nghiện vẫn còn methadon. Các quá trình của Hiệp hội Sinh học thực nghiệm và Dược phẩm. 1979;162(3):392. [PubMed]
 373. Hoffman, N.G., và Hiệp hội dược phẩm gây nghiện của Mỹ. *Đội đặc nhiệm tiêu chuẩn người lớn và đội đặt nhiệm tiêu chuẩn thanh niên. Tiêu chuẩn phân chia bệnh nhân của Hiệp hội dược phẩm gây nghiện Mỹ trong điều trị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện kích thích thần kinh*. Washington, DC: Hiệp hội dược phẩm gây nghiện Mỹ, 1991.
 374. Hoffman N G, Miller N S. Kết quả điều trị của các chương trình dựa trên việc cai nghiện. *Biên niên kí về tâm thần học*. 1992;22(8):402.
 375. Hoffman R S, Hollander J E. Đánh giá bệnh nhân bị đau ngực sau khi dùng côcain. *Tạp chí Chăm sóc sức khỏe chuyên sâu*. 1997;13(4):809. [PubMed]
 376. Holder H D. Chi phí và lợi nhuận của việc điều trị lạm dụng chất gây nghiện: Toàn cảnh về kết quả do lạm dụng chất gây nghiện và rượu. *Tạp Chí Kinh tế và Chính sách sức khỏe tinh thần*. 1998;1(1):23. [PubMed]
 377. Holder H D, Blose J O. Điều trị nghiện rượu và chi phí và sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tổng thể. : *Nghiên cứu bốn năm của nhân viên liên bang Mỹ đăng kí với công ty Bảo hiểm Aetna Life*. *Tạp chí hiệp hội y khoa Mỹ*. 1986;256(11):1456. [PubMed]
 378. Holder H D, Blose J O. Điều trị sức khỏe tinh thần và việc giảm chi phí chăm sóc sức khỏe: *Nghiên cứu bốn năm của nhân viên liên bang Mỹ đăng kí với công ty Bảo hiểm Aetna Life*. *Tiến bộ trong nghiên cứu dịch vụ chăm sóc sức khỏe và ngành kinh tế chăm sóc sức khỏe*. 1987;8(157–74):157. [PubMed]
 379. Holder H D, Boyd G, Howard J, Flay B, Voas R, Grossman M. Chính sách nghiên cứu phòng tránh vấn đề về rượu: Sự cần thiết có mô hình nghiên cứu theo giai đoạn. *Tạp chí Chính sách Sức khỏe cộng đồng*. 1995;16(3):324. [PubMed]
 380. Hollander J E. Kiểm soát chứng thiếu máu cơ tim cục bộ liên quan tới côcain. *Tạp chí dược phẩm New England*. 1995;333(19):1267. [PubMed]
 381. Hook E W. Kiểm soát bệnh giang mai ở bệnh nhân nhiễm vi rút phá hủy hệ miễn dịch ở người. *Tạp chí Dược phẩm Mỹ*. 1992;93:477. [PubMed]
 382. Hopewell, P.C., và Small, P.M. Nhiễm vi khuẩn lao và không lao. Trong: Stein, J.H., Tái bản. *Thuốc nội tại*. Tái bản lần 4. St. Louis, MO: Mosby, 1994. trang 2193–2212.
 383. Hopkins, H.S., và Gelenberg, A.J. Rối loạn lưỡng cực. Trong: Gelenberg, A.J., và Bassuk, E.L., Tái bản. *Hướng dẫn cho người thực hành đối với thuốc có tác động tới tinh thần*. New York: Công ty Sách y học Plenum, 1997. trang 123–151.
 384. Horvath A O, Luborsky L. Vai trò của khối liên minh điều trị trong điều trị tâm thần. *Tạp chí Tâm thần học trong y khoa và tư vấn*. 1993;61(4):561. [PubMed]
 385. House R M, Pinyuchon M. Tư vấn cho người Mỹ gốc Thái: Sự cần thiết cấp bách. *Tạp chí Phát triển và tư vấn đa văn hóa*. 1998;26(3):194.
 386. Hser Y I, Polinsky M L, Maglione M, Anglin M D. Làm nhu cầu của bệnh nhân hợp với dịch vụ điều trị nghiện. *Tạp chí điều trị lạm dụng chất gây nghiện*. 1999;16(4):299. [PubMed]
 387. Hsu L C, Tani K, Fujiyoshi T, Kurachi K, Yoshida A. Nhân bản gen bổ xung cho việc loại hidro andehit ở người cấp độ 1 và 2.

- Các quá trình của Viện khoa học quốc gia Mỹ. 1985;82(11):3771. [PubMed] [Bản đầy đủ miễn phí ở PMC]
388. Huff, R.M., và Kline, M.V. Bí quyết làm việc với cộng đồng người Tây Ban Nha, Bồ Đào Nha. Trong: Huff, R.M., và Kline, M.V., Tái bản. *Nâng cao sức khỏe trong cộng đồng người đa văn hóa: Sổ tay cho người thực hành*. Thousand Oaks, CA: Nhà xuất bản Sage, 1999. trang 189–197.
 389. Hughes J R. Nguy cơ lạm dụng và khả năng phụ thuộc khi điều trị bằng cách thay thế nicôtin. *Thuốc sinh học và Phương pháp điều trị bằng thuốc*. 1989;43(1):11.
 390. Hughes, J.R. Kết hợp điều trị hành vi và điều trị bằng thuốc khi cai nghiện thuốc lá: Bản cập nhật. Trong: Onken, L.S., Blaine, J.D., và Boren, J.J., Tái bản. *Kết hợp điều trị hành vi với thuốc trong điều trị chứng phụ thuộc vào chất gây nghiện*. Chuyên khảo nghiên cứu NIDA 150. Nhà xuất bản NIH Số 95-3899. Rockville, MD: Viện quốc gia về lạm dụng chất gây nghiện, 1995. trang 92–109.
 391. Hughes J R, Hatsukami D K. Hội chứng rút nicotIn: bình luận ngắn và cập nhật. *Tạp chí cai nghiện thuốc lá quốc tế*. 1992;1:21.
 392. Hughes J R, Lesmes G R, Hatsukami D K, Richmond R L, Lichtenstein E, Jorenby D E, Broughton J O, Fortmann S P, Leischow S J, McKenna J P, Rennard S I, Wadland W C, Heatley S A. Thay thế liều nicôtin cao hơn có hiệu quả hơn trong cai nghiện thuốc lá? Nghiên cứu về thuốc lá và nicôtin. 1999;1(2):169. [PubMed]
 393. Hughes T L, Wilsnack S C. Sử dụng rượu ở người đồng tính nữ: Nghiên cứu và ứng dụng điều trị. *Tạp chí Bệnh lý học Mỹ*. 1997;67(1):20. [PubMed]
 394. Humphreys K, Moos R H. Giảm chi phí chăm sóc sức khỏe liên quan tới lạm dụng chất gây nghiện với những người tình nguyện tham gia trong Hội người cai rượu. *Dịch vụ chăm sóc tâm thần*. 1996;47(7):709. [PubMed]
 395. Hurt R D, Dale L C, Croghan G A, Croghan I T, Gomez-Dahl L C, Offord K P. Xịt nicôtin vào mũi để cai nghiện thuốc lá: Cách sử dụng, tác dụng phụ, hội chứng bỏ thuốc và mức cotin. *Tạp chí Mayo Clinic Proceedings*. 1998;73(2):118. [PubMed]
 396. Hurt R D, Dale L C, Offord K P, Bruce B K, McClain F L, Eberman K M. Điều trị ngoại trú với người phụ thuộc nặng vào nicôtin. *Tạp chí Mayo Clinic Proceedings*. 1992;67(9):823. [PubMed]
 397. Hurt R D, Eberman K M, Croghan I T, Offord K P, Davis L J, Jr, Morse R M, Palmen M, Bruce B K. Điều trị chứng phụ thuộc vào nicôtin khi điều trị ngoại trú các chứng nghiện khác: Thử can thiệp có triển vọng. *Rượu: Nghiên cứu thử nghiệm và y khoa*. 1994;18(4):867.
 398. Viện nghiên cứu lạm dụng chất hóa học đen. *Toàn cảnh về độ nhạy cảm và đặc trưng văn hóa: Triển vọng và định nghĩa IBCA*. Minneapolis, MN: Viện nghiên cứu lạm dụng chất hóa học đen, 1992.
 399. Ivey K J. Chất gây nghiện, viêm dạ dày và loét đường tiêu hóa. *Tạp chí về điều trị bệnh đường tiêu hóa*. 1981;3(suppl 2):29.
 400. Ja, D.Y., và Aoki, B. Điều trị lạm dụng chất gây nghiện: rào cản văn hóa trong cộng đồng người Mỹ gốc Á. Trong: Organista, P.B., Chun, K.M., và Marin, G., Tái bản. *Độc về tâm lý học chủng tộc*. New York: Nhà xuất bản Routledge, 1998. trang 386–401.
 401. Jackson M S, Stephens R C, Smith R L. Điều trị cho người da đen trong chương trình điều trị lạm dụng chất gây nghiện tại nhà: Iwo San. *Tạp chí điều trị lạm dụng chất gây nghiện*. 1997;14(1):87. [PubMed]
 402. James W. Kiểm tra sự khác biệt về chủng tộc và dân tộc trong việc sử dụng chất gây

- nghiện của thanh niên châu Á: Đóng góp về văn hóa, gốc gác và lối sống. Chất gây nghiện: Giáo dục, Phòng ngừa, và Chính sách. 1997;4(1):39.
403. Janicak, P.G. *Nguyên lý và việc thực hành phương pháp dùng điều trị kết hợp dùng thuốc và tâm lý*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1993.
 404. Jauhar P, Anderson J. Một lượng diazepam dùng hàng ngày có hiệu quả như chlordiazepoxide được chia làm nhiều liều ở người ngừng uống rượu—một nghiên cứu thí điểm. *Tạp chí rượu và chứng nghiện rượu*. 2000;35(2):212. [PubMed]
 405. Javors, M.A., Pichot, J.T., King, T.S., và Anton, R.S. Tìm kiếm dấu ấn sinh học. Trong: Johnson, B.A., và Roache, J.D., Tái bản. *Nghiện thuốc phiện và cách điều trị: Mối liên hệ giữa khoa khám thân kinh và hành vi*. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1997. trang 205–231.
 406. Joe G W, Brown B S, Simpson D. Các vấn đề về tâm lý và bệnh nhân tham gia điều trị methadon. *Tạp chí các bệnh tâm thần và thần kinh*. 1995;183(11):704. [PubMed]
 407. Johnson R E, Chutuape M A, Strain E C, Walsh S L, Stitzer M L, Bigelow G E. So sánh giữa levomethadyl acetate, buprenorphin, và methadone đối với chứng nghiện opioid. *Tạp chí dược phẩm New England*. 2000;343(18):1290. [PubMed]
 408. Johnson R E, Jones H E, Jasinski D R, Svikis D S, Haug N A, Jansson L M, Kissin W B, Alpan G, Lantz M E, Cone E J, Wilkins D G, Golden A S, Huggins G R, Lester B M. Điều trị Buprenorphin đối với phụ nữ có thai nghiện opioid: Kết quả ở người mẹ và ở trẻ sơ sinh. *Chứng phụ thuộc vào rượu và chất gây nghiện*. 2001;63(1):97. [PubMed]
 409. Johnston, L.D., O'Malley, P.M., và Bachman, J.G. Kết quả điều tra toàn quốc về việc sử dụng ma túy từ việc quản lý nghiên cứu tương lai, 1975-1995: Tập II, Sinh viên đại học và thanh niên. Nhà xuất bản NIH Số 01-4925. Bethesda, MD: Viện quốc gia về lạm dụng chất gây nghiện, 1997.
 410. Jones A W, Andersson L. Ảnh hưởng của tuổi, giới tính và mức tập trung cồn trong máu đối với tỷ lệ cồn biến mất khỏi máu ở người lái xe có uống rượu. *Tạp chí khoa học tội phạm*. 1996;41(6):922.
 411. Jones A W, Sternebring B. Động học nghiên cứu về ethanol và methanol trong rượu khi cai nghiện. *Tạp chí rượu và chứng nghiện rượu*. 1992;27(6):641. [PubMed]
 412. Jones H E, Balster R L. Lạm dụng thuốc hít ở người mang thai. *Phòng khám bệnh sản phụ và khoa sản ở Bắc Mỹ*. 1998;25(1):153. [PubMed]
 413. Jones H E, Haug N, Silverman K, Stitzer M, Svikis D. Hiệu quả của động viên trong việc tăng cường sự có mặt điều trị và phụ nữ có thai còn methadone đang cai nghiện. *Chứng phụ thuộc vào rượu và chất gây nghiện*. 2001a;61:297. [PubMed]
 414. Jones H E, Johnson R E. Mang thai và Lạm dụng chất gây nghiện. *Ý kiến hiện tại trong tâm thần học*. 2001;14:187.
 415. Jones, H.E., Johnson, R.E., và Tuten, M. Cai nghiện methadone đối với phụ nữ mang thai nghiện opiate: An toàn và hiệu quả. 2001b.
 416. Jones, H.E., Velez, M.L., McCaul, M.E., và Svikis, D.S. Vấn đề điều trị đặc biệt đối với phụ nữ. Trong: Strain, E.C., và Stitzer, M., Tái bản. *Điều trị methadone cho người nghiện opioid*. Baltimore: Nhà xuất bản Đại học Johns Hopkins, 1999. trang 251–280.
 417. Jorenby D E, Leischow S J, Nides M A, Rennard S I, Johnston J A, Hughes A R, Smith S S, Muramoto M L, Daughton D M, Doan K, Fiore M C, Baker T B. Thử nghiệm có kiểm soát về việc đưa ra lượng lớn bupropion, tẩm cấy nicotin, hoặc cả

- 2 để cai nghiện thuốc lá. Tạp chí dược phẩm New England. 1999;340(9):685. [PubMed]
418. Tổ chức Kaiser Family và Quỹ giáo dục và nghiên cứu sức khỏe. *Điều tra hàng năm về lợi ích của sức khỏe người chủ năm 2003*. Menlo Park, CA: Henry J. Tổ chức Kaiser Family, 2003. <http://www.kff.org/insurance/loader.cfm?url=/commonspot/security/getfile.cfm&PageID=20672>[Truy cập ngày 7/1/2005].
 419. Kaltenbach K, Berghella V, Finnegan L. Nghiện opioid khi mang thai: hệ quả và sự kiểm soát. *Sân khoa và các bệnh sản khoa*. 1998;25(1):139. [PubMed]
 420. Kampman K M, Alterman A I, Volpicelli J R, Maany I, Muller E S, Luce D D, Mulholland E M, Parikh G A, Mulvaney F D, Weinrieb R M, O'Brien C P. Triệu chứng ngừng dùng côcain và kết quả nhiễm độc nước tiểu ban đầu dự đoán điều trị mất dần hiệu quả khi điều trị nghiện côcain ngoại trú. *Tâm lý học về hành vi nghiện*. 2001b;15(1):52. [PubMed]
 421. Kampman K M, Volpicelli J R, Alterman A I, Cornish J, O'Brien C P. Amantadin trong điều trị cho bệnh nhân nghiện côcain với triệu chứng ngừng dùng thuốc nặng. *Tạp chí tâm lý Mỹ*. 2000;157(12):2052. [PubMed]
 422. Kampman K M, Volpicelli J R, McGinnis D E, Alterman A I, Weinrieb R M, D'Angelo L, Epperson L E. Tính đáng tin cậy và tính có hiệu lực của việc đánh giá tính nghiêm trọng có lựa chọn về côcain. *Hành vi nghiện*. 1998;23(4):449. [PubMed]
 423. Kampman K M, Volpicelli J R, Mulvaney F, Alterman A L, Cornish J, Gariti P, Cnaan A, Poole S, Muller E, Acosta T, Luce D, O'Brien C. Hiệu quả của thuốc propranolol đối với điều trị nghiện côcain có thể phụ thuộc vào mức độ nghiêm trọng của triệu chứng ngừng dùng côcain. *Chứng phụ thuộc vào rượu và chất gây nghiện*. 2001a;63(1):69. [PubMed]
 424. Kandall, S.R. Phụ nữ và việc nghiện ở Mỹ—1920 tới hiện tại. Trong: Wetherington, C.L., và Roman, A.B., Tái bản. *Nghiên cứu về nghiện thuốc phiện và sức khỏe của phụ nữ*. Nhà xuất bản NIH Số 98-4290. Rockville, MD: Viện quốc gia về lạm dụng chất gây nghiện, 1998. trang 53–80.
 425. Kandall S R, Albin S, Gartner L M, Lee K S, Eidelman A, Lowinson J. Người mẹ nghiện narcotic: Hậu quả đối với thai nhi và sau khi sinh. *Sự phát triển lúc đầu của con người*. 1977;1(2):159. [PubMed]
 426. Kaplan, H.I., Sadock, B.J., và Cancro, R., Tái bản. *Sách giáo khoa toàn diện về tâm thần học*. Tái bản lần thứ 6. Baltimore: Williams & Wilkins, 1995.
 427. Kashner T M, Rodell D E, Ogden S R, Guggenheim F G, Karson C N. Kết quả và chi phí của chương trình điều trị nội trú cho bệnh nhân nghiện rượu lớn tuổi. *Tâm lý học cộng đồng và bệnh viện*. 1992;43(10):985. [PubMed]
 428. Kasser, C., Geller, A., Howell, E., và Wartenberg, A. *Cai nghiện: Nguyên lý và phương thức*. Chevy Chase, MD: Hiệp hội thuốc cai nghiện Mỹ, 2000. <http://www.asam.org/publ/detoxification.htm>[Truy cập ngày 11/1/2001].
 429. Kaufman E. Chẩn trị và điều trị lạm dụng rượu và ma túy ở phụ nữ. *Tạp chí sản khoa và các bệnh sản khoa của Mỹ*. 1996;174:21. [PubMed]
 430. Kazarian, S.S., và Evans, D.R. *Tâm lý học điều trị liên quan tới văn hóa: Lý thuyết, nghiên cứu và thực hành*. New York: Nhà xuất bản Đại học Oxford, 1998.
 431. Keilitz I, Hall D. Một số luật lệ điều hành tội phạm dân sự điều trị ngoại trú. *Nhìn lại luật của Maryland*. 1985;9(5):378.
 432. Keller, M., và Rosenberg, S.S., Tái bản. *Rượu và sức khỏe: Báo cáo từ thư ký bộ Sức khỏe, giáo dục và phúc lợi*. New York: Scribner, 1973.

