



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



fhi360
THE SCIENCE OF IMPROVING LIVES

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA CHƯƠNG TRÌNH THÍ ĐIỂM ĐIỀU TRỊ NGHIỆN CÁC CHẤT THUỐC PHIỆN BẰNG METHADONE

TẠI HẢI PHÒNG VÀ TP. HỒ CHÍ MINH

Mục tiêu của nghiên cứu này nhằm theo dõi và đánh giá các kết quả của chương trình điều trị thay thế nghiện các chất thuốc phiện bằng Methadone theo thời gian thông qua các nghiên cứu lặp lại tập trung vào:

- Sự thay đổi của tình trạng sử dụng ma túy, bao gồm hành vi sử dụng chung bơm kim tiêm;
- Sự thay đổi hành vi tình dục, bao gồm loại bạn tình và tỷ lệ dùng bao cao su;
- Nâng cao hành vi/sự tương tác xã hội bao gồm việc giảm sự tham gia vào các hoạt động tội phạm và sự thành công trong việc tái hòa nhập với xã hội;
- Sức khỏe thể chất và tâm thần của bệnh nhân; và
- Chất lượng cuộc sống.

Kế hoạch Hỗ trợ Khẩn cấp của Tổng thống Hoa Kỳ cho Phòng chống HIV/AIDS (PEPFAR) thông qua Cơ quan Phát triển Quốc tế Hoa Kỳ (USAID) đã cung cấp hỗ trợ tài chính cho nghiên cứu “Đánh giá hiệu quả của chương trình thí điểm điều trị nghiện các chất thuốc phiện bằng Methadone tại Hải Phòng và Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam”. Nội dung của tài liệu này do FHI 360 chịu trách nhiệm và không nhất thiết phản ánh quan điểm của USAID hay của Chính phủ Hoa Kỳ.

Mục lục

CÁC TỔ CHỨC VÀ CÁ NHÂN THAM GIA.....	8
DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT	10
TÓM TẮT	11
I. GIỚI THIỆU.....	13
II. MỤC TIÊU.....	14
III. PHƯƠNG PHÁP.....	14
1. Thiết kế nghiên cứu.....	14
2. Địa điểm nghiên cứu	15
3. Đối tượng nghiên cứu.....	16
4. Cơ mẫu nghiên cứu	16
5. Các chỉ số chính	18
6. Thu thập số liệu.....	18
7. Quản lý và phân tích số liệu.....	21
8. Y đức.....	22
IV. KẾT QUẢ.....	23
1. Kết quả nghiên cứu tại thời điểm bệnh nhân bắt đầu điều trị	23
2. Duy trì tham gia chương trình.....	27
3. Liều dùng Methadone, các tác dụng phụ và tuân thủ điều trị	29
4. Thay đổi hành vi sử dụng ma túy và tình dục.....	31
5. Cải thiện sức khỏe và chất lượng cuộc sống.....	34
6. Cải thiện cuộc sống và các mối quan hệ	38
7. Tiếp cận với dịch vụ y tế và xã hội.....	40
V. BÀN LUẬN	42
VI. HẠN CHẾ CỦA NGHIÊN CỨU	46
VII. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ	47
Kết luận	47
Khuyến nghị	48
TÀI LIỆU THAM KHẢO	49

Các tổ chức và cá nhân tham gia

Bộ Y tế (MOH)

Nguyễn Thanh Long
Nguyễn Thị Huỳnh
Nguyễn Thị Minh Tâm
Phan Thu Hương
Phạm Đức Mạnh
Nguyễn Đắc Vinh
Vũ Đức Long
Nguyễn Quỳnh Mai
Lương Ngọc Khuê
Trần Quang Trung
Nguyễn Văn Thành
Phạm Thị Vân Hạnh
Nguyễn Minh Tuấn
Ngô Thanh Hợi

Trung tâm Phòng, chống AIDS Hải Phòng

Vũ Văn Công

Ủy ban Phòng, chống AIDS Thành phố Hồ Chí Minh

Lê Trường Giang

Cơ quan Phát triển Quốc tế Hoa Kỳ (USAID)

Michael Cassell
John Eyres
Nguyễn Thị Minh Ngọc
Nguyễn Đức Dương

FHI 360

Stephen J. Mills
Trần Vũ Hoàng (hiện đang làm việc tại Partner in Health Research)
Elizabeth “Betsy” Costenbader
Mark A. Weaver
Nguyễn Tố Như
Phan Huy Minh (hiện đang làm việc tại USAID)
Trần Thị Thanh Hà
Nguyễn Cường Quốc
Nguyễn Hà Huệ Chi (tư vấn)
Mai Đoàn Anh Thi (hiện đang làm việc tại HAIVN)
Kevin Mulvey (hiện đang làm việc tại SAMHSA)

Phân tích số liệu và chuẩn bị báo cáo

Trần Vũ Hoàng
Trần Thị Thanh Hà
Hà Huệ Chi
Nguyễn Cường Quốc

DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT

ART	Liệu pháp điều trị kháng Retro-virus
ARV	Thuốc kháng Retro-virus
DOLISA	Sở Lao động, Thương binh và Xã hội
ENV	Sức khỏe môi trường
GMD	Gái mại dâm
HBV	Vi rút viêm gan B
HCMC PAC	Ủy ban Phòng chống AIDS Thành phố Hồ Chí Minh
HCV	Vi rút viêm gan C
HIV	Vi rút gây suy giảm miễn dịch ở người
NCMT	Nghiện chích ma túy
ITT	Dự định tham gia điều trị
LTFU	Mất dấu
MMT	Điều trị nghiện các chất thuốc phiện bằng Methadone
MoH	Bộ Y tế
MSM	Nam quan hệ tình dục đồng giới
NGO	Tổ chức phi chính phủ
PLHIV	Người nhiễm HIV
PYR	Người-Năm
PHS	Sức khỏe thể chất
PSY	Sức khỏe tinh thần
QoL	Chất lượng cuộc sống
SOC	Sức khỏe xã hội
STDs	Các bệnh lây truyền qua đường tình dục
STI	Nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục
UNAIDS	Chương trình Phối hợp của Liên hợp quốc về Phòng, chống AIDS
VAAC	Cục Phòng, chống HIV/AIDS
VND	Đồng Việt Nam
WHO	Tổ chức Y tế Thế giới

TÓM TẮT

Tổng quan: Số người nghiện chích ma túy (NMCT) tại Việt Nam được ước tính vào khoảng 170.000 người. Tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm NCMT ở mức cao khoảng 56% tại một số tỉnh. Trong năm 2008, chương trình điều trị thí điểm nghiện các chất thuốc phiện bằng Methadone (Methadone Maintenance Therapy -MMT) được triển khai tại Hải Phòng và Thành phố Hồ Chí Minh (Tp HCM). Mục tiêu của chương trình điều trị thí điểm này là nhằm giảm các hành vi nguy cơ cao và sự lây truyền HIV trong nhóm sử dụng ma túy và cung cấp các bằng chứng để mở rộng chương trình MMT tại Việt Nam. Nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả chương trình triển khai thí điểm MMT trong việc: (1) giảm sử dụng ma túy, (2) giảm hành vi lây truyền HIV, và (3) cải thiện chất lượng cuộc sống (QoL) của người NCMT

Phương pháp: Nghiên cứu thuần tập tiến cứu trong thời gian 24 tháng. Mỗi người tham gia nghiên cứu trong tổng số 965 bệnh nhân được phỏng vấn và hoàn thành bộ câu hỏi tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu và được theo dõi tại các thời điểm 3, 6, 9 12, 18, và 24 tháng. Bộ câu hỏi được sử dụng nhằm thu thập các thông tin về nhân khẩu học, địa dư, chất lượng cuộc sống (QoL), hành vi sử dụng ma túy,hành vi tình dục, tham gia vào các hành vi tội phạm và tình trạng sức khỏe. Các mẫu máu được thu thập và xét nghiệm HIV tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu và sau đó tại các thời điểm 6 tháng, 12 tháng, 18 tháng và 24 tháng của quá trình điều trị. Các mẫu nước tiểu cũng được thu thập và xét nghiệm nhằm phát hiện ma túy tại thời điểm thu thập thông tin.

Các kết quả chính:

- **Tỷ lệ duy trì và tuân thủ cao:** Phần lớn người tham gia nghiên cứu được duy trì và tuân thủ điều trị trong suốt 2 năm triển khai nghiên cứu. Sau 2 năm theo dõi, 171 bệnh nhân (17,7%) đã dừng và ra khỏi chương trình điều trị. Tỷ suất ra khỏi chương trình dao động trong khoảng từ 7 đến 10,8 trường hợp trên 1000 bệnh nhân-tháng. Các nguyên nhân chính liên quan đến việc ra khỏi chương trình là bị bắt (40%); mất dấu (32%); tử vong chiếm 8,2% - hầu hết là do AIDS; và nhập viện dẫn đến việc ngắt quãng trong quá trình điều trị (3%).
- **Giảm sử dụng ma túy:** MMT có liên quan đến việc giảm tỷ lệ sử dụng ma túy trong những người tham gia, tỷ lệ này giảm từ 100% những người tham gia nghiên cứu sử dụng ma túy tại thời điểm bắt đầu tham gia chương trình xuống còn 34-36% sau 3 tháng và còn 19-26% sau 6 tháng điều trị. Tỷ lệ sử dụng ma túy thấp này tiếp tục được duy trì cho đến hết thời gian triển khai nghiên cứu.
- **Tăng cường chất lượng cuộc sống:** Tỷ lệ phần trăm bệnh nhân ghi nhận có chất lượng cuộc sống ở mức tốt hoặc rất tốt tăng từ xấp xỉ 16% tại thời điểm bắt đầu lên 55% sau 3 tháng điều trị. Tỷ lệ bệnh nhân “hài lòng” hoặc “rất hài lòng” với tình trạng sức khỏe cũng tăng từ 31,5% tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu lên khoảng 50-55% sau 24 tháng điều trị.

- **Giảm nguy cơ lây truyền HIV:** Trong số những bệnh nhân có sử dụng ma túy, tỷ lệ bệnh nhân tự báo cáo có tiêm chích ma túy giảm từ 87% tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu xuống 50% giữa tháng thứ 6 và tháng thứ 12. Tỷ lệ dùng chung bơm kim tiêm cũng giảm từ 2% xuống còn 0% trong khoảng thời gian tương ứng. Việc sử dụng bao cao su cũng tăng trong số những người tham gia nghiên cứu, đặc biệt khi quan hệ tình dục với mại dâm.
- **Tăng tỷ lệ có việc làm:** Các bệnh nhân tìm được công việc toàn thời gian tăng từ 42% tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu lên 54% sau 12 tháng. Tỷ lệ này đặc biệt tăng rõ ràng đối với các bệnh nhân có thời gian điều trị dài hơn.

Khuyến nghị:

Kết quả từ nghiên cứu thuần tập trong 24 tháng cho thấy tính hiệu quả của chương trình MMT làm giảm mạnh việc sử dụng ma túy bất hợp pháp và nguy cơ lây truyền HIV. Những phát hiện từ kết quả nghiên cứu cũng cho thấy chương trình MMT làm giảm các hoạt động phạm pháp và tăng chất lượng cuộc sống. Số liệu cung cấp các bằng chứng hỗ trợ trong việc mở rộng chương trình MMT tại Việt Nam.

Để nâng cao hiệu quả của liệu pháp điều trị MMT, các cấp chính quyền địa phương nên xem xét các đề xuất và hỗ trợ các sáng kiến từ cộng đồng, ví dụ hỗ trợ và đào tạo nghề nhằm đảm bảo việc làm, can thiệp giảm thiểu sự kỳ thị, giáo dục giảm nguy cơ để hỗ trợ các bệnh nhân trong chương trình MMT và hướng tới đạt được mục tiêu của chương trình.

I. Giới thiệu

Theo ước tính của Chương trình phối hợp của Liên Hợp quốc về HIV/AIDS (UNAIDS), trong năm 2007 ước tính trên toàn thế giới có khoảng 33 triệu người nhiễm HIV (PLHIV) và xấp xỉ 2 triệu người tử vong do các nguyên nhân liên quan đến HIV (UNAIDS 2009). Dịch HIV ở các khu vực khác nhau rất khác nhau ở cả mức độ và phạm vi. Trong khi dịch HIV ở các quốc gia châu Phi có đường lây chính là do hành vi tình dục không an toàn, sự lan truyền HIV tại các quốc gia ở châu Á lại có nguyên nhân chính là do tiêm chích ma túy. Hình thái lây truyền do tiêm chích ma túy là nguyên nhân chính gây bùng nổ dịch HIV tại Việt Nam, tỷ lệ nhiễm HIV do nhóm nghiện chích ma túy chiếm khoảng 45% tổng số 190.000 các trường hợp nhiễm HIV (Nguyen, Hoang et al. 2001, Nguyen AT 2004, Ministry of Public Security 2009).

Kết quả Ước tính và Dự báo HIV/AIDS tại Việt Nam trong giai đoạn cho thấy dịch HIV vẫn ở giai đoạn dịch tập trung, với tỷ lệ nhiễm HIV cao trong các quần thể nguy cơ cao – bao gồm người nghiện chích ma túy (NCMT), gái mại dâm (GMD), và nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM) (Ministry of Health - Vietnam Administration of HIV/AIDS Control 2009). Trong các quần thể nguy cơ cao này, NCMT đóng vai trò chính ảnh hưởng tới dịch HIV. Theo ước tính của Bộ Công An, tính đến cuối năm 2008 có khoảng 170.000 người NCMT tại Việt Nam (Ministry of Public Security 2009), trong đó có khoảng 30% có khả năng đã nhiễm HIV.

Dùng chung dụng cụ tiêm chích là yếu tố chính trong việc làm lây truyền HIV. Tại Việt Nam, đây là con đường chính làm lây truyền HIV trong nhóm NCMT. Ngoài ra, người NCMT cũng thường có các hành vi tình dục không an toàn, đặc biệt đối với nhóm bạn tình không nghiện chích của người NCMT, điều này làm cho họ trở thành cầu nối làm lây truyền HIV sang các quần thể có nguy cơ thấp hơn.

