

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO**

**BỘ Y TẾ**

**TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HẢI PHÒNG**

**NGUYỄN THỊ THẨM**

**NGHIÊN CỨU THỰC TRẠNG VÀ GIẢI PHÁP  
CAN THIỆP BỔ ĐIỀU TRỊ METHADONE Ở  
BỆNH NHÂN NGHIỆN CÁC CHẤT DẠNG  
THUỐC PHIỆN TẠI HẢI PHÒNG, 2014 - 2016**

**CHUYÊN NGÀNH: Y TẾ CÔNG CỘNG**

**MÃ SỐ : 97.20.701**

**TÓM TẮT LUẬN ÁN Y TẾ CÔNG CỘNG**

**HẢI PHÒNG – 2018**

**CÔNG TRÌNH ĐƯỢC HOÀN THÀNH TẠI**  
**Trường Đại học Y Dược Hải Phòng**

*Người hướng dẫn khoa học:*

- 1. PGS. TS. Phạm Văn Hán**
- 2. PGS. TS. Phạm Minh Khuê**

**Phản biện 1: PGS. TS. Chu Văn Thăng**

**Phản biện 2: PGS. TS. Nguyễn Văn Hùng**

Luận án sẽ được bảo vệ tại Hội đồng chấm luận án cấp trường vào  
hồi.....giờ.....ngày .....tháng .....năm 2018

Có thể tìm luận án tại

1. Thư viện quốc gia
2. Thư viện trường Đại học Y Dược Hải Phòng

## **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Các chất dạng thuốc phiện (CDTP) đứng đầu danh sách các chất gây ra các vấn đề về gánh nặng bệnh tật và liên quan đến tử vong. Chương trình điều trị thí điểm thay thế các chất dạng thuốc phiện bằng methadone tại Việt Nam năm 2008 cho thấy methadone rất hiệu quả trong việc kiểm soát nghiện heroin và được chấp thuận để mở rộng dịch vụ ra các tỉnh, thành khác trong cả nước. Theo quy định của chương trình điều trị, bệnh nhân phải hàng ngày đến cơ sở uống thuốc dưới sự giám sát của cán bộ y tế để đảm bảo an toàn và hiệu quả điều trị. Nếu bệnh nhân tuân thủ kém hay liều methadone không thỏa đáng có thể làm tăng đáng kể nguy cơ sử dụng ma túy bất hợp pháp và dẫn đến thất bại điều trị.

Mô hình điều trị methadone hiện nay đã có trên cả nước và ngày càng được mở rộng, do vậy nghiên cứu thực trạng tuân thủ điều trị, bỏ điều trị ở bệnh nhân điều trị methadone đã ổn định cũng như tìm các yếu tố liên quan đến bỏ điều trị là vấn đề cần thiết để từ đó xây dựng các biện pháp can thiệp nhằm tăng cường tuân thủ điều trị và hiệu quả của chương trình. Trước tình hình đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu:

1. *Mô tả thực trạng và một số yếu tố liên quan đến tình trạng bỏ điều trị methadone tại Hải Phòng năm 2014-2015*
2. *Đánh giá hiệu quả truyền thông giáo dục sức khỏe dựa vào cộng đồng tại cơ sở điều trị methadone*

## **NHỮNG ĐÓNG GÓP MỚI CỦA LUẬN ÁN**

1. Là nghiên cứu đầu tiên xác định tỷ lệ bỏ điều trị trong 3 năm đầu ở bệnh nhân điều trị methadone ổn định tại Hải Phòng. Kết quả: sau 3 năm điều trị, tỉ lệ bệnh nhân rời khỏi chương trình methadone

trong năm 1 là 10,5%, năm 2 là 13,2% và năm 3 là 14,0%. Sau 3 năm có 33,3% bệnh nhân bỏ hẳn chương trình điều trị.

2. Bệnh nhân sử dụng ma túy trong quá trình điều trị, bỏ uống methadone trên 3 ngày trong 3 tháng qua là những bệnh nhân có nguy cơ bỏ điều trị methadone trên 5 ngày liên tiếp. Những bệnh nhân có liều methadone hiện tại  $\geq 60\text{mg/ngày}$  giảm nguy cơ bỏ điều trị hơn so với những bệnh nhân điều trị liều  $< 60\text{mg/ngày}$ .

3. Giáo dục sức khỏe (GDSK) dựa vào cộng đồng bao gồm các hoạt động cập nhật kiến thức cho đồng đẳng viên và cán bộ y tế, hỗ trợ tâm lý xã hội cho bệnh nhân có nguy cơ dễ tăng cường tuân thủ điều trị và cải thiện chất lượng cuộc sống (CLCS) cho bệnh nhân. Sau 6 tháng can thiệp, GDSK dựa vào cộng đồng đã đạt được những hiệu quả rõ rệt: giảm tỷ lệ bệnh nhân bỏ uống methadone trên 3 ngày và trên 3 ngày liên tục trong 3 tháng qua với hiệu quả can thiệp là 27,0% và 55,6%; giảm các yếu tố nguy như: sử dụng ma túy bất hợp pháp, xét nghiệm nước tiểu (+) với heroin và có bạn sử dụng ma túy với hiệu quả can thiệp là 43,7%, 38,3% và 16,2%; tăng cường có ý nghĩa thống kê với điểm CLCS khía cạnh tâm lý và môi trường cho bệnh nhân.

### **BỘ CỤC CỦA LUẬN ÁN**

Luận án gồm 132 trang, 59 bảng, 5 hình, 2 sơ đồ và 166 tài liệu tham khảo trong đó có 134 tài liệu nước ngoài. Phần đặt vấn đề 2 trang, tổng quan tài liệu 32 trang, đối tượng và phương pháp nghiên cứu 20 trang, kết quả nghiên cứu 40 trang, bàn luận 35 trang, kết luận và khuyến nghị 3 trang.

## Chương 1: TỔNG QUAN

### 1.1. Thực trạng sử dụng ma túy trên thế giới và Việt Nam.

Đến năm 2013, Văn phòng liên hiệp quốc về ma túy và tội phạm (UNODC) ước tính, trên thế giới có 246 triệu người sử dụng một loại ma túy bất hợp pháp. Năm 2014, ước tính khoảng 32,4 triệu người sử dụng các CDTP tương ứng với 0,7% dân số thế giới, đứng thứ hai sau cần sa, là ma túy đứng đầu danh sách chất gây ra các vấn đề về gánh nặng bệnh tật và liên quan đến tử vong.

Năm 2015, Chính phủ thống kê có 201.180 người nghiện ma túy có hồ sơ quản lý. Số người sử dụng ma túy thực tế cao hơn số liệu thống kê được vì còn nhiều người sử dụng ma túy không bộc lộ tình trạng của bản thân với gia đình và/hoặc xã hội. Ma túy được ghi nhận có 4 nhóm, nhưng nhiều nhất là heroin (70%).