433. Kertesz S G, Horton N J, Friedmann P D, Saitz R, Samet J H. Làm chậm của xoay: Chương trình bình ổn giảm số người vô gia cư dùng chất gây nghiện sau khi cai nghiện. *Tạp chí điều trị lạm dụng chất gây nghiện*. 2003;24(3):197. [PubMed]
434. Keso L, Salaspuro M. Điều trị nội trú với người nghiện có việc làm: Thử nghiệm ngẫu nhiên theo kiểu Hazelden và điều trị truyền thống. *Nghiện rượu: Nghiên cứu thực nghiệm và điều trị*. 1990;14(4):584.
435. Kessler R C, Barker P R, Colpe L J, Epstein J F, Gfroerer J C, Hiripi E, Howes M J, Normand L T, Mandersheid R W, Walters E E, Zaslavsky A M. Kiểm tra tìm bệnh thần kinh nghiêm trọng trong dân số nói chung. *Tài liệu về Tâm thần học tổng thể*. 2003;60(2):184. [PubMed]
436. Kessler R C, Crum R M, Warner L A, Nelson C B, Schulenberg J, Anthony J C. Phụ thuộc và lạm dụng rượu trong tiêu chuẩn DSM-III-R cùng xuất hiện trong đời với các rối loạn tâm thần khác trong Điều tra Quốc gia về các bệnh phối hợp. *Lưu trữ về tâm thần học tổng thể*. 1997;54(4):313. [PubMed]
437. Kessler R C, Nelson C B, McGonagle K A, Edlund M J, Frank R G, Leaf P J. Dịch tễ học về hiện tượng rối loạn tâm thần và nghiện cùng xảy ra: Âm chỉ tới các phòng tránh và sử dụng dịch vụ. *Tạp chí tâm lý trẻ em*. 1996;66(1):17. [PubMed]
438. Kessler, R.C., Nelson, C.B., McGonagle, K.A., Liu, J., Swartz, M., và Blazer, D.G. Bệnh đồng hành DSM-III-R rối loạn trầm cảm lớn ở dân số nói chung: Kết quả từ nghiên cứu quốc gia về bệnh đồng hành của Mỹ. *Tạp chí tâm thần học của Anh, phụ san* (30):17–30, 1996.
439. Kienbaum P, Scherbaum N, Thurauf N, Michel M C, Gastpar M, Peters J. Cắt nghiện ở bệnh nhân nghiện opioid bằng naloxon khi say propofol hoặc methohexital: So sánh giữa triệu chứng ngừng dùng chất gây nghiện, đặc tính của neuroendocrine, metabolic, và cardiovascular. *Dược phẩm chăm sóc đặc biệt*. 2000;28(4):969. [PubMed]
440. Killen J D, Fortmann S P, Davis L, Strausberg L, Varady A. Người nghiện thuốc là nặng có được lợi từ phương pháp điều trị dùng miếng nicotin liều cao? *Tâm thần dược học trong thực nghiệm và điều trị*. 1999;7(3):226. [PubMed]
441. Kirchner J E, Booth B M, Owen R R, Lancaster A E, Smith G R. Dự đoán việc phụ huynh tham gia vào điều trị cai rượu sau lần chẩn đoán đầu. *Tạp chí Dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi*. 2000;27(3):339. [PubMed]
442. Kleber H D, Topazian M, Gaspari J, Riordan C E, Kosten T. Clonidine và naltrexone trong việc điều trị ngoại trú với người ngừng dùng heroin. *Tạp chí lạm dụng rượu và chất gây nghiện*. 1987;13(1–2):1. [PubMed]
443. Klein M, Calderon S, Hayes B. Đánh giá nguy cơ lạm dụng thuốc bảo vệ thần kinh. *Biên niên của Viện khoa học New York*. 1999;890:515. [PubMed]
444. Kleinman B P, Millery M, Scimeca M, Polissar N L. Dự đoán việc sử dụng cách điều trị lâu dài đối với người nghiện bắt đầu cai nghiện: Sự đóng góp của mô hình tìm kiếm sự giúp đỡ. *Tạp chí Các vấn đề về thuốc*. 2002;32(1):209.
445. Kleinman, P.H., Woody, G.E., Todd, T.C., Millman, R.B., Kang, S.Y., Kemp, J., và Lipton, D.S. Người lạm dụng crack và côcain trong tâm lý trị liệu ngoại trú. Trong: Onken, L.S., và Blaine, J.D., Tái bản. *Liệu pháp tâm lý và tư vấn trong việc điều trị lạm dụng thuốc*. Ấn phẩm của DHHS số(ADM) 90-1722. Rockville, MD: Viện quốc gia về lạm dụng chất gây nghiện, 1990. trang 24–35.
446. Klijnsma M P, Cameron M L, Burns T P, McGuigan S M. Kết quả cai nghiện rượu ngoại trú sau 2 tháng. *Tạp chí rượu*

- và chứng nghiện rượu. 1995;30(5):669. [PubMed]
447. Kline A. Đường mòn tiến tới điều trị cho người nghiện: Ảnh hưởng của đặc tính về giới và chủng tộc/dân tộc. Dùng đúng và sai chất gây nghiện. 1996;31(3):323. [PubMed]
 448. Koenig, L., Denmead, G., Nguyen, R., Harrison, M., và Harwood, H. *Chi phí là lợi ích của việc điều trị lạm dụng chất gây nghiện: Các kết quả từ Nghiên cứu đánh giá cải thiện điều trị quốc gia (NTIES)*. Fairfax, VA: Caliber Associates, Dịch vụ đánh giá dữ liệu quốc gia, 1999.
 449. Kofoed L, Kania J, Walsh T, Atkinson R M. Điều trị ngoại trú cho bệnh nhân lạm dụng chất gây nghiện và đồng thời mắc chứng rối loạn tâm thần. Tạp chí tâm lý Mỹ. 1986;143(7):867. [PubMed]
 450. Kofoed L L, Tolson R L, Atkinson R M, Toth R L, Turner J A. Người nghiện rượu lớn tuổi đồng ý điều trị: Phương pháp đặc trị cho người già hữu ích hơn phương pháp chính thống. Tạp chí nghiên cứu về rượu. 1987;48(1):47. [PubMed]
 451. Kolodner G. Đưa Cai nghiện ngoại trú vào điều trị. Xu hướng nghiện rượu. 1977;1:311.
 452. Kongsakon R, Papadopoulos K I, Saguansiritham R. Mirtazapine trong cai nghiện amphetamine: nghiên cứu thí điểm quản lý thuốc trấn an. Tâm thần dược học điều trị quốc tế. 2005;20(5):253. [PubMed]
 453. Kosten T R, McCance-Katz E. Phương pháp điều trị bằng thuốc mới. Nhìn lại môn tâm thần học của Nhà xuất bản tâm thần học Mỹ. 1995;14:105.
 454. Kosten T R, Rounsaville B J, Kleber H D. Giá trị đồng nhất của Chỉ số Nghiện nặng. Tạp chí các bệnh tâm thần và thần kinh. 1983;171(10):606. [PubMed]
 455. Kranzler, H.R., và Jaffe, J.H. Can thiệp được lý đối với chứng nghiện rượu. Trong: Graham, A.W., Schultz, T.K., Mayo-Smith, M.F., Ries, R.K., và Wilford, B.B., Tái bản. *Nguyên lý về thuốc cai nghiện*. Tái bản lần 3. Chevy Chase, MD: Hiệp hội thuốc cai nghiện Mỹ, 2003. trang 701–720.
 456. Krestan, J. Nghiện, năng lực và vô năng. Trong: Krestan, J.A., Tái bản. *Cây cầu bắc tới sự phục hồi: Nghiện, liệu pháp gia đình và cách điều trị đa văn hóa*. New York: Nhà xuất bản Free, 2000. trang 15–44.
 457. Kuhn W, Koch S, Helge H, Nau H. Primidone và phenobarbital trong giai đoạn cho con bú ở phụ nữ bị động kinh: Mức độ có và không có thuốc trong huyết thanh của trẻ và tác động của chúng tới hành vi của trẻ sơ sinh. Phương pháp chữa bệnh và Cách chữa bệnh dùng thuốc theo hướng phát triển. 1988;11(3):147. [PubMed]
 458. Lader M H. Hạn chế của việc dùng benzodiazepine trong điều trị chứng lo lắng và mất ngủ: Chúng có hợp lý? Tâm thần dược thần kinh học châu Âu. 1999;9(Suppl 6):S399. [PubMed]
 459. Lahti A C, Weiler M A, Michaelidis B A, Parwani A, Tamminga C A. Tác động của ketamine lên người tình nguyện bình thường và mắc tâm thần phân liệt. Tâm thần dược thần kinh học. 2001;25(4):455. [PubMed]
 460. Lambert M T. Kết nối dịch vụ cai nghiện và chăm sóc sức khỏe tâm thần: Mô hình đội ngũ chăm sóc sức khỏe liên tục. Tạp chí Dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi. 2002;29(4):433. [PubMed]
 461. Landau J, Garrett J, Shea R R, Stanton M D, Brinkman-Sull D, Baciewicz G. Sức mạnh nằm trong số lượng: Strength in numbers: Phương pháp ARISE nhằm huy động gia đình và mạng lưới tham gia điều trị lạm dụng chất gây nghiện. Kết quả can thiệp của người trong gia đình tham gia điều trị. Tạp chí lạm dụng rượu và chất gây nghiện. 2000;26(3):379. [PubMed]

462. Lapham S, Hall M, Snyder J, Skipper B, McMurray-Avila M, Pulvino S, Kozeny T. Minh họa chương trình cai nghiện tiêu chuẩn kết hợp xã hội và dược phẩm cho người vô gia cư lạm dụng rượu. *Các vấn đề tạm thời về thuốc*. 1996;23(Summer):301.
463. Lash S J. Tăng cường sự có mặt điều trị trong quá trình sau điều trị lạm dụng chất gây nghiện. *Tạp chí lạm dụng rượu và chất gây nghiện*. 1998;24(1):31. [PubMed]
464. Lawson G M, Hurt R D, Dale L C, Offord K P, Croghan I T, Schroeder D R, Jiang N S. Ứng dụng tập trung nicotin lỏng và cotinine tinh thể vào đánh giá việc đưa nicotin vào người nghiện thuốc lá nhẹ, bình thường, nặng đang điều trị theo cách tiêm thuốc. *Tạp chí chữa bệnh bằng thuốc*. 1998;38(6):502. [PubMed]
465. Lechtenberg R, Worner T M. Nguy cơ co giật trong cai nghiện rượu định kỳ. *Lưu trữ về thần kinh học*. 1990;47(5):535. [PubMed]
466. Lechtenberg R, Worner T M. Hiệu ứng kích động có liên quan khi chấp nhận cai nghiện rượu và không cai nghiện. *Tạp chí rượu và chứng nghiện rượu*. 1991;26(2):221. [PubMed]
467. Lechtenberg R, Worner T M. Hấp thụ toàn bộ ethanol dẫn tới nguy cơ co giật ở người nghiện rượu. *Tạp chí Acta Neurologica Scandinavica*. 1992;85(2):90. [PubMed]
468. Legarda J, Gossop M. Điều trị cai nghiện nội trú 24 giờ cho người nghiện hero Trong: *Điều tra sơ bộ. Chứng phụ thuộc vào rượu và chất gây nghiện*. 1994;35(2):91. [PubMed]
469. Lehman A F, Myers C P, Corty E. Đánh giá và phân loại bệnh nhân có triệu chứng tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện. 1989. *Dịch vụ điều trị tâm thần*. 2000;51(9):1119. [PubMed]
470. Lejoyeux M, Solomon J, Ades J. Điều trị bằng Benzodiazepine cho bệnh nhân phụ thuộc vào rượu. *Tạp chí rượu và chứng nghiện rượu*. 1998;33(6):563. [PubMed]
471. Lerner, W.D., và Barr, M.A., Tái bản. *Sổ tay điều trị chứng lạm dụng chất gây nghiện tại bệnh viện*. New York: Nhà xuất bản Pergamon, 1990.
472. Lesser, I.M., Smith, M., Poland, R.E., và Lin, K.M. Tâm thần dược học và sắc tộc. Trong: Friedman, S., Tái bản. *Vấn đề văn hóa trong điều trị chứng hay lo lắng*. New York: Nhà xuất bản Guilford, 1997. trang 199–224.
473. Levin, S.M., và Greene, J.A., Tái bản. *Kết nối điều trị lạm dụng chất gây nghiện và dịch vụ giải quyết bạo lực gia đình: Hướng dẫn cho các nhà quản lý. Hướng dẫn tham khảo truyền thông ngắn gọn*. Ấn phẩm của DHHS số(SMA) 00-3391. Rockville, MD: Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện, 2000.
474. Li J X, Han R, Deng Y P, Chen S Q, Liang J H. Các tác động khác nhau của valproate on lên sự nhạy cảm hóa hành vi do methamphetamine và cocaine gây ra ở chuột. *Nghiên cứu hành vi não*. 2005;161(1):125. [PubMed]
475. Liberto J G, Oslin D W, Ruskin P E. Nghiện rượu ở người già: Xem xét lại tài liệu. *Tâm thần học ở cộng đồng và trong bệnh viện*. 1992;43(10):975. [PubMed]
476. Liepman, M.R. Dùng ảnh hưởng của gia đình để thúc đẩy người nghiện rượu tham gia điều trị: Phương pháp can thiệp của viện Johnson. Trong: O'Farrell, T.J., Tái bản. *Điều trị vấn đề về rượu: Can thiệp vật chất và từ gia đình*. New York: Nhà xuất bản Guilford, 1993. trang 54–77.
477. Linder J D, Monkemuller K E, Raijman I, Johnson L, Lazenby A J, Wilcox C M. Viêm ruột kết do thiếu máu cục bộ liên quan tới cocaine. *Tạp chí y khoa phương Nam*. 2000;93(9):909. [PubMed]
478. Liskow B I, Goodwin D W. Việc điều trị có dùng thuốc đối với người nghiện rượu, ngừng uống rượu và phụ thuộc vào rượu: bản bình luận. *Tạp chí nghiên cứu về rượu*. 1987;48(4):356. [PubMed]

479. Livneh H, Male R. Hạn chết về chức năng: Xem xét lại ảnh hưởng: Xem xét lại ảnh hưởng về tính cách và nghề nghiệp của chúng. *Tạp chí tái hòa nhập*. 1993;59(4):44.
480. Loimer N, Lenz K, Schmid R, Presslich O. Kỹ năng để rút ngắn quá trình chuyển đổi từ duy trì methadone sang naltrexone ở bệnh nhân nghiện thuốc phiện. *Tạp chí tâm lý Mỹ*. 1991;148(7):933. [PubMed]
481. Loimer N, Schmid R, Presslich O, Lenz K. Điều trị bằng naloxone đối với triệu chứng ngừng dùng thuốc phiện. *Tạp chí tâm thần học của anh*. 1988;153:851.
482. Longabaugh R, Beattie M, Noel N, Stout R, Malloy P. Tác động của việc đầu tư xã hội lên kết quả điều trị. *Tạp chí nghiên cứu về rượu*. 1993;54(4):465. [PubMed]
483. Lopez, F. *Bảo mật Thông tin của khách hàng đối với việc điều trị lạm dụng rượu và chất gây nghiện. Ấn phẩm hỗ trợ kỹ thuật seri 13. Ấn phẩm của DHHS số (SMA) 99-3321. Rockville,MD: Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện, 1994.*
484. Lovejoy, A., Ryan, E.M., Johnson, K., và Tucci, A.S. *Quỹ của liên bang cho các dịch vụ hỗ trợ và điều trị chứng lạm dụng chất gây nghiện: Nguồn và việc sử dụng*. Washington, DC: Hiệp hội Dịch vụ chăm sóc sức khỏe cộng đồng, 1999.
485. Luborsky L. Xem lại nghiên cứu hợp tác trong điều trị theo mô hình. Tái bản. *Nghiên cứu về liệu pháp tâm lý*. 2000;10(1):17.
486. Luborsky, L., Barber, J.P., Siqueland, L., McLellan, A.T., và Woody, G. Thiết lập mối quan hệ hợp tác điều trị với người lạm dụng chất gây nghiện. Trong: Onken, L.S., Blaine, J.D., và Boren, J.J., Tái bản. *Vượt khỏi ranh giới hợp tác điều trị: Giữ người phụ thuộc vào thuốc tiếp tục điều trị*. Chuyên khảo nghiên cứu NIDA165. Nhà xuất bản NIH Số 97-4142. Rockville, MD: Viện quốc gia về lạm dụng chất gây nghiện, 1997. trang 233–244.
487. Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Mintz, J., và Auerbach, A. *Ai sẽ có lợi từ liệu pháp tâm lý? Dự đoán kết quả điều trị*. New York: Basic Books, 1988.
488. Lukas, S.E. The pharmacology of steroids. Trong: Graham, A.W., và Shultz, T.K., Tái bản. *Nguyên lý về thuốc cai nghiện*. Tái bản lần 2. Chevy Chase, MD: Hiệp hội thuốc cai nghiện Mỹ, 1998.
489. Lundgren L, Amodeo M, Schneider R, Ellis M, Fitzgerald T, Stevens R. African-Người dùng thuốc tiêm Mỹ: Phối hợp giữa dịch vụ tiền điều trị và tham gia vào và hoàn thành việc cai nghiện. *Lập kế hoạch cho chương trình và đánh giá*. 1999;22(3):259.
490. Mail P D, Johnson S. Uống, hít, ngửi, hút: Nhìn lại cách dùng chất gây nghiện trong quá khứ, hiện tại và tương lai của người Mỹ da đỏ. *Nghiên cứu sức khỏe tinh thần của người Mỹ da đỏ và người gốc Alaska*. 1993;5(2):1. [PubMed]
491. Malcolm R, Myrick H, Brady K T, Ballenger J C. Cập nhật về thuốc chống đồng tụ cho điều trị triệu chứng khi ngừng uống rượu. *Tạp chí về nghiện của Mỹ*. 2001;10(Suppl):16.
492. Malcolm R, Myrick H, Roberts J, Wang W, Anton R F, Ballenger J C. So sánh tác động của carbamazepine và lorazepam tới triệu chứng do ngừng uống rượu giữa 1 lần và nhiều lần trong quá khứ trong thử nghiệm ngẫu nhiên ngoại trú. *Tạp chí dược phẩm nội tại tổng quát*. 2002;17(5):349. [PubMed] [Bản đầy đủ miễn phí ở PMC]
493. Malcolm R, Roberts J S, Wang W, Myrick H, Anton R F. Nhiều lần từng cai nghiện có liên quan tới việc điều trị nhận ít phản và việc uống nhiều rượu trong cai nghiện rượu ngoại trú . *Rượu*. 2000;22(3):159. [PubMed]
494. Mancall, P.C. *Dược phẩm chết người: Người da đỏ và rượu ở nước Mỹ thời kì đầu*. Ithaca: Nhà xuất bản Đại học Cornell, 1995.

495. Marantz P R, Linzer M, Feiner C J, Feinstein S A, Kozin A M, Friedland G H. Không thể dự đoán chấn trí ở người lạm dụng ma túy tiêm tĩnh mạch bị sốt. *Biên niên về dược phẩm nội tại*. 1987;106(6):823. [PubMed]
496. Margolis, R.D., và Zweben, J.E. *Điều trị cho bệnh nhân gặp các vấn đề về rượu và các loại thuốc khác: Phương pháp kết hợp*. Washington, DC: Hiệp hội tâm lý học Mỹ, 1998.
497. Mark T L, Buck J A, Dilonardo J D, Coffey R M, Chalk M. Chi tiêu của Medicaid cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi. *Dịch vụ điều trị tâm thần*. 2003a;54(2):188. [PubMed]
498. Mark, T.L., Dilonardo, J.D., Chalk, M., và Coffey, R.M. *Cai nghiện và lạm dụng chất gây nghiện Detoxification: sự cải thiện cần có liên quan tới điều trị*. Ấn phẩm của DHHS số(SMA) 02-3728. Rockville, MD: Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện, Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, 2002.
499. Mark T L, Dilonardo J D, Chalk M, Coffey R M. Các yếu tố liên quan tới việc tiếp nhận điều trị sau khi cai nghiện. *Tạp chí điều trị lạm dụng chất gây nghiện*. 2003b;24(4):299. [PubMed]
500. Markarian, M., và Franklin, J. Lạm dụng chất gây nghiện trong nhóm người thiếu số. Trong: Frances, R.J., và Miller, S.I., Tái bản. *Sách giáo khoa y khoa về rối loạn nghiện*. Tái bản lần 2. New York: Nhà xuất bản Guilford, 1998. trang 397–412.
501. Markowitz J S, Myrick H, Hiott W. Nghiện Clonidine. *Tạp trí Tâm thần dược học trong y khoa*. 1997;17(2):137. [PubMed]
502. Marlatt G A, Blume A W, Parks G A. Kết hợp liệu pháp giảm tác hại và cách điều trị lạm dụng chất gây nghiện truyền thống. *Tạp chí về chất kích thích tâm lý*. 2001;33(1):13. [PubMed]
503. Marlatt, G.A., và Gordon, J. Yếu tố quyết định tới tái nghiện: Ngụ ý tới việc duy trì sự thay đổi hành vi. Trong: Davidson, P., và Davidson, S., Tái bản. *Dược phẩm hành vi: Thay đổi lối sống sức khỏe*. New York: Brunner/Mazel, trang 410–452, 1980.
504. Marlatt, G.A., Tucker, J.A., Donovan, D.M., và Vuchinich, R.E. Người lạm dụng chất gây nghiện tìm kiếm sự giúp đỡ: Vai trò của việc giảm tác hại và phương thức kinh tế-hành vi để việc duy trì và tham gia điều trị được thuận lợi. Trong: Onken, L.S., Blaine, J.D., và Boren, J.J., Tái bản. *Bên ngoài sự hợp tác trong điều trị: Giữ cho người phụ thuộc vào thuốc tiếp tục điều trị*. Chuyên khảo nghiên cứu NIDA165. Nhà xuất bản NIH Số 97-4142. Rockville, MD: Viện quốc gia về lạm dụng chất gây nghiện, 1997, trang 44–84.
505. Marsden J, Gossop M, Stewart D, Rolfe A, Farrell M. Các triệu chứng tâm lý ở bệnh nhân đang tìm cách điều trị chứng phụ thuộc vào thuốc: Số liệu thu vào từ bản xem xét Kết quả nghiên cứu Điều trị Quốc gia. *Tạp chí tâm thần học của anh*. 2000;176(March):285. [PubMed]
506. Marsella A J. Suy nghĩ về nghiên cứu giao văn hóa đối với dịch tễ học về chứng trầm cảm. *Văn hóa, dược phẩm và tâm lý học*. 1978;2(4):343.
507. Martin A C, Schaffer S D, Campbell R. Kiểm soát các vấn đề liên quan tới rượu trong bối cảnh chăm sóc y tế sơ cấp. *Làm y tá*. 1999;24(8):14.
508. Mattick, R.P., Bell, J., và Daws, L.C. *Xem xét lại bằng chứng về hiệu quả và phản kháng trong việc kiểm soát sự phụ thuộc vào opioid*. Trung tâm nghiên cứu và thuốc quốc gia, Đại học New South Wales, Australia, 1998.
509. Mattick R P, Hall W. Các chương trình cai nghiện có hiệu quả không? *Lancet*. 1996;347(8994):97. [PubMed]