Kể từ giữa những năm 1990, Việt Nam đã triển khai nhiều chương trình can thiệp nhằm làm giảm và kiểm soát việc lây truyền HIV trong quần thể người NCMT và các quần thể có nguy cơ khác. Các chương trình này bao gồm các hoạt động chính như giáo dục đồng đẳng, tiếp cận cộng đồng, thông tin, giáo dục và truyền thông, và trao đổi bơm kim tiêm. Trong năm 2006, Cục Phòng, chống HIV/AIDS (VAAC) – Bộ Y tế (MoH) đã bắt đầu triển khai thí điểm chương trình điều trị nghiện các chất thuốc phiện bằng Methadone.

Methadone, một chất ma túy tổng hợp, được sử dụng phổ biến trong điều trị y học cho các trường hợp bị lệ thuộc vào ma túy. Khi lồng ghép cùng với tư vấn và các dịch vụ hỗ trợ, chương trình điều trị nghiện các chất thuốc phiện bằng Methadone sẽ làm giảm tỷ lệ lạm dụng sử dụng ma túy, dùng chung bơm kim tiêm và nhiễm HIV. Sau khi theo dõi sau 6 đến 18 tháng, nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ sử dụng ma túy và dùng chung bơm kim tiêm rất thấp trong nhóm NCMT đang điều trị

bằng Methadone so với nhóm không tham gia điều trị (Magura S 1991, Metzger DS 1993, Meandzija B 1994, Bertschy 1995, Camacho LM 1996, Camacho LM 1997, Chatham LR 1999, King VL 2000, Kwiatkowski CF 2001, Dolan, Shearer et al. 2003, Pang, Hao et al. 2007). Một nghiên cứu khác được thực hiện bởi Moss và cộng sự cho thấy việc giảm sử dụng ma túy từ 33% xuống còn 15% và tỷ lệ tiêm chích cũng giảm từ 19% xuống 6% trong nhóm những người tham gia nghiên cứu sau 5 năm tham gia vào chương trình điều trị MMT (Moss, Vranizan et al. 1994).

II. Mục tiêu

Mục tiêu của nghiên cứu này nhằm theo dõi và đánh giá các kết quả của chương trình điều trị thay thế nghiện các chất thuốc phiện bằng methadone theo thời gian thông qua các nghiên cứu lặp lại tập trung vào:

- Sự thay đổi của tình trạng sử dụng ma túy, bao gồm hành vi sử dụng chung bơm kim tiêm;
- Sự thay đổi hành vi tình dục, bao gồm loại biện pháp và tỷ lệ dùng bao cao su;
- Nâng cao hành vi/sự tương tác xã hội bao gồm việc giảm sự tham gia vào các hoạt động tội phạm và sự thành công trong việc tái hòa nhập với xã hội;
- Sức khỏe thể chất và tâm thần của bệnh nhân; và
- Chất lượng cuộc sống.

III. Phương pháp

1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu thuần tập tiến cứu trên 965 bệnh nhân MMT được thực hiện tại Hải Phòng và Tp. Hồ Chí Minh. Toàn bộ bệnh nhân được theo dõi trong vòng 2 năm (1/2009 – 10/2011), các chỉ số đầu ra của nghiên cứu được đo lường tại các thời điểm 3, 6, 9, 12, 18 và 24 tháng. Các thông tin sau được thu thập từ 4 nguồn chính:

- Thông tin về hành vi nguy cơ của bệnh nhân được thu thập từ các cuộc phỏng vấn cá nhân
- Thông tin lâm sàng, bao gồm liều điều trị MMT và sự thay đổi trong quá trình điều trị, đặc điểm lâm sàng, và triệu chứng cai nghiện, được lấy từ hồ sơ bệnh án mỗi 3 tháng
- Thang điểm Kessler (đo lường mức độ trầm cảm trong khoảng 4 tuần trước khi bệnh nhân được phỏng vấn) và số liệu về tác dụng phụ của MMT được trích xuất từ hồ sơ tư vấn.
- Các dấu hiệu sinh học của việc sử dụng ma túy và nhiễm vi rút gây ra các bệnh đường máu (như HIV, viêm gan B và viêm gan C) được đo lường thông qua các xét nghiệm máu và nước tiểu.

2. Địa điểm nghiên cứu

Hải Phòng

Hải Phòng là một thành phố cảng nằm ở khu vực Đồng bằng sông Hồng, phía Bắc Việt Nam, với dân số khoảng 1.900.000 người (Tổng cục Thống kê Việt Nam, 2011). Tỷ lệ nhiễm HIV ở Hải Phòng bắt đầu lan rộng vào giữa những năm 1990, hầu hết tập trung trong nhóm NCMT. Đến cuối những năm 1990, có khoảng 60% người NCMT tại Hải Phòng nhiễm HIV. Tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm này bắt đầu giảm vào năm 2006, đứng ở mức 40-50% (Ministry of Health 2006).

Số liệu thống kê từ Sở Lao động, Thương binh và Xã hội Hải Phòng (DOLISA) cho thấy trong năm 2007 có khoảng 9.500 người sử dụng ma túy tại Hải Phòng (trong đó 75% là người NCMT). Một trong những yếu tố quan trọng làm tăng nguy cơ lây truyền HIV trong nhóm NCMT là việc thường xuyên sử dụng chung bơm kim tiêm và các dụng cụ tiêm chích (Nguyen, Hoang et al. 2001, Ministry of Health 2006). Một số hành nghề mại dâm là người NCMT đã làm tăng nguy cơ nhiễm HIV bên cạnh nguy cơ lây nhiễm HIV do hành vi tình dục không an toàn.

Trong năm 2007, Chính phủ đã chọn Hải Phòng là địa điểm triển khai thí điểm chương trình methadone, với việc thiết lập 3 phòng khám ngoại trú tại các quận Lê Chân, Thủy Nguyên (4/2008) và Ngô Quyền (8/2008).

Thành phố Hồ Chí Minh

Thành phố Hồ Chí Minh là thành phố lớn nhất Việt Nam, với hơn 7.500.000 nhân khẩu (Tổng cục Thống kê Việt Nam, 2011). Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội ước tính có khoảng 45.000 người sử dụng ma túy tại Tp. Hồ Chí Minh trong năm 2004, 99% trong số đó có sử dụng heroin. Phần lớn những người sử dụng ma túy này bắt đầu sử dụng heroin khi họ còn trẻ vào những năm cuối của thập kỷ 90', và chủ yếu thông qua đường tiêm chích (Ministry of Labor 2001, Ministry of Health 2006).

Dịch HIV/AIDS tại Tp. Hồ Chí Minh liên quan chặt chẽ với quần thể NCMT lớn tuổi, những người bắt đầu sử dụng ma túy vào đầu những năm 1990, cũng như nhóm NCMT trẻ, những người bắt đầu sử dụng ma túy vào cuối những năm 1990 (Ho Chi Minh PAC 2006). Trường hợp nhiễm HIV đầu tiên được phát hiện trong năm 1994, sau đó tỷ lệ nhiễm HIV đạt đỉnh trong năm 1996 với khoảng 40% người NCMT nhiễm HIV tại Tp. Hồ Chí Minh. Mặc dù tỷ lệ nhiễm sau đó giảm, tuy nhiên một làn sóng mới của người NCMT đã khiến tỷ lệ nhiễm HIV tăng trở lại ở mức 65%.

Tương tự Hải Phòng, Chính phủ và các nhà tài trợ phi chính phủ đã triển khai các chương trình can thiệp đối với dịch HIV tại Tp. Hồ Chí Minh, bao gồm: can thiệp giảm tác hại, tư vấn và hỗ trợ cho chương trình dự phòng và điều trị nghiện, và chăm sóc và điều trị HIV/AIDS. Chương trình thí điểm điều trị MMT được bắt đầu triển khai ở 3 phòng khám tại Quận 4, Quận 6, và Quận Bình Thạnh trong tháng 5/2008.

3. Đối tượng nghiên cứu

Bộ Y tế Việt Nam đã ban hành các tiêu chuẩn xét duyệt sau đây cho việc tham gia vào chương trình MMT: (1) được chẩn đoán lệ thuộc vào các chất dạng thuốc phiện; (2) không chống chỉ định sử dụng methadone; (3) trên 18 tuổi; (4) đồng ý tự nguyện tham gia chương trình; (5) có giấy giới thiệu của ủy ban nhân dân xã/phường; (6) có chỗ ở ổn định tại quận/huyện nơi điểm điều trị MMT được đặt; và (7) không bị truy tố hình sự. Khi chương trình được triển khai thí điểm, các bệnh nhân được lựa chọn bởi một hội đồng xét duyệt cấp huyện dựa trên các yêu cầu sau đây cho việc tham gia vào chương trình: (1) sử dụng ma túy qua tiêm chích; (2) có thời gian nghiện các chất dạng thuốc phiện ít nhất 3 năm; (3) có nhiều lần cố gắng cai nghiện nhưng không thành công; và (4) đã từng tham gia vào các hoạt động dự phòng và kiểm soát HIV/AIDS. Bên cạnh đó, một số tiêu chí loại trừ các đối tượng tham gia điều trị cũng được áp dụng: (1) từ chối hoặc không thể cung cấp bản thỏa thuận tự nguyện tham gia chương trình và (2) có các triệu chứng lâm sàng nặng đòi hỏi phải nhập viện hoặc được chăm sóc y tế toàn diện.

4. Cơ mẫu nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhân tại 6 điểm điều trị MMT trong khoảng thời gian từ tháng 1 đến tháng 9 năm 2009 được mời tham gia vào nghiên cứu, có tổng số 965 bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu. Trong số 477 bệnh nhân tại Hải Phòng, 10 người từ chối tham gia nghiên cứu. Tại Tp. Hồ Chí Minh, trong số 502 bệnh nhân được mời, chỉ có 03 trường hợp từ chối tham gia và 01 trường hợp tử vong một ngày sau khi được phỏng vấn lần đầu tiên.

Bảng 1: Số bệnh nhân được tuyển chọn theo địa điểm nghiên cứu

Hải Phòng	Số lượng bệnh nhân	Tp. Hồ Chí Minh	Số lượng bệnh nhân
Lê Chân	126	Quận 4	167
Ngô Quyền	128	Quận 6	181
Thủy Nguyên	213	Bình Thạnh	150
Tổng	467	Tổng	498

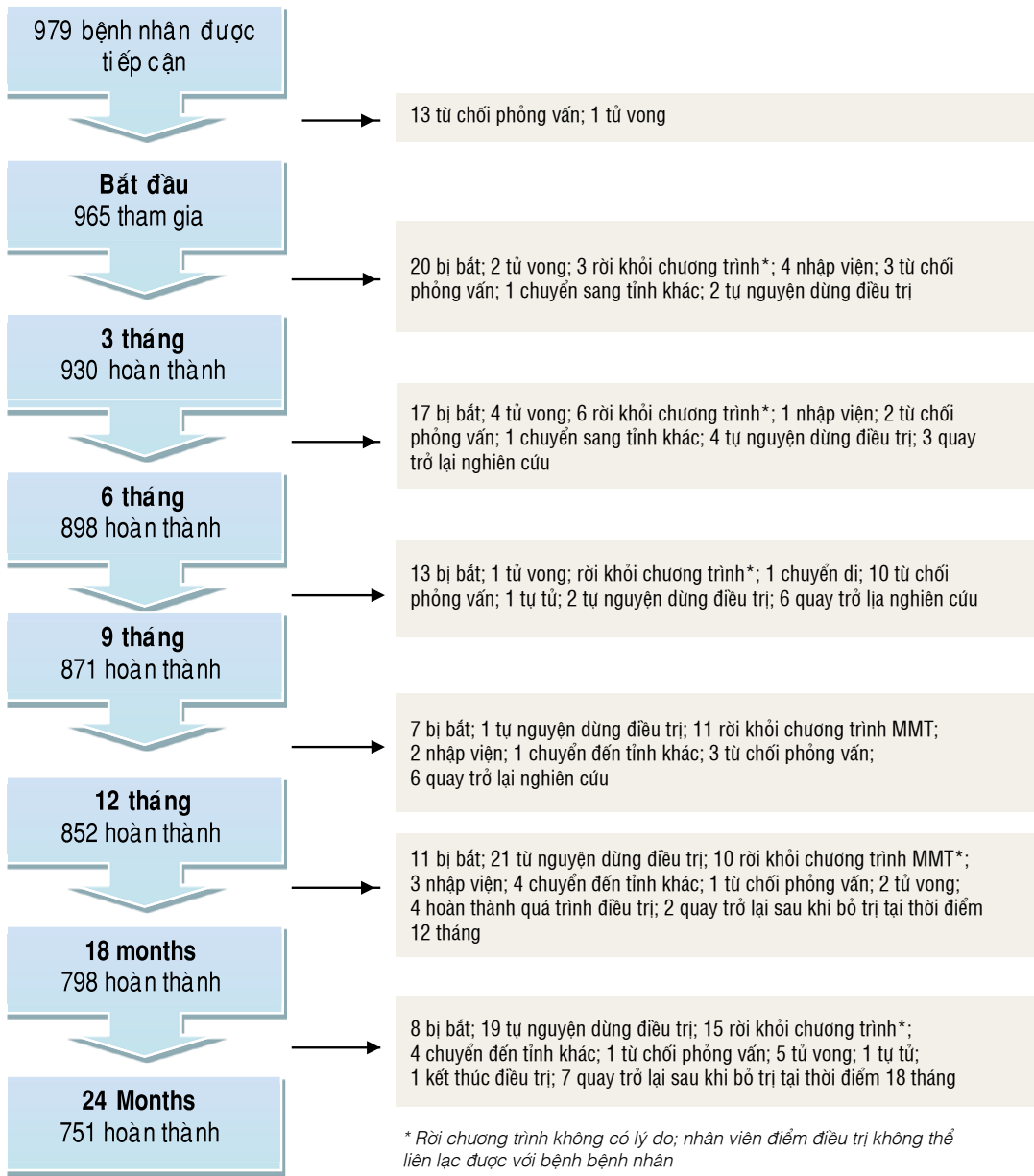
Tất cả các bệnh nhân được mời tham gia vào nghiên cứu trước khi bắt đầu tham gia vào chương trình điều trị MMT. Các nghiên cứu viên giải thích về mục tiêu của nghiên cứu, các tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu và tính tự nguyện tham gia nghiên cứu. Nếu đối tượng nghiên cứu đồng ý và cung cấp thỏa thuận tham gia nghiên cứu, họ sẽ được tuyển chọn vào nghiên cứu.