### 1.2. Điều trị nghiện các CDTP bằng methadone.

Điều trị nghiện các CDTP bằng methadone là điều trị lâu dài, có kiểm soát, giá thành rẻ, được sử dụng theo đường uống giúp dự phòng lây nhiễm các bệnh lây truyền qua đường máu như HIV, viêm gan, đồng thời giúp cho người nghiện heroin dừng hoặc giảm đáng kể lượng heroin giúp người bệnh phục hồi chức năng sinh lý, xã hội, lao động và tái hòa nhập cộng đồng.

Tuân thủ điều trị methadone: theo hướng dẫn điều trị methadone của Bộ y tế, bệnh nhân cần đến cơ sở uống thuốc hàng ngày với sự giám sát của cán bộ y tế. Bỏ điều trị khi bệnh nhân không đến uống methadone. Bệnh nhân bỏ điều trị và xử trí như sau:

- Bỏ uống 1-3 ngày: không thay đổi liều methadone đang điều trị .
- Bỏ uống 4-5 ngày: cho ½ liều bệnh nhân vẫn uống trước khi dừng điều trị.

- Bỏ uống > 5 ngày liên tục (bỏ từ 6 - đến 30 ngày liên tục): khởi liều methadone lại từ đầu khi bệnh nhân quay lại uống thuốc
- Bỏ hẳn điều trị methadone: bệnh nhân không uống thuốc > 30 ngày nên ra khỏi chương trình điều trị methadone. Bệnh nhân phải làm thủ tục như bệnh nhân mới khi muốn quay lại điều trị.

Hiện nay, tại Việt Nam có nhiều nghiên cứu về tuân thủ điều trị, bỏ trị và các yếu tố liên quan. Tuy nhiên, chủ yếu là nghiên cứu mô tả trên bệnh nhân hiện đang trong chương trình điều trị. Việc triển khai một nghiên cứu để xác định yếu tố nguy cơ chính đến bỏ trị là cần thiết, thông qua đó xây dựng các hoạt động can thiệp phù hợp để tăng cường tuân thủ điều trị cho bệnh nhân

### **1.3. Một số can thiệp tăng cường tuân thủ điều trị methadone**

Truyền thông giáo dục sức khỏe (GDSK) dựa vào cộng đồng cho bệnh nhân điều trị methadone với mục tiêu đẩy cao vai trò chủ động của bệnh nhân trong quá trình điều trị, nhất là chia sẻ với cán bộ y tế, bạn uống thuốc các vấn đề trong quá trình điều trị để tăng cường hiệu quả điều trị và cải thiện CLCS.

Tư vấn và hỗ trợ tâm lý: gồm các hoạt động: tư vấn cá nhân; tư vấn và giáo dục nhóm; tư vấn cho gia đình và nhóm hỗ trợ đồng đẳng trước, trong và sau quá trình điều trị.

Giáo dục đồng đẳng (GDĐĐ): Cung cấp kiến thức và kỹ năng tư vấn cho nhóm đồng đẳng để họ chia sẻ kinh nghiệm, kiến thức và kỹ năng giữa những người điều trị methadone để hỗ trợ và giúp đỡ nhau trong quá trình điều trị.

Các nghiên cứu quốc tế đã khẳng định can thiệp GDSK giúp tăng cường tuân thủ điều trị, giảm sử dụng ma túy và cải thiện CLCS của bệnh nhân điều trị methadone như tư vấn hỗ trợ tâm lý, GDĐĐ.

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

### **2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu**

**Đối tượng nghiên cứu:** Đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) là bệnh nhân điều trị methadone trên 18 tuổi.

**Thời gian nghiên cứu:** từ tháng 1/2014 đến tháng 4/2017

**Địa điểm nghiên cứu:** 5 cơ sở điều trị methadone: An Dương, Hải An, An Lão, Kiến An, Hồng Bàng

### **2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** gồm 3 giai đoạn: 1) *Nghiên cứu mô tả cắt ngang* hồi cứu hồ sơ bệnh án trong 2 năm và theo dõi trong năm thứ 3 để xác định tỷ lệ bỏ điều trị methadone cũng như nguyên nhân bỏ điều trị. 2) *Nghiên cứu bệnh chứng* để xác định yếu tố liên quan đến bỏ điều trị methadone. Nhóm bệnh: là những bệnh nhân bỏ điều trị trên 5 ngày liên tục. Nhóm chứng: là những bệnh nhân vào cùng đợt điều trị với ca bệnh và hiện tại tuân thủ điều trị. 3) *Nghiên cứu can thiệp trước sau có đối chứng* để đánh giá hiệu quả can thiệp.

#### **2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu**

**Nghiên cứu mô tả cắt ngang:** Chọn toàn bộ 1.055 bệnh nhân tại 5 cơ sở bắt đầu tham gia điều trị từ 8/2011 đến 7/2012 để xác định tỷ lệ bỏ điều trị.

**Nghiên cứu bệnh chứng:**

Cỡ mẫu: Sử dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu bệnh chứng với  $\alpha = 0.05$ ;  $\beta = 0,2$ ; Ước lượng tỷ lệ sử dụng heroin trong các bệnh nhân bỏ điều trị và tuân thủ điều trị:  $p_1 = 20\%$ ,  $p_0 = 5\%$ ; Sự khác biệt ước lượng sẽ phát hiện là 15%. Tính toán được 80 ca bệnh (bỏ điều trị) và 80 ca chứng. Để đảm bảo tính khoa học, cỡ mẫu được tính với tỷ lệ ca bệnh/ca chứng là 1:2. Cỡ mẫu cần thiết lúc này tính được là

240 bệnh nhân (80 ca bệnh và 160 ca chứng). Thực thể phỏng vấn 81 ca bệnh và 161 ca chứng.

**Chọn mẫu:** Có 819 bệnh nhân điều trị đủ 2 năm từ tháng 8/2013 đến tháng 7/2014. Tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu đưa vào quá trình xác định ca bệnh và ca chứng.

- Chọn mẫu nhóm bệnh: Nếu một bệnh nhân điều trị đủ 24 tháng trong quá trình điều trị không đến cơ sở điều trị uống thuốc trên 5 ngày liên tiếp bao gồm cả những bệnh nhân đã bỏ hẳn điều trị vì bất kỳ lý do gì sẽ được xác định là trường hợp bệnh. Nghiên cứu ngừng thu thập ca bệnh khi đạt cỡ mẫu theo thiết kế.
- Chọn mẫu nhóm chứng: Với mỗi ca bệnh được xác định, 2 ca chứng được lựa chọn ngẫu nhiên từ danh sách các bệnh nhân vào điều trị cùng đợt với ca bệnh.

### **Nghiên cứu can thiệp trước sau có đối chứng:**

**Cỡ mẫu:** sử dụng công thức kiểm định sự khác biệt giữa 2 tỷ lệ trước và sau can thiệp với: Mức sai lầm loại 1, chọn  $\alpha = 0,05$  (mức tin cậy 95%)  $\rightarrow Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ ;  $\beta$ : Mức sai lầm loại 2, chọn  $\beta = 0,1$  (lực mẫu 90%)  $\rightarrow Z_{\beta} = 1,28$ ;  $p_1$ : Tỷ lệ người bệnh sử dụng ma túy trước can thiệp tham khảo theo đánh giá của FHI là 12%;  $p_2$ : Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng ma túy sau can thiệp mong muốn giảm xuống sau can thiệp là 5%. Tính toán được cỡ mẫu là 208

**Chọn mẫu:** Chọn toàn bộ bệnh nhân tại 2 cơ sở điều trị methadone Hải An (can thiệp) và An Dương (nhóm chứng). Nhóm can thiệp có 214 bệnh nhân và nhóm chứng có 221 bệnh nhân.

