



croix-rouge française

Humanisons la vie

Dr L Michel

Trung tâm Pierre Nicole

Hội Chữ thập đỏ Pháp

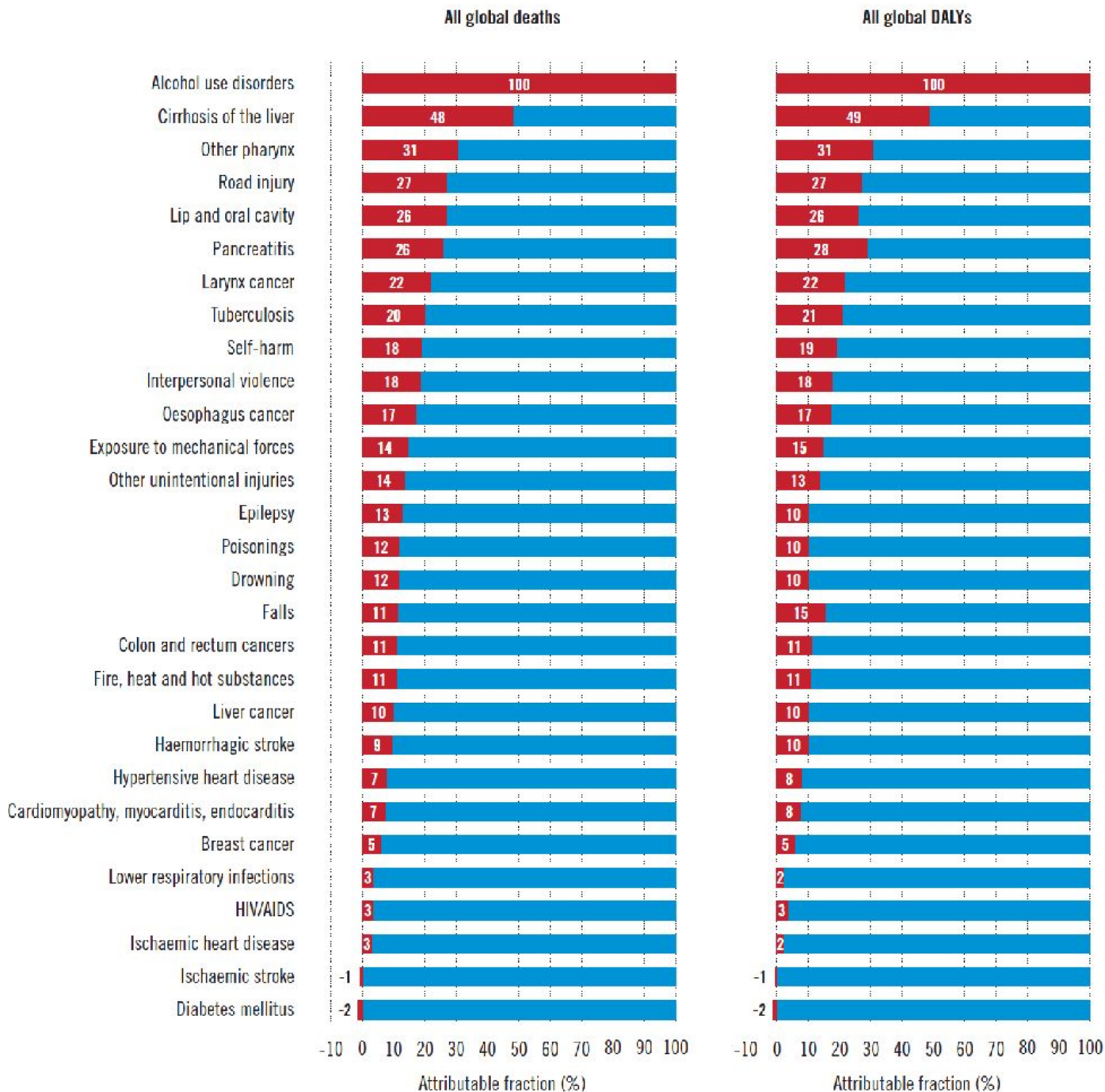
CESP Inserm 1018, Ủy ban «Dịch tễ học
về sức khỏe tâm thần và thể chất»,
« Khoa học về nghiện »

Paris



Tỷ lệ tử vong, bệnh tật, thương tích có nguyên nhân do sử dụng rượu năm 2016

DALYs = Số năm sống được điều chỉnh theo mức độ bệnh tật



Các loại chất nguy hại nhất (Lancet, 2010, UK)

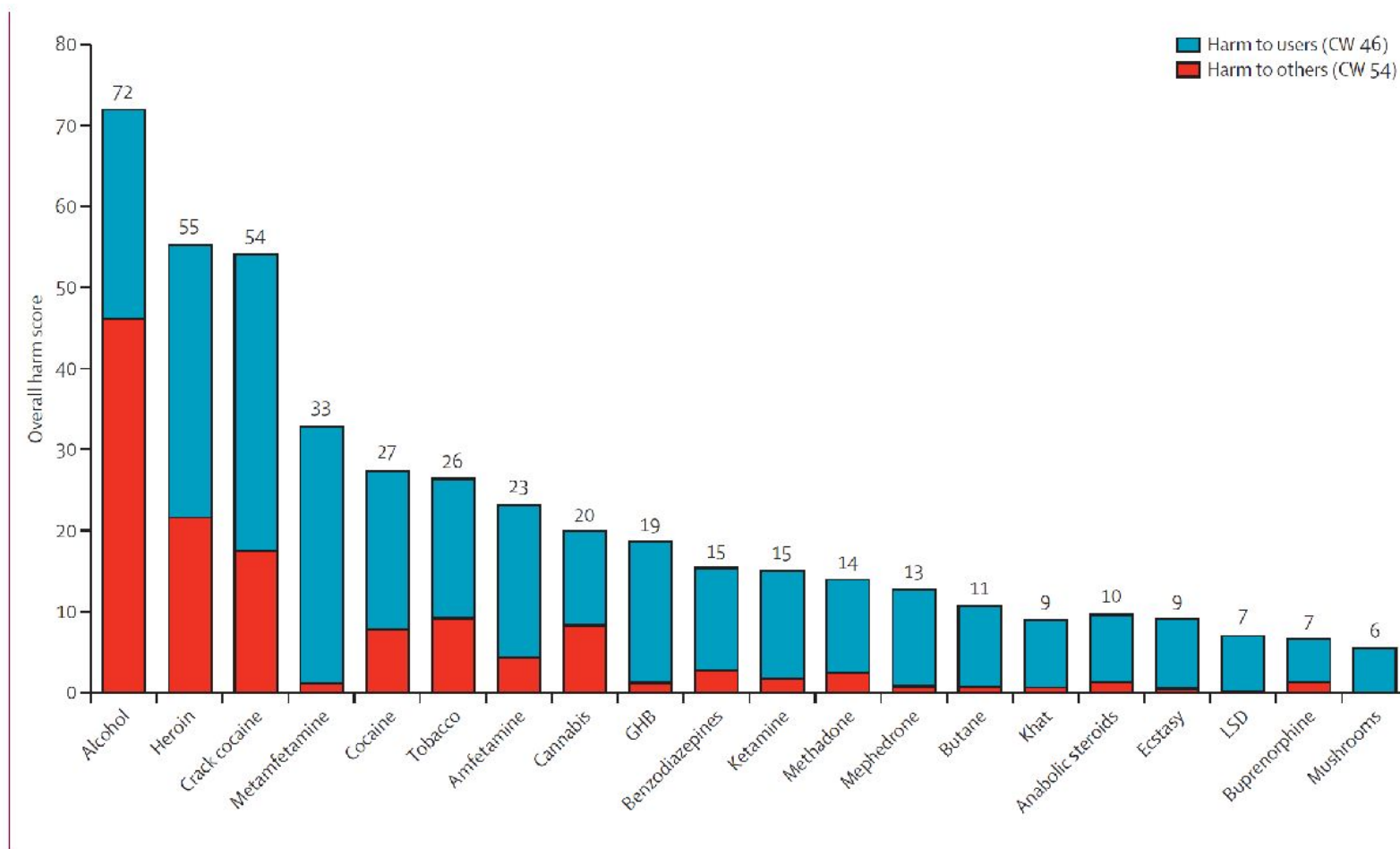


Figure 2: Drugs ordered by their overall harm scores, showing the separate contributions to the overall scores of harms to users and harm to others