Qua 24 tháng triển khai nghiên cứu, 214 bệnh nhân ra khỏi chương trình – trong đó có 16 trường hợp tử vong. Các nguyên nhân của việc ra khỏi chương trình và tử vong được mô tả chi tiết trong phần kết quả của báo cáo này. Số liệu cuối cùng

của nghiên cứu này được dựa trên số bệnh nhân cuối cùng tham gia nghiên cứu: 965 bệnh nhân tại thời điểm bắt đầu; 930 tại thời điểm tháng thứ 3; 898 tại tháng thứ 6; 871 tại tháng thứ 9, 852 sau 12 tháng; 798 bệnh nhân sau 18 tháng và 751 bệnh nhân ở tại thời điểm 24 tháng.

Hình 1 thể hiện tổng quan về đối tượng được theo dõi trong nghiên cứu này, với chi tiết về số lượng bệnh nhân và nguyên nhân ra khỏi chương trình tại các thời điểm 3, 6, 9, 12, 18 và 24 tháng.

Hình 1: Số lượng bệnh nhân tham gia



5. Các chỉ số chính

Chỉ số nghiên cứu:

- Đặc điểm của bệnh tại thời điểm bắt đầu điều trị: đặc điểm nhân khẩu và kinh tế- xã hội; tiền sử tham gia điều trị lạm dụng nghiện các chất thuốc phiện
- Duy trì điều trị
- Liều dùng Methadone; tuân thủ điều trị và tác dụng phụ
- Sử dụng ma túy được đánh giá thông qua việc xét nghiệm nước tiểu và tự báo cáo
- Các chỉ số sinh học bao gồm nhiễm HIV, viêm gan B, viêm gan C
- Hành vi tiêm chích và tình dục
- Sức khỏe thể chất và tâm thần
- Chất lượng cuộc sống
- Hành vi tội phạm
- Tình trạng việc làm
- Sử dụng các dịch vụ y tế và hỗ trợ cộng đồng

6. Thu thập số liệu

Quá trình thu thập số liệu được bắt đầu từ tháng 1/2009 và hoàn thành vào tháng 9/2011. Đối với mỗi bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu, số liệu được thu thập tại thời điểm bắt đầu (thời điểm giữa lúc đồng ý tham gia và bắt đầu được điều trị), và tại thời điểm 3, 6, 9, 12, 18 và 24 tháng kể từ khi bắt đầu điều trị. Tại mỗi giai đoạn, nhóm nghiên cứu thu thập các thông tin từ: phỏng vấn trực tiếp người tham gia nghiên cứu; xem xét và trích lục thông tin từ bệnh án và hồ sơ tư vấn; và các mẫu sinh học (nước tiểu và máu) (xem Bảng 2).

Để đảm bảo thuận tiện cho bệnh nhân, các cuộc hẹn phỏng vấn được thực hiện khi bệnh nhân tới điểm điều trị Methadone. Một quy trình tương tự được thực hiện tại mỗi lần thu thập số liệu: phỏng vấn người tham gia nghiên cứu, xét nghiệm nước tiểu cho việc sử dụng ma túy; và thu thập mẫu máu để xét nghiệm HIV, viêm gan B, viêm gan C tại thời điểm bắt đầu và các lần tiếp theo đối với các trường hợp âm tính ở vòng trước.

Một bộ câu hỏi cấu trúc được xây dựng, dịch và thử nghiệm trước khi sử dụng cho nghiên cứu. Bộ câu hỏi thu thập các thông tin về các đặc điểm nhân khẩu-xã hội, tình trạng hôn nhân, lịch sử nghiện, hành vi tình dục và tiêm chích, tình trạng sức khỏe, và việc tham gia vào các hành vi tội phạm.

Các câu hỏi liên quan đến hành vi được chọn từ nghiên cứu Giám sát lồng ghép các chỉ số hành vi và sinh học tại Việt Nam từ năm 2005. Các câu hỏi về nghiện và các vấn đề nghiên quan (ví dụ quan hệ gia đình, tình trạng pháp lý) được lấy từ Addiction Severity Index- Lite (Danh mục mức độ nghiện nghiêm trọng) [31].

Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân được đánh giá thông qua bộ câu hỏi WHOQOL-BREF [32]. Bộ câu hỏi bao gồm 26 câu hỏi về sức khỏe thể chất, sức khỏe tâm thần; quan hệ xã hội và môi trường sống của người tham gia nghiên cứu. Bộ câu hỏi WHOQOL-BREF đã được đánh giá và sử dụng trên quần thể bệnh nhân điều trị ARV tại Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam.

Các thông tin lâm sàng bổ sung như liều MMT, tác dụng phụ trong quá trình điều trị cũng được trích lục từ các thang đo chuẩn được sử dụng tại các điểm điều trị MMT. Mức độ trầm cảm của bệnh nhân được đánh giá bằng cách sử dụng thang đo 10 tiêu chí Kessler (K-10) [33]. Tình trạng sức khỏe tâm thần được nhân viên tư vấn đánh giá dựa trên 10 dấu hiệu/triệu chứng.

Bảng 2: Chỉ số nghiên cứu và nguồn số liệu

	Trước điều trị (Bắt đầu)		Theo dõi tại 3, 6, 9, 12, 18 và 24 tháng của điều trị	
	Phỏng vấn	Bệnh án/ mẫu tư vấn	Phỏng vấn	Bệnh án/ mẫu tư vấn
Các chỉ số hành vi				
Hành vi nguy cơ liên quan đến lây nhiễm HIV, HBV, HCV và STDs				
Hành vi sử dụng thuốc				
Chỉ số sức khỏe				
Sức khỏe thể chất: Chỉ số lâm sàng và xét nghiệm				
Sức khỏe tâm thần: Thang đo Kessler hoặc tham gia một bài kiểm tra tâm thần tối thiểu				
Tiền sử nghiện các chất dạng thuốc phiện và cai nghiện				
Sử dụng thuốc và các vấn đề liên quan: Bỏ trị, độc tính thần kinh, rối loạn thể chất				
Bệnh kèm theo khác: Nhiễm HIV, viêm gan B và C, Lao, các bệnh cấp tính và mãn tính khác				
Quá trình điều trị: Liều điều trị, tác dụng phụ, độc tính				

	Trước điều trị (Bắt đầu)		Theo dõi tại 3, 6, 9, 12, 18 và 24 tháng của điều trị	
	Phỏng vấn	Bệnh án/ mẫu tư vấn	Phỏng vấn	Bệnh án/ mẫu tư vấn
Chỉ số xã hội				
Các đặc trưng xã hội: Giáo dục, tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp, thu nhập				
Tỷ lệ hoạt động tội phạm tại nhà và các địa điểm khác				
Chất lượng cuộc sống				
Chỉ số sinh học				
Nhiễm HIV, viêm gan B và C	*		*	
Dương tính với xét nghiệm nước tiểu và các xét nghiệm khác để xác định tình trạng sử dụng ma túy	**		**	

* Xét nghiệm máu trước điều trị, tại tháng thứ 6, 12, 18 và 24
* * Xét nghiệm nước tiểu, tại tháng thứ 3, 6, 9, 12, 18 và 24

Các cuộc phỏng vấn được thực hiện bởi các điều tra viên từ trường đại học Y Hải Phòng và Hội Y tế Công cộng Tp. Hồ Chí Minh. Các bệnh nhân tham gia được phỏng vấn bởi điều tra viên trong các phòng riêng biệt. Điều phối viên nghiên cứu lên lịch các cuộc hẹn với người tham gia nghiên cứu dựa trên các thông tin định danh của bệnh nhân. Tuy nhiên các thông tin định danh này không được ghi lại trong các bộ câu hỏi phỏng vấn. Thay vào đó, mỗi bệnh nhân được gán cho một mã số duy nhất khi bắt đầu tham gia nghiên cứu. Sự bảo mật thông tin của người tham gia nghiên cứu luôn được nhấn mạnh trong suốt quá trình nghiên cứu.

Thông tin về hành vi sử dụng ma túy của bệnh nhân được thu thập từ hai nguồn. Trong ngày phỏng vấn, mỗi bệnh nhân được đề nghị cung cấp một mẫu nước tiểu để xét nghiệm các chất ma túy. Hơn nữa, kết quả xét nghiệm ma túy thường quy được thực hiện bởi nhân viên điểm điều trị cũng được thu thập. Tình trạng nhiễm HIV, HBV và HCV được đánh giá thông qua các xét nghiệm mẫu máu tại thời điểm bắt đầu tham gia vào nghiên cứu và sau 6 tháng, 12 tháng, 18 tháng và 24 tháng điều trị MMT. Các mẫu máu được xét nghiệm tại Trung tâm Y tế Dự phòng Tp. Hồ Chí Minh và Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS Hải Phòng dựa trên quy trình xét nghiệm chuẩn của Bộ Y tế Việt Nam.

Toàn bộ các hoạt động thu thập số liệu được theo dõi và giám sát bởi các nhóm độc lập nhằm đảm bảo việc tuân thủ theo đề cương và các hướng dẫn của nghiên cứu.

7. Quản lý và phân tích số liệu

7.1. Quản lý số liệu:

Các phiếu thu thập thông tin sau khi hoàn thành được gửi tới trung tâm quản lý số liệu tại hai thành phố. Toàn bộ số liệu được kiểm tra tính toàn vẹn và tính giá trị bởi người quản lý số liệu và người giám sát nghiên cứu trước khi được lưu trữ và xử lý. Những phiếu sau khi kiểm tra được lưu giữ trong các tệp hồ sơ theo từng người tham gia nghiên cứu. Đối với mỗi lần thu thập thông tin, tệp hồ sơ của bệnh nhân bao gồm một bộ câu hỏi, một mẫu trích lục thông tin từ bệnh án, một mẫu trích lục thông tin hồ sơ tư vấn, một mẫu ghi kết quả xét nghiệm, và một mẫu ghi chú về việc duy trì sự tham gia vào nghiên cứu.

Dữ liệu phỏng vấn và dữ liệu trích lục được chuyển thành dữ liệu điện tử bằng việc sử dụng các mẫu nhập liệu được phát triển dựa trên nền Microsoft Access. Hai mươi phần trăm các phiếu thu thập dữ liệu được lựa chọn ngẫu nhiên để nhập lại (nhập dữ liệu hai lần) nhằm quản lý chất lượng thông tin.

Số liệu về liều Methadone sử dụng hàng ngày được kết xuất từ cơ sở dữ liệu cấp phát thuốc, được lưu trữ bằng các file MS[®] excel. Sau khi được làm sạch và đối chiếu, số liệu được mã hóa cùng với mã số của bệnh nhân tại điểm điều trị. Khi quá trình mã hóa hoàn tất, mã số bệnh nhân tại điểm điều trị được xóa khỏi cơ sở dữ liệu.

Đối với mỗi vòng theo dõi trong nghiên cứu này, cơ sở dữ liệu cuối cùng bao gồm: thông tin phỏng vấn, thông tin từ bệnh án lâm sàng, thông tin từ quản lý thuốc Methadone, thông tin tư vấn và thông tin sinh học. Mã số của người tham gia nghiên cứu luôn được sử dụng.

7.2. Phân tích số liệu:

Thống kê mô tả

Thống kê mô tả được thực hiện với các ước tính về trung bình, trung vị, độ lệch chuẩn đối với biến liên tục; ước tính tần suất và tỷ lệ đối với biến phân loại.

Đối với phân tích chất lượng cuộc sống, các cấu phần chất lượng cuộc sống được cho điểm, điểm trung bình của các cấu phần (domain) được tính toán dựa trên hướng dẫn sử dụng công cụ WHOQOL-BREF. Điểm trung bình được ước tính cho sức khỏe thể chất, sức khỏe tâm thần, sức khỏe môi trường và sức khỏe xã hội.

Ước tính việc bỏ (và duy trì) điều trị của chương trình MMT: Một bệnh nhân được xác định là bỏ trị nếu là các trường hợp sau: bị công an bắt, tự nguyện ngừng điều trị MMT, ra khỏi chương trình không có lý do (nhân viên MMT không thể liên lạc được với bệnh nhân), tử vong hoặc nhập viện, không thể quay lại chương trình.

Ước tính việc sử dụng đồng thời heroin: Việc tiếp tục sử dụng heroin trong nhóm bệnh nhân điều trị (trong khoảng thời gian 30 ngày trước phỏng vấn) được phát hiện bằng: 1) tự báo cáo có sử dụng ma túy; 2) dương tính với xét nghiệm nước tiểu tìm các chất dạng thuốc phiện được thực hiện bởi kỹ thuật viên xét nghiệm; và 3) dương tính với xét nghiệm tìm các chất dạng thuốc phiện trong mẫu nước tiểu tại thời điểm thu thập thông tin. Trong 2 năm nghiên cứu, một số lượng đáng kể bệnh nhân bị bắt bởi việc sử dụng ma túy, đặc biệt là tại Tp. Hồ Chí Minh. Những bệnh nhân này, nếu dương tính với xét nghiệm tìm các chất dạng thuốc phiện, được tính là những trường hợp có sử dụng heroin trong quá trình phân tích.

Liều Methadone và tuân thủ điều trị: Liều Methadone được xác định là liều uống gần nhất bởi bệnh nhân – đó thường là liều uống trong ngày phỏng vấn. Tuân thủ điều trị Methadone được xác định là: “tốt” (good) nếu bệnh nhân không bỏ bất cứ một ngày điều trị nào trong khoảng thời gian nghiên cứu, “trung bình” (moderate) nếu bệnh nhân bỏ liều từ 1-4 ngày, và “tuân thủ kém” (poor) nếu bệnh nhân bỏ liều 5 ngày liên tục hoặc nhiều hơn.