### **2.2.3. Quy trình tổ chức nghiên cứu**

**Nghiên cứu mô tả cắt ngang:** Nghiên cứu viên xác định tỷ lệ bỏ điều trị và lý do ra khỏi chương trình điều trị của bệnh nhân trong 3 năm



đầu tham gia điều trị của bệnh nhân thông qua hồ sơ bệnh án và ghi chép tại cơ sở điều trị.

*Nghiên cứu bệnh chứng:* Khi xác định ca bệnh (bỏ trị) và ca chứng, nghiên cứu viên sẽ liên lạc với bệnh nhân để mời tham gia vào nghiên cứu. Bệnh nhân ký đồng thuận tham gia nghiên cứu sẽ trả lời phỏng vấn và cho phép nghiên cứu khai thác thông tin bệnh án của bệnh nhân tại cơ sở điều trị.

*Nghiên cứu can thiệp trước sau có đối chứng:*

*\*Lựa chọn giải pháp can thiệp cải thiện tuân thủ điều trị methadone*

Nghiên cứu của các tác giả trong nước và quốc tế cho thấy các yếu tố ảnh hưởng tích cực giúp tăng cường tuân thủ điều trị của bệnh nhân là: liều methadone > 60mg, nhận các can thiệp tâm lý, hỗ trợ tâm lý xã hội từ cán bộ y tế, không sử dụng ma túy trong quá trình điều trị. Trong giai đoạn nghiên cứu bệnh chứng chúng tôi cũng tìm được các yếu tố nguy cơ đến bỏ trị là bệnh nhân điều trị với liều methadone < 60mg, sử dụng heroin trong quá trình điều trị methadone và bỏ uống thuốc > 3 ngày trong 3 tháng qua. Do vậy, giai đoạn can thiệp chúng tôi tập trung vào các hoạt động: 1/ hỗ trợ tâm lý, xã hội cho bệnh nhân từ phía cán bộ y tế và đồng đẳng viên, 2/ tăng cường kiến thức cho nhóm đồng đẳng viên, 3/ cập nhật kiến thức cho cán bộ y tế với mục tiêu tăng cường tuân thủ điều trị và cải thiện CLCS cho bệnh nhân.

*\*Các hoạt động can thiệp bao gồm:*

- Tổ chức 2 buổi cập nhật kiến thức cho cán bộ y tế tại cơ sở can thiệp thực hiện bởi chuyên gia nghiện chất và tâm thần của Pháp.
- Tăng cường năng lực cho nhóm ĐĐV gồm 22 thành viên. Nhóm được tập huấn kiến thức về điều trị methadone, ma túy bất hợp pháp, bệnh đồng nhiễm bởi các giảng viên trường Đại học Y Dược Hải

phòng. Thành viên của nhóm là nòng cốt để tiếp cận tốt hơn với bệnh nhân đang điều trị tại cơ sở.

- Tờ rơi với các nội dung về điều trị methadone được phát cho bệnh nhân bởi cán bộ y tế và đồng đẳng viên, để tại phòng uống thuốc.
- Hỗ trợ tâm thần, tâm lý cho bệnh nhân: cán bộ y tế của trường đại học Y Dược Hải Phòng được đào tạo về y học nghiện hỗ trợ 1 ngày/tuần trong suốt quá trình can thiệp để sàng lọc tâm thần, hỗ trợ tâm lý tại chỗ và chuyển gửi bệnh nhân đến bệnh viện tâm thần khám và điều trị chuyên khoa với các trường hợp sàng lọc phát hiện bệnh nhân có vấn đề tâm thần. Với những bệnh nhân bỏ điều trị, sử dụng ma túy bất hợp pháp, cán bộ y tế hỗ trợ tâm lý, phỏng vấn tạo động lực để bệnh nhân lập kế hoạch và thực hiện thay đổi theo chiều hướng tích cực. Trong quá trình can thiệp, cán bộ trường cùng cán bộ y tế tại cơ sở thực hiện can thiệp để đảm bảo cán bộ y tế tại cơ sở có thể thực hiện được khi hết thời gian can thiệp.

*\* Các hoạt động can thiệp với mục đích:* Giảm tỷ lệ sử dụng ma túy; Cải thiện sự hỗ trợ từ phía cán bộ y tế, đồng đẳng với bệnh nhân; Tăng cường tuân thủ điều trị methadone; Giảm các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến bỏ điều trị; Cải thiện tình trạng sức khỏe tâm thần; Cải thiện chất lượng sống cho bệnh nhân.

#### **2.2.4. Biến số nghiên cứu**

- Bỏ điều trị: bệnh nhân không đến cơ sở điều trị uống thuốc methadone.
- Tiếp tục sử dụng ma túy trong quá trình điều trị methadone.
- *Các biến liên quan khác:* đặc điểm nhân học, điều trị methadone, mức bệnh mạn tính.
- *Các biến về chất lượng cuộc sống:* đánh giá CLCS theo công cụ EU-3D5L và WHOQOL – BREF.

- *Các biến về hiệu quả can thiệp:* Sự thay đổi về hành vi nguy cơ, tuân thủ điều trị và CLCS trong điều trị methadone của bệnh nhân trước và sau can thiệp. Bao gồm: sử dụng ma túy, tuân thủ điều trị trong 3 tháng qua; Sự thay đổi về CLCS của bệnh nhân trước và sau can thiệp. Hiệu quả can thiệp đối tăng cường tuân thủ điều trị cải thiện CLCS của bệnh nhân.

### 2.2.5. Chỉ số nghiên cứu

Đánh giá mức độ bỏ điều trị methadone theo hướng dẫn của Bộ y tế:

- Bỏ > 3 ngày điều trị liên tục: bệnh nhân không đến uống methadone từ 4-30 ngày liên tục (gọi tắt là bỏ > 3 ngày liên tục).
- Bỏ > 5 ngày điều trị liên tục: bệnh nhân không đến uống methadone từ 6 - 30 ngày liên tục (gọi tắt là bỏ > 5 ngày liên tục).
- Bỏ hẳn điều trị: bệnh nhân không đến uống methadone > 30 ngày (gọi tắt là bỏ hẳn).
- Bỏ điều trị: là những bệnh nhân không đến uống methadone trên 5 ngày liên tục (bao gồm cả bỏ hẳn và bỏ trên 5 ngày liên tục).

## 2.3. Thu thập thông tin

### 2.3.1. Thu thập và kiểm tra số liệu

\* *Với nghiên cứu mô tả:* Thông tin được thu thập từ hồ sơ bệnh án và ghi chép của cơ sở.

\* *Với nghiên cứu bệnh chứng:* Điều tra viên là giảng viên trường Đại học Y Dược Hải phòng được đào tạo để xác định ca bệnh, ca chứng và phỏng vấn, thu thập thông tin.