510. Mayo-Smith M F. Kiểm soát triệu chứng do ngừng uống rượu theo dược lý. Hướng dẫn thực hành dựa trên bằng chứng và phân tích ban đầu. Tạp chí của hiệp hội y khoa Mỹ. 1997;278(2):144. [PubMed]
511. Mayo-Smith M F, Bernard D. Co giật bắt đầu muộn do ngừng uống rượu. Nghiện rượu: Nghiên cứu thử nghiệm và y khoa. 1995;19(3):656.
512. McCarty D, Caspi Y, Panas L, Krakow M, Mulligan D H. Trung tâm cai nghiện: Ai đứng ở cửa quay vòng? Tạp chí Dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi. 2000;27(3):245. [PubMed]
513. McCorry F, Garnick D W, Bartlett J, Cotter F, Chalk M. Phát triển phương pháp đánh giá biểu hiện đối với dịch vụ cai nghiện rượu và các chất gây nghiện khác trong kế hoạch chăm sóc sức khỏe có định hướng. Washington Circle Group. Tạp chí ủy ban chung về nâng cao chất lượng. 2000a;26(11):633. [PubMed]
514. McCorry, F., Garnick, D.W., Bartlett, J., Cotter, F., và Chalk, M. *Nâng cao biện pháp đánh giá biểu hiện cho dịch vụ cai nghiện rượu và các chất gây nghiện khác*. Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, 2000b. <http://www.samhsa.gov/mc/content/Quality%20Improvement%20and%20Performance%20Measures/perfmeas.html>[Truy cập ngày 31/8/2001].
515. McCrady, B.S., và Delaney, S.I. Nhóm tự tương trợ. Trong: Hester, R.K., và Miller, W.R., Tái bản. *Sổ tay các phương pháp điều trị nghiện rượu*. Tái bản lần 2. Boston: Allyn và Bacon, 1995. trang 160–175.
516. McCrady B S, Epstein E E, Hirsch L S. Các vấn đề trong việc tiến hành thử nghiệm y khoa ngẫu nhiên bao gồm cả Alcoholics Anonymous: Nghiên cứu hành vi liên quan tới AA trong điều trị. Tạp chí nghiên cứu về rượu. 1996;57:604. [PubMed]
517. McDonald, J.D., Morton, R., và Stewart, C. Lo ngại về y khoa đối với bệnh nhân Mỹ da đỏ. Trong: VandeCreek, L., và Knapp, S., Tái bản. *Tiến bộ trong thực hành y khoa: Sách nguồn*. Sarasota, FL: Nhà xuất bản Nguồn chuyên nghiệp/trao đổi nguồn chuyên nghiệp, 1993. trang 437–454.
518. McElhatton, P.R. Thuốc cho hệ thống tuần hoàn và tim. Trong: Schaefer, C.H., Tái bản. *Thuốc trong thời kỳ mang thai và cho con bú: Sổ tay kê đơn thuốc và đánh giá nguy cơ tương đối: Với thông tin cập nhập về thuốc giải sầu*. Amsterdam: Elsevier, 2001. trang 116–131.
519. McElhatton P R, Bateman D N, Evans C, Pughe K R, Thomas S H. Bất thường bẩm sinh sau khi thai nhi tiếp xúc với thuốc gây mê. *Lancet*. 1999;354(9188):1441. [PubMed]
520. McGee M D, Mee-Lee D. Nghĩ lại về cách phân loại bệnh nhân: mô hình ma trận dịch vụ cho con người để làm dịch vụ phù hợp với nhu cầu. Tạp chí điều trị lạm dụng chất gây nghiện. 1997;14(2):141. [PubMed]
521. McGinnis J M, Foege W H. Nguyên nhân tử vong thực tế ở Mỹ. Tạp chí của hiệp hội y khoa Mỹ. 1993;270(18):2207. [PubMed]
522. McLaughlin L A, Braun K L. Giá trị văn hóa của người đảo châu Á Thái bình Dương: Xem xét việc ra quyết định về chăm sóc sức khỏe. Sức khỏe và công việc xã hội. 1998;23(2):116. [PubMed]
523. McLellan A T, Alterman A I, Metzger D S, Grissom G R, Woody G E, Luborsky L, O'Brien C P. Sự tương tự trong yếu tố dự đoán kết quả qua điều trị nghiện opiate, cocaine, và rượu: Vai trò của dịch vụ điều trị. Tạp chí Tâm thần học trong y khoa và tư vấn. 1994;62(6):1141. [PubMed]
524. McLellan A T, Grissom G R, Brill P, Durell J, Metzger D S, O'Brien C P. Điều

- trị lạm dụng chất gây nghiện tư nhân: Một số chương trình có hiệu quả hơn số khác không?? Tạp chí điều trị lạm dụng chất gây nghiện. 1993;10(3):243. [PubMed]
525. McLellan A T, Hagan T A, Levine M, Gould F, Meyers K, Bencivengo M, Durell J. Các dịch vụ xã hội bổ xung làm cải thiện kết quả điều trị nghiện công cộng. Tạp chí về nghiện. 1998;93(10):1489. [PubMed]
 526. McLellan A T, Kushner H, Metzger D, Peters R, Smith I, Grissom G, Pettnati H, Argeriou M. Phiên bản thứ năm của chỉ số nghiện nặng. Tạp chí điều trị lạm dụng chất gây nghiện. 1992;9(3):199. [PubMed]
 527. McLellan, A.T., Lewis, D., O'Brien, C.P., Hoffmann, N.G., và Kleber, H.D. *Phụ thuộc vào ma túy có phải một bệnh y khoa kinh niên: Âm chỉ tới điều trị, bảo hiểm và kết quả đánh giá*. Philadelphia: Viện nghiên cứu điều trị, 2002. <http://www.bsa.ca.gov/lhcdir/drug/McClellanApr25.pdf>[Truy cập ngày 15/7/2002].
 528. McLellan A T, Lewis D C, O'Brien C P, Kleber H D. Nghiện ma túy, một loại bệnh y khoa kinh niên: Âm chỉ tới điều trị, bảo hiểm và kết quả đánh giá. Tạp chí của hiệp hội y khoa Mỹ. 2000;284(13):1689. [PubMed]
 529. McLellan A T, Luborsky L, Cacciola J, Griffith J, Evans F, Barr H L, O'Brien C P. Dữ liệu mới từ chỉ số nghiện nặng: tính đáng tin cậy và tính có hiệu lực ở ba trung tâm. Tạp chí các bệnh tâm thần và thần kinh. 1985;173(7):412. [PubMed]
 530. McLellan A T, Luborsky L, Woody G E, O'Brien C P. Công cụ đánh giá chẩn trị cải tiến cho bệnh nhân lạm dụng chất gây nghiện: Chỉ số nghiện nặng. Tạp chí các bệnh tâm thần và thần kinh. 1980;168(1):26. [PubMed]
 531. McLellan, A.T., và McKay, J.R. Các yếu tố của chương trình điều trị thành công: Bài học từ lý thuyết nghiên cứu. Trong: Graham, A.W., Schultz, T.K., và Wilford, B.B., Tái bản. *Nguyên lý về thuốc cai nghiện*. Tái bản lần 2. Chevy Chase, MD: Hiệp hội thuốc cai nghiện Mỹ, 1998. trang 327–343.
 532. McNiel, J., Sheffield, J.V.L., và Bartlett, J.G. Các yếu tố cốt yển trong chăm sóc cơ bản người nhiễm HIV. Trong: Bartlett, J.G., Cheever, L.W., Johnson, M.P., và Paauw, D.S. *Hướng dẫn chăm sóc cơ bản người nhiễm HIV/AIDS*. Rockville, MD: Nguồn lực về sức khỏe và quản lý dịch vụ, 2004. <http://hab.hrsa.gov/tools/primarycareguide/>[Truy cập ngày 9/2/2006].
 533. Merikangas, K.R., Angst, J., Eaton, W., Canino, G., Rubio-Stipec, M., Wacker, H., Wittchen, H.U., Andrade, L., Essau, C., Whitaker, A., Kraemer, H., Robins, L.N., và Kupfer, D.J. Bệnh đi kèm và ranh giới của chứng rối loạn cảm xúc với rối loạn lo lắng và dùng sai chất gây nghiện: Kết quả của lực lượng đặc nhiệm quốc tế. *The Tạp chí tâm thần học của anh* (Bản bổ xung) (30):58–67, 1996.
 534. Merrick E L, Garnick D W, Horgan C M, Goldin D, Hodgkin D, Sciegaj M. Lợi ích của kết hoạch đã lập ra về sức khỏe hành vi của các công ty Fortune 500. Dịch vụ điều trị tâm thần. 2001;52(7):943. [PubMed]
 535. Meyers R J, Miller W R, Hill D E, Tonigan J S. Áp lực từ cộng đồng và đào tạo gia đình (CRAFT): Đưa người dùng ma túy không có động lực vào điều trị. Tạp chí về lạm dụng chất gây nghiện. 1998;10(3):291. [PubMed]
 536. Miles D R, Svikis D S, Kulstad J L, Haug N A. Bệnh học tâm lý ở phụ nữ có thai phụ thuộc vào ma túy có và không có bệnh phụ thuộc vào rượu đi kèm. Nghiện rượu: Nghiên cứu thử nghiệm và y khoa. 2001;25(7):1012.
 537. Miller, N.S. Hậu quả tâm thần của việc nghiện và lạm dụng rượu và ma túy. Trong: Miller, N.S., Tái bản. *Dùng thuốc*

- điều trị lạm dụng và nghiện rượu và ma túy.* New York: Springer-Verlag, 1991. trang 77–87.
538. Miller N S. Bệnh tâm lý đi kèm với rối loạn dùng rượu/ma túy: tình trạng độc lập và tương tác. *Tạp chí về các bệnh nghiện.* 1993;12(3):5. [PubMed]
 539. Miller N S, Belkin B M, Gold M S. Nghiện nhiều loại chất gây nghiện: Việc sử dụng đồng thời rượu và ma túy. *Tạp chí Dược phẩm bang New York.* 1990a;90(12):596. [PubMed]
 540. Miller N S, Chappel J N. Lịch sử khái niệm bệnh tật. *Biên niên tâm thần học.* 1991;21(4):196.
 541. Miller N S, Flaherty J A. Hiệu quả của việc điều trị nghiện ép buộc(kết quả thay thế): Xem xét lại nghiên cứu y khoa. *Tạp chí điều trị lạm dụng chất gây nghiện.* 2000;18(1):9. [PubMed]
 542. Miller N S, Gold M S. Bình phun và dung môi hữu cơ: tổng quan về chứng lạm dụng và phụ thuộc. *Biên niên tâm thần học y khoa.* 1990;2:85.
 543. Miller N S, Gold M S. Lạm dụng, nghiện, chịu đựng và phụ thuộc vào benzodiazepine trong nhóm người chữa bệnh và không chữa bệnh. *Tạp chí lạm dụng rượu của Mỹ.* 1991a;17(1):27.
 544. Miller N S, Gold M S. Chẩn trị đôi: Triệu chứng tâm thần ở bệnh nghiện rượu và ma túy. *Bác sĩ gia đình Mỹ.* 1991b;43(6):2071. [PubMed]
 545. Miller N S, Gold M S. Vai trò của nhà tâm thần học trong việc kết hợp phương pháp điều trị dùng thuốc và không dùng thuốc cho người rối loạn về nghiện. *Biên niên tâm thần học.* 1992;22(8):436.
 546. Miller N S, Gold M S. Sự phân tách của “ham muốn có ý thức” (thèm) từ bệnh phụ thuộc vào rượu và cocaine và tái nghiện trong bệnh phụ thuộc vào rượu và cocaine. *Biên niên kí tâm thần học y khoa.* 1994;6(2):99. [PubMed]
 547. Miller N S, Gold M S. Kiểm soát triệu chứng ngừng dùng thuốc và ngăn chặn tái nghiện trong bệnh phụ thuộc vào rượu và chất gây nghiện. *Bác sĩ gia đình Mỹ.* 1998;58(1):139. [PubMed]
 548. Miller N S, Mahler J C, Belkin B M, Gold M S. Chẩn đoán tâm thần học trong bệnh phụ thuộc và rượu và ma túy. *Biên niên tâm thần học y khoa.* 1991a;3:79.
 549. Miller N S, Mahler J C, Gold M S. Nguy cơ tự tử liên quan tới chứng phụ thuộc vào rượu và chất gây nghiện. *Tạp chí về các bệnh nghiện.* 1991b;10(3):49. [PubMed]
 550. Miller N S, Owley T, Eriksen A. Làm việc với bệnh nhân nghiện rượu/ma túy trong khủng hoảng. *Biên niên tâm thần học.* 1994;24(11):592.
 551. Miller, S.I., Frances, R.J., và Holmes, D.J. *Dược phẩm tác động đến tâm thần.* Trong: Miller, W.R., Tái bản. *Các đường hướng điều trị nghiện rượu.* New York: Nhà xuất bản Pergamon, 1990b. trang 231–241.
 552. Miller, W.R., Brown, J.M., Simpson, T.L., Handmaker, N.S., Bien, T.H., Luckie, L.F., Montgomery, H.A., Hester, R.K., và Tonigan, J.S. Điều gì có hiệu quả? Phân tích theo phương pháp tài liệu về kết quả điều trị nghiện rượu. Trong: Hester, R.K., và Miller, W.R., Tái bản. *Sổ tay các phương pháp điều trị nghiện rượu: phương pháp thay thế có hiệu quả.* Tái bản lần 2. Boston: Allyn và Bacon, 1995. trang 12–44.
 553. Miller W R, Meyers R J, Tonigan J S. Đưa người không có động lực vào điều trị các vấn đề về rượu: So sánh ba chiến lược can thiệp qua các thành viên gia đình. *Tạp chí Tâm thần học trong y khoa và tư vấn.* 1999;67(5):688. [PubMed]
 554. Miller, W.R., và Rollnick, S. *Nói chuyện tạo động lực: Chuẩn bị cho con người thay đổi.* Tái bản lần 2. New York: Nhà xuất bản Guilford, 2002.

555. Miller, W.R., và Rollnick, S. Nói chuyện tạo động lực: Chuẩn bị cho con người thay đổi. New York: Nhà xuất bản Guilford, 1991.
556. Miller, W.R., và Sanchez, V.C. Tạo động lực cho thanh niên chữa bệnh và thay đổi lối sống. Trong: Howard, G.S., và Nathan, P.E., Tái bản. *Thanh niên dùng đúng và sai chất gây nghiện*. Notre Dame, TRONG: Nhà xuất bản Đại học Notre Dame, 1994. trang 55–81.
557. Minnis J R. Hướng tới hiểu việc lạm dụng rượu ở người già: cái nhìn theo hướng xã hội học. *Tạp chí giáo dục ma túy và rượu*. 1988;33(3):32.
558. Miotto, K., Roth, B., Ủy ban về lạm dụng rượu và ma túy Texas. *Triệu chứng ngừng dùng GHB*. Austin, TX: Ủy ban về lạm dụng rượu và ma túy Texas, 2001. <http://www.tcada.state.tx.us/research/populations/GHB-Withdrawal.pdf>[Truy cập ngày 25/2/2005].
559. Mitchell, E.R. Chiến đấu với lạm dụng ma túy bằng chăm sóc: Cách điều trị có hiệu quả. Berkeley, CA: Nhà xuất bản Pacific View, 1995.
560. Mizes J S, Sloan D M, Pingitore R, Seagraves K, Spring B, Kristellar J. Ảnh hưởng của các biến số liên quan tới cân nặng trong việc cai nghiện thuốc lá. *Liệu pháp hành vi*. 1998;29:371.
561. Moak D H, Anton R F. Co giật liên quan tới rượu và tác động kích động của việc cai nghiện liên tục: ảnh hưởng của cocaine. *Tạp chí rượu và chứng nghiện rượu*. 1996;31(2):135. [PubMed]
562. Modesto-Lowe V, Kranzler H R. Chẩn đoán và điều trị cho bệnh nhân phụ thuộc vào rượu đi kèm rối loạn tâm thần. *Nghiên cứu rượu và sức khỏe*. 1999;23(2):144. [PubMed]
563. Moffic H S, Kinzie J D. Lịch sử và tương lai của dịch vụ điều trị tâm thần giao văn hóa. *Tạp chí sức khỏe tinh thần cộng đồng*. 1996;32(6):581. [PubMed]
564. Moggi F, Ouimette P C, Finney J W, Moos R H. Hiệu quả của việc điều trị lạm dụng và phụ thuộc vào chất gây nghiện cho bệnh nhân có 2 chẩn đoán: Mô hình về các yếu tố điều trị liên quan tới kết quả một năm. *Tạp chí nghiên cứu về rượu*. 1999;60(6):856. [PubMed]
565. Mojtabai R, Zivin J G. Hiệu quả và lợi ích của bốn mô hình điều trị chứng rối loạn chất gây nghiện: Phân tích xu hướng điểm số. *Nghiên cứu về dịch vụ chăm sóc sức khỏe*. 2003;38(1):233. [PubMed] [Bản đầy đủ miễn phí ở PMC]
566. Moller H J. Hiệu quả và sự an toàn của benzodiazepin. *Tạp chí Tâm thần dược học y khoa*. 1999;19(6):2S. [PubMed]
567. Morey L. Tiêu chuẩn xác định bệnh nhân: Kết nối loại hình học với chăm sóc sức khỏe có định hướng. *Sức khỏe về rượu và thế giới nghiên cứu*. 1996;20(1):36.
568. Moss A R, Hahn J A, Tulskey J P, Daley C L, Small P M, Hopewell P C. Bệnh lao ở người vô gia cư. Một nghiên cứu triển vọng. *Tạp chí dược phẩm chăm sóc đặc biệt và hệ hô hấp*. 2000;162(2 Pt 1):460. [PubMed]
569. Motet-Grigoras C N, Schuckit M A. Trầm cảm và Lạm dụng chất gây nghiện ở phụ nữ trẻ tàn tật. *Tạp chí tâm lý y khoa*. 1986;47(5):234. [PubMed]
570. Moylan P L, Jones H E, Haug N A, Kissin W B, Svikis D S. Đặc tính y khoa và tâm lý xã hội học của phụ nữ có thai phụ thuộc vào chất gây nghiện có và không mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục. *Hành vi nghiện*. 2001;26:469. [PubMed]
571. Mulvaney F D, Alterman A I, Boardman C R, Kampman K. Triệu chứng học của việc cai nghiện cocaine và sự đau khổ khi điều trị. *Tạp chí điều trị lạm dụng chất gây nghiện*. 1999;16(2):129. [PubMed]
572. Mumola, C.J. *Lạm dụng chất gây nghiện và điều trị, người tù của bang và liên bang*,