Thống kê đặc biệt cho đầu ra của chương trình

Chúng tôi sử dụng phân tích sống-còn để đánh giá tỷ lệ duy trì điều trị trong vòng 24 tháng theo dõi. Số người-tháng của một bệnh nhân tham gia điều trị là 24 nếu bệnh nhân đó duy trì điều trị trong chương trình cho tới khi nghiên cứu kết thúc. Trong trường hợp bệnh nhân bỏ trị, thời gian giữa ngày bắt đầu điều trị Methadone và ngày bỏ trị được dùng để ước tính thời gian bệnh nhân tham gia điều trị. Trong trường hợp ngày bỏ trị chưa xác định, thời điểm ở giữa hai vòng phỏng vấn được dùng như một cách tính tương đối cho ngày bỏ trị. Ví dụ, một bệnh nhân ra khỏi chương trình vào một ngày không thể xác định trong khoảng 3 tháng đầu điều trị, bệnh nhân đó được coi là đóng góp 1,5 tháng trong tổng thời gian của toàn bộ bệnh nhân trong nghiên cứu.

Mô hình hồi quy Cox Hazard được sử dụng với biến tình trạng bỏ trị là biến phụ thuộc và các biến khác là biến độc lập. Các biến độc lập bao gồm đặc trưng nhân khẩu- xã hội, mối quan hệ, hành vi tiêm chích, đặc trưng điều trị. Các biến độc lập được xác định có mối liên quan tiềm tàng đối với biến đầu ra quan tâm (giá trị $p < 0.3$ trong phân tích hồi quy đơn biến) được đưa vào mô hình hồi quy đa biến (Multivariate Cox Proportional Hazards Model). Trước khi tiến hành phân tích, mỗi biến phù hợp được kiểm tra nhằm thỏa mãn các giả định của mô hình.

Ngoài mô hình hồi quy được ước tính dựa trên số lượng toàn bộ người tham gia nghiên cứu (cho cả Hải Phòng và Tp. Hồ Chí Minh), mô hình hồi quy được xây dựng riêng cho từng thành phố cũng được thực hiện. Tuy nhiên, chúng tôi thấy rằng hai mô hình này rất tương đồng nhau. Do đó, chỉ có kết quả của mô hình hồi quy chung được sử dụng trong báo cáo này.

8. Y đức

Đề cương nghiên cứu và các công cụ nghiên cứu được xét duyệt và thông qua bởi Ủy ban Bảo vệ Con người của FHI 360 (Protection of Human Subject Committee of FHI360) (công văn PHSC ngày 7/1/2009) và Hội đồng Y đức của trường Đại học Y tế Công cộng (công văn #065/2008/YTCC-HD3 ngày 28/10/2008).

IV. Kết quả

1. Kết quả nghiên cứu tại thời điểm bệnh nhân bắt đầu điều trị

Tuổi trung bình của nhóm tham gia nghiên cứu là 30 tuổi (dao động 16,6 đến 58 tuổi), và chủ yếu người tham gia nghiên cứu là nam (95%). Các đối tượng tham gia nghiên cứu tại Tp. Hồ Chí Minh khác so với các đối tượng tham gia tại Hải Phòng ở nhiều đặc điểm. Tỷ lệ người tham gia nghiên cứu là nữ ở Tp. Hồ Chí Minh cao hơn (8% so với 1,9% tại Hải Phòng) và độc thân (61% so với 43,5 tại Hải Phòng). Đối tượng tham gia nghiên cứu cũng trẻ hơn so với Hải Phòng (29,3 tuổi so với 33,8 tuổi), với một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân lớn hơn 30 tuổi (37,4% tại Tp. Hồ Chí Minh so với 68% tại Hải Phòng).

Trình độ học vấn của những người tham gia nghiên cứu thấp: 56% đối tượng tham gia nghiên cứu hoàn thành bậc phổ thông cơ sở hoặc thấp hơn trong khi chỉ có 5% đã học xong Cao đẳng hoặc Đại học. Gần một nửa người tham gia nghiên cứu (48,3%), đã hoàn thành xong việc đào tạo nghề. Tại thời điểm bắt đầu tham gia điều trị, phần lớn người tham gia nghiên cứu (84,3%), đang sống với bố mẹ hoặc anh em, trong khi đó một số lượng thấp hơn có ý nghĩa thống kê là sống với vợ hoặc con (36,8%) và người thân hoặc bạn bè (dưới 10%). Gần 7% người tham gia nghiên cứu cho biết có ở chung nhà với người NCMT khác. Trung bình bệnh nhân sống tại quận nơi đăng ký hộ khẩu trong khoảng 28 năm (trung vị là 30 năm).

Tại Hải Phòng, 66,6% người tham gia nghiên cứu có việc toàn thời gian hoặc bán thời gian, so với 61,7% tại Tp. Hồ Chí Minh. Ở cả hai thành phố, trên 27% người tham gia nghiên cứu là lao động phổ thông và chỉ 11,3% là có nghề nghiệp ổn định, thường là buôn bán trong phạm vi hộ gia đình.

Xấp xỉ 98% người tham gia nghiên cứu tại Hải Phòng và 79% tại Tp. Hồ Chí Minh có thu nhập. Thu nhập trung bình của người trong nghiên cứu này khoảng 6,9 triệu đồng (\$365). Thu nhập hàng tháng đến từ nhiều nguồn. Mặc dù hơn 55% người tham gia nghiên cứu có thu nhập từ các nguồn ổn định (cả từ việc bán thời gian hoặc toàn thời gian), thu nhập ổn định này chỉ chiếm khoảng 3,36 triệu đồng trên tháng (\$180). Phần lớn bệnh nhân (74,4%), nhận nguồn hỗ trợ đáng kể từ gia đình, với khoảng 5,11 triệu đồng một tháng (\$268). Chỉ khoảng 7,4% tổng số bệnh nhân cho biết họ có thu nhập từ “các nguồn khác”, với tổng số trung bình khoảng 5,75 triệu đồng/tháng (\$302). Ba mươi hai bệnh nhân cho biết nguồn thu nhập thường xuyên là từ đánh bạc, ăn trộm hoặc buôn bán ma túy. Số này dường như thấp hơn so với thực tế, khi người tham gia nghiên cứu dường như ít báo cáo nguồn thu nhập từ các nguồn bất hợp pháp. Toàn bộ người tham gia nghiên cứu báo cáo rằng họ dùng thu nhập đó để mua ma túy, chi phí trung bình là 6,6 triệu đồng/tháng (\$349) (so với tổng thu nhập trong tháng là \$365). Một số nhỏ người NCMT cho biết rằng nguồn thu nhập hàng tháng được dùng cho các nhu cầu cá nhân hoặc để hỗ trợ gia đình (tương ứng là 1,3% và 2,4%).

Bảng 3: Đặc trưng nhân khẩu học của người tham gia nghiên cứu

	Hải Phòng (n, %) (N= 467)	Tp. HCM (n, %) (N=498)	Tổng (n, %) (N= 965)
Giới			
• Nam	458 (98,1)	458 (92,0)	916 (94,9)
• Nữ	9 (1,9)	40 (8,0)	49 (5,1)
Tuổi			
• Trung bình (năm)	33,8	29,3	31,4
• Trung vị (năm)	33,1	28,7	30,3
Nhóm tuổi			
• Dưới 20 tuổi	8 (1,7)	5 (1,0)	13 (1,4)
• 20 đến 25 tuổi	46 (10, 0)	78 (15,7)	124 (13,0)
• 25 đến 29 tuổi	93 (20, 2)	228 (45,9)	321 (33,5)
• 30 tuổi hoặc hơn	313 (68,0)	186 (37,4)	499 (52,1)
Tình trạng hôn nhân			
• Độc thân (chưa từng lập gia đình)	203 (43,5)	304 (61,0)	507 (52,5)
• Mới lập gia đình	195 (41,8)	113 (22,7)	308 (31,9)
• Sống với bố mẹ	2 (0,4)	38 (7,6)	40 (4,2)
• Ly thân/Ly dị/Góa	67 (14,4)	43 (8,6)	110 (11,4)
Trình độ học vấn			
• Không đi học	2 (0,4)	4 (0,8)	6 (0,62)
• Hoàn thành Cấp I	41 (8,8)	53 (10,6)	94 (9,75)
• Hoàn thành Cấp II	206 (44,2)	233 (46,8)	439 (45,54)
• Hoàn thành Cấp III	197 (42,3)	189 (38,0)	386 (40,04)
• Hoàn thành bậc Cao đẳng/Đại học	20 (4,3)	19 (3,8)	39 (4,05)

	Hải Phòng (n, %) (N= 467)	Tp. HCM (n, %) (N=498)	Tổng (n, %) (N= 965)
Đã được đào tạo nghề	220 (47,11)	246 (49,5)	466 (48,3)
Hiện đang có việc làm	311 (66,6)	307 (61,7)	618 (64,0)
Có thu nhập	456 (97,9)	391 (78,5)	847 (87,9)
Thu nhập trung bình/tháng (triệu đồng)	6,1	7,8	6,9

Tỷ lệ nhiễm HIV, HBV, HCV của bệnh nhân tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu tương ứng là 28,3%, 11,8%, và 55,2%. Xét nghiệm sinh học phát hiện thêm 1 trường hợp mới nhiễm HIV, 27 trường hợp mới nhiễm HBV và 141 trường hợp mới nhiễm HCV trong 24 tháng nghiên cứu.

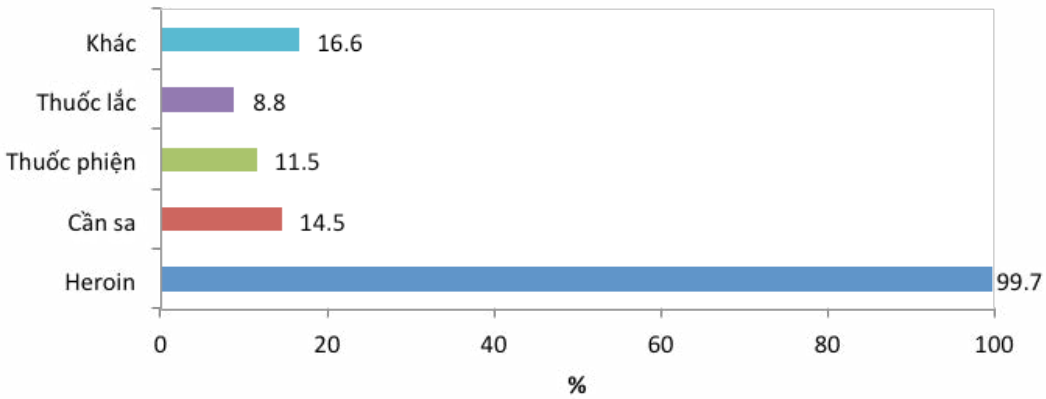
Thời gian trung bình sử dụng ma túy của người tham gia nghiên cứu là khoảng 10 năm. Heroin được dùng phổ biến nhất (xem Biểu đồ 2), với hầu hết người NCMT có sử dụng heroin trong vòng 30 ngày trước khi bắt đầu tham gia điều trị MMT. Ước tính có khoảng 11,5%, 8,5% và 14,5% người tham gia nghiên cứu đã từng sử dụng thuốc phiện, thuốc lắc và cần sa trước khi tham gia vào nghiên cứu. Ngoài ra, 65% bệnh nhân cho biết có sử dụng thuốc ngủ và các thuốc khác trong cùng khoảng thời gian đó. Hai mươi chín người tham gia nghiên cứu sử dụng kết hợp hai loại thuốc, trong khi đó 4 bệnh nhân báo cáo sử dụng ba loại thuốc khác nhau trong vòng 30 ngày trước khi bắt đầu tham gia vào quá trình điều trị MMT.

Hầu hết người tham gia nghiên cứu đã từng sử dụng heroin 2 lần/ngày hoặc nhiều hơn, chi phí hàng ngày khoảng 12 đô-la Mỹ (USD), chỉ một số rất nhỏ bệnh nhân sử dụng heroin 1 lần/ngày. Tiêm chích là cách sử dụng heroin chính, chiếm 84% tổng số bệnh nhân. Ước tính có khoảng 34% bệnh nhân ở Tp. Hồ Chí Minh báo cáo từng dùng chung bơm kim tiêm, trong khi tỷ lệ này thấp hơn ở Hải Phòng với 13%. Sử dụng chung bơm kim tiêm trong vòng 30 ngày trước lần phỏng vấn ban đầu thấp ở cả hai thành phố: 0,8% ở Hải Phòng và 4,2% ở Tp. Hồ Chí Minh (xem Bảng 4).

Bảng 4: Tiền sử sử dụng ma túy của người tham gia nghiên cứu

	Hải Phòng (%) (n= 467)	Tp. HCM (%) (n= 498)	Tổng (%) (n= 965)
Thời gian trung bình sử dụng ma túy (năm) (SE)	9,7 (0,2)	9,6 (0,2)	9,7 (0,1)
Tỷ lệ sử dụng ma túy trong vòng 30 ngày trước lần phỏng vấn ban đầu			
● 1 lần/ngày	5 (1,1)	12 (2,4)	17 (1,8)
● 2-3 lần/ngày	291 (62,9)	316 (63,6)	607 (63,2)
● 4 lần hoặc hơn/ngày	167 (36,1)	169 (34,0)	336 (35,0)
Cách sử dụng ma túy trong vòng 30 ngày trước lần phỏng vấn ban đầu			
● Tiêm chích	379 (81,2)	433 (87,0)	812 (84,2)
● Hút/ Hít/ Ăn	104 (22,3)	99 (19,9)	203 (21,0)
Từng dùng chung bơm kim tiêm	61 (13,2)	169 (34,0)	230 (23,8)
Dùng chung bơm kim tiêm trong vòng 30 ngày trước lần phỏng vấn ban đầu	4 (0,8)	21 (4,15)	25 (2,6)
Cố gắng cai ít nhất 1 lần	451 (96,6)	494 (99,2)	945 (97,9)
Số lần cai nghiện trung bình	6,2	6,6	6,4

Biểu đồ 2: Loại ma túy sử dụng trong nhóm người tham gia nghiên cứu



2. Duy trì tham gia chương trình

Qua 24 tháng nghiên cứu, tổng số 171 bệnh nhân (17,7%) dùng điều trị MMT và ra khỏi chương trình. Tỷ suất ra khỏi chương trình dao động từ 7 tới 10,8 trường hợp trên 1000 bệnh nhân/tháng (7 đến 11 trường hợp ra khỏi chương trình trên 1000 bệnh nhân điều trị trong 1 tháng). Nhu trình bày trong bảng 5, tỷ suất duy trì điều trị khá ổn định trong suốt thời gian triển khai nghiên cứu.