The weights after normalisation (0-100) are shown in the key (cumulative in the sense of the sum of all the normalised weights for all the criteria to users, 46; and for all the criteria to others, 54). CW=cumulative weight. GHB= γ hydroxybutyric acid. LSD=lysergic acid diethylamide.

Tỷ lệ tử vong (Pháp)

- Thuốc lá : 70 000 ca tử vong mỗi năm
- Rượu : 49 000 ca tử vong mỗi năm
 - 13% trong số ca tử vong hàng năm
 - Đứng thứ nhất trong các yếu tố liên quan đến vấn đề phạm pháp, (25% tổng số người bị kết án)

Hệ thống giám sát nhân khẩu học và y tế CHILILAB 2018 (Việt Nam)

- Mức độ tiêu thụ rượu bia ở Việt Nam hiện đang ở mức cao và liên tục tăng trong 10 năm qua
- Uống rượu ở mức có hại dẫn đến một số vấn đề sức khỏe và xã hội và có ảnh hưởng nghiêm trọng đến y tế công cộng.
- Uống rượu phổ biến ở nam giới hơn phụ nữ.
- Người sống ở nông thôn uống rượu nhiều hơn ở thành thị, nhưng những người sống ở thành thị có xu hướng uống ở mức có hại nhiều hơn.
- Kết quả của nghiên cứu này tái khẳng định sự cần thiết của các chiến lược y tế công đồng, bao gồm việc xây dựng luật pháp và chính sách để giảm tác hại của việc uống rượu bia ở Việt Nam

WHO 2018

Trong khi ở khu vực Châu Phi, Châu Mỹ, Đông Địa Trung Hải, mức tiêu thụ rượu trên bình quân đầu người vẫn khá ổn định. Ở khu vực Châu Âu, mức này giảm từ 12.3 lít vào năm 2005 xuống còn 9,5 lít năm 2016. Mức tiêu thụ rượu trên đầu người tăng lên ở khu vực Tây Thái Bình Dương và Đông Nam Á theo báo cáo của WHO

Tỷ lệ uống rượu ở mức độ nguy hại* (%), 2016

	Nhóm dân số (> 15 tuổi)	Người uống rượu (> 15 tuổi)	Nhóm dân số (15 – 19 tuổi)	Người uống rượu (15 – 19 tuổi)
Nam	25.1	50.2	18.2	55.5
Nữ	4.2	17.7	2.8	21.1
Cả hai giới	14.4	39.3	10.7	45.9

* Tiêu thụ ít nhất 60 grams hoặc hơn cồn nguyên chất ít nhất một lần trong 30 ngày qua.

Người kiêng rượu (%), 2016

	Nam	Nữ	Cả hai giới
Người chưa bao giờ uống rượu (15+)	24.1	52.4	38.6
Người từng uống rượu (15+)	25.9	23.7	24.7
Người kiêng rượu (15+), trong vòng 12 tháng	50.0	76.1	0.6

* Là những người từng uống các thức uống có cồn nhưng đã không uống trong 12 tháng.

Tỷ lệ rối loạn sử dụng rượu và lệ thuộc rượu (%), 2016*

Nam	9.8	5.9
Nữ	1.2	0.1
Cả hai giới	5.4	2.9
Khu vực Tây Thái Bình Dương WHO	4.7	2.3