1997. Báo cáo đặc biệt của Cục thống kê tội phạm. NCJ 172871. Washington, DC: Cục thống kê tội phạm, 1999. <http://www.ojp.usdoj.gov/bjs/abstract/satsfp97.htm>[Truy cập ngày 21/7/2003].
573. Najavits L M, Gastfriend D R, Barber J P, Reif S, Muenz L R, Blaine J, Frank A, Crits-Christoph P, Thase M, Weiss R D. Phụ thuộc vào chất gây nghiện với đối tượng có và không nhiễm các bệnh lây truyền qua đường tình dục trong nghiên cứu điều trị cocain kết của Viện quốc gia về lạm dụng chất gây nghiện. *Tạp chí tâm lý Mỹ*. 1998;155(2):214. [PubMed]
574. Trung tâm quốc gia về nghiện và lạm dụng chất gây nghiện. *Tìm hiểu: Tác động của Lạm dụng chất gây nghiện với ngân quỹ của bang*. New York: Trung tâm quốc gia về nghiện và lạm dụng chất gây nghiện, 2001.
575. Hội thảo của cao ủy viên về Luật đồng nhất bang. *Đạo luật điều trị cai nghiện và nghiện rượu đồng nhất*. Vail, CO: Cao ủy viên về Luật đồng nhất bang, 1971. <http://www.law.upenn.edu/bll/ulc/fnact99/1970s/uaita71.pdf>[Truy cập ngày 4/1/2004].
576. Viện quốc gia về lạm dụng chất gây nghiện. *Nguyên lý điều trị nghiện ma túy: Hướng dẫn dựa trên nghiên cứu*. Nhà xuất bản NIH Số 00-4180. Bethesda, MD: Viện quốc gia về sức khỏe, 1999. <http://165.112.78.61/PODAT/PODATindex.html> [Truy cập ngày 23/3/2003].
577. Viện quốc gia về lạm dụng chất gây nghiện. *Số liệu về lạm dụng ma túy và viêm gan c. Ghi chú của NIDA* 15(1):1–3. Rockville, MD: Viện quốc gia về lạm dụng chất gây nghiện, 2000. http://www.nida.nih.gov/NIDA_Notes/NNVol15N1/tearoff.html[Truy cập ngày 8/2/2006].
578. Viện quốc gia về lạm dụng chất gây nghiện. *Lạm dụng thuốc xôn-g*. Nhà xuất bản NIH Số 05-3818. Bethesda, MD: Viện quốc gia về sức khỏe, 2005. <http://www.nida.nih.gov/PDF/RRInhalants.pdf>[Truy cập ngày 18/1/2006].
579. Viện quốc gia về sức khỏe. *Châm cứu*. Tuyên bố nhất trí của NIH ngày 3-5/11/1997. Bethesda, MD: Viện quốc gia về sức khỏe, 1997. http://consensus.nih.gov/cons/107/107_statement.pdf[Truy cập ngày 31/3/2003].
580. Nazrul Islam S K, Jahangir Hossain K, Ahmed A, Ahsan M. Tình trạng dinh dưỡng của người nghiện ma túy khi đang cai nghiện: Thiếu dinh dưỡng tràn lan và ảnh hưởng của các loại thuốc cấm và lối sống. *Tạp chí dinh dưỡng của Anh*. 2004;88(5):507.
581. Nazrul Islam S K, Jahangir Hossain K, Ahsan M. Tình trạng E, C và A trong huyết tương của người đang cai nghiện: Ảnh hưởng của thói quen dùng ma túy, quan hệ tình dục và các yếu tố về lối sống. *Tạp chí dinh dưỡng y khoa châu Âu*. 2001;55(11):1022. [PubMed]
582. Nebelkopf E. Chương trình chính luận cho người nghiện ma túy và rượu. *Tạp chí về chất kích thích tâm lý*. 1981;13(4):345. [PubMed]
583. Nebelkopf E. Liệu pháp thảo dược trong điều trị nghiện ma túy. *Tạp chí quốc tế về nghiện*. 1987;22(8):695. [PubMed]
584. Nebelkopf E. Thảo dược và Lạm dụng chất gây nghiện treatment: Triển vọng 10 năm. *Tạp chí về chất kích thích tâm lý*. 1988;20(3):349. [PubMed]
585. Nelipovich M, Buss E. Lạm dụng rượu và người mù: Cân nhắc điều trị. *Sức khỏe uống rượu và thể giới nghiên cứu*. 1989;13(2):129.
586. Neu, H.C. Pneumonia. Trong: Stein, J.H., Tái bản. *Thuốc nội tại*. Tái bản lần 4. St. Louis, MO: Mosby, trang 1868–1876. 1994.
587. Newman, C.F. Thiết lập và duy trì sự kết hợp trong điều trị với bệnh nhân lạm dụng chất gây nghiện: Đường hướng liệu pháp

- nhận thức. Trong: Onken, L.S., Blaine, J., và Boren, J.D., Tái bản. *Bên ngoài sự kết hợp theo phương pháp điều trị: Giữ cho bệnh nhân phụ thuộc vào ma túy tiếp tục điều trị*. Chuyên khảo nghiên cứu NIDA165. Nhà xuất bản NIH Số 97-4142. Rockville, MD: Viện quốc gia về lạm dụng chất gây nghiện, 1997. trang 181–206.
588. Tin tức và ghi chép. Các nghiên cứu cho thấy việc tiến hành rộng rãi các chương trình chăm sóc sức khỏe hành vi có kiểm soát ở khu vực công cộng. *Dịch vụ điều trị tâm thần* 50(2):278, 1999.
589. Niaura R, Spring B, Borrelli B, Hedeker D, Goldstein M G, Keuthen N, DePue J, Kristeller J, Ockene J, Prochazka A, Chiles J A, Abrams D B. Thử nghiệm của nhiều trung tâm lấy fluoxetine hỗ trợ điều trị cai nghiện thuốc lá theo hành vi. *Tạp chí Tâm thần học trong y khoa và tư vấn*. 2002;70(4):887. [PubMed] [Bản đầy đủ miễn phí ở PMC]
590. Nordahl T E, Salo R, Natsuaki Y, Galloway G P, Waters C, Moore C D, Kile S, Buonocore M H. Người dùng methamphetamine đang cai nghiện: Nghiên cứu phổ học cộng hưởng từ proton. Lưu trữ về tâm thần học tổng thể. 2005;62(4):444. [PubMed]
591. NIH Panel đưa ra tuyên bố nhất trí về chăm cứu. NIH News Release. Bethesda, MD: Viện quốc gia về sức khỏe, 1997. <http://www.nih.gov/news/pr/nov97/od-05.htm>[Truy cập ngày 31/3/2003].
592. Nutt D, Adinoff B, Linnoila M. Benzodiazepin trong điều trị nghiện rượu. Những tiến bộ gần đây trong cai nghiện rượu. 1989;7:283. [PubMed]
593. O'Connor P G, Kosten T R. Kỹ thuật cai nghiện opioid nhanh và cực nhanh. *Tạp chí của hiệp hội y khoa Mỹ*. 1998;279(3):229. [PubMed]
594. Văn phòng nghiên cứu ứng dụng. *Tổng hợp các kết quả từ 2000 điều tra hộ gia đình toàn quốc về lạm dụng ma túy*. Ấn phẩm của DHHS số(SMA) 01-3549. Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, 2001. <http://www.samhsa.gov/oas/NHSDA/2kNHSDA.pdf>[Truy cập ngày 16/7/2002].
595. Văn phòng nghiên cứu ứng dụng. *Kết quả từ điều tra hộ gia đình toàn quốc năm 2001 về lạm dụng chất gây nghiện: Tập 1. Tổng kết kết quả quốc gia*. Điều tra hộ gia đình toàn quốc về lạm dụng chất gây nghiện Sê ri : H-17. Ấn phẩm của DHHS số(SMA) 02-3758. Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, 2002a.
596. Văn phòng nghiên cứu ứng dụng. *Điều tra toàn quốc về dịch vụ điều trị lạm dụng chất gây nghiện(N-SSATS): 2000. Số liệu về các cơ sở điều trị lạm dụng chất gây nghiện*. DASIS Sê ri : S-16. Ấn phẩm của DHHS số(SMA) 02-3668. Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, 2002b. <http://www.dasis.samhsa.gov/00nssats/nssats2000report.pdf>[Truy cập ngày 10/1/2003].
597. Văn phòng nghiên cứu ứng dụng. *Bộ dữ liệu về chương điều trị(Tái bản): 1992-2000. Giấy phép toàn quốc cho dịch vụ điều trị lạm dụng chất gây nghiện*. Hệ thống thông tin về dịch vụ cai nghiện rượu và ma túy Sê ri : S-17. Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, 2002c. http://www.dasis.samhsa.gov/Ed_00/fEd_rpt_2000_web.pdf[Truy cập ngày 28/5/2003].
598. Văn phòng nghiên cứu ứng dụng. *Điều tra quốc gia về dịch vụ điều trị lạm dụng chất gây nghiện (N-SSATS)*. The DASIS Report. Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, 2003a. <http://www.samhsa.gov/OAS/2k3/NSSATS/NSSATS.pdf>[Truy cập ngày 16/12/2003].

599. Văn phòng nghiên cứu ứng dụng. *Tổng quan về kết quả điều tra toàn quốc năm 2002 về Sức khỏe và việc dùng ma túy*. NHSDA Sê ri H-21. Ấn phẩm của DHHS số(SMA) 03-3774. Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, 2003b. http://www.samhsa.gov/oas/NHSDA/2k2NSDUH/W_pdf[Truy cập ngày 11/2/2004].
600. Văn phòng nghiên cứu ứng dụng. *Bộ dữ liệu về chương trình điều trị(Tái bản): 1992-2001. Giấy phép toàn quốc cho dịch vụ điều trị lạm dụng chất gây nghiện, DASIS Sê ri : S-20* Ấn phẩm của DHHS số(SMA) 03-3778 Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện 2003c. <http://www.dasis.samhsa.gov/Ed01/TEd2K1Index.htm>[Truy cập ngày 11/2/2004].
601. Văn phòng nghiên cứu ứng dụng. *Bộ dữ liệu về chương trình điều trị(Tái bản): 1992-2002. Chương 3—Đặc tính của giấy phép: 2002. Giấy phép toàn quốc cho dịch vụ điều trị lạm dụng chất gây nghiện, DASIS Sê ri : S-23* Ấn phẩm của DHHS số(SMA) 04-3965 Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện 2004. <http://www.dasis.samhsa.gov/tEd02/TEd2K2Chp3.htm>[Truy cập ngày 5/7/2005].
602. Văn phòng nghiên cứu ứng dụng. *Tổng quan về kết quả điều tra quốc gia về sức khỏe và việc dùng thuốc năm 2004*. Ấn phẩm của DHHS số(SMA) 05-4061. Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, 2005a. <http://oas.samhsa.gov/NSDUH/2k4NSDUH/2k4Overview/2k4Overview.pdf>[Truy cập ngày 9/9/2005].
603. Văn phòng nghiên cứu ứng dụng. *Cho phép dùng nhiều chất kích thích tinh thần: 2002*. Báo cáo của DASIS. Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, 2005b. <http://oas.samhsa.gov/2k5/polydrugTX/polydrugTX.htm>[Truy cập ngày 9/2/2006].
604. Văn phòng nghiên cứu ứng dụng. *Kết quả điều tra về sức khỏe và việc sử dụng thuốc toàn quốc năm 2004: Kết quả toàn quốc*. Ấn phẩm của DHHS số(SMA) 05-4062. Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, 2005c. <http://oas.samhsa.gov/NSDUH/2k4nsduh/2k4Results/2k4Results.pdf>[Truy cập ngày 8/9/2005].
605. Văn phòng nghiên cứu ứng dụng. *Bộ dữ liệu về chương trình điều trị(Tái bản): 1993-2003. Giấy phép quốc gia về dịch vụ điều trị lạm dụng chất gây nghiện, DASIS Sê ri : S-29* Ấn phẩm của DHHS số(SMA) 05-4118 Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần về lạm dụng chất gây nghiện 2005d. http://www.dasis.samhsa.gov/tEd03/tEd_2003_rpt.pdf[Truy cập ngày 16/2/2006].
606. Văn phòng tổng thanh tra. *Dịch vụ cai nghiện theo sau cho người hưởng lợi từ Medicaid*. OEI-07-97-00270. Washington, DC: Bộ y tế và dịch vụ nhân sinh, Văn phòng tổng thanh tra, 1998. <http://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-07-97-00270.pdf>[Truy cập ngày 4/3/2004].
607. Văn phòng chính sách kiểm soát ma túy quốc gia. *Chiến dịch kiểm soát ma túy quốc gia*. Washington, DC: Văn phòng chính sách kiểm soát ma túy quốc gia, 1998.
608. Văn phòng chính sách kiểm soát ma túy quốc gia. *Chiến dịch kiểm soát ma túy quốc gia*. NCJ 192260. Washington, DC: Văn phòng chính sách kiểm soát ma túy quốc gia, 2002. <http://www.whitehousedrugpolicy.gov/publications/pdf/Strategy2002.pdf>[Truy cập ngày 13/2/2002].
609. Okuyemi K S, Ahluwalia J S, Harris K J. Phương pháp điều trị bằng thuốc cho việc

- cai nghiện thuốc lá. Lưu trữ về dược phẩm gia đình. 2000;9(3):270. [PubMed]
610. Onken, L.S., Blaine, J., và Boren, J.D., Tái bản. *Bên ngoài sự hợp tác trong điều trị: Giữ bệnh nhân phụ thuộc vào ma túy tiếp tục điều trị*. Chuyên khảo nghiên cứu NIDA165. Nhà xuất bản NIH Số 97-4142. Rockville, MD: Viện quốc gia về lạm dụng chất gây nghiện, 1997.
 611. Oss, M.E., và Clary, J.H. Thị phần dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi có kiểm soát ở Mỹ, 1998-1999. Gettysburg, PA: Open Minds, 1999.
 612. Parker J D. Cuộc can thiệp ngắn qua điện thoại nhằm vào việc khuyến khích điều trị từ danh sách đợi của chương trình lạm dụng chất gây nghiện. Tạp chí dịch vụ sức khỏe hành vi và nghiên cứu. 2002;29(3):288.
 613. Parra, G. *Cải cách phúc lợi và Lạm dụng chất gây nghiện: Chiến dịch tiên tiến của bang*. Văn tắt bài NHPF. Washington, DC: Diễn đàn chính sách sức khỏe quốc gia, 2002. <http://www.nhpf.org/pdfs/8%2D771%2B%28web%29%2Epdf>[Truy cập ngày 15/7/2002].
 614. Parrott A C, Sisk E, Turner J J. Vấn đề tâm sinh lý ở người dùng nhiều thuốc gây nghiện và say nặng (MDMA). Chứng phụ thuộc vào rượu và chất gây nghiện. 2000;60(1):105. [PubMed]
 615. Pelican S, Batchelor B, Belshaw J, Osborn W, Pearce J, Przekurat C, Schumacher P, Strauss K. Dịch vụ dinh dưỡng cho bệnh nhân lạm dụng chất gây nghiện và rượu. Điều tra bộ tộc về Dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người da đỏ cung cấp cái nhìn sâu hơn. Tạp chí của Hiệp hội về chế độ dinh dưỡng Mỹ. 1994;94(8):835. [PubMed]
 616. Pena J M, Bland I J, Shervington D, Rice J C, Foulks E F. Đặc điểm chủng tộc và đánh giá nó trong mẫu nam giới người Mỹ gốc phi đang điều trị chứng phụ thuộc vào cocain. Tạp chí lạm dụng rượu và chất gây nghiện. 2000;26(1):97. [PubMed]
 617. Penick E C, Powell B J, Nickel E J, Bingham S F, Riesenmy K R, Read M R, Campbell J. Bệnh đi kèm chứng rối loạn tâm lý cả đời ở bệnh nhân nam nghiện rượu. Nghiện rượu: Nghiên cứu thử nghiệm và y khoa. 1994;18(6):1289.
 618. Perez-Stable E J, Herrera B, Jacob P, Benowitz N L. Sự trao đổi chất và hấp thụ nicotin ở người hút thuốc da đen và da trắng. Tạp chí của hiệp hội y khoa Mỹ. 1998;280(2):152. [PubMed]
 619. Perine J L, Schare M L. Tác động của việc giáo dục bệnh nhân và nhà tư vấn về nghiện nicotin tới việc hút thuốc ở người lạm dụng chất gây nghiện. Hành vi nghiện. 1999;24(3):443. [PubMed]
 620. Perkins K A. Cai nghiện thuốc lá ở phụ nữ. Những lưu ý đặc biệt. Thuốc CNS. 2001;15(5):391. [PubMed]
 621. Perkins K A, Marcus M D, Levine M D, D'Amico D, Miller A, Broge M, Ashcom J, Shiffman S. Liệu pháp hành vi-nhận thức để giảm lo ngại về cân nặng giúp tăng kết quả cai nghiện thuốc lá ở phụ nữ lo ngại về sức khỏe. Tạp chí Tâm thần học trong y khoa và tư vấn. 2001;69(4):604. [PubMed]
 622. Perrin, E.B., và Koshel, J.J., Tái bản. *Đánh giá thuốc đo biểu hiện ở lĩnh vực sức khỏe công cộng, lạm dụng chất gây nghiện, và sức khỏe tinh thần*. Washington, DC: Nhà xuất bản học việc quốc gia, 1997.
 623. Perucca E, Crema A. Tác động của protein tinh thể bọc quanh thuốc tới phụ nữ có thai. Nghiên cứu tác dụng hóa lý của thuốc tới cơ thể khi điều trị. 1982;7(4):336. [PubMed]
 624. Peters R G, May R L, Kearns W D. Dược lý trị liệu trong tù: Kết quả trong khảo sát toàn quốc. Tập san về hành pháp. 1992;20(4):283.

625. Pfab R, Hirtl C, Zilker T. Cai nghiện opiate khi gây mê: Tưởng như không có lợi nhưng mà hóc-môn tuyến giáp còn bị chặn và có nguy cơ mắc bệnh phổi và hòng thận. *Tạp chí chất độc học*. Chất độc trong điều trị. 1999;37(1):43. [PubMed].
626. *Tài liệu để bàn của bác sĩ*. Tái bản lần thứ 58. Oradell, NJ: Kinh tế học y khoa, 2004.
627. Pi, E.H., và Gray, G.E. Triển vọng giao văn hóa về tâm thần dược học. Trong: *Hướng dẫn của Hatherleigh Tâm thần dược học*. New York: Nhà xuất bản Hatherleigh, 1999. trang 327–358.
628. Pires, S., Stroul, B., và Armstrong, M. Dự án theo dõi cải cách chăm sóc sức khỏe: Theo dõi những cải cách chăm sóc sức khỏe có định hướng của bang khi chúng ảnh hưởng tới trẻ em và thanh thiếu niên gặp rối loạn sức khỏe hành vi và gia đình họ - 1999 Phân tích ảnh hưởng. Tampa, FL: Viện sức khỏe thần kinh Louis de la Parte Florida, 2000. <http://www.fmhi.usf.edu/institute/pubs/pdf/cfs/rtc/healthcaretracking/99ImpactAnalysisExecSumSA.pdf>[Truy cập ngày 15/7/2002].
629. Pitts W R, Lange R A, Cigarroa J E, Hillis L D. Cocaine dẫn tới nhồi máu cơ tim và thiếu máu cơ tim cục bộ: Sinh lý bệnh học, nhận biết và kiểm soát. Sự tiến triển của các bệnh tim mạch. 1999;40(1):65.
630. Pokorny A D, Miller B A, Kaplan H B. Bản MAST vắn tắt: Phiên bản ngắn của Kiểm tra tìm chứng nghiện rượu Michigan. *Tạp chí tâm lý Mỹ*. 1972;129(3):342. [PubMed]
631. Polednak A P. Xu hướng gần đây trong tỷ lệ mắc phải một số bệnh ung thư liên quan tới rượu ở Mỹ. *Tạp chí rượu và chứng nghiện rượu*. 2005;40(3):234. [PubMed]
632. Pond S M, Kreek M J, Tong T G, Raghunath J, Benowitz N L. Nghiên cứu tác động lý hóa tới cơ thể của methadone đã chuyển dạng ở phụ nữ mang thai còn methadone. *Tạp chí Chữa bệnh bằng thuốc và liệu pháp thực tế*. 1985;233(1):1. [PubMed]
633. Pope H G, Katz D L, Hudson J I. Chứng biếng ăn và “biếng ăn ngược” trong số 108 võ sĩ thể hình nam. *Tâm thần học toàn diện*. 1993;34(6):406. [PubMed]
634. Post R M, Uhde T W, Roy-Byrne P P, Joffe R T. Phản ứng tương liên của chứng vui buồn thất thương với carbamazepine. *Nghiên cứu tâm thần học*. 1987;21(1):71. [PubMed]
635. Potter J F, James O F. Các đặc tính y khoa và dự đoán về bệnh gan do nghiện rượu xét về độ tuổi. *Lão khoa học*. 1987;33(6):380. [PubMed]
636. Prater C D, Miller K E, Zylstra R G. Cai nghiện ngoại trú cho bệnh nhân nghiện rượu hoặc ma túy. *Bác sĩ gia đình Mỹ*. 1999;60(4):1175. [PubMed]
637. Nhóm nghiên cứu Dự án MATCH. Khớp các kiểu điều trị cai nghiện rượu với nhiều loại bệnh nhân: Kết quả uống rượu sau điều trị của dự án MATCH. *Tạp chí nghiên cứu về rượu*. 1997;58(1):7. [PubMed]
638. Rathlev N K, D’Onofrio G, Fish S S, Harrison P M, Bernstein E, Hossack R W, Pickens L. Thuốc chống co giật thiếu hiệu quả trong việc ngăn chứng co giật liên tục do nghiện rượu. *Biên niên dược phẩm cấp cứu*. 1994;23(3):513. [PubMed]
639. Rawson, R., McCann, M., Huber, A., và Shoptaw, S. Dùng kiểm soát ngẫu nhiên và ngăn chặn tái nghiện làm động lực can thiệp điều trị lạm dụng. Trong: Higgins, S.T., Tái bản. *Thúc đẩy thay đổi hành vi với những người lạm dụng thuốc trái phép: Nghiên cứu về ngăn chặn kiểm soát tái nghiện*. Washington, DC: Hiệp hội tâm lý học Mỹ, 1999. trang 57–74.
640. Reilly, P.M., và Shopshire, M.S. *Kiểm soát sự tức giận với bệnh nhân lạm dụng chất gây nghiện và mắc bệnh tâm lý: Hướng dẫn về liệu pháp hành vi nhận thức*. Nhà xuất bản DHHS Số (SMA) 02-3756.