Bảng 5: Tỷ suất ra khỏi chương trình tại mỗi giai đoạn theo dõi

Vòng	Người/tháng	# Ra khỏi ch. trình	Tỷ suất /1,000 người/tháng	95% CI	
0 – 3 tháng	2.865,20	25	8,7	5,90	12,91
3 – 6 tháng	2.767,59	30	10,8	7,58	15,50
6 – 9 tháng	2.680,32	25	9,3	6,30	13,80
9 – 12 tháng	2.589,18	18	7,0	4,38	11,03
12 – 18 tháng	4.980,41	38	7,6	5,55	10,45
18 – 24 tháng	4.666,82	35	7,5	5,38	10,45
Tổng	20.549,52	171	8,3	7,16	9,67

Trong số những người ra khỏi chương trình, 73 (40%) bị bắt, 54 (32%) rời khỏi chương trình không thông báo cho điểm điều trị và nhân viên điểm điều trị không thể liên lạc được với bệnh nhân; 14 (8,2%) tử vong, trong số này, 10 trường hợp chết do các bệnh liên quan đến HIV; và 5 (3%) bệnh nhân nhập viện và không thể tiếp tục điều trị Methadone. Một lưu ý quan trọng là có 3 bệnh nhân hoàn thành điều trị, đây có thể được coi là thành công khi các bệnh nhân này tự nguyện và từ từ giảm liều dùng Methadone trước khi dừng hẳn quá trình điều trị (Bảng 6).

Bảng 6: Lý do bệnh nhân rời khỏi chương trình điều trị MMT

Lý do	Số lượng	Phần trăm
Bị bắt	73	42,69
Tự nguyện dừng điều trị	20	11,7
Tử vong	14	8,19
Nhập viện	5	2,92
Mất dấu	54	31,58
Tự tử	2	1,17
Hoàn thành điều trị (*)	3	1,75
Tổng	171	100

* Tự nguyện và từ từ giảm liều dùng Methadone trước khi dừng hẳn việc điều trị

Trong phân tích sống-còn, hai yếu tố liên quan đến việc bệnh nhân bỏ trị bao gồm: sử dụng heroin trong quá trình điều trị MMT và liều Methadone. Những người tiếp tục dùng heroin trong khi đang điều trị MMT có khả năng dùng và ra khỏi chương trình điều trị cao hơn 26 lần so với những người không dùng (HR: 26,7). Mặt khác, mỗi 10mg tăng trong liều dùng methadone làm giảm nguy cơ ra khỏi chương trình khoảng 6% (HR: 0,94) (xem Bảng 7).

Bảng 7: Tỷ số nguy cơ (HR) của các yếu tố liên quan đến việc duy trì điều trị trong mô hình đa biến Cox (Multivariate Cox Proportional Hazards Modeling)

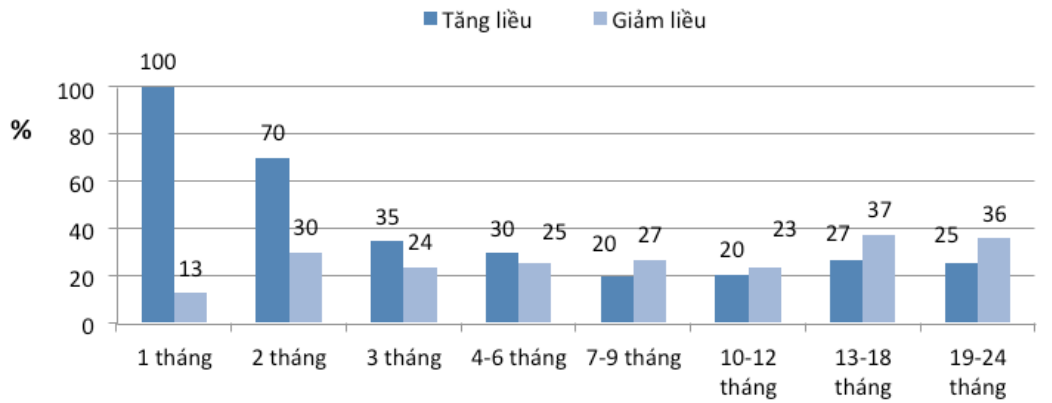
	Tỷ số nguy cơ (Hazard Ratio)* (95% CI)	Giá trị P
Có các vấn đề nghiêm trọng với cộng đồng	1,69 (1,02 – 2,82)	0,043
Sử dụng heroin	26,72 (16,01 - 44,60)	0,000
Liều dùng methadone	0,94 (0,92 - 0,97)	0,000
Sử dụng ma túy	1,97 (1,35 – 2,86)	0,000
Dùng điều trị trong vòng 5 ngày hoặc lâu hơn	2,81 (1,49 – 5,30)	0,001

*Hiệu chỉnh theo tình, giới, hoạt động tội phạm, quan hệ không tốt với gia đình, có vấn đề nghiêm trọng với cộng đồng, điều trị ARV, và tuân thủ điều trị Methadone

3. Liều dùng Methadone, các tác dụng phụ và tuân thủ điều trị

Liều dùng Methadone cho đối tượng tham gia nghiên cứu được điều chỉnh thường xuyên. Tất cả bệnh nhân được yêu cầu tăng liều trong 3 tháng đầu tiên, tiếp theo là 30% bệnh nhân tại thời điểm 6 tháng, 20,4% bệnh nhân sau 1 năm, và 25,4% bệnh nhân sau 2 năm điều trị. Nhu cầu giảm liều trong điều trị duy trì ổn định trong khoảng từ 20-30% bệnh nhân từ các tháng thứ 4 đến tháng 24 (xem Biểu đồ 3). Liều dùng Methadone thấp do nhiều nguyên nhân mang lại, trong đó bao gồm nguy cơ quá liều (bệnh nhân bị hôn mê) và tác dụng phụ trong quá trình điều trị. Các triệu chứng này quan sát được trên khoảng 60 đến 75% bệnh nhân, là nguyên nhân chính dẫn đến giảm liều điều trị.

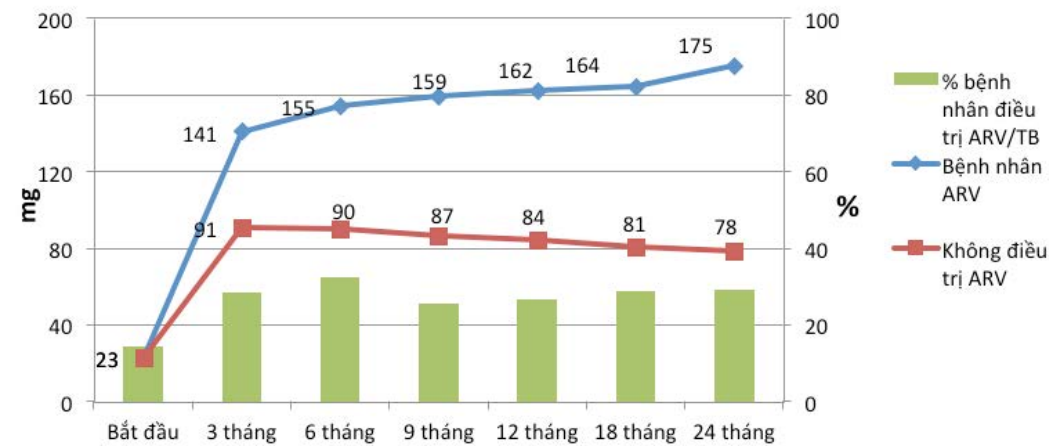
Biểu đồ 3: Điều chỉnh liều Methadone trong thời gian nghiên cứu



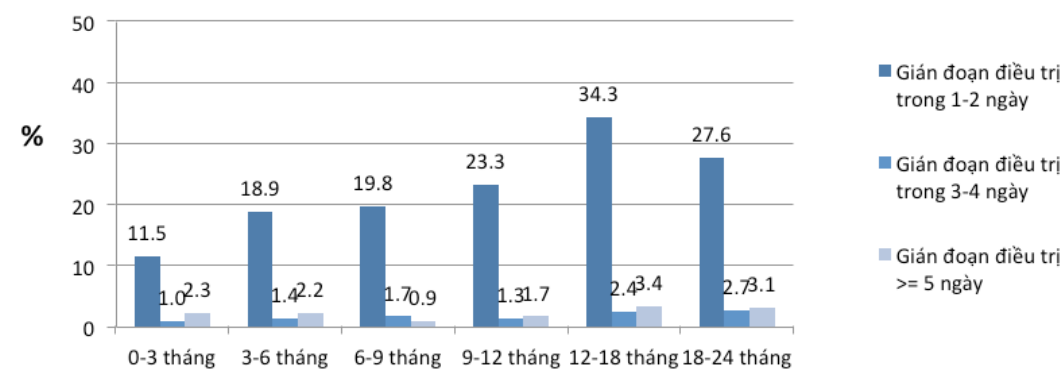
Liều Methadone của bệnh nhân đang điều trị ARV cao hơn đáng kể so với những người không điều trị ARV. Sau 2 năm điều trị, liều trung bình của bệnh nhân điều trị ARV là 175,4mg và 78,3mg đối với bệnh nhân không điều trị ARV (xem Biểu đồ 4). Số liệu cũng cho thấy liều dùng Methadone của bệnh nhân điều trị ARV được điều chỉnh thường xuyên hơn so với bệnh nhân không điều trị ARV.

Liều dùng Methadone của bệnh nhân thường tăng khi họ có các dấu hiệu bỏ trị, theo báo cáo của cán bộ phòng khám và bệnh nhân tự báo cáo. Trong khoảng 3 tháng đầu, liều dùng thường tăng khi người bệnh tiếp tục dùng heroin (việc xác định dùng heroin được thông qua việc bệnh nhân tự báo cáo hoặc xét nghiệm nước tiểu) – đây là dấu hiệu cho thấy liều dùng methadone không đủ. Trên thực tế, việc tiếp tục dùng heroin được ghi nhận trong khoảng 95% bệnh nhân người có liều dùng Methadone tăng sau đó.

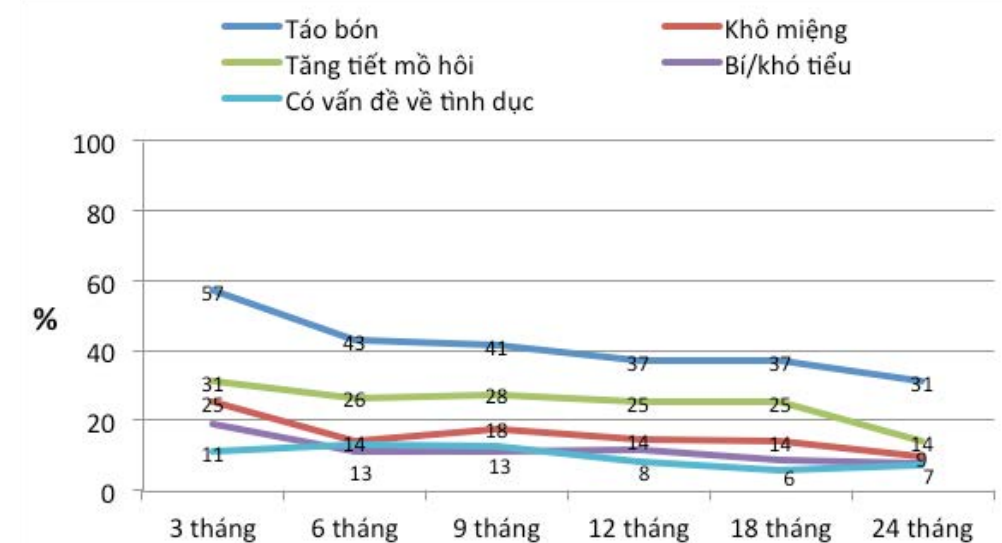
Tỷ lệ bệnh nhân yêu cầu tăng liều do đang trong quá trình điều trị ARV hoặc Lao là 9% trong 3 tháng đầu, 23,4% trong giai đoạn 9-12 tháng, và 17,3% trong 3 tháng theo dõi cuối cùng (tháng thứ 21-24). Các phát hiện này cho thấy sự phức tạp trong việc cung cấp liệu pháp điều trị cho những người sử dụng ma túy có tỷ lệ nhiễm HIV và Lao, và nhu cầu điều phối chặt chẽ và chia sẻ thông tin giữa các phòng khám ngoại trú HIV/Lao và MMT.

Biểu đồ 4: Liều Methadone trung bình theo tình trạng điều trị ARV

Trong 3 tháng đầu của nghiên cứu, chỉ có 11,5% bệnh nhân MMT bỏ liều trong vòng 1 đến 2 ngày (không yêu cầu điều chỉnh liều). Tuy nhiên tỷ lệ này tăng dần – đạt đỉnh với 33,4% giữa tháng 12 đến tháng 18. Trong giai đoạn cuối (tháng thứ 18 đến tháng thứ 24), 27,6% bệnh nhân bỏ liều trong khoảng từ 1-2 ngày. Một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân gián đoạn điều trị trong vòng từ 3-4 ngày, cũng như từ 5 năm ngày trở lên (1-3%).