\**Với nghiên cứu can thiệp:* đánh giá tại 2 thời điểm trước và sau can thiệp cho tất cả bệnh nhân để đánh giá hiệu quả của can thiệp.

2.3.2. *Quản lý và xử lý số liệu:* Số liệu được nhập, làm sạch và quản lý trong vào Microsoft Access 2003. Sau đó số liệu được chuyển sang phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0.

### Chương 3 : KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến bỏ điều trị methadone tại Hải Phòng

##### 3.1.1. Tỷ lệ bỏ điều trị ở bệnh nhân điều trị methadone trong 3 năm

Bảng 3.1: Tỷ lệ bỏ điều trị methadone trong ba năm tại Hải Phòng (2012-2014)

Phòng khám	0-12 tháng			13-24 tháng			25-36 tháng			Bỏ hẳn trong 3 năm
	Số lượng đầu ki	Bỏ > 5 ngày liên tục n (%)	Bỏ hẳn n (%)	Số lượng đầu ki	Bỏ > 5 ngày liên tục n (%)	Bỏ hẳn n (%)	Số lượng đầu ki	Bỏ > 5 ngày liên tục n (%)	Bỏ hẳn n (%)	
An Dương	244	13 (5.3)	15 (6.2)	229	8 (3.5)	30 (13.1)	198	20 (10.1)	33 (16.7)	79 (32.4)
An Lão	184	1 (0.5)	32 (17.4)	152	2 (1.3)	24 (15.8)	128	7 (5.5)	25 (19.5)	81 (44.0)
Hải An	207	11 (5.3)	27 (13.0)	180	4 (2.2)	29 (16.1)	151	15 (9.9)	21 (13.9)	77 (37.2)
Hồng Bàng	167	1 (0.6)	11 (6.6)	156	5 (3.2)	12 (7.7)	144	11 (7.6)	15 (10.4)	38 (22.8)
Kiến An	253	6 (2.4)	26 (10.3)	227	13 (5.7)	29 (12.8)	198	15 (7.6)	21 (10.6)	76 (30.0)
<b>Tổng</b>	<b>1055</b>	<b>32 (3.0)</b>	<b>111 (10.5)</b>	<b>944</b>	<b>32 (3.4)</b>	<b>124 (13.1)</b>	<b>819</b>	<b>68 (8.3)</b>	<b>115 (14.0)</b>	<b>351 (33.3)</b>

Nhận xét : Tỷ lệ bệnh nhân rời khỏi chương trình methadone trong năm 1 là 10,5%, 13,2% trong năm 2 và 14,0% trong năm 3. Sau 3 năm có 33,3% bệnh nhân bỏ hẳn chương trình điều trị.

Nguyên nhân bỏ điều trị methadone: hầu hết các phòng khám không ghi lí do không tuân thủ điều trị của bệnh nhân trong hồ sơ bệnh án. Tỷ lệ không biết nguyên nhân không tuân thủ điều trị là 47,7% trong năm đầu, 63,7% trong năm hai và 70,4% trong năm thứ 3.

### 3.1.2. Một số yếu tố liên quan đến bỏ điều trị methadone

Bảng 3.3: Đặc điểm dân số học của đối tượng nghiên cứu (n=242)

Đặc điểm	Nhóm bệnh n (%)			Nhóm chứng n = 161; n (%) (2)	P <sub>1,2</sub>
	Bỏ hẳn n = 28	Bỏ > 5 ngày liên tục n = 53	Chung n = 81 (1)		
<b>Giới tính</b>					
Nam	27 (96,4)	52 (98,1)	79 (97,5)	158 (98,1)	0,837*
Nữ	1 (3,6)	1 (1,9)	2 (2,5)	3 (1,9)	
<b>Nhóm tuổi</b>					
24 - 30	5 (17,9)	6 (11,3)	11 (13,6)	20 (12,4)	0,636
31 – 40	17 (60,7)	27 (50,9)	44 (54,3)	85 (52,8)	
41 – 50	6 (21,4)	14 (26,4)	20 (24,7)	43 (26,7)	
51 – 59	-	6 (11,3)	6 (7,4)	13 (8,1)	
<i>Tuổi trung bình</i>	36,7 ± 5,5	39,6 ± 7,4	38,6 ± 6,9	38,4 ± 7,0	0,852
<b>Trình độ học vấn</b>					
Tiểu học	2 (7,1)	3 (5,7)	5 (6,2)	15 (9,3)	0,177*
Trung học cơ sở	18 (64,3)	20 (37,7)	38 (46,9)	67 (41,6)	
THPT	6 (21,4)	28 (52,8)	34 (42,0)	73 (45,3)	
Cao đẳng/đại học	2 (7,1)	2 (3,8)	4 (4,9)	6 (3,7)	
<b>Tình trạng hôn nhân</b>					
Độc thân	7 (25,0)	10 (18,9)	17 (21,0)	56 (34,8)	0,126
Đang có vợ/chồng	17 (60,7)	37 (69,8)	54 (66,7)	80 (49,7)	
Ly hôn/ly thân	4 (14,3)	6 (11,3)	10 (12,3)	25 (15,5)	

(\*) : Test Fisher exact

Nhận xét : Có sự tương đồng về giới, nhóm tuổi, tuổi trung bình, trình độ học vấn, hôn nhân của nhóm bỏ trị và nhóm chứng (p>0,05).

- Kết quả nghiên cứu cho thấy có 63% bệnh nhân nhóm bỏ trị và 48,4% bệnh nhân nhóm chứng đã từng có triệu chứng tâm thần. Có 32,1% bệnh nhân nhóm bỏ trị và 16,8% bệnh nhân nhóm chứng có

biểu hiện về tâm thần trong 3 tháng qua. Sự khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ ).

Bảng 3.10: Phân bố liều methadone đang điều trị của ĐTNC

Liều methadone đang điều trị (mg)	Nhóm bệnh n (%)			Nhóm chứng n = 161; n (%) (2)	P <sub>1,2</sub>
	Bỏ hẳn n = 28	Bỏ > 5 ngày liên tục n = 53	Chung n = 81 (1)		
5 - 59 mg	10 (35,7)	34 (64,2)	44 (54,3)	43 (26,7)	0,000
60 - 119 mg	11 (39,3)	14 (26,4)	25 (30,9)	62 (38,5)	
120 - 380 mg	7 (25,0)	5 (9,4)	12 (14,8)	56 (34,8)	
$\bar{X} \pm SD$ (mg)	78,0 ± 43,8	57,1 ± 43,6	64,3 ± 44,5	111,7 ± 78,8	0,000

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân điều trị với liều methadone dưới 120mg/ngày và liều methadone trung bình khác nhau ở hai nhóm có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ ).