Lệ thuộc rượu và rối loạn tâm thần

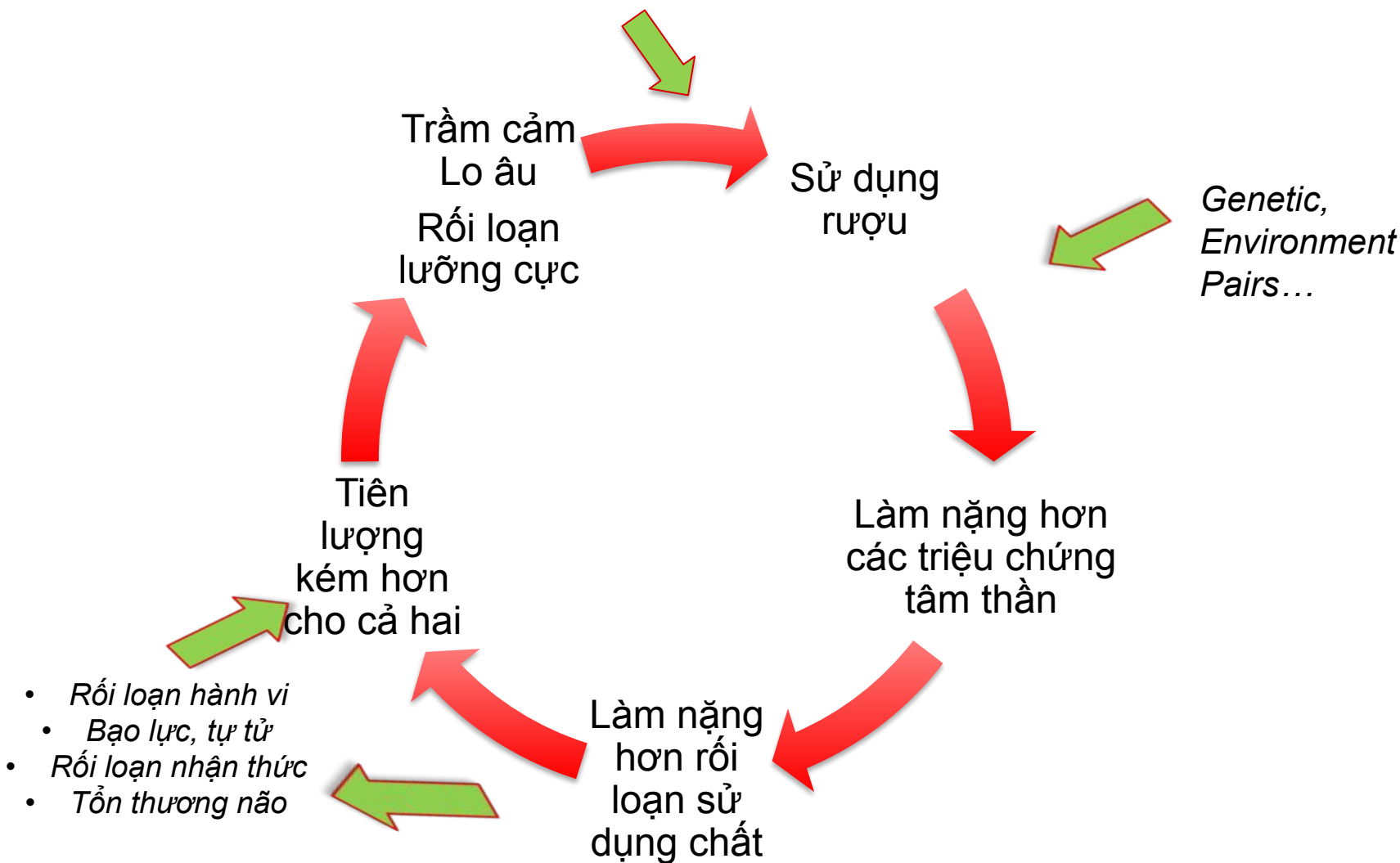
NESARC survey, *Hasin et al. 2007.*

	Lệ thuộc rượu trong 12 tháng qua	Lệ thuộc rượu cả đời
Lạm dụng/ lệ thuộc ma túy	5,0 (3,59-6,94)	4,4 (3,81-5,03)
Lệ thuộc thuốc lá	7,5 (4,16-13,64)	3,3 (2,94-3,75)
Rối loạn cảm xúc	3,4 (2,78-4,19)	1,7 (1,47-2,07)
Rối loạn trầm cảm chính	1,3 (0,92-1,93)	1,4 (1,18-1,64)
Rối loạn lưỡng cực loại 1	1,9 (1,13-3,01)	2,1 (1,57-2,86)
Rối loạn lo âu	1,5 (1,16-1,99)	1,7 (1,43-1,92)
Rối loạn nhân cách	1,8 (1,45-2,20)	1,6 (1,40-1,90)

Vòng tròn rối loạn tâm thần và rối loạn sử dụng rượu



Rối loạn nhân cách, loạn thần



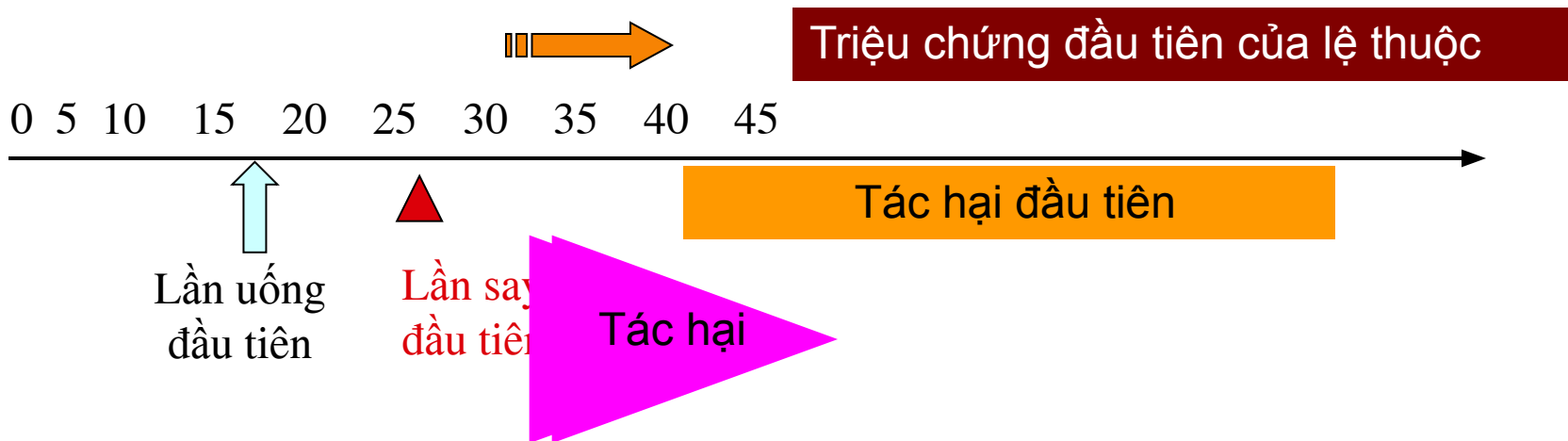
Hậu quả của lạm dụng rượu (Việt Nam)

- Trong nhóm Tiêm chích ma túy (PWID)
 - Liên quan đến ít nhất một trong các rối loạn tâm thần (Pham Minh 2018),
 - Đặc biệt liên quan đến methamphetamine (L2, 2020)
 - Liên quan đến hành vi tình dục nguy cơ cao trong nhóm tiêm chích ma túy (Michel, 2017)
- Trong nhóm tiêm chích ma túy có nhiễm HIV
 - Liên quan đến tỷ lệ tiếp cận điều trị ART thấp và ức chế virus thấp (Wagman, 2020)



Lịch sử sử dụng rượu

Sử dụng thường xuyên





Đánh giá

- Sử dụng rượu
 - Lượng, tần suất, hoàn cảnh
 - Bộ câu hỏi đánh giá (Audit?)
 - Mất kiểm soát
 - Uống lần đầu tiên khi nào?
- Hậu quả xã hội
 - Gia đình, công việc, bạn bè
 - Tài chính
- Tình trạng sức khỏe
 - Rối loạn tâm thần (trầm cảm)
 - Các vấn đề thể chất: gan, miệng, da...
 - Nhận thức



WHITE WINE
1.4 standard drinks
11.5% alcohol
150 ml average serving
(about half a glass)



RED WINE
1.5 standard drinks
13% alcohol
150 ml average serving
(about half a glass)



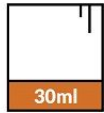
WINE
6-8 standard drinks
11-13% alcohol
750 ml bottle of wine



WINE
18-21 standard drinks
11-13% alcohol
2 litre cask of wine



=



=



ONE STANDARD DRINK

A serve of full strength beer (285ml), a serve of distilled spirits (30ml), and a serve of red or white wine (100ml) contain the same amount of alcohol - one standard drink.



FULL STRENGTH BEER
1.1 standard drinks
4.8% alcohol
285 ml glass (middy)



FULL STRENGTH BEER
1.6 standard drinks
4.8% alcohol
425 ml glass (schooner)



FULL STRENGTH BEER
1.4 standard drinks
4.8% alcohol
375 ml (can)



FULL STRENGTH BEER
34 standard drinks
4.8% alcohol
24 x 375 ml cans



HIGH STRENGTH SPIRITS
1 standard drink
40% alcohol
30 ml nip (shot glass)



READY-TO-DRINK SPIRITS
1.5 standard drinks
5% alcohol
375 ml (premix can)



READY-TO-DRINK SPIRITS
3.6 standard drinks
7% alcohol
660 ml (large premix bottle)



HIGH STRENGTH SPIRITS
22 standard drinks
40% alcohol
700 ml spirit bottle

AUDIT questionnaire

Điểm*	Vùng mức độ sử dụng	Chỉ định
0-3: Nữ giới 0-4: Nam giới	I - Nguy cơ thấp (Nguy cơ các vấn đề về sức khỏe liên quan đến rượu bia thấp)	Giáo dục tổng quát
4-12: Nữ giới 5-14: Nam giới	II - Nguy cơ (Nguy cơ các vấn đề về sức khỏe liên quan đến rượu bia gia tăng)	Can thiệp ngắn
13-19: Nữ giới 15-19: Nam giới	III - Có hại (Nguy cơ các vấn đề về sức khỏe liên quan đến rượu bia gia tăng và có rối loạn sử dụng rượu bia mức nhẹ hoặc trung bình)	Can thiệp ngắn hoặc chuyển gửi điều trị
20+: Nam giới 20+: Nữ giới	IV - Nghiêm trọng (Nguy cơ các vấn đề về sức khỏe liên quan đến rượu bia gia tăng và có rối loạn sử dụng rượu bia từ trung bình đến nặng)	Chuyển gửi điều trị

1 to 7: sử dụng nguy cơ thấp

8 to 14: Sử dụng ở mức có hại

15 or more: lệ thuộc rượu (rối loạn sử dụng rượu ở mức trung bình đến nặng).