Biểu đồ 5: Gián đoạn điều trị (bỏ liều) trong thời gian nghiên cứu

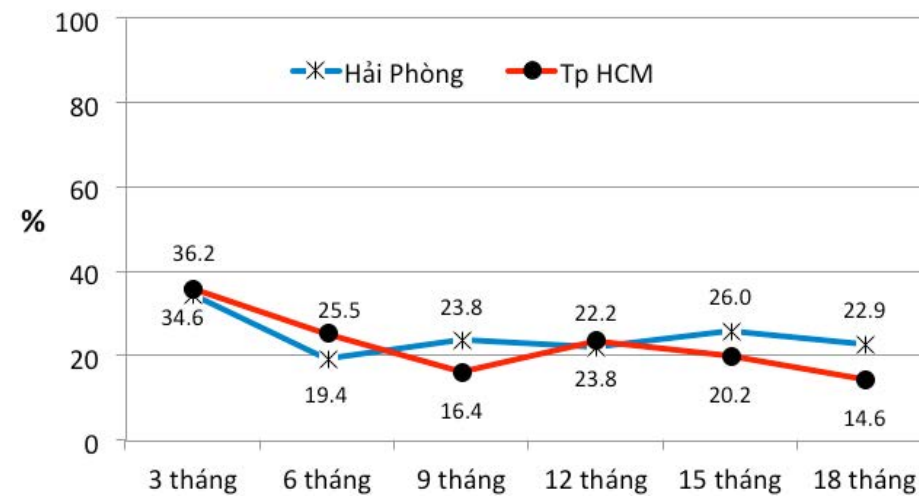
Tác dụng phụ của MMT, ví dụ táo bón hoặc khô miệng, được lưu ý trong chương trình điều trị. Nhìn chung, khoảng 75,2% bệnh nhân đã trải qua ít nhất một tác dụng phụ trong vòng 3 tháng đầu, sau đó báo cáo có tác dụng phụ đã giảm xuống khoảng 60,6% vào cuối tháng thứ 12 và tiếp tục giảm xuống còn 46,3% sau 24 tháng (xem Biểu đồ 6). Táo bón, tăng tiết mồ hôi và khô miệng là ba triệu chứng phổ biến nhất của tác dụng phụ được báo cáo. Mỗi quan ngại chính của bệnh nhân là rối loạn tình dục không phổ biến trong năm thứ hai điều trị, tỷ lệ bệnh nhân báo cáo có các vấn đề liên quan đến hoạt động tình dục là dưới 10%.

Biểu đồ 6: Bệnh nhân tự báo cáo tác dụng phụ theo thời gian

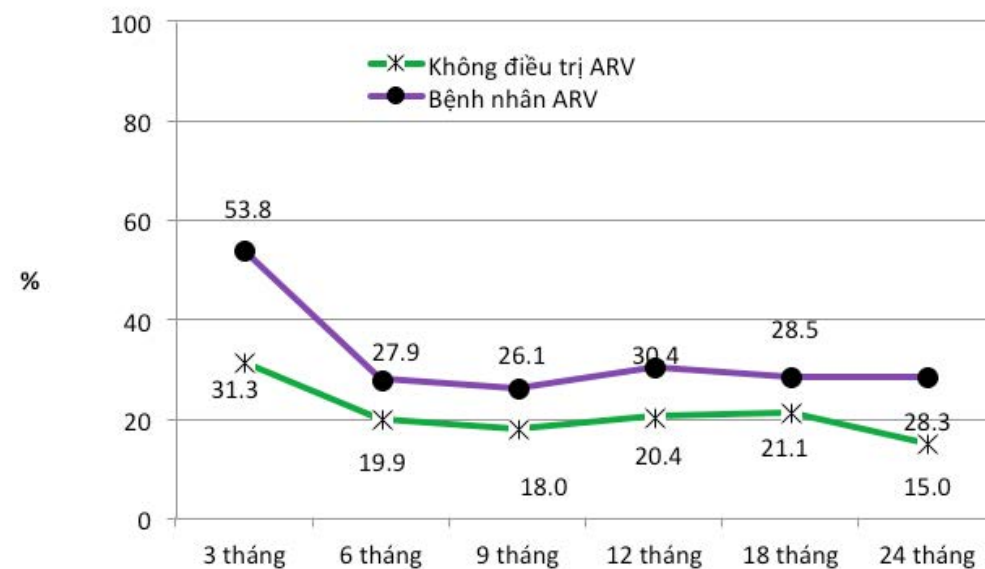
4. Thay đổi hành vi sử dụng ma túy và tình dục

Biểu đồ 7 thể hiện chiều hướng sử dụng ma túy của bệnh nhân MMT trong vòng 2 năm. Mặc dù tất cả các bệnh nhân báo cáo có sử dụng heroin khi bắt đầu tham gia chương trình, tỷ lệ bệnh nhân sử dụng ma túy giảm xuống còn 34-36% sau 3 tháng điều trị. Chiều hướng giảm này tiếp tục từ tháng thứ 3 đến tháng thứ 6, và ổn định trong suốt khoảng thời gian theo dõi sau đó. Tại thời điểm điều trị tháng thứ 6, 19% bệnh nhân tại Hải Phòng và 26% bệnh nhân ở Tp. Hồ Chí Minh vẫn còn sử dụng heroin. Tỷ lệ bệnh nhân tiếp tục sử dụng heroin khi điều trị MMT tương ứng là 14,6% và 22,9% tại Hải Phòng và Tp. Hồ Chí Minh tính đến cuối năm thứ 2 của nghiên cứu. Tuy nhiên các kết quả này cần được phiên giải một cách cẩn trọng. Mặc dù bệnh nhân bị công an bắt do các hoạt động tội phạm hầu hết có liên quan đến việc dùng ma túy, họ có thể đã sử dụng heroin, tuy nhiên việc này không thể xác thực được. Điều này có thể dẫn đến việc ước tính thấp của tỷ lệ người dùng heroin trong nghiên cứu, và cũng có nghĩa kết quả bị lệch sẽ thể hiện rằng một số lượng lớn hơn bệnh nhân tại Hải Phòng tiếp tục dùng heroin so với Tp. Hồ Chí Minh.

Đáng lưu ý là ước tính tỷ lệ bệnh nhân vẫn dùng heroin trong nghiên cứu này cao hơn đáng kể so với ước tính của cơ sở điều trị, ước tính này căn cứ trên kết quả xét nghiệm nước tiểu tìm các chất dạng thuốc phiện. Trong suốt thời gian nghiên cứu, các điểm điều trị chỉ tiến hành xét nghiệm nước tiểu định kỳ đối với những bệnh nhân nghi đang sử dụng ma túy.

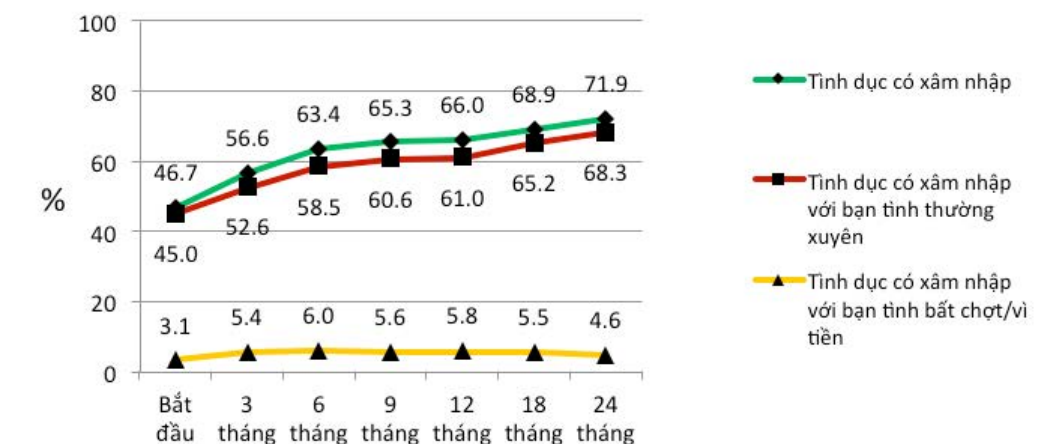
Biểu đồ 7: Tỷ lệ người tham gia nghiên cứu tiếp tục sử dụng heroin trong quá trình điều trị Methadone

Bệnh nhân đang điều trị ARV có xu hướng dùng ma túy nhiều hơn so với những người không điều trị ARV, mặc dù tăng liều và liệu pháp điều trị liều cao hơn được áp dụng cho nhóm bệnh nhân đang điều trị ARV.

Biểu đồ 8: Tỷ lệ bệnh nhân đồng thời sử dụng heroin theo tình trạng điều trị ARV

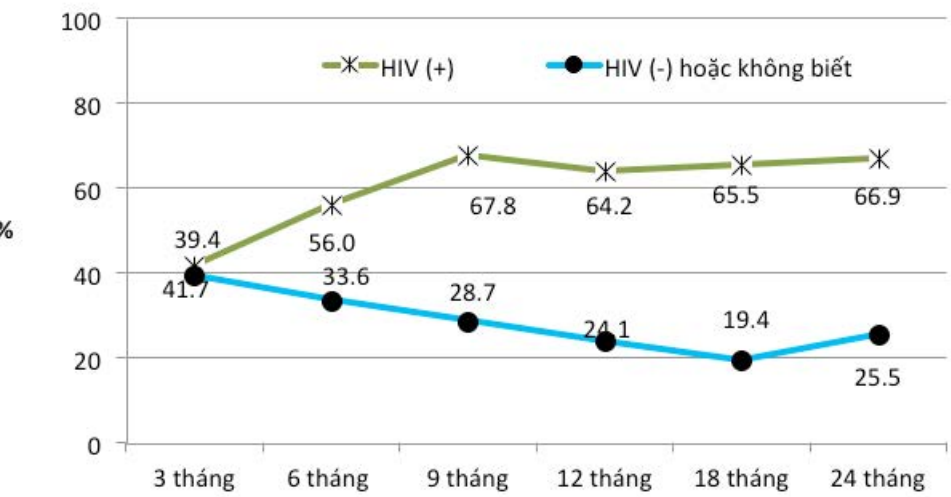
Hoạt động tình dục của bệnh nhân điều trị MMT tăng theo thời gian. Trong khi 47% bệnh nhân báo cáo có quan hệ tình dục trong vòng 3 tháng trước khi bắt đầu điều trị, 66% cho biết có quan hệ tình dục sau 12 tháng điều trị. Tại thời điểm tháng thứ 24, 71,9% bệnh nhân báo cáo có quan hệ tình dục trong vòng 3 tháng qua. Tăng quan hệ tình dục đối với cả bạn tình thường xuyên và bạn tình bất chợt/bạn tình quan hệ vì tiền. Trong khi quan hệ tình dục với bạn tình thường xuyên tăng từ 45% trước điều trị lên 68,3% sau 2 năm, quan hệ tình dục với bạn tình bất chợt/bạn tình quan hệ vì tiền không có thay đổi đáng kể qua thời gian – với 3,2% trước khi điều trị và dao động trong khoảng từ 4-6% trong quá trình điều trị (xem Biểu đồ 9). Các kết quả này cũng tương đồng với kết quả liên quan đến tỷ lệ nhỏ bệnh nhân cho biết có các vấn đề liên quan đến khả năng tình dục do ảnh hưởng phụ của điều trị Methadone.

Tỷ lệ bệnh nhân cho biết có sử dụng bao cao su đối với bạn tình quan hệ vì tiền không thay đổi qua thời gian, với trên 90% sử dụng bao cao su. Báo cáo sử dụng bao cao su với bạn tình thường xuyên tăng từ 36,6% trước điều trị lên cao nhất với 41,5% ở tháng thứ 9, nhưng sau đó giảm từ từ trong khoảng thời gian từ tháng thứ 12 đến tháng thứ 24.

Biểu đồ 9: Hành vi tình dục của người tham gia nghiên cứu

Số liệu cho thấy có sự cải thiện trong việc sử dụng bao cao su trong nhóm bệnh nhân dương tính với HIV, tuy nhiên ở cuối tháng thứ 24, tỷ lệ này chỉ còn khoảng 66,9% bệnh nhân dương tính với HIV dùng bao cao su “tất cả các lần” với bạn tình (xem Biểu đồ 10).

Biểu đồ 10: Sử dụng bao cao su với bạn tình thường xuyên trong nhóm bệnh nhân MMT theo tình trạng nhiễm HIV



5. Cải thiện sức khỏe và chất lượng cuộc sống

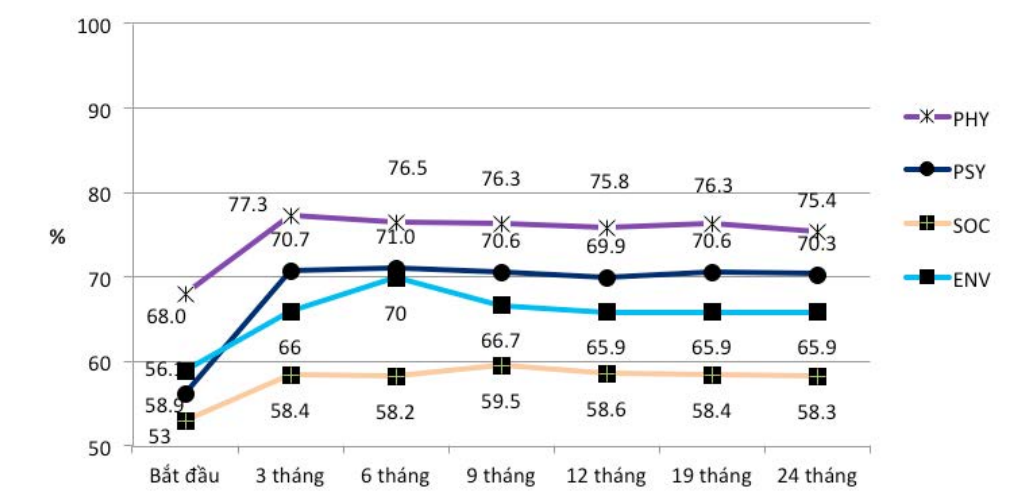
Dựa trên kết quả sử dụng bộ câu hỏi WHOQOL-BREF, nhìn chung chất lượng cuộc sống của bệnh nhân được cải thiện đáng kể trong 3 tháng đầu kể từ khi bắt đầu điều trị và duy trì ở mức cao trong suốt quá trình điều trị (theo đánh giá từ điểm chất lượng cuộc sống). Trong khi chỉ có gần 16% bệnh nhân cho biết họ có chất lượng cuộc sống ở mức “tốt” hoặc “rất tốt” trước điều trị, tỷ lệ này tăng lên tới 55% sau 24 tháng. Tỷ lệ bệnh nhân “hài lòng” hoặc “rất hài lòng” với tình trạng sức khỏe của họ cũng tăng từ 31,5% trước điều trị lên khoảng 50-55% trong quá trình điều trị (xem Bảng 8). Điểm chất lượng cuộc sống cho các cấu phần cụ thể cũng tăng đáng kể, đặc biệt là trong 3 tháng đầu (xem Biểu đồ 11).