- Rockville, MD: Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện, 2002.
641. Remler D K, Gray B M, Newhouse J P. Chăm sóc sức khỏe có kiểm soát có khó khăn hơn cho bác sĩ? Câu hỏi. 2000;37(3):304. [PubMed]
 642. Reoux J P, Saxon A J, Malte C A, Baer J, Sloan K. Divalproex Sodium trong việc ngừng uống rượu: Thử nghiệm y khoa mù đôi ngẫu nhiên qua thuốc trấn an. Nghiên cứu rượu: Nghiên cứu thử nghiệm và y khoa. 2001;25(9):1324.
 643. Resnick R B, Kestenbaum R S, Washton A, Poole D. Ngừng dùng naloxone gấp: phương pháp giảm nhanh naltrexone. Phương pháp dùng thuốc và liệu pháp y khoa. 1977;21(4):409. [PubMed]
 644. Rhem, K.T. *Dịch vụ điều trị nghiện rượu, ma túy đối với người hưởng lợi từ DoD*. Bài báo mới về các dịch vụ thông tin của các lực lượng của Mỹ. Washington, DC: Bộ Quốc phòng mỹ, 2001. http://www.defenselink.mil/news/Oct2001/n10112001_200110114.html[Truy cập ngày 21/5/2002].
 645. Rickels K, Demartinis N, Rynn M, Mandos L. Chiến dịch chữa bệnh dùng thuốc với việc điều trị benzodiazepine dứt quãng. Tạp chí Tâm thần dược học y khoa. 1999;19(6 Suppl 2):12S. [PubMed]
 646. Rickels K, Schweizer E, Case W G, Greenblatt D J. Liệu pháp dài kỳ dùng benzodiazepines. I. Tác động của việc dứt quãng. Lưu trữ về tâm thần học tổng thể. 1990;47(10):899. [PubMed]
 647. Riordan C E, Kleber H D. Cai nghiện opiate nhanh bằng clonidine và naloxone. Lancet. 1980;1(8177):1079. [PubMed]
 648. Ro M. Tiến về phía trước: Xác định sức khỏe cho phụ nữ Mỹ gốc á và châu Á Thái Bình Dương. Tạp chí Sức khỏe Cộng đồng Mỹ. 2002;92(4):516. [PubMed] [Bản đầy đủ miễn phí ở PMC]
 649. Robert, E., Reuvers, M., và Shaefer, C. Thuốc chống động kinh. Trong: Schaefer, C.H., Tái bản. Ma túy trong quá trình mang thai và cho con bú: Sổ tay kê đơn và đánh giá nguy cơ tương đối: Với thông tin cập nhập về thuốc giải sầu. Amsterdam: Elsevier, 2001. trang 46–57.
 650. Tổ chức Robert Wood Johnson. Lạm dụng chất gây nghiện: Vấn đề sức khỏe hàng đầu quốc gia. Các chỉ số then chốt để lập chính sách. Princeton, NJ: Tổ chức The Robert Wood Johnson, 2001.
 651. Robins, L.N., và Regier, D.A., Tái bản. Rối loạn tâm thần ở Mỹ: Nghiên cứu khu vực đăng ký theo dịch tễ học. New York: Nhà xuất bản Free, 1991.
 652. Rodgers J. Biểu hiện nhận thức ở người dùng thuốc giải sầu với Tâm thần dược học. 2000;151(1):19. [PubMed]
 653. Rodgers J H, Barnett P G. Hai con đường tách biệt? Phân tích nhiều chiều toàn quốc về sự khác nhau giữa chương trình điều trị lạm dụng chất gây nghiện công cộng và tư nhân. Tạp chí lạm dụng rượu và chất gây nghiện. 2000;26(3):429. [PubMed]
 654. Roman, P.M., Blum, T.C., và Johnson, A. Nghiên cứu trung tâm điều trị quốc gia: báo cáo tổng kết sau sáu và mười hai tháng. Athens, GA: Đại học Georgia, Viện nghiên cứu hành vi, 1997. <http://www.uga.edu/ntcs/Newsletter.htm>[Truy cập ngày 30/10/2002].
 655. Ron M A. Lạm dụng chất gây nghiện nhẹ: Nhìn lại nguy cơ di chứng tâm thần, trí tuệ và thần kinh lâu dài. Tạp chí tâm thần học của anh. 1986;148:235. [PubMed]
 656. Rosenbaum, S., Teitelbaum, J., và Mauery, D.R. Phân tích Loại trừ của Medicaid IMD. Washington, DC: Trường về sức khỏe cộng đồng và dịch vụ chăm sóc sức khỏe GWU, 2002. http://www.gwhealthpolicy.org/downloads/behavioral_health/reports/IMD%20Report%201202.pdf[Truy cập ngày 5/1/2005].
 657. Rosenberg M H, Deerfield L J, Baruch E

- M. Hai trường hợp mê sảng nghiêm trọng do ngừng dùng gamma-hydroxybutyrate ở khoa tâm thần học: Gợi ý cách kiểm soát. *Tạp chí lạm dụng rượu và chất gây nghiện*. 2003;29(2):487. [PubMed]
658. Rosin A J, Glatt M M. Uống rượu quá mức ở người già. *Tạp chí hàng quý nghiên cứu về rượu*. 1971;32(1):53. [PubMed]
659. Rouse, B.A., Carter, J.H., và Rodriguez-Andrew, S. Chứng tộc/dân tộc và các ảnh hưởng văn hóa xã hội khác đối với việc điều trị nghiện rượu cho phụ nữ. Trong: Galanter, M., Tái bản. Những tiến bộ gần đây trong cai nghiện rượu, Vol. 12: Nghiện rượu và phụ nữ. New York: Plenum Press, 1995. trang 343–367.
660. Royer C M, Dickson-Fuhrmann E, McDermott C H, Taylor S, Rosansky J S, Jarvik L F. Chân dung sự thay đổi: Nghiên cứu trường hợp từ chương trình cai nghiện cho người già. *Tạp chí thần kinh và tâm lý học lão khoa*. 2000;13(3):130. [PubMed]
661. Rubin, A., và Gastfriend, D.R. Các tiêu chuẩn phân loại bệnh nhân và mối quan hệ của chúng tới việc tiếp cận với mức độ chăm sóc phù hợp và tham gia vào điều trị nghiện rượu. Những tiến bộ gần đây trong cai rượu 15:157–76:157–176, 2001.
662. Rubinstein, G. Tình trạng chính sách của bang về TANF và nghiện: Kết quả điều tra chính sách của bang và việc thực hành xác định vấn đề về rượu và ma túy ở TANF. Washington, DC: Trung tâm hành động pháp luật, 2002. http://www.lac.org/pubs/gratis/state_of_state.pdf[Truy cập ngày 4/3/2004].
663. Russell M, Martier S S, Sokol R J, Mudar P, Bottoms S, Jacobson S, Jacobson J. Kiểm tra tìm việc uống rượu nguy hại ở phụ nữ mang thai. *Nghiện rượu, nghiên cứu thực nghiệm và y khoa*. 1994;18(5):1156.
664. Rychtarik R G, Connors G J, Whitney R B, McGillicuddy N B, Fitterling J M, Wirtz P W. Bối cảnh điều trị cho người nghiện rượu: Bằng chứng về việc khớp bệnh nhân với điều trị nội trú so với chăm sóc sức khỏe ngoại trú. *Tạp chí Tâm thần học trong y khoa và tư vấn*. 2000;68(2):277. [PubMed]
665. Sadd, S., và Young, D.W. Điều trị ngoài y khoa cho người nghèo nghiện rượu: Nhìn lại các kết quả nghiên cứu gần đây. *Sức khỏe về rượu và thế giới nghiên cứu (Spring)*:48–53, 1987.
666. Saitz R, Mayo-Smith M F, Roberts M S, Redmond H A, Bernard D R, Calkins D R. Điều trị cá nhân cho triệu chứng khi ngừng uống rượu. Thử nghiệm có kiểm soát mù đôi ngẫu nhiên. *Tạp chí của hiệp hội y khoa Mỹ*. 1994;272(7):519. [PubMed]
667. Salloum, I.M., và Thase, M.E. Tác động của chứng lạm dụng chất gây nghiện lên việc điều trị và tình trạng rối loạn lưỡng cực. *Rối loạn lưỡng cực 2(3 Pt. 2)*:269–280, 2000.
668. Samet J H, Friedmann P D, Saitz R. Lợi ích của việc kết nối chăm sóc y tế cơ bản và dịch vụ điều trị lạm dụng chất gây nghiện: Bệnh nhân, nhà cung cấp và triển vọng xã hội. *Văn thư về Dược phẩm nội tại*. 2001;161(1):85. [PubMed]
669. Santolaria-Fernandez F J, Gomez-Sirvent J L, Gonzalez-Reimers C E, Batista-Lopez J N, Jorge-Hernandez J A, Rodriguez-Moreno F, Martinez-Riera A, Hernandez-Garcia M T. Đánh giá dinh dưỡng của người nghiện ma túy. Chứng phụ thuộc vào rượu và chất gây nghiện. 1995;38(1):11. [PubMed]
670. Saremi A, Hanson R L, Williams D E, Roumain J, Robin R W, Long J C, Goldman D, Knowler W C. Tính có hiệu lực của câu hỏi điều tra CAGE trong nhóm người Mỹ da đỏ. *Tạp chí nghiên cứu về rượu*. 2001;62(3):294. [PubMed]
671. Satel S L, Price L H, Palumbo J M, McDougale C J, Krystal J H, Gawin F,

- Charney D S, Heninger G R, Kleber H D. Hiện tượng học và sinh học thần kinh trong y khoa của người cai nghiện cocain: Nghiên cứu theo hướng nội trú. *Tạp chí tâm lý Mỹ*. 1991;148:1712. [PubMed]
672. Saunders J B, Aasland O G, Babor T F, de la Fuente J R, Grant M. Sự phát triển của Kiểm tra nhận định rối loạn dùng rượu (AUDIT): Dự án hợp tác của WHO nhằm phát hiện sớm người uống rượu có hại --II. *Tạp chí về nghiện*. 1993;88(6):791. [PubMed]
673. Saunders, P.A. Dịch tễ học về các vấn đề về rượu và kiểu uống rượu. Trong: John, R.M., Copeland, M.T., Aboou-Saleh, M.T., và Blazer, D.G., Tái bản. Nguyên lý và thực hành tâm thần học lão khoa. New York: Wiley, 1994. trang 801–805.
674. Schaefer, C.H. Thuốc giải sầu. Trong: Schaefer, C.H., Tái bản. Ma túy trong quá trình mang thai và cho con bú: Sổ tay kê đơn và đánh giá nguy cơ tương đối: Với thông tin cập nhập về thuốc giải sầu. Amsterdam: Elsevier, 2001. trang 214–224.
675. Schatz, B., và O'Hanlan, K. Phân biệt đối xử chống lại người đồng tính trong dược phẩm: Kết quả điều tra quốc gia về bác sĩ lưỡng tính, đồng tính. San Francisco: Hiệp hội bác sĩ vì nhân quyền Mỹ(AAPHR), 1994.
676. Schneider U, Altmann A, Baumann M, Bernzen J, Bertz B, Bimber U, Broese T, Broocks A, Burtscheidt W, Cimander K F, Degkwitz P, Driessen M, Ehrenreich H, Fischbach E, Folkerts H, Frank H, Gurth D, Havemann-Reinecke U, Heber W, Heuer J, Hingsammer A, Jacobs S, Krampe H, Lange W, Lay T, Leimbach M, Lemke M R, Leweke M, Mangholz A, Massing W, Meyenberg R, Porzig J, Quattert T, Redner C, Ritzel G, Rollnik J D, Sauvageoll R, Schlafke D, Schmid G, Schroder H, Schwichtenberg U, Schwoon D, Seifert J, Sickelmann I, Sieveking C F, Spiess C, Stiegemann H H, Stracke R, Straetgen H D, Subkowski P, Thomasius R, Tretzel H, Verner L J, Vitens J, Wagner T, Weirich S, Weiss I, Wendorff T, Wetterling T, Wiese B, Wittfoot J. Chúng lo lắng đi kèm và các rối loạn ảnh hưởng ở bệnh nhân phụ thuộc vào rượu đang tìm cách điều trị: Nghiên cứu đa trung tâm đầu tiên ở Đức. *Tạp chí rượu và chứng nghiện rượu*. 2001;36(3):219. [PubMed]
677. Schoenbaum M, Zhang W, Sturm R. Chi phí và việc sử dụng dịch vụ chăm sóc người lạm dụng chất gây nghiện trong nhóm người có bảo hiểm riêng dưới dịch vụ chăm sóc sức khỏe có kiểm soát. *Dịch vụ điều trị tâm thần*. 1998;49(12):1573. [PubMed]
678. Schonfeld L, Dupree L W. Đường hướng điều trị cho người già có vấn đề về rượu. *Tạp chí quốc tế về nghiện*. 1995;30(13–14):1819. [PubMed]
679. Schuckit M A. Nghiện rượu và các rối loạn tâm lý khác. *Tâm lý học ở bệnh viện và trong cộng đồng*. 1983;34(11):1022. [PubMed]
680. Schuckit, M.A. Chẩn trị đôi: Toàn cảnh tâm lý học với người lạm dụng chất gây nghiện. Trong: Miller, N.S., Tái bản. Nguyên lý về thuốc cai nghiện. Tái bản lần 1. Chevy Chase, MD: Hiệp hội thuốc cai nghiện Mỹ, 1994.
681. Schuckit, M.A. Lạm dụng rượu và ma túy: Hướng dẫn y khoa cho chẩn trị và điều trị. Tái bản lần 5. New York: Nhà xuất bản Viện Kluwer/Plenum, 2000.
682. Schuckit M A, Monteiro M G. Rượu, lo lắng và trầm cảm. *Tạp chí về nghiện của Anh*. 1988;83(12):1373. [PubMed]
683. Schuh K J, Schuh L M, Henningfield J E, Stitzer M L. Việc xịt nicôtin vào mũi và cấy dạng hơi: đánh giá khả năng lạm dụng. *Tâm thần dược học*. 1997;130(4):352. [PubMed]
684. Schuytze-Delrieu, K.S., và Summers, R.W. Esophageal diseases. Trong: Stein, J.H., Tái bản. *Internal Medicine*. Tái bản

- lần thứ 4. St. Louis, MO: Mosby, 1994. trang 390–402.
685. Schweizer E, Rickels K, Case W G, Greenblatt D J. Sử dụng benzodiazepine lâu dài để chữa bệnh. II. Hiệu quả của việc sử dụng dần dần lượng nhỏ. Lưu trữ về tâm thần học tổng thể. 1990;47(10):908. [PubMed]
 686. Schweizer E, Rickels K, Weiss S, Zavodnick S. Duy trì điều trị nghiện ma túy ở người rối loạn lo lắng: I. Kết quả của việc so sánh mang tính triển vọng, có kiểm soát thuốc trấn an giữa alprazolam và imipramine. Lưu trữ về tâm thần học tổng thể. 1993;50(1):51. [PubMed]
 687. Scialli, A. Hormones. Trong: Schaefer, C.H., Tái bản. Ma túy khi mang thai và cho con bú: Sổ tay về kê đơn thuốc và đánh giá rủi ro tương đối: Với thông tin cập nhập về thuốc giải sầu. Amsterdam: Elsevier, 2001. trang 132–148.
 688. Scott R B. Tác động của rượu với người già. Liệu pháp toàn diện. 1989;15(6):8. [PubMed]
 689. Sees K L, Clark H W. Khi nào bắt đầu cai nghiện thuốc lá ở người lạm dụng chất gây nghiện. Tạp chí điều trị lạm dụng chất gây nghiện. 1993;10(2):189. [PubMed]
 690. Sees K L, Delucchi K L, Masson C, Rosen A, Clark H W. Duy trì methadone so với cai nghiện bằng tâm lý xã hội học 180 ngày để điều trị chứng phụ thuộc vào opioid. Tạp chí của hiệp hội y khoa Mỹ. 2000;283(10):1303. [PubMed]
 691. Tự nghi nhận bệnh lo lắng thường xuyên ở người lớn—Mỹ, 1993-1996. Báo cáo hàng tuần về số người tử vong và các bệnh đi kèm 47(16):326–331, 1998.
 692. Sellers, E.M., và Naranjo, C.A. Chiến dịch nâng cao điều trị triệu chứng sinh ra do ngừng uống rượu. Trong: Naranjo, C.A., và Sellers, E.M., Tái bản. Tiến bộ về nghiên cứu trong phương pháp điều trị kết hợp dùng thuốc và tâm lý cho người nghiện rượu. New York: Nhà xuất bản khoa học Elsevier, 1985. trang 157–170.
 693. Semansky R M, Koyanagi C, Vandivort-Warren R. Chính sách kiểm tra sức khỏe hành vi trong chương trình Medicaid trên toàn quốc. Dịch vụ điều trị tâm thần. 2003;54(5):736. [PubMed]
 694. Seoane A, Carrasco G, Cabre L, Puiggros A, Hernandez E, Alvarez M, Costa J, Molina R, Sobrepere G. Hiệu quả và tính an toàn của hai phương pháp mới trong cai nghiện nhanh từ tĩnh mạch đối với người nghiện ma túy từng điều trị không thành công. Tạp chí tâm thần học của anh. 1997;171:340. [PubMed]
 695. Seppa K, Sillanaukee P. Phụ nữ, rượu và các tế bào đỏ. Nghiện rượu: Nghiên cứu thử nghiệm và y khoa. 1994;18(5):1168.
 696. Serfaty M, Masterton G. Nhiễm độc chết người do benzodiazepine ở Anh những năm 1980. Tạp chí tâm thần học của anh. 1993;163:386. [PubMed]
 697. Seymour, R.B., và Smith, D.E. Thoát khỏi ma túy: phương pháp độc nhất, tích cực để tránh xa rượu và các chất gây nghiện khác. New York: Nhà xuất bản Facts on File, 1987.
 698. Shaffer H J, Simoneau G. Giảm việc ngăn cản và từ chối do có mâu thuẫn trong tư tưởng khi điều trị nghiện. Tạp chí điều trị lạm dụng chất gây nghiện. 2001;20(1):99. [PubMed]
 699. Shannon M, Quang L S. Gamma-hydroxybutyrate, gamma-butyrolactone, và 1,4-butanediol: Báo cáo trường hợp và tổng hợp tài liệu. Chăm sóc cấp cứu khoa nhi. 2000;16(6):435. [PubMed]
 700. Shaw G K. Cai nghiện: việc dùng benzodiazepin. Tạp chí rượu và chứng nghiện rượu. 1995;30(6):765. [PubMed]
 701. Shaw G K, Waller S, Latham C J, Dunn G, Thomson A D. Kinh nghiệm từng cai nghiện của bệnh nhân cai nghiện rượu nội trú và các yếu tố dự đoán kết