1. Số lần bạn sử dụng chất có cồn?	Không bao giờ	<=1 lần /tháng	2 - 4 lần/tháng	2 - 3 Lần/tuần	>=4 lần/tuần
2. Một ngày trung bình bạn uống bao nhiêu ly (rượu, bia) tiêu chuẩn?	0 - 2	3 hoặc 4	5 hoặc 6	7 hoặc 9	10 hoặc hơn
3. Bạn có thường xuyên uống từ 4 ly tiêu chuẩn trở lên trong một dịp nào đó không? Nếu có, bao nhiêu lần?	Không bao giờ	<1 lần/tháng	Hàng tháng	Hàng tuần	Gần như mỗi ngày
4. Trong năm rồi bạn có lúc nào thấy bản thân một khi đã uống là không ngừng được không? Nếu có, bao nhiêu lần?	Không bao giờ	<1 lần/tháng	Hàng tháng	Hàng tuần	Gần như mỗi ngày
5. Trong năm rồi bạn có chệnh mảng những công việc mà bình thường bạn vẫn làm vì rượu bia không? Nếu có, bao nhiêu lần?	Không bao giờ	<1 lần/tháng	Hàng tháng	Hàng tuần	Gần như mỗi ngày
6. Trong năm rồi bạn có bao giờ phải uống một ly vào buổi sáng để có sức dậy sau một đêm nhậu say bị tí? Nếu có, bao nhiêu lần?	Không bao giờ	<1 lần/tháng	Hàng tháng	Hàng tuần	Gần như mỗi ngày
7. Trong năm rồi bạn có bao giờ cảm thấy tội lỗi hay hối hận sau khi uống? Nếu có bao nhiêu lần?	Không bao giờ	<1 lần/tháng	Hàng tháng	Hàng tuần	Gần như mỗi ngày
8. Trong năm rồi bạn có từng không nhớ ra những sự việc đã xảy ra vào đêm trước đó vì say rượu không? Nếu có, bao nhiêu lần?	Không bao giờ	<1 lần/tháng	Hàng tháng	Hàng tuần	Gần như mỗi ngày
9. Bạn hay người khác có từng bị thương vì say rượu?	Không		Có, nhưng không phải năm ngoài		Có, vào năm ngoài
10. Có người thân, bạn bè, bác sĩ hay nhân viên y tế nào từng khuyên ngăn bạn uống rượu hay đề nghị bạn uống ít đi không?	Không		Có, nhưng không phải năm ngoài		Có, vào năm ngoài

0

1

2

3

4

- Các biểu hiện sinh lý (Lancet, 2009)

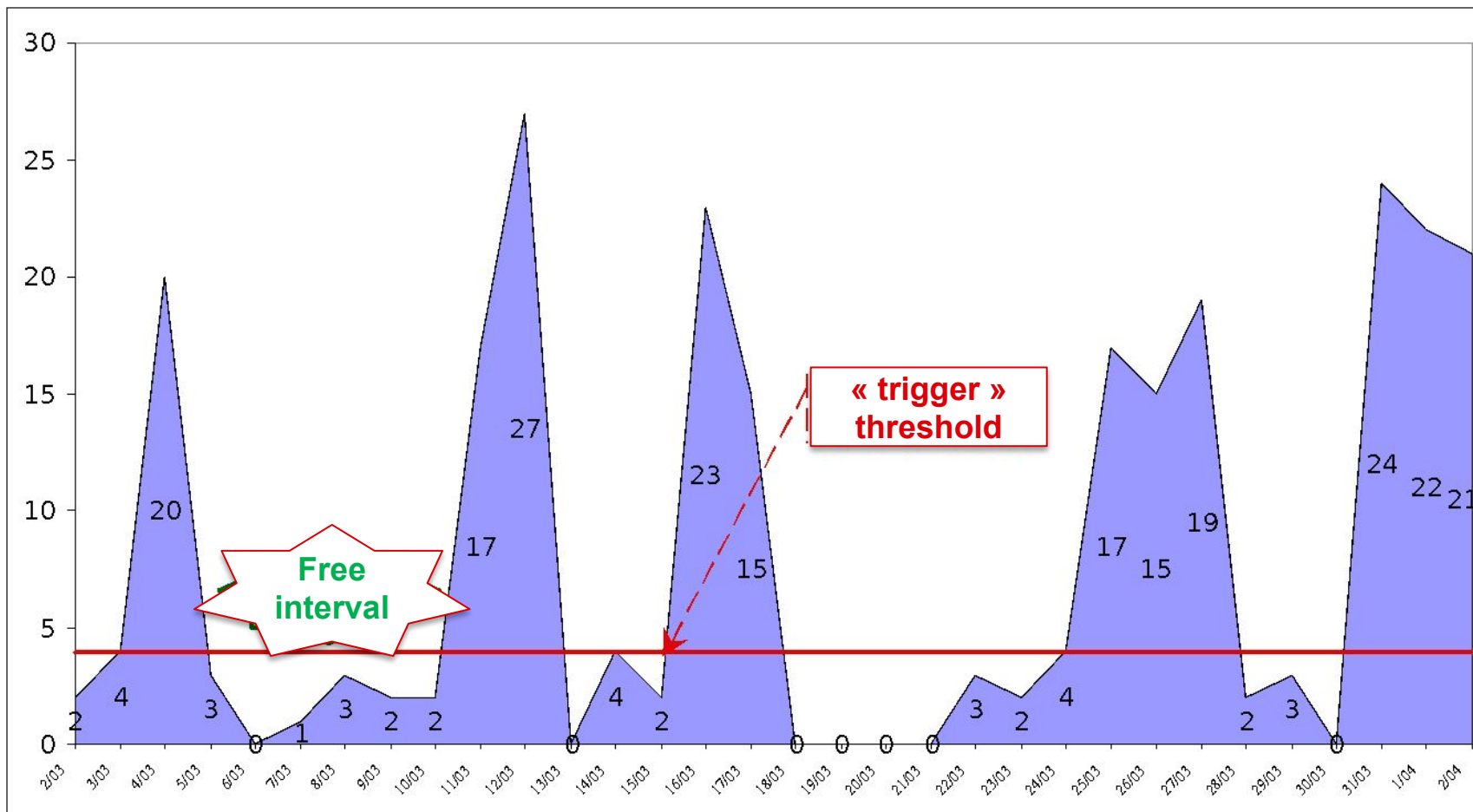
	Suggested cut value
Gamma glutamyltransferase (GGT)	>35 u/L
Carbohydrate deficient transferin (CDT)	>20 G/L or >2.6%
Alanine aminotransferase (ALT)	>67 u/L
Aspartate aminotransferase (AST)	>65 u/L

Bảng 2.4 Các biểu hiện của uống rượu nhiều



Ví dụ: Intermittent Paroxysmal Alcohol Use

Alcohol units





EUROPEAN MEDICINES AGENCY
SCIENCE MEDICINES HEALTH

Hướng dẫn phát triển các sản phẩm thuốc điều trị nghiện rượu

- **Mục tiêu của kiêng nhện hoàn toàn**
 - Dự phòng tái nghiện sau khi cắt cơn
- **Mục tiêu giảm tác hại**
 - Giảm liều đáng kể trước khi cắt cơn hoàn toàn
 - Hướng đến kiêng hoàn toàn ngay khi bệnh nhân sẵn sàng.