- Có 34,6% bệnh nhân nhóm bỏ trị và 5,6% bệnh nhân nhóm chứng sử dụng heroin trong tháng qua. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

- Đánh giá CLCS của bệnh nhân theo WHOQOL-BREF cho thấy CLCS của bệnh nhân ở khía cạnh thể chất có điểm số cao nhất ( $71,2 \pm 17,8$  ở nhóm bỏ trị và  $76,7 \pm 16,7$  ở nhóm chứng) và thấp nhất là khía cạnh tâm lý ( $52,4 \pm 17,0$  ở nhóm bỏ trị và  $55,2 \pm 18,4$  ở nhóm chứng). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm về điểm CLCS ở khía cạnh thể chất và môi trường ( $60,2 \pm 16,2$  ở nhóm bỏ trị và  $65,8 \pm 15,7$  ở nhóm chứng) với  $p < 0,05$ .

- Ở nhóm bỏ trị, lý do bỏ điều trị là cho rằng bản thân mình không còn phụ thuộc vào heroin (23,5%), thời gian uống methadone không phù hợp với thời gian đi làm (21,0%), có vấn đề sức khỏe (16,0).

Bảng 3.36: Phân tích đa biến các yếu tố liên quan đến bỏ điều trị

Biến số	aOR (95% CI)	p
Tình trạng hôn nhân		
Đã kết hôn	Tham khảo	
Độc thân/góa/li dị/ li thân	0,67 (0,24-1,86)	0,440
Tình trạng có con		
Không	Tham khảo	
Có	2,84 (0,88-9,14)	0,081
Khoảng cách từ nhà đến phòng khám, trung bình (SD), km		
	1,07 (0,96 – 1,20)	0,228
Liều Methadone hiện tại (mg)		
5-59	Tham khảo	
60-119	0,40 (0,17-0,94)	<b>0,036</b>
120-380	0,28 (0,09-0,86)	<b>0,026</b>
Số ngày methadone bị nhỡ trong 3 tháng trước		
Không nhỡ	Tham khảo	
1-3 ngày	2,21 (0,86-5,66)	0,098
> 3 ngày	18,48 (7,25-47,09)	<b>&lt;0,001</b>
Sử dụng heroin trong khi điều trị MMT		
Không	Tham khảo	
Có	12,40 (4,19-36,75)	<b>&lt;0,001</b>
Có bạn hiện đang sử dụng ma túy		
Không	Tham khảo	
Có	0,62 (0,29-1,31)	0,207
Tình trạng HIV		
Âm tính	Tham khảo	
Dương tính	1,06 (0,39-2,93)	0,907
Triệu chứng tâm thần trong 3 tháng trước		
Không	Tham khảo	
Có	0,99 (0,45-2,17)	0,983
<b>p = 0,000 , R<sup>2</sup> = 55,3%</b>		

Nhận xét: Trong phân tích đa biến hồi quy logistics, chỉ còn 2 yếu tố là còn sử dụng heroin trong khi điều trị methadone và nhớ > 3 ngày điều trị methadone trong 3 tháng trước làm tăng nguy cơ bỏ điều trị của bệnh nhân. Mặt khác, bệnh nhân uống liều methadone trên 60mg giảm nguy cơ bỏ điều trị hơn nhóm bệnh nhân uống liều thấp hơn.

### 3.2. Kết quả can thiệp

- Tại thời điểm sau can thiệp, tỷ lệ bệnh nhân ở nhóm can thiệp đánh giá nhận được hỗ trợ tinh thần và thông tin từ đồng đảng viên ở mức độ rất nhiều tăng so với trước can thiệp và so với nhóm chứng với hiệu quả can thiệp là 48% và 159,5%.
- Tại thời điểm sau can thiệp, bệnh nhân hài lòng với cán bộ y tế ở mức độ rất nhiều tăng lên so với trước can thiệp và so với nhóm chứng với hiệu quả can thiệp là 69,7%.

#### 3.2.1. Tăng cường tuân thủ điều trị methadone.

Kết quả nghiên cứu cho thấy sau 6 tháng can thiệp, tại cơ sở can thiệp tỷ lệ bệnh nhân bỏ uống methadone trên 3 ngày và trên 3 ngày liên tục trong 3 tháng qua, xét nghiệm nước tiểu (+) với heroin, có bạn sử dụng ma túy đều giảm nhiều hơn so với cơ sở không can thiệp, các sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

Bảng 3.48: Hiệu quả can thiệp với bỏ trên 3 ngày uống methadone liên tục trong 3 tháng qua

Hiệu quả can thiệp đối với bỏ trên 3 ngày liên tục	CSHQ (%)		HQCT (%)
	Can thiệp	Đối chứng	
Tuân thủ điều trị	58,3	2,7	55,6

Nhận xét: Hiệu quả can thiệp đối với bỏ > 3 ngày uống methadone liên tục trong 3 tháng qua là 55,6%.



- Hiệu quả can thiệp với bỏ > 3 ngày trong 3 tháng qua là 27,0%. Hiệu quả can thiệp đối với xét nghiệm nước tiểu dương tính với heroin trong lần gần đây nhất, có bạn sử dụng ma túy là 38,3% và 12,6%. Tỷ lệ bệnh nhân còn sử dụng ma túy giảm đi 6,9% sau can thiệp, trong khi tại cơ sở không can thiệp tăng 1,8%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

Bảng 3.53: Sự thay đổi hiện tại còn sử dụng heroin của bệnh nhân tại thời điểm trước và sau can thiệp

Thời điểm Còn sử dụng heroin	Trước can thiệp		Sau can thiệp		Chênh lệch (%)	p
	Có	Không	Có	Không		
Nhóm can thiệp	23 (11,7)	191 (89,3)	11 (4,8)	197 (94,7)	6,9	0,023
Nhóm chứng	26 (11,8)	195 (88,2)	21 (10,0)	188 (90,0)	1,8	0,568
p	0,737		0,041			

Nhận xét: Đánh giá tại cơ sở can thiệp và không can thiệp về bệnh nhân còn sử dụng ma túy tại thời điểm sau can thiệp cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

Bảng 3.54: Hiệu quả can thiệp đối với hiện tại còn sử dụng heroin ở bệnh nhân điều trị methadone

Hiệu quả can thiệp đối với hiện tại còn sử dụng heroin	CSHQ (%)		HQCT (%)
	Can thiệp	Đối chứng	
Còn sử dụng heroin	59,0	15,3	43,7

Nhận xét: HQCT đối với hiện tại còn sử dụng heroin là 43,7%

### 3.2.2. Cải thiện chất lượng cuộc sống

Đánh giá tại cơ sở can thiệp và không can thiệp về bệnh nhân có lo lắng, trầm buồn trong 3 tháng qua sau can thiệp cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ). Hiệu quả can thiệp đối với giảm lo lắng trầm buồn trong 3 tháng qua là 40,9%

Bảng 3.59: Sự thay đổi về điểm CLCS của bệnh nhân tại thời điểm trước và sau can thiệp theo WHOQOL-BREF