- quả. Tạp chí rượu và chứng nghiện rượu. 1998;33(3):291. [PubMed]
702. Shiffman S M. Tái nghiện sau khi cai nghiện thuốc lá: Phân tích theo tình huống. Tạp chí Tâm thần học trong y khoa và tư vấn. 1982;50(1):71. [PubMed]
 703. Shiffman S M, Paty J A, Rohay J M, Di Marino M E, Gitchell J. Hiệu quả của việc cai nghiện thuốc lá kết hợp dùng máy tính bổ xung cho liệu pháp nhai nicôtin polacrilex. Văn thư về Dược phẩm nội tại. 2000;160(11):1675. [PubMed]
 704. Shulman G D. Điều trị lạm dụng chất gây nghiện: Mất xích còn thiếu. Chăm sóc sức khỏe có quản lý ghét điều trị kéo dài còn nhà cung cấp coi thường điều trị thiếu đầy đủ. Quản lý sức khỏe hành vi. 1998;18(4):34.
 705. Shwartz M, Sahz R, Mulvey R, Brannigan P. Giá trị của chương trình chăm cứu cai nghiện trong hệ thống điều trị lạm dụng chất gây nghiện. Tạp chí điều trị lạm dụng chất gây nghiện. 1999;17(4):305. [PubMed]
 706. Silagy, C., Mant, D., Fowler, G., và Lancaster, T. Phương pháp thay thế nicôtin trong cai nghiện thuốc lá. Xem lại một cách hệ thống cơ sở dữ liệu của Cochrane (3):CD000146, 2000.
 707. Simko, M.D., Cowell, C., và Gilbride, J.A. Đánh giá dinh dưỡng: Hướng dẫn toàn diện cho việc can thiệp có kết hoạch. Tái bản lần 2. Gaithersburg, MD: Nhà xuất bản Aspen , 1995.
 708. Simpson D D, Joe G W, Rowan-Szal G A, Greener J M. Các thành tố của quá trình điều trị lạm dụng chất gây nghiện mà tăng được thời gian duy trì. Tạp chí điều trị lạm dụng chất gây nghiện. 1997;14(6):565. [PubMed]
 709. Singer J, Lindamood K. Khủng hoảng lối vào II: Ngày càng ít dịch vụ cai nghiện được cung cấp qua việc chăm sóc sức khỏe có điều khiển; Việc chăm sóc sức khỏe có điều khiển của Medicaid làm yếu đi hệ thống điều trị cai nghiện công cộng. Báo cáo của Abell. 2000;13(5):1.
 710. Sivilotti M L, Burns M J, Aaron C K, Greenberg M J. Dùng pentobarbital cho triệu chứng nặng do ngừng dùng gamma-butyrolactone. Biên niên về Dược phẩm cấp cứu. 2001;38(6):660. [PubMed]
 711. Sladen B J, Mozdzierz G J. Thang đo MMPI để dự đoán việc điều trị cai nghiện rượu nội trú kết thúc quá sớm. Tạp chí tâm lý học y khoa. 1985;41(6):855. [PubMed]
 712. Smart R G. Thanh niên nghiện rượu trong điều trị: Đặc tính và tỷ lệ phục hồi của họ sau đó. Nghiện rượu: Nghiện cứu thử nghiệm và y khoa. 1979;3(1):19.
 713. Smith, M., và Lin, K.M. Nền tảng văn hóa, môi trường và sinh học tạo nên sự khác nhau về dân tộc trong điều trị. Trong: Kato, P.M., và Mann, T., Tái bản. Sổ tay các vấn đề đa dạng trong tâm lý học sức khỏe. New York: Nhà xuất bản Plenum, 1996. trang 389–406.
 714. Socas L, Zumbado M, Perez-Luzardo O, Ramos A, Perez C, Hernandez J R, Boada L D. U tế bào gan liên quan tới lạm dụng steroid kích tố nam đồng hóa ở lực sĩ thể hình: Báo cáo về hai trường hợp và nhìn lại kiến thức nền. Tạp chí Dược phẩm thể thao của Anh. 2005;39(5):e27. [PubMed]
 715. Sonne S C, Brady K T. Lạm dụng chất gây nghiện và bệnh lưỡng cực. Phòng khám bệnh tâm thần ở Bắc mỹ. 1999;22(3):609. [PubMed]
 716. Soodini G, Morgan J P. Lạm dụng cocain có thể làm xấu thêm tình trạng nhiễm độc tim ở người nhiễm virus HIV? Điều trị khoa tim. 2001;24(3):177. [PubMed]
 717. Spencer S S. Bệnh lao: Đối mặt với các nguy cơ mới từ kẻ thù cũ. Cải huấn hiện đại 54(7):98. 1992;100:102.
 718. Spiegel D A. Chiến dịch tâm lý để ngừng điều trị benzodiazepine. Tạp chí Tâm thần dược học y khoa. 1999;19(6 Suppl 2):17S. [PubMed]

719. Spray, J.R., và Jones, S.M. Sử dụng châm cứu trong điều trị cai nghiện ma túy. Tin tức y văn. Washington, DC: Mạng lưới chiến dịch dùng thuốc quốc gia, 1995. <http://www.ndsn.org/SEPT95/GUEST.html>[Truy cập ngày 4/9/2001].
720. Stark M J, Campbell B K, Brinkerhoff C V. “Xin chào, chúng tôi giúp gì được bạn?” Nghiên cứu về ngăn chặn hao mòn trong lần đầu tiên gọi điện cho bệnh nhân lạm dụng chất gây nghiện. 1990;16(1 và 2):67. [PubMed]
721. Stedman, T.L. Từ điển y học của Stedman’s. Tái bản lần thứ 25. Baltimore: Williams & Wilkins, 1990.
722. Steenrod S, Brisson A, McCarty D, Hodgkin D. Tác động của chăm sóc sức khỏe có kiểm soát lên chương trình và thực hiện điều trị cho người phụ thuộc vào rượu và ma túy. Các bước tiến gần đây trong cai nghiện rượu. 2001;15:51. [PubMed]
723. Stein B, Orlando M, Sturm R. Tác động của tiền phụ trả cho điều trị cai nghiện rượu và ma túy sau khi cai nghiện nội trú trong chương trình chăm sóc sức khỏe có kiểm soát. Dịch vụ điều trị tâm thần. 2000;51(2):195. [PubMed]
724. Stein, J.H., Tái bản. Dược phẩm nội tại. Tái bản lần 4. St. Louis, MO: Công ty sách hàng năm của Mosby, 1994.
725. Stevens S J, Estrada A L, Glider P J, McGrath R A. Khác biệt về chủng tộc và văn hóa ở phụ nữ dùng ma túy đang và đã điều trị. Ma túy và xã hội. 1997;13(1–2):81.
726. Stine, S.M., Greenwald, M.K., và Kosten, T.R. Cai nghiện opiate cực nhanh. Trong: Graham, A.W., Schultz, T.K., Mayo-Smith, M.F., Ries, R.K., và Wilford, B.B., Tái bản. Nguyên lý về thuốc cai nghiện. Tái bản lần 3. Chevy Chase, MD: Hiệp hội thuốc cai nghiện Mỹ, 2003. trang 668–669.
727. Stitzer, M.L., và Higgins, S.T. Điều trị hành vi lạm dụng thuốc và rượu. Trong: Bloom, F.E., và Kupfer, D., Tái bản. Tâm thần dược học: Thế hệ tiến bộ thứ tư. New York: Nhà xuất bản Raven, 1995. trang 1807–1819.
728. Strakowski S M, DelBello M P. Xuất hiện đồng thời chứng rối loạn lưỡng cực và rối loạn dùng chất gây nghiện. Nhìn lại tâm lý học chữa bệnh. 2000;20(2):191. [PubMed]
729. Strobbe S, Brower K J, Galen L W. Dự đoán việc hoàn thành cai nghiện opioid ngoại trú với clonidine. Tạp chí về nghiện của Mỹ. 2003;12(3):260. [PubMed]
730. Stuyt E B. Tỷ lệ phục hồi sau điều trị phụ thuộc vào rượu/ma túy: Người hút thuốc và người không hút thuốc. Tạp chí về nghiện của Mỹ. 1997;6(2):159. [PubMed]
731. Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện. The Drug Addiction Treatment Act of 2000 (DATA 2000). Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, 2002. <http://buprenorphine.samhsa.gov/data.html>[Truy cập ngày 31/10/2002].
732. Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện. Báo cáo tổng hợp—Kêu gọi hành động quốc gia: Loại trừ việc sử dụng hình thức tách biệt và hạn chế. Ma trận SAMHSA: Tách biệt và hạn chế. Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, 2003. <http://alt.samhsa.gov/seclusion/SRMay5report2.htm>[Truy cập ngày 20/1/2006].
733. Sue D. Huấn luyện đa văn hóa. Tạp chí quốc tế về quan hệ liên văn hóa. 1997;21(2):175.
734. Sue, D.W., và Sue, D. Tư vấn cho những người khác biệt về văn hóa: Lý thuyết và thực tiễn. Tái bản lần 3. New York: John Wiley và Sons, 1999.

735. Sue S. Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho cộng đồng đối với các nhóm người thiểu số: Một số lạc quan, số khác bi quan. Nhà tâm lý học Mỹ. 1977;32(8):616. [PubMed]
736. Sullivan J T, Sykora K, Schneiderman J, Naranjo C A, Sellers E M. Đánh giá việc ngừng uống rượu: Bản đánh giá chính lý về việc ngừng uống rượu của Viện Y khoa đối với thang độ rượu (CIWA-Ar). Tạp chí về nghiện của Anh. 1989;84(11):1353. [PubMed]
737. Sullivan M L, Martinez C M, Gallagher E J. Rung tâm nhĩ và steroid đồng hóa. Tạp chí Dược phẩm cấp cứu. 1999;17(5):851. [PubMed]
738. Summers J, Zisook S, Atkinson J H, Sciolla A, Whitehall W, Brown S, Patterson T, Grant I. Bệnh tâm lý liên quan tới giải pháp giảm đau cho người mắc hội chứng suy giảm miễn dịch. Tạp chí các bệnh tâm thần và thần kinh. 1995;183(6):384. [PubMed]
739. Sutocky J W, Shultz J M, Kizer K W. Số người chết liên quan tới rượu ở California, 1980 to 1989. Tạp chí Sức khỏe Cộng đồng Mỹ. 1993;83(6):817. [PubMed] [Bản đầy đủ miễn phí ở PMC]
740. Sutton L R, Hinderliter S A. Lạm dụng diazepam ở phụ nữ có thai còn duy trì methadone. Hàm chỉ tới trẻ sơ sinh. Điều trị ở khoa nhi. 1990;29(2):108. [PubMed]
741. Svikis D S, Golden A S, Huggins G R, Pickens R W. Chi phí-hiệu quả của việc điều trị cho phụ nữ có thai lạm dụng ma túy. Chứng phụ thuộc vào rượu và chất gây nghiện. 1997;45(1-2):105. [PubMed]
742. Swift R M, Miller N S. Kết hợp ngành kinh tế chăm sóc sức khỏe cho điều trị cai nghiện trong chăm sóc y tế. Tạp chí về chất kích thích tâm lý. 1997;29(3):255. [PubMed]
743. Tamerin J S, Mendelson J H. Tâm độc học nghiên cứu về nghiện rượu kinh niên: Quan sát người nghiện rượu trong quá trình uống rượu ở bối cảnh nhóm thực nghiệm. Tạp chí tâm lý Mỹ. 1969;125(7):886. [PubMed]
744. Tang, W.W.H., và Bigby, J. Phương diện văn hóa trong lạm dụng chất gây nghiện. Trong: Friedman, L., Fleming, N., Roberts, D., và Hyman, S.E., Tái bản. Sách nguồn về lạm dụng chất gây nghiện và nghiện. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996. trang 41-36.
745. Tarasoff v. Regents of Univ of CA. 17 Cal.3d 425 (1976), 1976.
746. Thase M E, Salloum I M, Cornelius J D. Rối loạn nghiện rượu và trầm cảm: Các vấn đề điều trị. Tạp chí tâm lý y khoa. 2001;62(Suppl 20):32.
747. Thomas-Knight, R. Điều trị nghiện rượu ở người lớn tuổi: Hiệu quả của chương trình điều trị đặc biệt cho người nghiện rượu lớn tuổi. Fayetteville, AR: Đại học Arkansas, 1978.
748. Thompson M P, Kingree J B. Độ thường xuyên và ảnh hưởng của tổn thương do bạo lực ở người mang thai lạm dụng chất gây nghiện. Hành vi nghiện. 1998;23(2):257. [PubMed]
749. Thornton C C, Gottheil E, Weinstein S P, Kerachsky R S. Khớp bệnh nhân vwois việc điều trị trong lạm dụng chất gây nghiện: Nghiện ma túy nặng. Tạp chí điều trị lạm dụng chất gây nghiện. 1998;15(6):505. [PubMed]
750. Thurman, P.J., Swaim, R.C., và Plested, B. Can thiệp và điều trị cho người lạm dụng chất gây nghiện ở nhóm dân tộc thiểu số. Trong: Aponte, J.F., và Rivers, R.Y., Tái bản. Can thiệp tâm lý và đa dạng văn hóa. Boston: Allyn và Bacon, 1995. trang 215-233.
751. Tonigan J S, Toscova R, Miller W R. Phân tích tổng hợp dữ liệu từ các nghiên cứu trước của Alcoholics Anonymous: Mẫu và đặc điểm nghiên cứu. Tạp chí nghiên cứu về rượu. 1996;57(1):65. [PubMed]

752. Tonnesen H, Kehlet H. Nghiện rượu trước phẫu thuật và bệnh tật sau phẫu thuật. *Tạp chí phẫu thuật của Anh*. 1999;86(7):869. [PubMed]
753. Trachtenberg, A.I. Bằng chứng đối với nghĩa vụ của Nhà Trắng trong chính sách được phẩm thay thế và bổ xung, ngày 18/12/2000. Rockville, MD: Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, 2000. <http://www.samhsa.gov/centers/csat/content/dpt/010223testimony.htm>[Truy cập ngày 31/3/2003].
754. Trevillyan J, Carroll P J. Kiểm soát chứng tăng huyết áp ở tĩnh mạch cửa và giãn tĩnh mạch thực quản ở người xơ gan nghiện rượu. *Bác sĩ gia đình Mỹ*. 1997;55(5):1851. [PubMed]
755. Trudeau D L, Isenhardt C, Silversmith D. Hiệu quả của chiến dịch cai nghiện thuốc lá trong chương trình điều trị. *Tạp chí về các bệnh nghiện*. 1995;14(1):109. [PubMed]
756. Tsai G E, Ragan P, Change R, Chen S, Linnoila MI, Coyle J T. Tăng glutamatergic trong dẫn truyền thần kinh và kích ứng ôxi hóa sau khi ngừng uống rượu. *Tạp chí tâm lý Mỹ*. 1998;155(6):726. [PubMed]
757. Bộ Y tế và An sinh Xã hội Hoa Kỳ. Điểm có lợi về sức khỏe khi cai nghiện thuốc lá: A Báo cáo của tổng y sĩ. Ấn bản của DHHS số (CDC) 90-8416. Rockville, MD: Bộ Y tế và An sinh Xã hội Hoa Kỳ, Trung tâm kiểm soát bệnh tật, Văn phòng về hút thuốc và sức khỏe, 1990.
758. Bộ Y tế và An sinh Xã hội Hoa Kỳ. Dùng thuốc lá ở các nhóm dân tộc/chủng tộc thiểu số của người Mỹ gốc Phi, người Mỹ da đỏ, người bản địa Alaska, người Mỹ gốc Á và người các đảo Thái Bình Dương và người gốc Tây Ban Nha, Bồ Đào Nha: Báo cáo tổng hợp về phẫu thuật. Atlanta, GA: Bộ Y tế và An sinh Xã hội Hoa Kỳ, Trung tâm Ngăn ngừa và kiểm soát bệnh tật, Trung tâm quốc gia về Ngăn ngừa bệnh tật kinh niên và tăng cường sức khỏe, Văn phòng hút thuốc và sức khỏe, 1998. <http://www.cdc.gov/tobacco/sgr-minorities.htm>[Truy cập ngày 25/5/2003].
759. Bộ Y tế và An sinh Xã hội Hoa Kỳ. Sức khỏe tâm thần: báo cáo tổng hợp về phẫu thuật. Rockville, MD: Bộ Y tế và An sinh Xã hội Hoa Kỳ, Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, Trung tâm quốc gia về Ngăn ngừa bệnh tật kinh niên và tăng cường sức khỏe, Văn phòng hút thuốc và sức khỏe, 1999. <http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/home.html>[Truy cập ngày 18/3/2002].
760. Bộ Y tế và An sinh Xã hội Hoa Kỳ. Con người khỏe mạnh 2010: Hiểu và tăng cường sức khỏe. Washington, DC: Văn phòng in ấn chính phủ Mỹ, 2000a. <http://www.health.gov/healthypeople/Document/pdf/uih/2010uandih.pdf>[Truy cập ngày 17/4/2002].
761. Bộ Y tế và An sinh Xã hội Hoa Kỳ. Giảm lượng dùng thuốc lá: Báo cáo tổng hợp về phẫu thuật. Atlanta, GA: Bộ Y tế và An sinh Xã hội Hoa Kỳ, Trung tâm Ngăn ngừa và kiểm soát bệnh tật, Trung tâm quốc gia về Ngăn ngừa bệnh tật kinh niên và tăng cường sức khỏe, Văn phòng hút thuốc và sức khỏe, 2000b. http://www.cdc.gov/tobacco/sgr_tobacco_use.htm[Truy cập ngày 17/7/2001].
762. Bộ Y tế và An sinh Xã hội Hoa Kỳ. Sức khỏe tâm thần: Văn hóa, chủng tộc và dân tộc. Bổ sung vào sức khỏe tâm thần: Báo cáo tổng hợp về phẫu thuật. Rockville, MD: Bộ Y tế và An sinh Xã hội Hoa Kỳ, Quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất gây nghiện, Trung tâm dịch vụ sức khỏe tâm thần, 2001.
763. Bộ Y tế và An sinh Xã hội Hoa Kỳ. Sự khác biệt về vùng trong sức khỏe của người Mỹ da đỏ 1998-99. Rockville, MD: Dịch vụ sức khỏe người Mỹ da đỏ, 2002a. <http://www.ihs.gov/PublicInfo/>

- Publications/trends98/master.pdf[Truy cập ngày 23/7/2002].
764. Bộ Y tế và An sinh Xã hội Hoa Kỳ. Lạm dụng chất gây nghiện—Thử thách quốc gia để ngăn ngừa, điều trị và nghiên cứu ở HHS. Washington, DC: Bộ Y tế và An sinh Xã hội Hoa Kỳ, 2-27-2002b. <http://www.hhs.gov/news/press/2002pres/subabuse.html>[Truy cập ngày 22/5/2002].
 765. Bộ Y tế và An sinh Xã hội Hoa Kỳ. Lạm dụng chất gây nghiện—Thử thách quốc gia để ngăn ngừa, điều trị và nghiên cứu ở HHS. Bản số liệu. Washington, DC: Bộ Y tế và An sinh Xã hội Hoa Kỳ, 2003. <http://www.hhs.gov/news/press/2002pres/subabuse.html>[Truy cập ngày 5/1/2005].
 766. Van Hoozen B E, Cross C E. Cần sa. Tác động tới đường hô hấp. *Bình luận y khoa về Dị ứng và miễn dịch học*. 1997;15(3):243. [PubMed]
 767. Vega W A, Kolody B, Aguilar-Gaxiola S, Alderete E, Catalano R, Caraveo-Anduaga J. Sự xuất hiện cả đời của rối loạn tâm lý DSM-III-R trong nhóm người Mỹ gốc Mexico ở thành thị và nông thôn tại California. *Lưu trữ về tâm thần học tổng thể*. 1998;55(9):771. [PubMed]
 768. Victor M, Adams R D. Tác động của rượu lên hệ thần kinh. *Các quá trình của Hiệp hội Nghiên cứu các bệnh tâm thần và thần kinh*. 1953;32:525.
 769. Vining E, Kosten T R, Kleber H D. Ích lợi y khoa của việc cai nghiện clonidine-naltrexone nhanh với người lạm dụng opioid. *Tạp chí về nghiện của Anh*. 1988;83(5):567. [PubMed]
 770. Voas R B, Fisher D A. Quy trình xử tại tòa với lái xe say rượu. *Nghiên cứu về rượu và sức khỏe*. 2002;25(1):32.
 771. Volk R J, Steinbauer J R, Cantor S B, Holzer C E., III Lấy kiểm tra nhận định rối loạn sử dụng rượu (AUDIT) làm cách tìm tình trạng uống rượu nguy hiểm ở các bệnh nhân được chăm sóc sơ cấp và có nguồn gốc chủng tộc/dân tộc khác nhau. *Tạp chí về nghiện*. 1997;92(2):197. [PubMed]
 772. Waksman J, Taylor R N, Bodor G S, Daly F F, Jolliff H A, Dart R C. Nhồi máu cơ tim cấp liên quan tới việc sử dụng amphetamine. *Các quy trình y khoa của Mayo*. 2001;76(3):323. [PubMed]
 773. Walsh D C, Hingson R W, Merrigan D M, Levenson S M, Cupples L A, Heeren T, Coffman G A, Becker C A, Barker T A, Hamilton S K. Thử nghiệm ngẫu nhiên về ý kiến điều trị cho công nhân lạm dụng rượu. *Tạp chí dược phẩm New England*. 1991;325(11):775. [PubMed]
 774. Walsh S L, Preston K L, Stitzer M L, Cone E J, Bigelow G E. Dùng buprenorphine theo cách điều trị dùng thuốc: hiệu quả cao nhất khi dùng liều cao. *Liệu pháp chữa bệnh và phương pháp dùng thuốc chữa bệnh*. 1994;55(5):569. [PubMed]
 775. Wartenberg A A, Nirenberg T D, Liepman M R, Silvia L Y, Begin A M, Monti P M. Cai nghiện rượu: Cải thiện điều trị bằng cách giảm đau từ các triệu chứng. *Nghiện rượu: Nghiên cứu thử nghiệm và y khoa*. 1990;14(1):71.
 776. Washburn A M, Fullilove R E, Fullilove M T, Keenan P A, McGee B, Morris K A, Sorensen J L, Clark W W. Cai nghiện heroin bằng châm cứu: Thử nghiệm y khoa mù đơn. *Tạp chí điều trị lạm dụng chất gây nghiện*. 1993;10(4):345. [PubMed]
 777. Weddington W W, Brown B S, Haertzen C A, Cone E J, Dax E M, Herning R I, Michaelson B S. Thay đổi tâm trạng, thêm khá và ngủ trong khi cai ngắn hạn do nam giới nghiện cocaine báo cáo lại: Nghiên cứu dân cư có giới hạn. *Lưu trữ về tâm thần học tổng thể*. 1990;47(September):861. [PubMed]
 778. Weisner C, Mertens J, Tam T, Moore C. Các yếu tố ảnh hưởng tới việc bắt đầu điều trị lạm dụng chất gây nghiện trong chăm sóc y tế có kiểm soát. *Tạp chí về nghiện*. 2001;96(5):705. [PubMed]
 779. Wesson, D.R., và Smith, D.E. Côcain: Viễn cảnh điều trị. Trong: Kozel, N.J., và