Giảm tác hại của rượu

■ Marlatt 2002

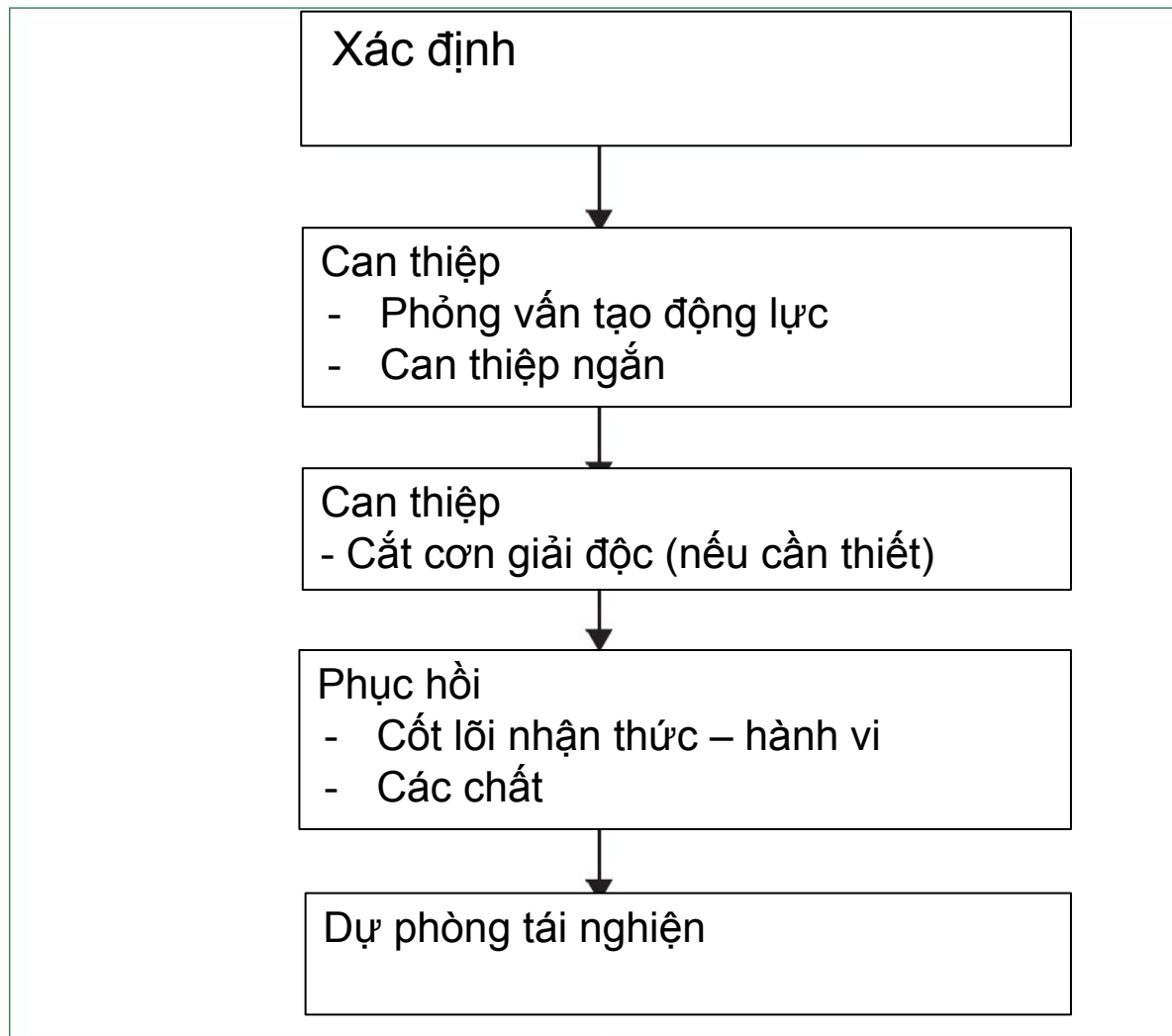
- « *Giảm tác hại cung cấp một **cách tiếp cận thực tế và nhân văn** để dự phòng và điều trị vấn đề sử dụng rượu,*
- *Rất nhiều cá nhân gặp phải các vấn đề liên quan đến việc uống rượu của họ (ví dụ: sinh viên) nhưng **không muốn thay đổi thói quen uống rượu** của mình. »*

Giảm tác hại của rượu

■ Marlatt 2002 : objectifs

Các chương trình giảm tác hại đáp ứng nhu cầu của các cá nhân vào “**tình trạng hiện tại**” của họ để giúp đỡ họ:

- Hiểu các nguy cơ liên quan đến hành vi của mình và
- Đưa ra những quyết định về mục tiêu điều trị của mình.
- Thay vì đưa ra mục tiêu là cai rượu hoàn toàn, cách tiếp cận giảm tác hại hướng đến:
 - **Giảm thiểu các tác hại và ảnh hưởng xã hội tiêu cực đến cá nhân** do sự lệ thuộc rượu gây ra,
 - Đưa ra **cách tiếp cận không khoan nhượng** bằng cách kết hợp các mục tiêu cai rượu (kiêng nhịn hoặc tiết chế điều độ) phù hợp với nhu cầu của cá nhân, và
 - Thúc đẩy khả năng tiếp cận các dịch vụ bằng cách cung cấp các giải pháp thay thế ngưỡng thấp, cho phép khách hàng tiếp cận được **các dịch vụ này mặc dù vẫn đang tiếp tục uống rượu**



Các thách thức lâm sàng

■ Kiêng nhện

- Cắt cơn: tránh các biến chứng
 - Diazepam
 - Vitamine B1 IV nếu có các biểu hiện hội chứng cai nghiêm trọng
 - Duy trì kiêng nhện với các can thiệp tâm lý

■ Giảm hại

- Mục tiêu : Kiểm soát việc sử dụng
- Nâng cao vị thế cho khách hàng: Phòng vấn tạo động lực, liệu pháp nhận thức hành vi (CBT)
 - Xác định mục tiêu thực tế
 - Gặp thường xuyên
 - Đề nghị khách hàng viết nhật ký

	Liều trung bình *
Naltrexone Uống Tiêm bắp	50 – 100 mg một ngày 380 mg một tháng
Acamprosate	666 mg 3 lần một ngày
Naltrexone+acamprosate	Cùng liều như bên trên
Disulfiram	250 mg một ngày

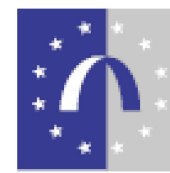
* Các thuốc này thường được kê trong 3 – 12 tháng