Bảng 8: Chất lượng cuộc sống và tình trạng sức khỏe của bệnh nhân MMT theo thời gian

	Bắt đầu (n=965)	Quá trình điều trị					
		3 tháng (n=930)	6 tháng (n=898)	9 tháng (n= 871)	12 tháng (n=852)	18 tháng (n= 798)	24 tháng (n=749)
Chất lượng cuộc sống							
Rất xấu (%)	1,5	0,3	0,0	0,1	0,0	0,3	0,0
Xấu (%)	10,9	1,2	1,6	0,8	0,8	0,5	1,1
Trung bình (“tâm tam”) (%)	71,8	46,9	45,8	46,7	48,7	44,3	43,9
Tốt (%)	15,0	48,6	49,1	48,8	46,8	51,2	51,7
Rất tốt (%)	0,8	3,0	3,6	3,6	3,8	3,9	3,3
Sự hài lòng của bệnh nhân với tình trạng sức khỏe của mình							
Rất không hài lòng (%)	0,3	0,1	0,2	0,0	0,4	0,3	0,3
Không hài lòng (%)	18,1	5,2	6,0	5,9	5,9	5,0	5,6
Bình thường (%)	50,1	34,0	36,8	35,9	38,5	39,5	41,4
Hài lòng (%)	29,6	57,0	53,1	54,3	52,6	52,6	49,7
Rất hài lòng (%)	1,9	3,8	3,9	3,9	2,6	2,6	3,1

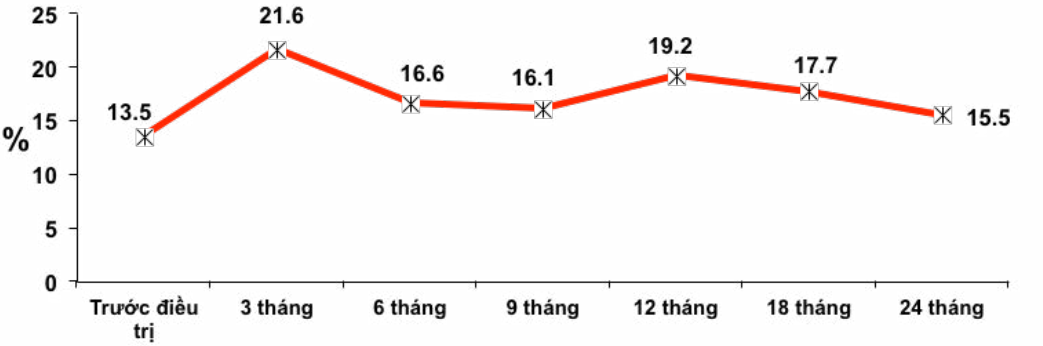
Điểm sức khỏe thể chất và tâm thần cũng tăng tương ứng từ 68% lên 75,4% và từ 56% lên 70%. Hơn nữa, điểm sức khỏe xã hội và sức khỏe môi trường cũng được cải thiện, nhưng sự cải thiện này phần lớn được quan sát thấy trong vòng 3 tháng đầu sau khi bắt đầu điều trị.

Biểu đồ 11: Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân theo từng phân nhóm cụ thể (dựa trên bộ câu hỏi WHOQOL-BREF)



Tỷ lệ bệnh nhân cho biết có các vấn đề về sức khỏe trong vòng 30 ngày trước phỏng vấn trong mỗi giai đoạn theo dõi được trình bày trong Biểu đồ 12. Trong nghiên cứu này, một “vấn đề sức khỏe” được xác định khi bất cứ vấn đề nào ảnh hưởng tới sức khỏe bệnh nhân ở mức “trung bình” hoặc “nghiêm trọng”. Tỷ lệ bệnh nhân có các vấn đề về sức khỏe trong quá trình điều trị cao hơn so với trước điều trị. Điều này dường như do: (1) ảnh hưởng của tác dụng phụ do điều trị methadone ví dụ như táo bón, và (2) trong thực tế một số bệnh nhân bắt đầu điều trị ARV hoặc Lao tương tác với methadone và do vậy họ chịu ảnh hưởng bởi tác dụng phụ của điều trị ARV/Lao hoặc hội chứng phục hồi miễn dịch (IRS). Tỷ lệ bệnh nhân yếu cầu nhập viện chỉ chiếm 2,2% trong vòng 3 tháng đầu và 3,05% - 4,14% trong suốt thời gian theo dõi còn lại.

Biểu đồ 12: Tỷ lệ bệnh nhân báo cáo có vấn đề về sức khỏe trong vòng 30 ngày trước ngày được phỏng vấn



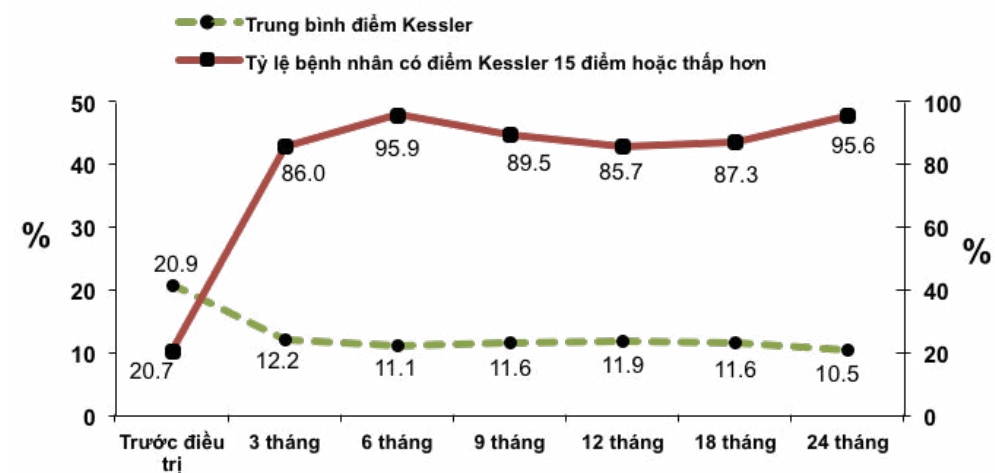
Tại mỗi lần phỏng vấn, bệnh nhân được hỏi về quan niệm của họ đối với sức khỏe tâm thần của chính họ. Quan niệm về các vấn đề sức khỏe tâm thần của bệnh

nhân giảm đáng kể trong suốt thời gian nghiên cứu. Tỷ lệ bệnh nhân có vấn đề về tập trung hoặc ghi nhớ giảm từ 51% xuống xấp xỉ 30-35%, tỷ lệ trải qua lo âu hoặc căng thẳng nghiêm trọng giảm từ 32% xuống gần 6%, và tỷ lệ báo cáo bị ảo giác giảm từ 11,5% xuống khoảng 3%. Một kết quả quan trọng khác là tỷ lệ bệnh nhân cho biết có ý định tự tử giảm từ 15,3% khi bắt đầu điều trị xuống 0,5% sau 24 tháng, trong khi tỷ lệ cố gắng tự tử giảm từ 5,3% xuống gần 0% trong cùng khoảng thời gian tương ứng.

Bảng 9: Tình trạng sức khỏe tâm thần của bệnh nhân MMT theo thời gian (kết quả từ phỏng vấn)

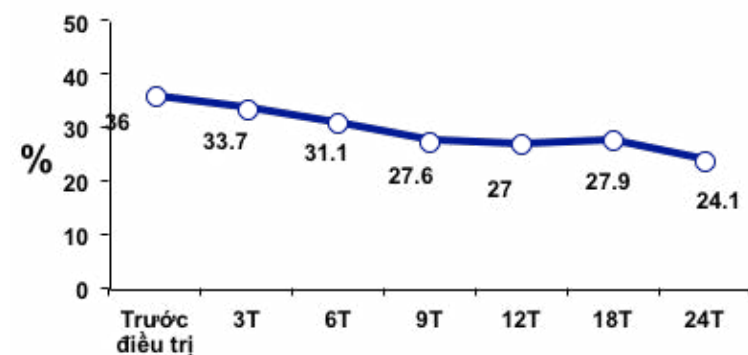
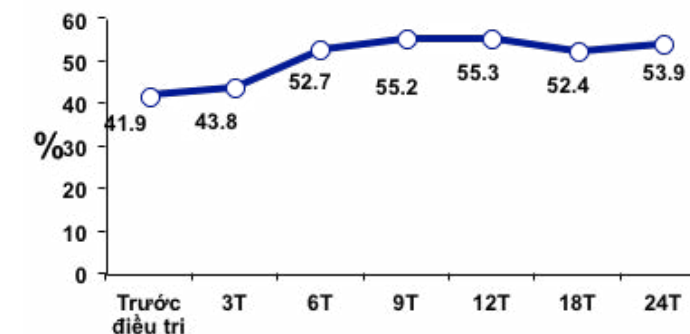
	Bắt đầu (%) (n=965)	Sau (%)					
		3 tháng (n= 930)	6 tháng (n=898)	9 tháng (n=871)	12 tháng (n=852)	18 tháng (n=798)	24 tháng (n=749)
Khó tập trung hoặc khó nhớ	51,19	30,86	34,86	31,61	32,22	35,09	35,25
Lo âu, căng thẳng nghiêm trọng	32,26	9,35	7,46	6,67	5,99	5,52	5,07
Trầm cảm/vô vọng	44,87	10,43	9,03	7,23	7,40	6,27	5,07
Mất hứng thú nghiêm trọng	28,91	8,71	7,47	7,00	7,16	5,01	5,07
Ảo giác, nghe thấy các thứ	11,50	3,33	3,45	3,21	3,40	3,13	2,94
Khó kiểm soát hành vi bạo lực	18,46	6,88	7,68	5,28	5,63	5,01	4,94
Có ý định tự tử	15,34	1,08	1,22	0,46	0,23	0,25	0,53
Cố gắng tự tử	5,29	0,32	0,11	0	0	0,25	0,13

Tâm lý trầm cảm, được đo lường bằng thang đo Kessler, trong bệnh nhân MMT cũng giảm đáng kể. Trung bình, tổng điểm Kessler giảm từ 20,9 (được xác định là “trầm cảm mức độ trung bình hoặc trầm trọng”) xuống 12,2% (“không nghiêm trọng”) ở cuối tháng thứ 3, và sau đó là 10,5 ở tháng thứ 24. Cuối cùng, tỷ lệ bệnh nhân không có nguy cơ trầm cảm (15 hoặc thấp hơn trong thang Kessler) tăng từ 21% trước điều trị lên 95,9% ở tháng thứ 6. Mặc dù tỷ lệ này giảm trong khoảng từ tháng thứ 9 đến tháng thứ 18, nhưng tỷ lệ này tăng trở lại mức 95,6% ở tháng thứ 24 (xem Biểu đồ 13).

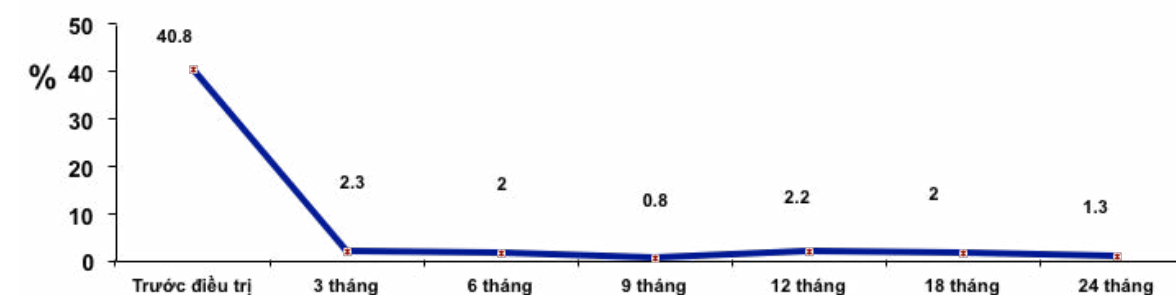
Biểu đồ 13: Điểm Kessler trung bình của bệnh nhân MMT theo thời gian

6. Cải thiện cuộc sống và các mối quan hệ

Tỷ lệ thất nghiệp trong giảm sau hai năm bệnh nhân tham gia chương trình MMT. Trong khi 36% người sử dụng ma túy thất nghiệp tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu, tỷ lệ này giảm xuống còn 27% sau một năm và còn 24,1% sau hai năm. Tỷ lệ bệnh nhân có việc làm toàn thời gian tăng từ 42% lên 55,3% sau 12 tháng điều trị, và sau đó duy trì ở mức tương tự đến cuối thời gian nghiên cứu. Các công việc của bệnh nhân MMT chủ yếu liên quan đến việc điều hành công việc buôn bán ở mức hộ gia đình hoặc tham gia vào các công việc phổ thông (lao động tay chân).

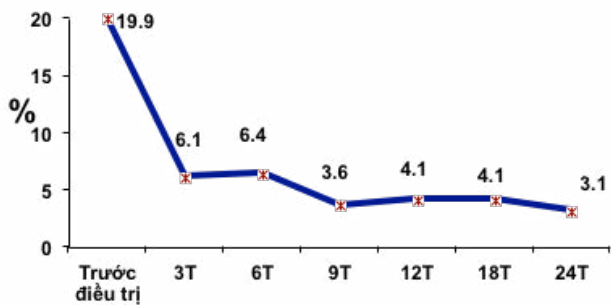
Biểu đồ 14: Tỷ lệ thất nghiệp của bệnh nhân MMT**Biểu đồ 15:** Tỷ lệ bệnh nhân có việc làm toàn thời gian với thu nhập ổn định

Những người tham gia nghiên cứu cũng được hỏi họ đã tham gia vào các hoạt động tội phạm như ăn trộm, lừa đảo, hoặc buôn bán ma túy. Tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu 40,8% cho biết họ đã tham gia vào các hoạt động tội phạm trong vòng 3 tháng qua. Sau 2 năm nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân tự báo cáo có các hoạt động phạm tội ở mỗi giai đoạn theo dõi dao động trong khoảng từ 0,8-2,3%, hoặc từ 18-41 trường hợp trong mỗi vòng phỏng vấn.