- Adams, E.H., Tái bản. Dùng côcain ở Mỹ: Dịch tễ học và viễn cảnh y khoa. Chuyên khảo nghiên cứu NIDA No. 61. Ấn phẩm của DHHS sốADM 85-1414. Rockville, MD: Viện quốc gia về lạm dụng chất gây nghiện, 1985. trang 193–203.
780. West P M, Graham K. Bệnh nhân lên tiếng: Đánh giá có sự tham gia của bệnh nhân về chương trình điều trị cai nghiện không đối chiếu cho người lớn tuổi. Tạp chí về lão hóa và sức khỏe. 1999;11(4):540. [PubMed]
781. Westermeyer, J. Rối loạn liên quan tới chất gây nghiện. Trong: Ammerman, R.T., và Hersen, M., Tái bản. Sổ tay Ngăn ngừa và điều trị cho trẻ em và thanh thiếu niên: Can thiệp vào hoàn cảnh thực. New York: John Wiley và các con trai, 1997. trang 604–628.
782. Westermeyer J, Neider J. Dự đoán kết quả điều trị sau 10 năm của người Mỹ da đỏ nghiện rượu. Nghiện rượu: Nghiên cứu thử nghiệm và y khoa. 1984;8(2):179.
783. Westermeyer J, Specker S, Neider J, Lingenfelter M A. Lạm dụng chất gây nghiện và chứng rối loạn tâm lý liên quan trong số 100 thanh niên. Tạp chí về các bệnh nghiện. 1994;13(1):67. [PubMed]
784. Ủy ban liên bang phía Tây về giáo dục cấp cao hơn. Tiêu chuẩn năng lực văn hóa trong chăm sóc sức khỏe tinh thần có kiểm soát cho bốn nhóm dân tộc/ chủng tộc không được chăm sóc sức khỏe đúng đắn/ bị hiểu sai. Boulder, CO: Ủy ban liên bang phía Tây về giáo dục cấp cao hơn, 2000. http://www.wiche.edu/MentalHealth/Cultural_Comp/ccslist.htm[Truy cập ngày 18/1/2005].
785. Westmaas J L, Nath V, Brandon T H. Cai nghiện thuốc lá tạm thời. Kiểm soát ung thư. 2000;7(1):56. [PubMed]
786. Westman E C, Tomlin K F, Rose J E. Kết hợp hô hấp nicôtin và cấy nicôtin dưới da để cai nghiện thuốc lá. Tạp chí hành vi sức khỏe của Mỹ. 2000;24(2):114.
787. Wetterling T, Rolf-Dieter K, Bester B. Thang đánh giá mới dùng đánh giá thang độ của triệu chứng ngừng uống rượu (AWS). Tạp chí rượu và chứng nghiện rượu. 1997;32(6):753. [PubMed]
788. Wetterling T, Veltrup C, Driessen M, John U. Cách uống rượu và các rối loạn y tế liên quan tới rượu. Tạp chí rượu và chứng nghiện rượu. 1999;34(3):330. [PubMed]
789. Whitfield C L, Thompson G, Lamb A, Spencer V, Pfeifer M, Browning-Ferrando M. Cai nghiện cho 1,024 bệnh nhân nghiện rượu mà không dùng chất kích thích tâm lý. Tạp chí của hiệp hội y khoa Mỹ. 1978;239(14):1409. [PubMed]
790. Whittington R A, Collins E D, Kleber H D. Cai nghiện opioid nhanh trong khi gây mê toàn thân: Cái chết có phải kết quả quan trọng? Gây mê học. 2000;93(5):1363. [PubMed]
791. Wiesbeck G A, Schuckit M A, Kalmijn J A, Tipp J E, Bucholz K K, Smith T L. Đánh giá về lịch sử của triệu chứng ngừng dùng cần sa trong nhóm dân cư lớn. Tạp chí về nghiện. 1996;91(10):1469. [PubMed]
792. Wilbur R, Kulik F A. Thuốc chống co giật dùng khi ngừng uống rượu: Dùng phenytoin, primidone, carbamazepine, axit valproic và thuốc chống co giật kích thích. Tạp chí về Dược phẩm trong bệnh viện của Mỹ. 1981;38(8):1138. [PubMed]
793. Wilkins, J.N., Conner, B.T., và Gorelick, D.A. Điều khiển việc nghiện và ngừng dùng chất kích thích, ma túy ảo giác, cần sa và phencyclidine. Trong: Graham, A.W., Schultz, T.K., và Wilford, B.B., Tái bản. Nguyên lý về thuốc cai nghiện. Tái bản lần 2. Chevy Chase, MD: Hiệp hội thuốc cai nghiện Mỹ, 1998. trang 465–485.
794. Wojnar M, Bizon Z, Wasilewski D. Đánh giá vai trò của việc kích động trong điều phân tích bệnh học của chứng co giật do ngừng uống rượu và chứng mê sảng. Nghiện rượu: Nghiên cứu thử nghiệm và y khoa. 1999;23(2):204.

795. Wolff P H. Khác biệt về dân tộc ở mức độ nhạy cảm với rượu. *Tạp chí Khoa học*. 1972;175(20):449. [PubMed]
796. Wolff P H. Nhạy cảm vận mạch với rượu trong nhóm người Mông cổ đa dạng. *Tạp chí về gen người của Mỹ*. 1973;25(2):193. [PubMed] [Bản đầy đủ miễn phí ở PMC]
797. Tổ chức y tế thế giới. Phân loại cấp quốc tế về sự suy yếu, khuyết tật và trở ngại: Hướng dẫn phân loại liên quan tới hậu quả của bệnh tật. Geneva: Tổ chức y tế thế giới, 1980.
798. Worner T M. Hiệu ứng kích động liên quan do tái uống rượu ở người nghiện rượu. *Tạp chí rượu và chứng nghiện rượu*. 1996;31(4):375. [PubMed]
799. Yakshe, P. Bệnh tụy kinh niên. eMedicine. Omaha, NE: eMedicine.com, 2004. <http://www.emedicine.com/MED/topic1721.htm>[Truy cập ngày 21/1/2005].
800. Yates, B.T. Phân tích chi phí, quá trình, bước tiến và kết quả của dịch vụ con người. *Phương pháp nghiên cứu xã hội ứng dụng* Sê ri V. 42. Thousand Oaks, CA: Sage, 1996.
801. Yates, B.T. Chi phí đo đạc và cải thiện, Chi phí-hiệu quả và Chi phí-lợi ích đối với chương trình điều trị lạm dụng chất gây nghiện: Sổ tay hướng dẫn. Nhà xuất bản NIH số99-4518. Rockville, MD: Viện quốc gia về lạm dụng chất gây nghiện, 1999. <http://www.nida.nih.gov/PDF/Costs.pdf>[Truy cập ngày 25/2/2005].
802. Yen S, Robins C J, Lin N. So sánh giao văn hóa với việc biểu thị triệu chứng trầm cảm: Trung Quốc và Mỹ. *Tạp chí Tâm thần học trong y khoa và tư vấn*. 2000;68(6):993. [PubMed]
803. Yesalis C E, Kennedy N J, Kopstein A N, Bahrke M S. Sử dụng steroid đồng hóa – nam hóa ở Hoa Kỳ. *Tạp chí của hiệp hội y khoa Mỹ*. 1993;270(10):1217. [PubMed]
804. Yeung A, Neault N, Sonawalla S, Howarth S, Fava M, Nierenberg A A. Theo dõi trầm cảm nặng ở người Mỹ gốc Á: So sánh chứng trầm cảm ở người Trung Quốc. *Tạp chí Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2002;105(4):252. [PubMed]
805. Yoshida A, Ikawa M, Hsu L C, Tani K. Biến dạng phân tử và nhân bản AND trong aldehyde dehydrogenases của người. *Rượu*. 1985;2(1):103. [PubMed]
806. Yoshihara H, Noda K, Kamada T. Mối liên hệ tương quan giữa việc uống rượu, viêm gan C, xơ gan và ung thư biểu bì tế bào gan. Những phát triển gần đây ở chứng nghiện rượu. 1998;14:457. [PubMed]
807. Yoshikawa T, Sugiyama Y, Sawada Y, Iga T, Hanano M, Kawasaki S, Yanagida M. Tác động của giai đoạn mang thai cuối tới salicylate, diazepam, warfarin, và propranolol kết hợp lại: Việc sử dụng đầu dò huỳnh quang. *Việc điều trị và điều trị bằng thuốc*. 1984;36(2):201. [PubMed]
808. Zador D, Lyons Wall P M, Webster I. Hấp thụ lượng đường lớn ở nhóm phụ nữ còn maintenance ở Tây Nam Sydney, Australia. *Addiction*. 1996;91(7):1053. [PubMed]
809. Zakhari S. Khả năng dễ mắc bệnh tim. Những phát triển gần đây trong chứng nghiện rượu. 1991;9:225. [PubMed]
810. Zarkin G A, Dunlap L J, Homsy G. Chương trình phân tích chi phí của dịch vụ điều trị lạm dụng chất gây nghiện (SASCAP): Phương pháp mới để ước tính chi phí của dịch vụ điều trị nghiện thuốc. *Lập kế hoạch cho chương trình và đánh giá*. 2004;27(1):35.
811. Zevin S, Benowitz N L. Tương tác của thuốc với hút thuốc lá. *Bản cập nhật*. Nghiên cứu tác động lý hóa của thuốc tới cơ thể trong điều trị. 1999;36(6):425. [PubMed]
812. Zhang A Y, Snowden L R. Đặc tính về chủng tộc của chứng rối loạn tâm thần ở năm cộng đồng người Mỹ. *Tâm lý học về dân tộc thiểu số và đa dạng văn hóa*. 1999;5:134. [PubMed]
813. Zimberg S. Hai kiểu người uống rượu gặp rắc rối: Cả 2 đều có thể điều chỉnh. *Tái bản*. *Lão khoa*. 1974;29(8):135.

Phụ lục B:

Các dấu hiệu nghiện và hội chứng cai nghiện phổ biến

	Côcain	Rượu	Heroin	Cần sa
Nghiện				
Hoạt động	Kích thích	An thần	An thần, gây hưng phấn, giảm đau	Gây hưng phấn, liều cao có thể gây ảo giác
Đặc điểm nghiện	↑BP, ↑HR, ↑nhiệt, ↑năng lượng, ↑hoang tưởng, ↓mệt mỏi, ↓thèm ăn, lợi tiểu	- An thần, ↓hô hấp - Làm suy nhược hệ thống CNS, có thể gây hôn mê, tử vong	Uể oải, gà gât, gây hưng phấn	↓BP, ↑HR, ↓áp lực lên mắt, nhiễm trùng màng kết (đỏ mắt)
Cai nghiện				
Sự tác động	Tùy vào loại côcain sử dụng: với crack, tác động sẽ bắt đầu trong vài giờ từ lần sử dụng cuối	24–48 giờ sau khi nồng độ cồn trong máu giảm	Trong 24 giờ từ lần sử dụng cuối	Vẫn còn tranh cãi về vấn đề này, có thể là vài ngày
Thời gian	3–4 ngày	5–7 ngày	4–7 ngày	Có thể kéo dài vài tuần

Đặc điểm	Mất ngủ hoặc ngủ li bì, thèm ăn, chán nản, hoang tưởng, sụt giảm năng lượng	↑BP, ↑HR, ↑nhiệt, buồn nôn/nôn mửa/tiêu chảy, tai biến, mê sảng, tử vong	Buồn nôn, nôn mửa, tiêu chảy, nổi da gà, chảy nước mũi, chảy nước mắt, hay ngáp	Hay cáu bẳn, ăn ngủ không ngon, buồn nôn, rối loạn tập trung, giật cầu mắt, tiêu chảy
Các vấn đề y tế/tâm thần	Đột quỵ, suy tim mạch, nhồi máu ở tim mạch và các cơ quan khác, hoang tưởng, bao lực, trầm cảm nặng, tự tử	Mọi hệ thống trong cơ thể đều bị ảnh hưởng (như bệnh cơ tim, bệnh gan, giãn tĩnh mạch thực quản và trực tràng), hội chứng nhiễm độc rượu ở bào thai và các vấn đề khác với thai nhi	Trong lúc cai nghiện, cá nhân có thể cảm thấy bị mất nước	

Phụ lục C:

Các công cụ theo dõi và đánh giá

Cần lưu ý rằng danh sách các công cụ theo dõi và đánh giá đã được chia thành hai mục. Mục đầu gồm các công cụ được sử dụng cho bệnh nhân chỉ bị nghi lạm dụng hoặc phụ thuộc vào rượu; mục thứ hai liệt kê các công cụ được sử dụng để theo dõi và đánh giá việc lạm dụng hoặc phụ thuộc vào bất cứ chất gây nghiện nào. Vì thế, những công cụ theo dõi việc lạm dụng mọi chất gây nghiện sẽ được liệt kê ở mục II.

Mục I: Theo dõi và đánh giá lạm dụng rượu

Mục này của phụ lục liệt kê các công cụ theo dõi và đánh giá phổ biến được sử dụng riêng trong các trường hợp bị nghi lạm dụng hoặc phụ thuộc vào rượu.

Kiểm tra để xác định các rối loạn do sử dụng rượu (AUDIT)

Mục đích: Mục đích của AUDIT là xác định những người mà việc sử dụng rượu đã trở nên trầm trọng hoặc gây hại cho sức khỏe của họ.

Tính thiết thực về lâm sàng: Quy trình theo dõi AUDIT được liên kết với quá trình ra quyết định, trong đó có can thiệp ngắn với người uống rượu nặng hoặc chỉ dẫn điều trị chuyên biệt cho các bệnh nhân cho thấy chứng cứ về việc sử dụng rượu nghiêm trọng hơn.

Các nhóm đã được áp dụng công cụ này: Người trưởng thành, nhất là trong chăm sóc căn bản, phòng cấp cứu, phẫu thuật và bệnh nhân tâm thần; phạm nhân DWI; phạm nhân ở tòa án, trại giam và nhà tù; người trong quân ngũ; nhân viên nhận được sự giúp đỡ từ các chương trình hỗ trợ nhân viên và trong bối cảnh công nghiệp

Quy tắc: Có, người uống rượu nặng và người bị rối loạn do uống rượu

Hình thức: Phiếu điều tra theo dõi gồm 10 câu hỏi, trong đó có 3 câu hỏi về lượng và tần suất uống rượu, 3 câu hỏi về việc phụ thuộc vào rượu và 4 câu hỏi về các vấn đề do rượu

Thời gian thực hiện: Hai phút

Thời gian tính điểm: Một phút

Máy tính chấm điểm? Không

Đào tạo và bằng cấp của quản trị viên: AUDIT do chuyên gia y tế hoặc phụ tá thực hiện. Nhân viên cần được đào tạo thực hiện. Hướng dẫn sử dụng chi tiết và bộ video tập huấn sẽ giải thích cách thực hiện, quy trình, cách tính điểm, diễn giải và quản lý lâm sàng phù hợp.

Phí sử dụng: Không

Nguồn tham khảo: Bạn có thể tải xuống từ trang web của Dự án Cork: http://www.projectcork.org/clinical_tools/index.html

Kiểm tra ngắn để theo dõi nghiện rượu ở Michigan (BMAST)

Mục đích: Được sử dụng để theo dõi chứng nghiện rượu ở nhiều nhóm đối tượng.

Tính thiết thực về lâm sàng: BMAST giúp các bác sĩ tiết kiệm thời gian khi được kết hợp với các công cụ sử dụng để theo dõi các vấn đề về sức khỏe hành vi khác (Pokorny và cộng sự 1972).

Các nhóm đã áp dụng công cụ: Người trưởng thành

Quy tắc: Không rõ

Hình thức: Phiếu điều tra gồm 10 câu, phỏng vấn hoặc trắc nghiệm trên giấy

Thời gian thực hiện: 5 phút

Thời gian tính điểm: 2 đến 3 phút

Máy tính chấm điểm? Không

Đào tạo và bằng cấp của quản trị viên: Không cần đào tạo.

Phí sử dụng: Không

Nguồn tham khảo: Bạn có thể tải xuống từ trang web của Dự án Cork: http://www.projectcork.org/clinical_tools/index.html

Phiếu điều tra CAGE

Mục đích: Được sử dụng để phát hiện chứng nghiện rượu.

Tính thiết thực về lâm sàng: Phiếu điều tra CAGE là công cụ lâm sàng hữu ích. Nó là công cụ ưa thích của nhiều gia đình, bác sĩ nội khoa nói chung và các y tá.

Các nhóm đã áp dụng công cụ: Người trưởng thành và thanh thiếu niên (hơn 16 tuổi)

Quy tắc: Có

Hình thức: Phiếu điều tra ngắn và không chất vấn để phát hiện chứng nghiện rượu, thường bắt đầu bằng câu “bạn đã bao giờ...” nhưng tập trung vào việc mô tả tình hình sử dụng trước kia hoặc hiện tại.

Thời gian thực hiện: Dưới 1 phút

Thời gian tính điểm: Đồng thời

Máy tính chấm điểm? Không

Đào tạo và bằng cấp của quản trị viên: Không cần đào tạo; dễ học, dễ nhớ và dễ nhân rộng.

Phí sử dụng: Không

Nguồn tham khảo: Bạn có thể tải xuống từ trang web của Dự án Cork: http://www.projectcork.org/clinical_tools/index.html

Đánh giá cai nghiện của viện lâm sàng (CIWA-Ar)

Mục đích: Chuyển các mục DSM-III-R thành điểm để theo dõi mức độ cai nghiện, đồng thời đánh giá mức độ cai nghiện rượu.

Tính thiết thực về lâm sàng: Hỗ trợ điều chỉnh chăm sóc sức khỏe theo mức độ cai nghiện

Các nhóm đã áp dụng công cụ: Người trưởng thành

Quy tắc: Không rõ

Hình thức: Thước đo 10 điểm để lượng hóa mức độ của hội chứng cai nghiện rượu

Thời gian thực hiện: 2 phút

Thời gian tính điểm: 4 đến 5 phút

Máy tính chấm điểm? Không

Đào tạo và bằng cấp của quản trị viên: Cần đào tạo; CIWA-Ar do y tá, bác sĩ, nhà nghiên cứu và nhân viên ở đơn vị cai nghiện thực hiện.

Phí sử dụng: Không

Nguồn tham khảo: Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện. Hướng dẫn các dịch vụ về lạm dụng chất gây nghiện cho bác sĩ chăm sóc sức khỏe cơ bản. Phác đồ cải thiện điều trị (TIP) 24. Ấn bản của DHHS số (SMA) 97-3139. Rockville, MD: Quản trị dịch vụ về lạm dụng chất gây nghiện và sức khỏe tâm thần, 1997.

Kiểm tra theo dõi nghiện rượu của Michigan (MAST)

Mục đích: Được sử dụng để theo dõi nghiện rượu ở nhiều nhóm đối tượng.

Tính thiết thực về lâm sàng: Phiếu điều tra 25 câu hỏi được thiết kế để theo dõi nhanh chóng và hiệu quả các vấn đề liên quan đến rượu và chứng nghiện rượu

Các nhóm đã áp dụng công cụ: Người trưởng thành

Quy tắc: Không rõ

Hình thức: Gồm 25 câu hỏi

Thời gian thực hiện: 10 phút

Thời gian tính điểm: 5 phút

Máy tính chấm điểm? Không

Đào tạo và bằng cấp của quản trị viên: Không cần đào tạo.

Phí sử dụng: Phí copy, không có phí sử dụng

Nguồn tham khảo: Bạn có thể tải xuống từ trang web của Dự án Cork: http://www.projectcork.org/clinical_tools/index.html

TWEAK

Mục đích: Theo dõi việc uống rượu và phụ thuộc nặng vào rượu trong năm trước ở mẫu của nam giới và nữ giới trong nhóm đối tượng hộ gia đình và bệnh nhân ngoại trú ở bệnh viện nói chung (Chan và cộng sự 1993).

Tính thiết thực về lâm sàng: TWEAK cung cấp phương pháp nhanh chóng và dễ dàng, nhằm tới bệnh nhân nội trú và ngoại trú cần đánh giá kỹ hơn về cách thức và các vấn đề do uống rượu để xác định xem họ có cần điều trị hay không. Nó cũng được sử dụng để theo dõi việc uống rượu có rủi ro ở các bệnh nhân ngoại trú ở khoa sản (Russell và cộng sự 1994), điều này sẽ nâng cao kết quả mang thai ở người uống rượu rủi ro cao.