BẢNG 3: Các loại thuốc dành cho phục hồi rối loạn sử dụng rượu

Một lựa chọn mới: Baclofene

- **Gây tranh cãi: 4 phân tích tổng hợp năm 2018 đưa ra các kết luận khác nhau!** (*Andrade, J Clin Psy, 2020*)
 - Baclofen vượt trội so với giả dược về tỷ lệ giữ sạch/ kiêng nhện
 - Hơi cao hơn so với giả dược về lượng uống
 - Tốt hơn giả dược về
 - Thời gian tái nghiện
 - Tỷ lệ giữ sạch khi kết thúc nghiên cứu
 - Và không tốt hơn giả dược thậm chí còn kém hơn trong một phân tích tổng hợp
- **Mục tiêu giữ sạch và giảm sử dụng**
- **Tác dụng phụ đáng kể**
 - Buồn ngủ, mệt mỏi, mất ngủ
- **Cần phải:**
 - Sử dụng như một liệu trình điều trị bậc 2
 - Giới thiệu về thuốc một cách cẩn trọng

Các mô hình dịch vụ cho rối loạn kép



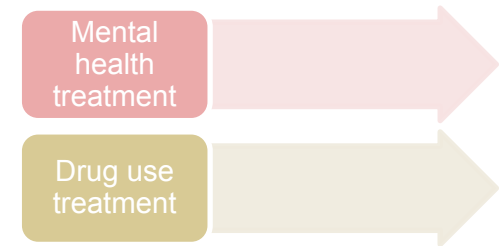
■ Mô hình tuần tự

- Các mạng lưới độc lập và tách biệt
- Ít liên kết
- Không tính đến sự tương tác, ảnh hưởng giữa các rối loạn
 - Tỷ lệ tái phát cao đối với cả hai rối loạn



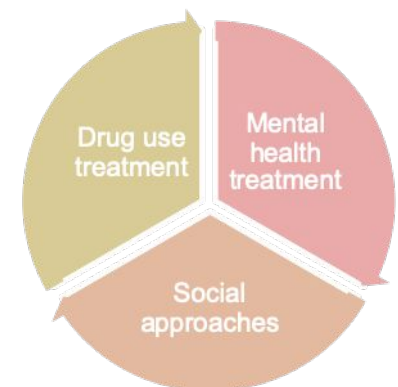
■ Mô hình song song

- Đồng thời điều trị cả hai rối loạn tại 2 dịch vụ riêng biệt
- Hai nhu cầu điều trị thường gặp những phương pháp tiếp cận điều trị khác nhau
- Mô hình y tế của tâm thần học có thể mâu thuẫn với định hướng tâm thần của các dịch vụ thuốc
- Cần điều phối tốt



■ Mô hình điều trị tổng hợp

- Điều trị được cung cấp ngay tại một cơ sở điều trị tâm thần hoặc ma túy hoặc một chương trình điều trị bệnh đồng diễn đặc biệt



Tránh được việc phải lấy ý kiến điều trị từ các đơn vị khác

Vai trò của dịch vụ tổng hợp vẫn được làm rõ (Tiet, 2007, ACÉR)

- (1) Các phương pháp điều trị hiệu quả hiện có để giảm các triệu chứng rối loạn tâm thần cũng thường có hiệu quả đối với những bệnh nhân có chẩn đoán kép*
- (2) Các phương pháp điều trị hiệu quả hiện có để giảm sử dụng chất đồng thời cũng làm giảm việc sử dụng chất ở các bệnh nhân có chẩn đoán kép, và*
- (3) Hiệu quả của điều trị tổng hợp vẫn chưa rõ ràng*

Rối loạn kép: nguyên tắc điều trị *(Lancet psychiatry 2019)*

- Kết quả tốt hơn với các phương pháp điều trị tích hợp
- Các phương pháp điều trị nội trú có xu hướng mang lại kết quả tốt hơn là điều trị tích hợp không nội trú
- Can thiệp về dược lý + tâm lý xã hội + hành vi mang lại kết quả tốt hơn so với chỉ điều trị
- Các chất ức chế tái hấp thu serotonin có chọn lọc (SSRI)
 - Hiệu quả trong điều trị rối loạn cảm xúc
 - Có bằng chứng mâu thuẫn về kết quả của việc uống rượu

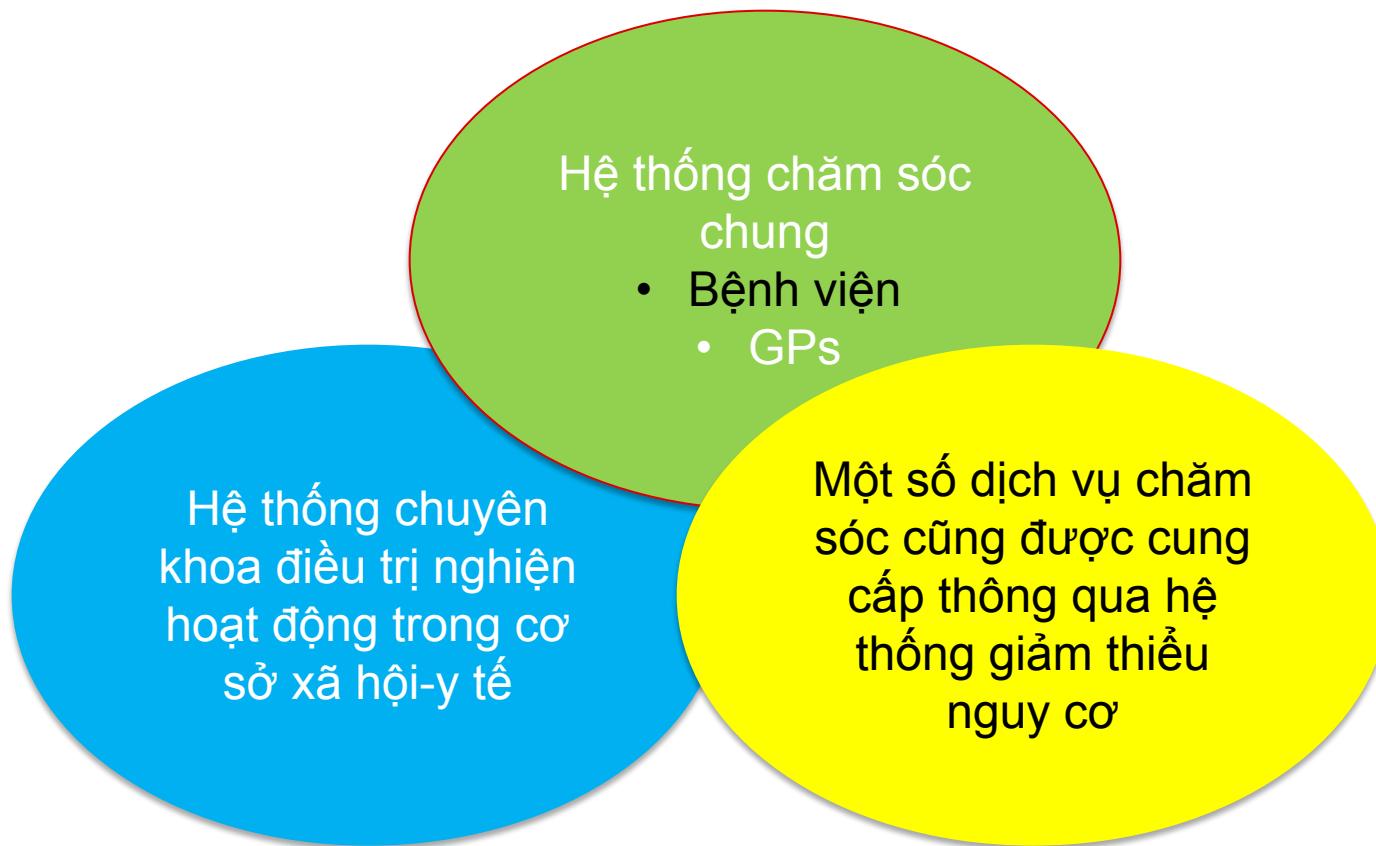
Ví dụ về nhóm nghiên cứu dọc DRIVE-Mind tại Hải Phòng: chăm sóc khẩn cấp toàn diện