Thời điểm		Trước can thiệp	Sau can thiệp	P
Thể chất	Nhóm can thiệp	74,6 ± 14,8	75,4 ± 15,3	0,571
	Nhóm chứng	72,8 ± 13,6	72,6 ± 13,4	0,874
	p	0,186	0,044	
Tâm lý	Nhóm can thiệp	69,4 ± 13,2	72,3 ± 13,9	0,025
	Nhóm chứng	67,6 ± 13,6	66,6 ± 10,7	0,386
	p	0,181	0,000	
Xã hội	Nhóm can thiệp	54,2 ± 16,2	58,3 ± 17,6	0,014
	Nhóm chứng	54,1 ± 13,6	54,9 ± 12,7	0,480
	p	0,913	0,026	
Môi trường	Nhóm can thiệp	67,2 ± 13,2	69,1 ± 15,8	0,172
	Nhóm chứng	65,9 ± 12,8	65,3 ± 12,1	0,675
	p	0,281	0,006	

Nhận xét: Điểm CLCS ở các khía cạnh tâm lý và xã hội tại thời điểm sau can thiệp tăng lên 72,3 ± 13,9 và 58,3 ± 17,6 điểm so với trước can thiệp là 69,4 ± 13,2 và 54,2 ± 16,2 điểm, có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  và cao hơn nhóm chứng với điểm số của 2 khía cạnh này là 66,6 ± 10,7 và 54,9 ± 12,7, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

## **Chương 4 : BÀN LUẬN**

### **4.1. Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến bỏ điều trị methadone tại Hải phòng.**

#### **4.1.1. Tỷ lệ bỏ điều trị ở bệnh nhân điều trị methadone trong 3 năm**

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ bỏ hẳn chương trình điều trị methadone trong năm đầu tiên là 10,5%, năm thứ hai là 13,1% và năm thứ 3 là 14%. Tỉ lệ còn duy trì điều trị sau 3 năm tham gia điều trị methadone là 66,7%, có nghĩa là có đến một phần ba số bệnh nhân bỏ trị sau 3 năm điều trị. Bên cạnh đó, chúng tôi cũng ghi nhận có một tỉ lệ bệnh nhân bỏ uống thuốc methadone trên 5 ngày liên tiếp (cần được khởi liều lại) trong 3 năm đầu lần lượt là 3%, 3,4% và 8,3%. Nghiên cứu của tác giả Đào Thị Minh An và cộng sự tại các cơ sở điều trị methadone Thái Nguyên cho thấy tỷ lệ bỏ hẳn sau 3 năm lần lượt là 8,7%, 18,0% và 25,8%. Nghiên cứu của chúng tôi và tác giả Đào Thị Minh An đều cho thấy tỉ lệ bỏ trị không phải là quá cao, nhưng có sự chênh lệch theo từng năm.

Tỷ lệ bỏ trị sau 1 năm đầu điều trị của chúng tôi thấp hơn đáng kể so với các nước trong khu vực và một số nước phương tây. Tại Malaysia, 38% bệnh nhân ra khỏi chương trình sau 12 tháng và ở Trung Quốc có 73,9% - 87% bệnh nhân ở lại chương trình sau 1 năm điều trị. Các nghiên cứu từ phía Tây và Israel cho thấy tỷ lệ bỏ trị sau 1 năm dao động từ 27 - 40%. Kết quả này có thể giải thích hệ thống điều trị methadone tiếp nhận bệnh nhân với tiêu chí chặt chẽ trong giai đoạn 2008-2011.

Hầu hết nghiên cứu từ các nước trong khu vực cũng báo cáo tỷ lệ tuân thủ điều trị trong năm đầu tiên, chỉ có một đánh giá được thực hiện tại Trung Quốc theo dõi khách hành trong 6 năm liên tục, tỷ lệ bệnh nhân duy trì sau 3 năm là 66%, tương tự với kết quả nghiên cứu

của chúng tôi. Một nghiên cứu cộng gộp từ 74 nghiên cứu với 43.263 bệnh nhân điều trị methadone tại Trung Quốc từ năm 2004 đến 2013 cho thấy có khoảng 1/3 số bệnh nhân ra khỏi chương trình sau 3 tháng điều trị và tỷ lệ bệnh nhân còn điều trị sau 12 và 24 tháng là 55,2 và 43,0%.

Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với các nghiên cứu trước đây ở Châu Á và Châu Âu, cho thấy có sự tuân thủ thấp ở bệnh nhân điều trị methadone. Điều đáng lưu ý, chúng tôi nhận thấy mức độ tuân thủ giảm đáng kể so với thời gian điều trị methadone. Hiện tượng này có thể giải thích rằng khi bệnh nhân được điều trị lâu dài, họ tin rằng họ có khả năng ngừng sử dụng ma túy hoàn toàn và có khả năng ra khỏi chương trình. Tuy nhiên, sự tuân thủ kém có thể làm tăng đáng kể nguy cơ tái nghiện và dự đoán thất bại điều trị. Do đó, cần thiết phải theo dõi sự tuân thủ của bệnh nhân và tư vấn kịp thời cho bệnh nhân để đảm bảo sự thành công của chương trình.

#### ***4.1.2. Một số yếu tố liên quan đến bỏ điều trị methadone***

Trong nhóm bỏ trị, có 53 bệnh nhân bỏ trên 5 đến 30 ngày liên tục và 28 bệnh nhân ra khỏi chương trình. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giới, nhóm tuổi, trình độ văn hóa và hôn nhân giữa nhóm bỏ trị và nhóm chúng.

Nguyên nhân bỏ trị được đề cập nhiều nhất là bệnh nhân cho rằng bản thân mình không còn phụ thuộc vào heroin (23,5%), thời gian uống methadone không phù hợp với thời gian đi làm (21,0%), có vấn đề sức khỏe nên phải nghỉ uống thuốc để đi khám hoặc điều trị bệnh (16%), không đủ khả năng chi trả chi phí điều trị methadone cũng là lý do khiến bệnh nhân bỏ điều trị (14,8%)...

Kết quả phân tích đa biến hồi quy logistics từ nghiên cứu bệnh chúng trên những bệnh nhân điều trị methadone ổn định trên 2 năm

cho thấy yếu tố nguy cơ chính đến không tuân thủ điều trị là bệnh nhân có sử dụng heroin trong quá trình điều trị methadone (aOR = 12,4; 95%CI: 4,19-36,7,  $p < 0,001$ ) và bỏ > 3 ngày trong 3 tháng qua (aOR = 18,5; 95%CI: 7,3-47,1;  $p < 0,001$ ). Tuy nhiên, việc uống methadone liều cao cũng làm giảm nguy cơ không tuân thủ điều trị nếu bệnh nhân uống liều 60 – 119mg/ngày (aOR=0,40; 95%CI: 0,17-0,94,  $p = 0,036$ ) và nếu liều > 120mg/ngày (aOR=0,28; 95%CI : 0,09-0,86,  $p = 0,026$ ) so với nhóm uống liều dưới 60mg.

Một vài nghiên cứu cũng chỉ ra mối liên quan giữa liều methadone và hành vi sử dụng ma túy bất hợp pháp, giấu giếm với việc bỏ trị methadone. Các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên và đối chứng chỉ ra rằng liều methadone cao hơn có liên quan đến sự duy trì điều trị lớn hơn đáng kể. Các phát hiện của chúng tôi về liều lượng phù hợp với những phân tích cộng gộp trước đây. Điều đó chứng minh rằng liều trên 60mg/ngày là đủ, có hiệu quả và mang lại lợi ích cho duy trì điều trị methadone.