Các nhóm đã áp dụng công cụ: Người trưởng thành

Quy tắc: Có

Hình thức: 5 câu hỏi tự thực hiện trên giấy, trên máy tính hoặc qua phỏng vấn.

Thời gian thực hiện: Dưới 2 phút

Thời gian tính điểm: Khoảng 1 phút

Máy tính chấm điểm? Không

Đào tạo và bằng cấp của quản trị viên: Không cần đào tạo.

Phí sử dụng: Không

Nguồn tham khảo: Bạn có thể tải xuống từ trang web của Dự án Cork: http://www.projectcork.org/clinical_tools/index.html

Mục II: Theo dõi và đánh giá lạm dụng rượu và chất gây nghiện khác

Mục này của phụ lục liệt kê các công cụ theo dõi và đánh giá phổ biến được sử dụng trong những trường hợp bị nghi lạm dụng hoặc phụ thuộc vào chất gây nghiện (bao gồm rượu).

Chỉ số mức độ nghiện (ASI)

Mục đích: ASI là công cụ theo dõi đầu vào chung hữu ích nhất. Nó đánh giá hiệu quả tình trạng của bệnh nhân trong một số lĩnh vực, còn điểm hỗn hợp sẽ đánh giá nhu cầu thay đổi điều trị của bệnh nhân qua thời gian.

Tính thiết thực về lâm sàng: ASI được sử dụng rộng rãi để lên kế hoạch điều trị và đánh giá kết quả. Hiện giờ ta cũng có các gói đánh giá kết quả cho các chương trình cá nhân hoặc hệ thống điều trị.

Các nhóm đã áp dụng công cụ: Được thiết kế cho người trưởng thành ở cả hai giới mà đang không chịu ảnh hưởng (của chất gây nghiện hoặc rượu trái phép) khi được phỏng vấn. Nó cũng được sử dụng ở Tây Ban Nha.

Quy tắc: ASI được sử dụng cho cả nam và nữ bị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện ở cả nội trú và ngoại trú.

Hình thức: Phỏng vấn có cấu trúc

Thời gian thực hiện: 50 tới 60 phút

Thời gian tính điểm: 5 phút để đánh giá mức độ

Máy tính chấm điểm? Có

Đào tạo và bằng cấp của quản trị viên: Có gói tự đào tạo và đào tạo tại chỗ do hướng dẫn viên kinh nghiệm thực hiện.

Phí sử dụng: Không chi phí, phí tối thiểu cho việc photo và có thể gửi email.

Nguồn tham khảo: Tiến sĩ Thomas McLellan, tòa nhà 7, PVAMC, Đại học Avenue, Philadelphia, PA 19104, Phone: (800) 238-2433

Đánh giá mức độ chọn lọc côcain (CSSA)

Mục đích: Đánh giá các dấu hiệu và triệu chứng cai nghiện côcain ban đầu.

Tính thiết thực về lâm sàng: CSSA có thể dự đoán phản ứng của bệnh nhân đối với việc điều trị. Công cụ này được sử dụng để xác định các bệnh nhân có nguy cơ điều trị thất bại cao hơn để bác sĩ can thiệp bổ sung. Nó cũng được sử dụng để đánh giá tính hiệu quả của các loại thuốc có dự định sử dụng để điều trị triệu chứng cai côcain.

Các nhóm đã áp dụng công cụ: Người trưởng thành

Quy tắc: Không rõ

Hình thức: 18 câu hỏi

Thời gian thực hiện: Dưới 10 phút

Thời gian tính điểm: Không rõ

Máy tính chấm điểm? Không

Đào tạo và bằng cấp của quản trị viên: Cần đào tạo rất ít; do bác sĩ thực hiện

Nguồn tham khảo: Kampman, K.M., Volpicelli, J.R., McGinnis, D.E., Alterman, A.I., Weinrieb, R.M., D'Angelo, L., và Epperson, L.E. Tính tin cậy và giá trị của việc đánh giá mức độ chọn lọc côcain. *Hành vi nghiện* 23(4):449–461, 1998.

Thang đo cai thuốc phiện khách quan (OOWS)

Mục đích: Được sử dụng để ghi lại các triệu chứng cai thuốc phiện.

Tính thiết thực về lâm sàng: Cho phép nhân viên chia sẻ thông tin về việc cai nghiện của khách hàng, nhất là các dấu hiệu khách quan mà họ quan sát thấy.

Các nhóm đã áp dụng công cụ: Người trưởng thành

Quy tắc: Không rõ

Hình thức: 13 biểu hiện của việc cai nghiện; người quan sát tính điểm

Máy tính chấm điểm? Không

Đào tạo và bằng cấp của quản trị viên: Nhân viên phải làm quen hoặc được đào tạo về các dấu hiệu cai nghiện (như y tá có đăng ký, bác sĩ).

Nguồn tham khảo: Handelsman, L., Cochrane, K.J., Aronson, M.J., Ness, R., Rubinstein, K.J., và Kanof, P.D. Hai thang đánh giá mới cho việc cai thuốc phiện. Tập san về lạm dụng rượu Hoa Kỳ. 13:293–308, 1987.

Phòng vấn lâm sàng có cấu trúc về các rối loạn DSM-IV (SCID)

Mục đích: Lấy chuẩn đoán Trục I và II bằng cách sử dụng các tiêu chí chuẩn đoán DSM-IV để cho phép phòng vấn viên loại bỏ hoặc thiết lập chuẩn đoán “lạm dụng chất gây nghiện” hoặc “phụ thuộc vào chất gây nghiện” và/hoặc “lạm dụng rượu” hoặc “phụ thuộc vào rượu”.

Tính thiết thực về lâm sàng: Phòng vấn tâm lý

Các nhóm đã áp dụng công cụ: Người trưởng thành bình thường ở cơ sở y tế hoặc cộng đồng

Quy tắc: Không

Hình thức: Phòng vấn tâm lý, trong đó người kiểm tra đưa ra chuẩn đoán bằng cách đặt khoảng 10 câu hỏi về bệnh nhân.

Thời gian thực hiện: Tiến hành chuẩn đoán Trục I và Trục II mất hơn 2 giờ cho mỗi bệnh nhân có nhiều chuẩn đoán. Có thể tiến hành đánh giá các rối loạn do sử dụng chất gây nghiện tác động tới tâm trí và hành vi trong 30 tới 60 phút.

Thời gian tính điểm: Khoảng 10 phút

Máy tính chấm điểm? Không. Người kiểm tra sẽ đưa ra chuẩn đoán sau khi phỏng vấn.

Đào tạo và bằng cấp của quản trị viên: Được thiết kế cho nhân viên đánh giá y tế có đào tạo ở cấp thạc sĩ hoặc tiến sĩ, dù trong nghiên cứu,

nó cũng được kỹ thuật viên cấp cử nhân có đào tạo chuyên sâu sử dụng.

Phi sử dụng: Có

Nguồn tham khảo: Nhà xuất bản tâm thần Hoa Kỳ, Phố 1400K, N.W., Washington, DC 20005, www.appi.org/

Thang đo các giai đoạn sẵn sàng thay đổi và tham gia điều trị (SOCRATES)

Mục đích: Được thiết kế để đánh giá động lực của khách hàng đối với việc thay đổi hành vi liên quan tới sử dụng rượu hoặc chất gây nghiện. Bao gồm 5 giai đoạn: tiền dự định, dự định, quyết tâm, hành động và duy trì. Có các phiên bản riêng cho việc sử dụng rượu và chất gây nghiện trái phép.

Tính thiết thực về lâm sàng: SOCRATES hỗ trợ bác sĩ bằng các thông tin cần thiết về động lực thay đổi của khách hàng. Đây là nhân tố dự đoán quan trọng sự tương thích và kết quả điều trị và có tác dụng hỗ trợ việc lập kế hoạch điều trị.

Các nhóm đã áp dụng công cụ: Người trưởng thành

Quy tắc: Không rõ

Hình thức: 40 câu hỏi; làm trên giấy

Thời gian thực hiện: 5 phút

Máy tính chấm điểm? Không

Đào tạo và bằng cấp của quản trị viên: Không cần đào tạo.

Phi sử dụng: Không

Nguồn tham khảo: Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện. Nâng cao động lực thay đổi trong điều trị lạm dụng chất gây nghiện. Phác đồ cải thiện điều trị (TIP) 35. Ấn bản của DHHS số (SMA) 99-3354. Rockville, MD: Quản trị dịch vụ về lạm dụng chất gây nghiện và sức khỏe tâm thần, 1999.

Thang đo cai thuốc phiện chủ quan (SOWS)

Mục đích: Được sử dụng để ghi lại cảm tưởng hoặc lời phản nản về triệu chứng cai thuốc phiện của khách hàng

Các nhóm đã áp dụng công cụ: Người trưởng thành

Quy tắc: Không rõ

Hình thức: Phiếu điều tra 16 câu hỏi; phỏng vấn hoặc trắc nghiệm trên giấy

Máy tính chấm điểm? Không

Nguồn tham khảo: Handelsman, L., Cochrane, K.J., Aronson, M.J., Ness, R., Rubinstein, K.J., và Kanof, P.D. Hai thang đánh giá mới cho việc cai thuốc phiện. Tập san về lạm dụng rượu Hoa Kỳ. 13:293–308, 1987.

Đánh giá thay đổi của trường đại học đảo Rhode (URICA)

Mục đích: URICA định nghĩa bốn giai đoạn thay đổi theo lý thuyết (tiền dự định, dự định, hành động và duy trì), mỗi giai đoạn được đánh giá bằng 8 câu.

Tính thiết thực về lâm sàng: Ta có thể sử dụng cấu trúc đánh giá các giai đoạn thay đổi/sẵn sàng như một nhân tố dự đoán, để cân đối điều trị và xác định các biến số kết quả.

Các nhóm đã áp dụng công cụ: Bệnh nhân trưởng thành cả nội trú và ngoại trú.

Quy tắc: Có, với nhóm điều trị nghiện rượu ngoại trú.

Hình thức: URICA là bản kê gồm 32 câu được thiết kế để đánh giá giai đoạn thay đổi của cá nhân trên trục thay đổi theo lý thuyết.

Thời gian thực hiện: 5 đến 10 phút để hoàn thành

Thời gian tính điểm: 4 đến 5 phút

Máy tính chấm điểm? Có, sử dụng mẫu mà máy tính quét được

Đào tạo và bằng cấp của quản trị viên: Không rõ

Phi sử dụng: Không—các công cụ nằm trong lĩnh vực công

Nguồn tham khảo: Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện. Nâng cao động lực thay đổi trong điều trị lạm dụng chất gây nghiện. Phác đồ cải thiện điều trị (TIP) 35. Ấn bản của DHHS số (SMA) 99-3354. Rockville, MD: Quản trị dịch vụ về lạm dụng chất gây nghiện và sức khỏe tâm thần, 1999.

Phụ lục D:

Ủy ban nguồn

Brad Austin

Chuyên viên tư vấn y tế công cộng
Bộ phận của nhánh chương trình PPG hỗ trợ bang và cộng đồng
Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện
Rockville, Maryland

Christina Currier

Chuyên viên phân tích y tế công cộng
Nhánh cải thiện hành nghề y
Bộ phận cải thiện dịch vụ
Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện
Quản trị dịch vụ về lạm dụng chất gây nghiện và sức khỏe tâm thần
Rockville, Maryland

Herman Diesenhaus

Chuyên viên phân tích y tế công cộng
Nhánh phân tích khoa học
Văn phòng đánh giá, phân tích khoa học và tổng hợp
Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện
Quản trị dịch vụ về lạm dụng chất gây nghiện và sức khỏe tâm thần
Rockville, Maryland

Hendree E. Jones, Thạc sĩ, Tiến sĩ.
Trợ lý giáo sư
Giám đốc nghiên cứu CAP
Phòng tâm thần và khoa học hành vi
Trung tâm Đại học Johns Hopkins
Baltimore, Maryland

Robert Lubran, Thạc sĩ khoa học, Thạc sĩ quản
trị cộng đồng
Giám đốc
Đơn vị dược lý trị liệu
Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây
nghiện
Quản trị dịch vụ về lạm dụng chất gây
nghiện và sức khỏe tâm thần
Rockville, Maryland

James J. Manlandro, Tiến sĩ nắn xương,
FAOAAM, FACOFP
Giám đốc y tế
Dịch vụ điều trị nghiện gia đình
Somers Point, New Jersey

Carol Rest-Mincberg
Nhân viên dự án bang
Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây
nghiện
Quản trị dịch vụ về lạm dụng chất gây
nghiện và sức khỏe tâm thần

Rockville, Maryland
Dennis Scurry, Bác sĩ y khoa
Trưởng phòng y tế
Quản trị phòng tránh và phục hồi sau nghiện
Chính quyền quận Columbia
Bộ Y tế
Washington, DC

Alan Trachtenberg, Bác sĩ y khoa, Thạc sĩ sức
khỏe cộng đồng
Nhân viên y tế
Đơn vị dược lý trị liệu
Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất gây
nghiện
Quản trị dịch vụ về lạm dụng chất gây
nghiện và sức khỏe tâm thần
Rockville, Maryland

Phụ lục E:

Nhà phê bình trong lĩnh vực

Karen C.O. Batia, Thạc sĩ, Tiến sĩ.

Quản lý cấp cao

Dịch vụ nghiện và sức khỏe tâm thần

Heartland Health Outreach

Chicago, Illinois

Thomas P. Beresford, Bác sĩ y khoa

Giáo sư

Khoa tâm thần

Trường Y, Đại học Colorado

Denver, Colorado

Barry Blood, Tư vấn viên lâm sàng có chứng nhận

Tư vấn viên về nghiện

Family Service Foundation

Columbia, Maryland

Patricia T. Bowman

Tư vấn viên tập sự

Chương trình hành động an toàn với rượu Fairfax

Fairfax, Virginia

Barry S. Brown, Thạc sĩ khoa học, Bác sĩ y khoa

Trợ lý giáo sư

Đại học Bắc Carolina ở Wilmington

Carolina Beach, North Carolina

Louis Cataldie, Bác sĩ y khoa
Văn phòng rối loạn do nghiện
Bộ y tế và bệnh viện
Baton Rouge, Louisiana

David A. Chiriboga, Tiến sĩ
Giáo sư
Khoa lão hóa và sức khỏe tâm thần
Viện sức khỏe tâm thần Florida
Đại học Nam Florida
Tampa, Florida

Carol J. Colleran, Tư vấn viên về lạm dụng rượu
và ma túy có chứng nhận
Giám đốc các chương trình cơ bản
Trung tâm phục hồi cho người trung và cao
niên
Trung tâm Hanley-Hazelden
West Palm Beach, Florida

Joy Davidoff
Điều phối viên các loại thuốc gây nghiện
Văn phòng dịch vụ về nghiện rượu và lạm
dụng chất gây nghiện ở New York
Albany, New York

John P. de Miranda, Thạc sĩ giáo dục
Giám đốc điều hành
Hội về rượu, ma túy và người khuyết tật
quốc gia.
San Mateo, California

B.J. Dean
Giám đốc điều hành
Trung tâm điều trị khu vực đảo Grove.
Greeley, Colorado

Ralph W. Edwards, Thạc sĩ sức khỏe cộng
đồng, Thạc sĩ quản trị cộng đồng
Giám đốc
Văn phòng lãnh đạo công dân
Bộ sức khỏe tâm thần và chậm phát triển
Massachusetts
Boston, Massachusetts

Michael I. Fingerhood, Bác sĩ y khoa
Trợ lý giáo sư y khoa
Trung tâm y khoa Johns Hopkins Bayview
Baltimore, Maryland

Michael M. Galer, D.B.A.
Chủ tịch
Trường kinh doanh sau đại học
Đại học Phoenix Greater Boston Campus
Braintree, Massachusetts

Robert Holden, Thạc sĩ
Giám đốc chương trình
Cộng sự trong tư vấn phục hồi sau lạm dụng
chất gây nghiện
Washington, DC

Kyle M. Kampman, Bác sĩ y khoa
Trợ lý giáo sư tâm thần
Giám đốc y khoa
Trung tâm nghiên cứu điều trị
Đại học Pennsylvania
Philadelphia, Pennsylvania

Michael Warren Kirby, Jr., Thạc sĩ., Tiến sĩ
Giám đốc điều hành
Arapahoe House, Inc.
Thornton, Colorado

James J. Manlandro, Tiến sĩ nắn xương,
FAOAAM, FACOFP

Giám đốc y khoa

Dịch vụ điều trị nghiện gia đình

Somers Point, New Jersey

Ethan Nebelkopf, Tiến sĩ, Tư vấn viên hôn nhân, gia đình và trẻ em

Giám đốc

Phòng khám hướng dẫn gia đình và trẻ em

Trung tâm y tế người Mỹ bản địa

Oakland, California

Robert E. Olson, Thạc sĩ khoa học

Giám đốc dự án

Dự án hỗ trợ kỹ thuật về rượu, ma túy và người khuyết tật California

Hiệp hội về rượu, ma túy và người khuyết tật quốc gia.

Belmont, California

Christopher Pond

Giám đốc dịch vụ cho người trưởng thành

Arapahoe House, Inc.

Thornton, Colorado

Anthony B. Radcliffe, Bác sĩ y khoa

Trưởng phòng y khoa về nghiện

Fontana SCPMG

Kaiser Permanente/CDRP

Fontana, California

Jay Renaud

Thành viên/Biên tập viên

J & M Reports

Điểm dẫn: Chăm cứu trong phục hồi

Vancouver, Washington

Joseph P. Reoux, Bác sĩ y khoa

Trợ lý giáo sư

Khoa tâm thần và khoa học hành vi

Hệ thống chăm sóc sức khỏe VA Puget Sound

Trường Y, đại học Washington

Seattle, Washington

Timothy M. Scanlan, Bác sĩ y khoa

Giám đốc y khoa

Chuyên viên về nghiện ở Kansas

Wichita, Kansas

Lawrence Schonfeld, Tiến sĩ

Giáo sư

Viện sức khỏe tâm thần Louis de la Parte Florida

Khoa lão hóa và sức khỏe tâm thần

Đại học Nam Florida

Tampa, Florida

Steven Shevlin

Giám đốc điều hành

Các dấu hiệu cai nghiện.

Ewing, New Jersey

Carla Shird, Thạc sĩ, CSC-AD

Tư vấn viên

Trung tâm sức khỏe tâm thần

Trung tâm hội nghị Kellogg, Đại học Gallaudet

Washington, DC

Mickey J.W. Smith, Thạc sĩ công tác xã hội

Trợ lý chính sách, sức khỏe tâm thần

Đơn vị Chương trình, Chính sách và Hành nghề

Bộ phận phát triển và hỗ trợ chuyên môn

Hội nhân viên công tác xã hội quốc gia

Washington, DC

Leslie R. Steve, Thạc sĩ

Điều phối viên người Mỹ bản địa

Trung tâm ứng dụng công nghệ về lạm dụng
chất gây nghiện

Đại học Nevada

Reno, Nevada

Richard T. Suchinsky, Bác sĩ y khoa

Phó phòng về rối loạn do nghiện và phục
hồi tâm thần

Dịch vụ sức khỏe tâm thần và sức khỏe hành
vi

Bộ cựu chiến binh Hoa Kỳ

Washington, DC

Nancy R. VanDeMark, Thạc sĩ công tác xã hội

Giám đốc

Nghiên cứu và đánh giá chương trình

Arapahoe House, Inc.

Thornton, Colorado

Melvin H. Wilson, Thạc sĩ quản trị kinh doanh,
LCSW-C

Điều phối viên HIDTA Baltimore

Phòng tạm tha và án treo Maryland

Clinton, Maryland

Ann S. Yabusaki, Thạc sĩ giáo dục, Thạc sĩ,
Tiến sĩ

Giám đốc về lạm dụng chất gây nghiện

Chuyên viên tâm lý

Các chương trình về lạm dụng chất gây
nghiện và đào tạo

Coalition for a Drug-Free Hawaii

Kaneohe, Hawaii

Cắt cơn Cai nghiện và Điều trị Lạm dụng Chất Gây nghiện

Phác Đồ Cải Thiện Điều Trị TIP 45

Hướng Dẫn Nhanh dành cho Bác Sĩ Lâm Sàng

Điều Trị Lạm Dụng Chất Gây Nghiện Cho Người Nhiễm HIV/AIDS

Nâng Cao Động Lực Để Thay Đổi Trong Điều Trị Lạm Dụng Chất Gây Nghiện

DHHS Publication No. (SMA) 05-3992

Printed 2005

BỘ Y TẾ VÀ PHỤC VỤ CON NGƯỜI HOA KỲ
Cục Quản lý Lạm dụng Chất gây nghiện và Sức khỏe tâm thần
Trung tâm Điều trị Lạm Dụng Chất gây nghiện