- 233 người tiêm chích ma túy với rối loạn tâm thần nặng được đưa vào nhóm nghiên cứu theo dõi trong 1 năm
 - Hội chứng loạn thần hoặc rối loạn trầm cảm nặng
 - 30% sử dụng rượu ở mức độ có hại (Audit-C)
- Can thiệp dựa vào cộng đồng
 - Theo dõi dựa vào CBO đã được đào tạo
 - Thông tin, hỗ trợ điều trị, gặp khách hàng và gia đình thường xuyên, giảm hại do sử dụng ma túy, liên kết với dịch vụ chăm sóc như methadone, HIV
 - Tư vấn tâm thần tại văn phòng CBO, miễn phí
 - Điều trị miễn phí tại chỗ
- Đánh giá sau 1 năm
 - 170 bệnh nhân vẫn được theo dõi (12 người tử vong): tỷ lệ ở lại trong chương trình là 73%
 - chỉ còn 23% sử dụng rượu ở mức độ có hại
 - 79% được đánh giá là đã cải thiện rất nhiều theo bác sỹ tâm thần (73% at M6 FU visit)

Ở PHÁP VÍ DỤ VỀ TRUNG TÂM PIERRE NICÔLE

Điều trị nghiện: Tổ chức dịch vụ

- Được tài trợ từ năm 2003 bởi Hệ thống an sinh xã hội của Pháp



Hệ thống chăm sóc chung

- Bệnh viện
- GPs

Hệ thống chuyên khoa điều trị nghiện hoạt động trong cơ sở xã hội-y tế

Một số dịch vụ chăm sóc cũng được cung cấp thông qua hệ thống giảm thiểu nguy cơ

Ai tìm đến điều trị?

- **Tự quản lý**
- **Dân số chung**
- **Nhận thức**

- **Chăm sóc ban đầu**
- **Thất bại trong tự quản lý: bối cảnh, mức độ nghiện**
- **Can thiệp ngắn (tư vấn, hỗ trợ, đánh giá, kê đơn...)**

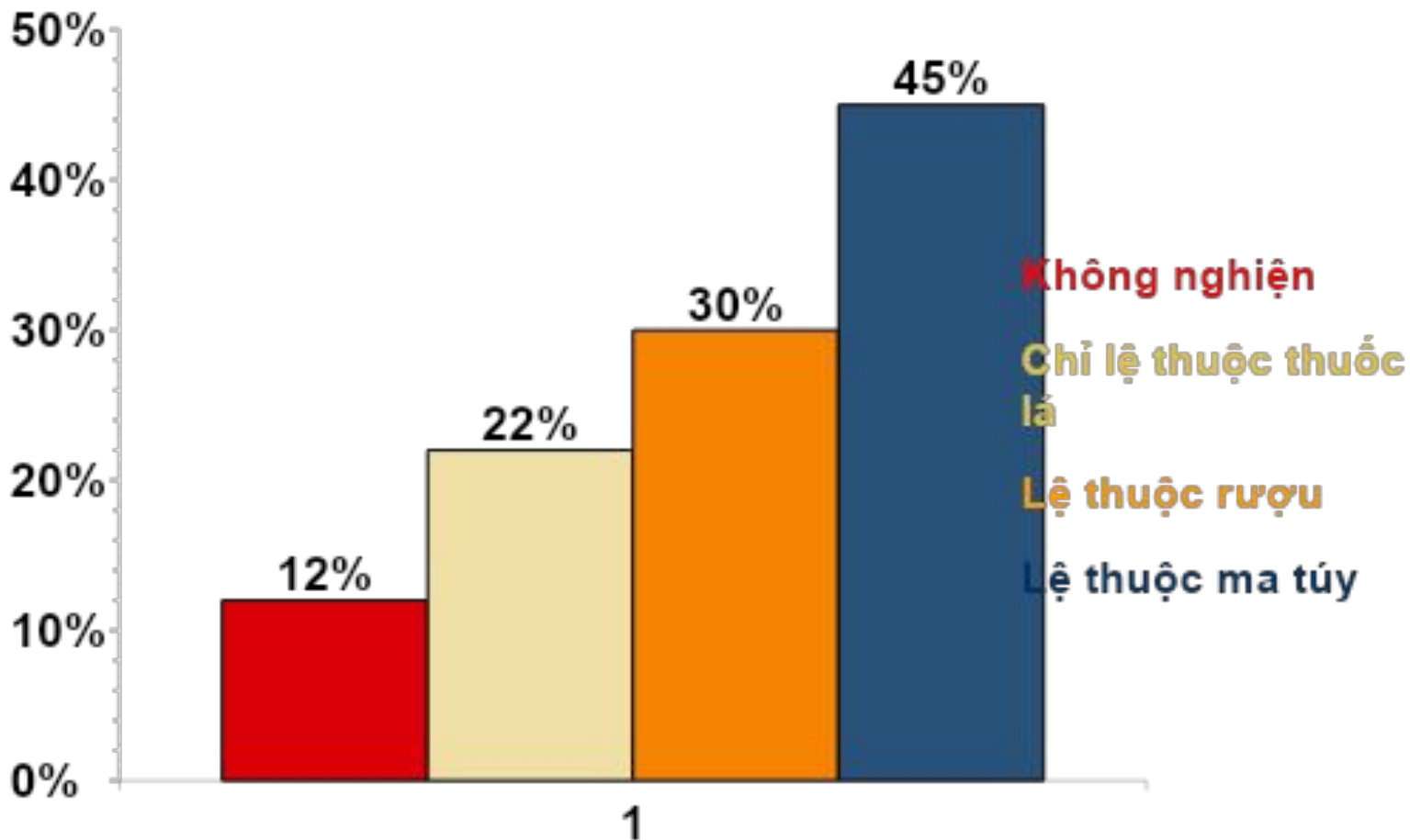
- **Cơ sở chuyên khoa (bệnh viện, CSAPA/CAARUD)**
- **Nghiện nặng, bệnh tâm thần đồng diễn, suy giảm chức năng xã hội**
- **Hướng tiếp cận toàn diện, chăm sóc lâu dài**



Các bệnh tâm thần đồng diễn

Điều tra dân số chung

Farrell et al (2001) Br J Psychiatry





Hệ thống điều trị nghiện chuyên biệt

- 488 trung tâm ở Pháp (CSAPA)
 - Đặt tại cộng đồng
 - Miễn phí
 - Không yêu cầu bảo hiểm y tế
 - Có thể ẩn danh
 - Bất kỳ loại nghiện nào