Một nghiên cứu cộng gộp từ 18 nghiên cứu của tác giả Yan-ping Bao và cộng sự cho thấy bệnh nhân có liều methadone  $\geq 60$ mg tuân thủ điều trị tốt hơn liều methadone < 60mg (OR: 1,74 ; 95%CI: 1,43-2,11) và liều methadone linh hoạt sẽ giúp bệnh nhân tuân thủ tốt hơn liều methadone cố định (OR: 1,72; 95%CI: 1,41-2,11). Như vậy, bên cạnh việc nên điều trị duy trì cho bệnh nhân ở liều  $\geq 60$  mg methadone/ngày, thì việc điều chỉnh liều methadone linh hoạt là cần thiết để bệnh nhân tuân thủ điều trị tốt hơn.

#### **4.2. Hiệu quả can thiệp**

Nghiên cứu can thiệp trước sau có đối chứng can thiệp tại Hải An với 214 bệnh nhân và cơ sở chứng An Dương với 221 bệnh nhân. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giới, nhóm tuổi, trình

độ văn hóa và hôn nhân giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng. Sau can thiệp 6 tháng, tại cơ sở can thiệp chúng tôi bị mất dấu 6 bệnh nhân và cơ sở methadone chứng mất 12 bệnh nhân, đây đều là những bệnh nhân đã ra khỏi chương trình điều trị.

#### **4.2.1. Tuân thủ điều trị của bệnh nhân**

Nghiên cứu bệnh chứng của chúng tôi cho thấy những bệnh nhân bỏ uống thuốc nhiều hơn 3 ngày trong 3 tháng qua, có bạn sử dụng ma túy bất hợp pháp, còn sử dụng ma túy và xét nghiệm nước tiểu dương tính với heroin tăng nguy cơ bỏ điều trị methadone trên 5 ngày liên tiếp. Can thiệp của chúng tôi tập là giáo dục sức khỏe dựa vào cộng đồng để tăng cường tuân thủ điều trị và cải thiện CLCS cho bệnh nhân với các hoạt động cập nhật kiến thức cho cán bộ y tế, hỗ trợ kiến thức, thông tin cho nhóm đồng đẳng viên, hỗ trợ tâm lý tâm thần cho những bệnh nhân có yếu tố nguy cơ đến bỏ trị.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, nhóm can thiệp tuân thủ điều trị tốt hơn nhóm chứng. Ở nhóm can thiệp giảm tỷ lệ bệnh nhân bỏ uống methadone, xét nghiệm nước tiểu dương tính với heroin và hiện tại sử dụng heroin khi đang điều trị methadone.

Các nghiên cứu cho thấy hỗ trợ tâm lý xã hội bao gồm phỏng vấn tạo động lực có hiệu quả trong điều trị methadone thông qua giảm ham muốn sử dụng ma túy bất hợp pháp. Nghiên cứu của Ali Navidian và một nghiên cứu thử nghiệm có đối chứng ngẫu nhiên tại Los Angeles và California cho thấy bệnh nhân điều trị methadone nhận phỏng vấn tạo động lực cá nhân và phỏng vấn tạo động lực nhóm giám hành vi sử dụng ma túy không hợp pháp.

#### **4.2.2. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân**

Mặc dù điều trị methadone giúp cải thiện sức khỏe tâm thần cho người sử dụng ma túy, tuy nhiên bệnh nhân điều trị methadone

vẫn có các vấn đề về sức khỏe tâm thần. Các nghiên cứu của các tác giả tại Việt Nam cho thấy 20-35% bệnh nhân có vấn đề tâm thần, nhưng tỷ lệ này vẫn thấp hơn so các nước như Netherlands, Mỹ và Indonesia. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tại cơ sở can thiệp, tỷ lệ bệnh nhân có các triệu chứng lo lắng, trầm buồn trong 3 tháng qua giảm hơn so với trước can thiệp và giảm so với nhóm chứng, với  $p < 0,01$ . Hiệu quả can thiệp đối với vấn đề này đạt 40,9%.

Chăm sóc sức khỏe tâm thần cho bệnh nhân điều trị methadone có nhiều thách thức, bởi chính bản thân bệnh nhân và người nhà bệnh nhân dễ dàng chấp nhận các biểu hiện về sức khỏe tâm thần của bệnh nhân. Trong giai đoạn thực hiện can thiệp, chúng tôi có sàng lọc và phát hiện 12 bệnh nhân có vấn đề tâm thần, tuy nhiên khi hỗ trợ bệnh nhân để được khám và điều trị chuyên khoa, bản thân bệnh nhân ngại không muốn đi khám do bệnh nhân cho rằng tình trạng đó chưa thực sự là vấn đề sức khỏe của họ. Do vậy, cán bộ y tế tại các cơ sở điều trị methadone cần được đào tạo thêm về lĩnh vực tâm thần để có tăng cường năng lực trong sàng lọc, hỗ trợ và điều trị cho bệnh nhân methadone có vấn đề về sức khỏe tâm thần ngay tại cơ sở điều trị.

Chúng tôi sử dụng công cụ WHOQOL-BREF để đánh giá hiệu quả can thiệp với sự thay đổi CLCS của bệnh nhân điều trị methadone cho thấy sau can thiệp điểm CLCS của bệnh nhân được cải thiện ở các khía cạnh thể chất, tâm lý, xã hội và môi trường. Tuy nhiên chỉ có điểm CLCS khía cạnh tâm lý và môi trường tăng lên sau can thiệp so với trước can thiệp với  $p < 0,05$ .

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy điểm CLCS cao nhất ở khía cạnh thể chất (trên 70 điểm) và thấp nhất là khía cạnh xã hội (dưới 60 điểm) với cả hai nhóm can thiệp và nhóm chứng tại thời điểm trước và sau can thiệp. Kết quả nghiên cứu của Lê Minh Giang

và cộng sự cũng cho thấy chất lượng cuộc CLCS của bệnh nhân ở khía cạnh thể chất có điểm số cao nhất ( $72,2 \pm 13,4$ ), thấp nhất ở khía cạnh xã hội ( $55,5 \pm 12,3$ ). Đánh giá hiệu quả chương trình điều trị methadone thí điểm tại Hải Phòng và Hồ Chí Minh cho thấy điểm CLCS của bệnh nhân được cải thiện nhiều khi điều trị methadone và ở giai đoạn điều trị duy trì điểm CLCS cao nhất ở khía cạnh thể chất (trên 70 điểm) và thấp nhất ở khía cạnh môi trường (dưới 60 điểm). Nghiên cứu của các tác giả tại Iran và Malaysia cho thấy điểm CLCS ở tất cả các khía cạnh của bệnh nhân đều  $> 60$  điểm.

Các nghiên cứu cho thấy vai trò của tư vấn và hỗ trợ tâm lý xã hội đối với bệnh nhân điều trị methadone. Tư vấn và hỗ trợ tâm lý xã hội bao gồm: tư vấn cá nhân; tư vấn và giáo dục nhóm; tư vấn cho gia đình và nhóm hỗ trợ đồng đẳng trước, trong và sau quá trình điều trị. Nghiên cứu của tác giả Adeline và cộng sự, Ali Navidian và cộng sự cho thấy hỗ trợ bệnh nhân bằng phỏng vấn tạo động lực giúp bệnh nhân giảm thèm nhớ và sử dụng ma túy bất hợp pháp, do vậy tăng khả năng giữ bệnh nhân ở lại với điều trị methadone lâu dài.

## **KẾT LUẬN**

### **1. Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến bỏ điều trị methadone tại Hải phòng**

#### ***1.1. Thực trạng bỏ điều trị methadone trong 3 năm***

Sau 3 năm điều trị, năm 1 có 143/1.055 bệnh nhân (13,5%), năm 2 có 156/944 bệnh nhân (16,5%) và năm 3 có 183/819 bệnh nhân (22,3%) bỏ uống methadone trên 5 ngày liên tiếp. Tỷ lệ bệnh nhân rời khỏi chương trình methadone trong năm 1 là 10,5%, 13,1% trong năm 2 và 14,0% trong năm 3. Sau 3 năm có 33,3% bệnh nhân bỏ hẳn chương trình điều trị.



## **1.2. Một số yếu tố liên quan đến bỏ điều trị Methadone**

Kết quả phân tích đa biến hồi quy logistics cho thấy yếu tố nguy cơ chính đến bỏ điều trị là bệnh nhân có sử dụng heroin trong quá trình điều trị methadone (aOR = 12,40; CI95% 4,19-36,47;  $p < 0,001$ ) và bỏ điều trị > 3 ngày trong 3 tháng qua (aOR = 18,48; CI95% 7,25-47,09;  $p < 0,001$ ). Tuy nhiên, việc uống liều cao trong điều trị methadone cũng làm giảm nguy cơ bỏ điều trị nếu bệnh nhân uống liều 60 – 119mg/ngày (aOR = 0,40; CI95% 0,17-0,94;  $p = 0,036$ ) và liều > 120mg/ngày (aOR = 0,28; CI95% 0,09-0,86;  $p = 0,026$ ) so với nhóm bệnh nhân uống liều dưới 60mg/ngày.

## **2. Hiệu quả can thiệp**

### **2.1. Tăng cường tuân thủ điều trị**

Sau can thiệp, tỷ lệ bệnh nhân bỏ uống methadone trên 3 ngày và trên 3 ngày liên tục trong 3 tháng qua giảm còn 20,7%, 4,3% có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Hiệu quả can thiệp là 27,0% và 55,6%.

Sau can thiệp, các yếu tố nguy cơ giảm: sử dụng ma túy bất hợp pháp (4,8%), xét nghiệm nước tiểu (+) với heroin (4,8%) và có bạn sử dụng ma túy (35,6%), có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Hiệu quả can thiệp với 3 chỉ tiêu trên lần lượt là 43,7%, 38,3% và 16,2%.

### **2.2. Cải thiện chất lượng cuộc sống**

Kết quả sau can thiệp, tỷ lệ bệnh nhân có lo lắng, trầm buồn giảm còn 6,7% có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ . Hiệu quả can thiệp là 40,9%.

Điểm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau can thiệp ở các khía cạnh thể chất ( $75,4 \pm 15,3$ ), tâm lý ( $72,3 \pm 13,9$ ), xã hội ( $58,3 \pm 17,6$ ) và môi trường ( $69,1 \pm 15,8$ ) đều tăng lên so với trước can thiệp, tuy nhiên chỉ có khía cạnh tâm lý và môi trường tăng lên có ý nghĩa

thống kê ( $p < 0,05$ ). So với nhóm chứng thì cả 4 khía cạnh trên đều cao hơn và có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

### **KHUYẾN NGHỊ**

1. Cơ sở điều trị cần quan tâm đến liều methadone hiệu quả cho mỗi bệnh nhân, đặc biệt ở những bệnh nhân có sử dụng ma túy bất hợp pháp, bỏ liều methadone và đang điều trị ở liều dưới 60mg/ngày bởi những bệnh nhân này có thể tiềm ẩn nguy cơ thiếu liều methadone.

2. Cân nhắc điện tử hóa bệnh án và hệ thống quản lý bệnh nhân điều trị methadone trên toàn quốc để bệnh nhân dễ dàng tiếp cận và điều trị tại các cơ sở điều trị khác khi được chuyển gửi đến.

3. Trong quy trình điều trị methadone có thể xem xét đến việc cho phép bệnh nhân mang methadone về uống trong vài ngày hoặc đưa buprenorphine vào chương trình điều trị để tăng lựa chọn cho bệnh nhân và bệnh nhân không phải hàng ngày đến cơ sở uống thuốc.

4. Duy trì tập huấn cho cán bộ y tế, đồng đảng viên để tăng cường năng lực hỗ trợ tâm lý xã hội cho cán bộ y tế và tăng cường kiến thức và vai trò của nhóm đồng đảng để thông qua nhóm đồng đảng có được thông tin bệnh nhân, đặc biệt là những bệnh nhân mà cán bộ y tế khó tiếp cận hay sử dụng ma túy bất hợp pháp giai đoạn đầu chưa phát hiện để hỗ trợ kịp thời.

## **DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU CỦA TÁC GIẢ ĐÃ CÔNG BỐ CÓ LIÊN QUAN ĐẾN ĐỀ TÀI LUẬN ÁN**

1. Nguyễn Thị Thắm, Phạm Minh Khuê, Phạm Văn Hán, Nguyễn Văn Sơn, Christina Lindan. Tỷ lệ bỏ trị ở bệnh nhân điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng methadone tại Hải Phòng, năm 2012 – 2015. Tạp chí Y học dự phòng, Tập XXVI, Số 14 (187) 2016, trang 84-88.
2. Nguyễn Thị Thắm, Phạm Minh Khuê, Phạm Văn Hán, Nguyễn Văn Sơn, Christina Lindan. Bỏ trị và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng methadone tại Hải Phòng, 2014. Tạp chí Y học dự phòng, Tập XXVI, Số 14 (187) 2016, trang 89-96.
3. Phạm Minh Khuê, Nguyễn Thị Thắm, Đinh Thị Thanh Mai, Phạm Văn Thúc, Vũ Minh Thúc, Phạm Văn Hán và Christina Lindan. A longitudinal and case-control study of dropout among drug users in methadone maintenance treatment in Haiphong, Vietnam. Harm Reduction Journal (2017) 14:59, DOI 10.1186/s12954-017-0185-7.
4. Nguyễn Thị Thắm, Phạm Minh Khuê, Phạm Thu Xanh, Phạm Văn Hán. Hiệu quả can thiệp tăng cường tuân thủ điều trị và cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân điều trị methadone tại Hải An, Hải Phòng năm 2017. Tạp chí Y học dự phòng, Tập 27, Số 10 - 2017, trang 60-67.
5. Nguyễn Thị Thắm, Phạm Minh Khuê, Phạm Văn Hán, Phạm Thu Xanh. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng Methadone tại Hải Phòng, 2014: nghiên cứu bệnh chứng. Tạp chí Y học dự phòng, Tập 27, Số 10 - 2017, trang 181-186.