Hệ thống điều trị nghiện chuyên biệt

■ CSAPA

- Phòng tham vấn
- Phòng khám ban ngày
- Khu nội trú
- Hệ thống trại giam

- Hoạt động (2016)
 - Tổng số bệnh nhân : 308 000
 - Số lượng bệnh nhân trung bình mỗi trung tâm: 702
 - + 300 tham vấn cho thanh niên



Hệ thống điều trị nghiện chuyên biệt

- Các hành vi dẫn đến việc bệnh nhân tham gia điều trị tại hệ thống điều trị nghiện
 - Rượu 48%
 - Cần sa 20%
 - Chất dạng thuốc phiện 13%
 - Thuốc lá 7%
 - Cocaïne/crack 3%,
 - > 10% trong khu vực Paris
 - Nghiện không có chất (cờ bạc, tình dục, chứng biếng ăn/ cuồng ăn...)
 - Và chemsex đang ngày càng xuất hiện thường xuyên hơn
- Tiêm chích
 - Trong đời 9%
 - Trong tháng trước 5%

Pháp: Trung tâm Pierre Nicole

- Đặt tại cộng đồng:
 - Tại cơ sở của Hội chữ thập đỏ tại Trung tâm thủ đô Paris
 - Khoảng 1 800 bệnh nhân/ năm, bất kỳ loại nghiện nào
 - Phòng khám ngoại trú+ cơ sở nội trú (70 giường)
 - Can thiệp trong trại giam
 - Cơ sở dành cho thanh niên (dự phòng, đánh giá chăm sóc)
- Chăm sóc tổng hợp không nhập viện
 - Nhân viên đa ngành: 55 người
 - 4 bác sỹ tâm thần /9 bác sỹ
 - 5 bác sỹ tâm lý
 - 4 y tá
 - Nhân viên xã hội



Thực hành:

- Thường đánh giá đầu vào bởi y tá, bác sỹ
- Bác sỹ tâm lý/ y tá/ bác sỹ đa khoa/ nhân viên xã hội có thể yêu cầu đánh giá tâm thần
- Khi bệnh tâm thần được xác định, nếu các theo dõi trước đó:
 - Liên hệ với cơ sở tâm thần để thảo luận điều trị song song
 - Một vài bệnh nhân thích được điều trị tại cơ sở điều trị nghiện hơn
 - Bất đồng với nhân viên ở cơ sở tâm thần
 - Hoặc thích được xem là người nghiện hơn là bệnh nhân tâm thần
 - Vẫn còn nhiều kỳ thị
 - Đôi khi từ chối bắt đầu điều trị khi rối loạn tâm thần rõ ràng là mối quan tâm chính (hoang tưởng cấp tính, hung cảm và từ chối bất kỳ tiếp xúc nào với các cơ sở tâm thần)

Thực tế

- Trong những lần tiếp xúc đầu tiên
 - Giảm hại trước: OST, giải quyết các vấn đề y tế hoặc tâm thần khẩn cấp
 - Điều trị thay thế OST ngay trong ngày nếu cần thiết (phỏng vấn, xét nghiệm nước tiểu)
 - Bác sỹ tâm thần, bác sỹ tâm lý, nhân viên xã hội
 - Xét nghiệm nhanh: HIV, HCV, COVID
 - Tình trạng sức khỏe
 - Xét nghiệm, kê đơn thuốc
 - Xác định kế hoạch trị liệu

Thực tế

- Khi bệnh nhân không biết gì v lần theo dõi trước đó:
 - đề xuất gặp bác sỹ tâm thần tại phòng khám tâm thần ngoại trú song song với việc theo dõi
 - Nếu bệnh nhân từ chối, các bệnh đồng diễn sẽ được quản lý tại cơ sở điều trị nghiện
 - Nhưng vấn đề thường gặp trong giai đoạn cấp tính của rối loạn tâm thần (chủ yếu là tâm thần phân liệt và rối loạn lưỡng cực)
 - Làm việc với bệnh nhân để họ đồng ý tái khám tâm thần sau đó

- Tập trung đặc biệt vào người trẻ
 - Khả năng bị tổn thương cao hơn do hậu quả của việc sử dụng ma túy
 - Sự cần thiết phải tính đến môi trường gia đình
 - Can thiệp/ trị liệu gia đình
 - Dự phòng là rất quan trọng

OST

180 000 điều trị OST

112 000 buprenorphine (62%)
68 000 methadone (38%)



**Kê đơn:
Ai ?**

GP (63%)

Buprenorphine 80%
Methadone 36%

CSAPA (30%)

Buprenorphine 15%
(16 200)
Methadone 53%
(36 430)

Trại giam (7%)

buprenorphine 6%
Methadone 9%

**Chuyển phát:
Đến đâu?**

**Hiệu thuốc
162 500 (90%)**

Buprenorphine 89%
Methadone 90%

CSAPA 12%

Buprenorphine 3%
(3 400)
Methadone 27%
(18 500)

Trại giam

OST

■ Khởi liệu OST

- Khởi liệu hàng ngày trừ Thứ 7 và Chủ nhật trong ít nhất 2 tuần
- Bắt đầu từ thứ 2
- Đánh giá lâm sàng hàng ngày và định kỳ xét nghiệm nước tiểu
- Và sau đó cho đem thuốc về trong 2 ngày, 3 ngày, một tuần và cao nhất là 2 tuần
- DOT cho những người dễ bị tổn thương nhất (vô gia cư, rối loạn tâm thần nặng...) hoặc nếu sử dụng sai (tiêm chích, hít, bán lại...)
- Khi có thể, hiệu thuốc
- Chuyển gửi đến bác sỹ đa khoa khi bệnh nhân đã hoàn toàn ổn định nhưng thường bác sỹ đa khoa không quan tâm

■ Cho chẩn đoán kép

- DOT khi cần thiết đối với điều trị nghiện ma túy/ các chất hướng thần
- Thuốc chống loạn thần kéo dài phải sẵn có
- Can thiệp tâm lý xã hội
- Trị liệu hàng ngày, tiếp xúc hàng ngày với y tá nếu có thể
- Hỗ trợ xã hội
- Liên kết với các cơ sở tâm thần khẩn cấp
- Liên kết với các phòng khám tâm thần nội trú, ngoại trú
- Ngay cả khi một mô hình chăm sóc tích hợp được đề xuất thì việc liên kết với các cơ sở tâm thần vẫn rất cần thiết, đặc biệt là khi đối mặt với các rối loạn tâm thần cấp tính (rối loạn tâm thần phân liệt, rối loạn lưỡng cực)
- Liên hệ thường xuyên với các chuyên gia từ các cơ sở tâm thần và tổ chức các cuộc họp thảo luận về bệnh nhân.

■ Chăm sóc tích hợp

- Theo dõi y tế (bác sĩ đa khoa)
- Theo dõi tâm thần
- Theo dõi vấn đề nghiện
- Tâm lý trị liệu
- Hỗ trợ xã hội (bảo hiểm y tế, nhà ở...)
- Các hoạt động trị liệu (nghệ thuật, tâm lý, video, hồi phục nhận thức...)
- CBT
- Phục hồi (việc làm ...)
- Chăm sóc nội trú
- Giảm hại (bao gồm tại cơ sở nội trú)