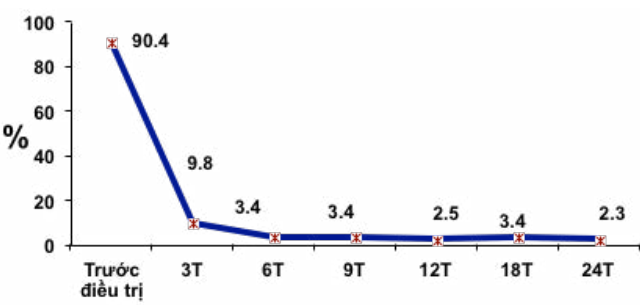
Biểu đồ 16: Tỷ lệ bệnh nhân báo cáo có các hoạt động tội phạm

Kết quả cho thấy rằng MMT cũng giúp các bệnh nhân tái hòa nhập với gia đình và xã hội tốt hơn. Tỷ lệ bệnh nhân cho biết có các vấn đề trong quan hệ với gia đình và bạn bè giảm đáng kể, từ 20% trước điều trị xuống còn 6,1% sau 3 tháng và sau đó còn 3,1% sau 24 tháng. Trong khi việc người nghiện cầm đồ các tài sản của gia đình họ là khá phổ biến để mua ma túy, hoặc thậm chí ép các thành viên gia đình phải đưa tiền cho họ, những hành vi này giảm mạnh từ 90% trước khi điều trị xuống còn 2,27% sau 24 tháng điều trị MMT. Đặc biệt việc giảm tỷ lệ này diễn ra mạnh trong khoảng 3 tháng đầu của quá trình điều trị Methadone. (Biểu đồ 17 và 18).

Biểu đồ 17: Tỷ lệ bệnh nhân có các vấn đề nghiêm trọng trong quan hệ với gia đình hoặc bạn bè



Biểu đồ 18: Tỷ lệ bệnh nhân báo cáo có xung đột gia đình (trong số những người báo cáo có mối quan hệ/hành vi không tốt với gia đình)



7. Tiếp cận với dịch vụ y tế và xã hội

Khác so với việc tăng tỷ lệ tiếp cận với HTC và ARV, tỷ lệ bệnh nhân tiếp cận với các dịch vụ sức khỏe vẫn ở mức thấp. Có thể khi bệnh nhân tham gia vào chương trình điều trị Methadone, họ thường giảm nhu cầu tiêm chích heroin và do đó họ cảm thấy ít sợ hãi, lo lắng và ít nguy cơ nhiễm HIV, điều này dẫn đến việc họ dừng việc tiếp cận với bơm kim tiêm sạch.

Một điểm đáng lưu ý trong nghiên cứu này chỉ đo lường mức độ nhận được dịch vụ trong vòng 30 ngày trước phỏng vấn, và do vậy các kết quả này không phản ánh sự sẵn có của các dịch vụ cho những người tham gia nghiên cứu. Do đó, số liệu trình bày trong Bảng 10 không nên được phiên giải là việc thiếu hoặc hạn chế các dịch vụ hỗ trợ cung cấp trong chương trình Methadone.

Bảng 10: Tỷ lệ bệnh nhân nhận các dịch vụ hỗ trợ y tế và xã hội trong 1 tháng trước khi phỏng vấn

	Bắt đầu % (n =964)	3 tháng % (n =930)	6 tháng % (n =898)	9 tháng % (n =871)	12 tháng % (n =852)	18 tháng % (n =798)	24 tháng % (n =749)
Dịch vụ y tế							
VCT	64,5	62,7	34,5	36,4	27,1	38,4	44,3
Điều trị ARV	12,8	11,8	14,7	15,6	14,9	15,6	17,6
Điều trị nhiễm trùng cơ hội	3,1	3,6	4,8	5,3	5,4	3,0	5,1
Điều trị Lao	4,1	3,3	3,2	3,0	1,4	2,4	3,5
Điều trị cho các vấn đề sức khỏe tâm thần	0,1	0,5	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1
Khác	4,8	2,9	1,8	2,0	1,8	1,5	2,1
Hỗ trợ xã hội							
Chương trình tái hòa nhập hỗ trợ người nghiện chích	3,2	3,8	4,6	3,2	4,2	4,6	6,3
Giáo dục đồng đẳng	4,2	6,5	5,3	4,4	3,8	3,2	4,9
Bơm kim tiêm sạch	8,2	5,1	1,6	1,5	0,8	1,2	2,4
Bao cao su miễn phí	7,5	8,4	7,2	6,5	3,8	4,9	7,9
Dịch vụ xã hội	0,6	0,3	0,7	0,7	0,5	0,6	0,8
Dịch vụ pháp lý	0,2	0,4	0,1	0,3	0,5	0,1	0,5
Khác	0,1	0,1	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0

V. Bàn luận

Ở bất cứ chương trình nào, việc bệnh nhân bỏ trị là điều không tránh khỏi. Đáng chú ý, trong chương trình điều trị thí điểm Methadone, tỷ lệ bệnh nhân duy trì điều trị trong chương trình cao, 89,8% sau thời gian 1 năm và 82,3% sau hai năm. Tỷ lệ bệnh nhân bỏ trị trong nghiên cứu này thấp hơn với so với các nghiên cứu về MMT khác, với tỷ lệ bỏ trị trong các nghiên cứu MMT dao động trong khoảng 17% sau 3 tháng nghiên cứu (Xiao et al 2010), 13%, 14% và 27% sau 6 tháng [34], [35], và 11% sau 18 tháng (Metzger et al 1993).

Kết quả phân tích cho thấy liệu dùng Methadone là một yếu tố dự đoán dương tính và việc tiếp tục dùng heroin là yếu tố dự đoán âm tính của việc tiếp tục duy trì tham gia điều trị trong chương trình. Trong thực tế, tỷ lệ cao bệnh nhân tiếp tục ở lại trong chương trình của nghiên cứu này dường như là kết quả của một số các yếu tố, bao gồm: (1) Quá trình tuyển chọn của cộng đồng nhấn mạnh tới tính ổn định tâm lý; (2) việc thật sự mong muốn tham gia vào một chương trình mới trong đó hạn chế số lượng bệnh nhân tham gia như là một điều khuyến khích bệnh nhân ở lại với chương trình, (3) liệu dùng Methadone khá cao, (4) lồng ghép tư vấn cá nhân và gia đình trong chương trình, (5) sợ có thể bị đưa vào trại cai nghiện bắt buộc 06 (nếu như rời khỏi chương trình), (6) hài lòng với chương trình, (7) cải thiện chất lượng cuộc sống là kết quả của việc giảm phụ thuộc vào việc sử dụng ma túy và các hành vi tội phạm và (8) tình trạng sức khỏe được cải thiện trong quá trình điều trị.

Kết quả cho thấy bệnh nhân rời khỏi chương trình do một số nguyên nhân – tuy nhiên những lý do này dường như có liên quan chính tới việc tiếp tục dùng ma túy. Ví dụ, việc bị công an bắt cũng có khả năng liên quan chặt chẽ với tình trạng tiếp tục dùng ma túy của bệnh nhân. Tương tự, có một thực tế rằng nhiều bệnh nhân bỏ trị không thông báo trước, các điểm điều trị cho rằng đó là do các dịch vụ và các yếu tố khác ảnh hưởng tới chương trình MMT, những điều này cũng đã được chỉ ra bởi các nghiên cứu khác [36].

Các bằng chứng phổ biến cho thấy rằng điều trị methadone có ảnh hưởng tích cực đối với hành vi sử dụng ma túy. Nghiên cứu này cho thấy MMT giảm đáng kể việc dùng ma túy trong nhóm bệnh nhân, và thậm chí đối với những bệnh nhân vẫn tiếp tục dùng heroin, tần suất tiêm chích tiếp tục giảm. Tỷ lệ bệnh nhân tiếp tục dùng ma túy trong nghiên cứu này thấp hơn so với các nghiên cứu khác trên thế giới, tuy nhiên chiều hướng giảm dùng ma túy được báo cáo là tương tự nhau. Thời gian dự kiến để một bệnh nhân có thể bỏ được heroin hoàn toàn có thể mất nhiều năm.

Ngoài ra, tỷ lệ bệnh nhân dùng chung bơm kim tiêm cũng giảm, sau 12 tháng chỉ có khoảng 3 trường hợp dùng chung bơm kim tiêm được ghi nhận. Tỷ lệ dùng chung bơm kim tiêm trong nghiên cứu này thấp hơn hẳn so với kết quả trong nghiên cứu IBBS 2009 (3,3% tại Hải Phòng và 20% tại Tp. Hồ Chí Minh) [37]. Kết quả này

cũng tương tự như kết quả trong các nghiên cứu khác với tỷ lệ thấp bệnh nhân tiếp tục dùng ma túy và dùng chung bơm kim tiêm khi điều trị methadone so với những người không tham gia điều trị sau 6-18 tháng theo dõi [6-9, 11-16]. Ví dụ cụ thể trong nghiên cứu của Moss và cộng sự (1994) cho thấy tỷ lệ tiếp tục dùng ma túy giảm từ 33% xuống 15% và tỷ lệ tiêm chích ma túy giảm từ 19% xuống 6% sau 5 năm theo dõi [17].

Cuối cùng, kết quả nghiên cứu cho thấy việc tăng tỷ lệ dùng bao cao su trong nhóm người tham gia nghiên cứu. Kết quả trong nghiên cứu này được thu thập dựa trên tỷ lệ người NCMT thường xuyên dùng bao cao su với bệnh tình thường xuyên cao hơn so với tỷ lệ tương tự trong các nghiên cứu khác (IBBS 2009 dao động từ 20-30%). Do vậy, nhu cầu cần thiết phải tăng cường truyền thông và tư vấn về hành vi tình dục an toàn và củng cố các thông điệp này tại các điểm điều trị mặc dù chương trình MMT có ảnh hưởng tới tỷ lệ bệnh nhân có các hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV.

Nghiên cứu MMT gợi ý rằng thuốc Methadone mang lại hầu hết các lợi ích lâm sàng xuất hiện trong quá trình điều trị, việc hỗ trợ các dịch vụ tâm lý mang lại ít lợi ích hơn. Hơn nữa, rõ ràng methadone hỗ trợ tốt việc duy trì điều trị, đây là yếu tố đã được chứng minh có liên quan chặt chẽ với việc tăng các kết quả điều trị của bệnh nhân theo thời gian. Một nghiên cứu cai nghiện bằng Methadone trong 180 ngày so sánh giữa điều trị Methadone đơn thuần với điều trị methadone cùng với việc tăng cường chăm sóc tâm lý cho thấy việc tăng cường các dịch vụ hỗ trợ chăm sóc tâm lý không có vai trò hỗ trợ trong việc giữ người bệnh ở lại với chương trình khi liệu dùng Methadone ở mức rất thấp - ở các mức này tỷ lệ bệnh nhân trong cả hai nhóm đều cho thấy tỷ lệ bỏ trị cao [35]. Bên cạnh đó, nhóm bệnh nhân điều trị methadone đơn thuần có tỷ lệ tiếp tục điều trị cao hơn và tuân thủ điều trị tốt hơn, cùng với tỷ lệ sử dụng ma túy thấp hơn [35]. Do vậy, nghiên cứu này kết luận rằng mặc dù thấp, quá trình hỗ trợ tâm lý trong cai nghiện thấp cũng dẫn tới tỷ lệ bỏ trị và tái nghiện khi liệu dùng methadone không đủ. Hơn nữa, một nghiên cứu thực hiện bởi Connor và cộng sự cho thấy bệnh nhân điều trị methadone đơn thuần cũng có hiệu quả tốt hơn so với những người sử dụng Buprenorphine (BMT) [38].

Ảnh hưởng của MMT đối với việc lây truyền HIV đã được minh chứng trong nhiều nghiên cứu. Metzger và cộng sự cho biết sau 18 tháng điều trị, tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm điều trị methadone là 3,5% so với 22% trong nhóm không điều trị methadone ($p < 0,01$ CI 1,99- 29,27) và nguy cơ nhiễm HIV trong nhóm không điều trị là khoảng 6 lần [6]. Một nghiên cứu khác cũng cho thấy không có trường hợp nào nhiễm HIV trong nhóm NCMT được phát hiện sau 6 tháng điều trị MMT [34] D Creson, R Elk, J Schmitz, and J Grabowski. Thời gian điều trị và tuân thủ điều trị là hai yếu tố được phát hiện có ảnh hưởng tới nguy cơ nhiễm HIV. Trong hai nghiên cứu độc lập được tiến hành bởi Moss và cộng sự (1994) và Willian và cộng sự (1994), tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm điều trị dưới 12 tháng cao hơn so với tỷ lệ nhiễm trong nhóm điều trị trên 12 tháng (7,6% so với 2,2%, $p = 0,002$). Hai nghiên cứu khác cũng cho thấy tỷ lệ nhiễm HIV thấp hơn trong nhóm bệnh nhân tuân thủ điều trị tốt hơn so với nhóm bệnh nhân tuân thủ điều trị kém hơn (0,7% so với 4,3%) [17, 39].

Sau 24 tháng điều trị MMT, một trường hợp mới nhiễm HIV, 27 trường hợp nhiễm HBV và 141 trường hợp nhiễm HCV được phát hiện. Các trường hợp nhiễm mới có khả năng là kết quả của việc tiếp tục sử dụng chung bơm kim trong nhóm cụ thể người sử dụng ma túy. Viêm gan C là một bệnh có tỷ lệ lây truyền cao trong nhóm người sử dụng bơm kim tiêm trên toàn thế giới; và thời gian bị nhiễm HCV nhanh hơn rất nhiều so với thời gian nhiễm HIV. Tỷ lệ nhiễm viêm gan C cao trong nhóm người sử dụng bơm kim tiêm đã được ghi nhận trong nhóm người NCMT thậm chí ngay cả khi tỷ lệ nhiễm HIV ở mức rất thấp (ví dụ tỷ lệ nhiễm HCV tại Hồng Kông là 85% và 76% tại Úc, trong khi đó tỷ lệ nhiễm HIV chỉ là 0,3% ở Hồng Kông và dưới 1% ở Úc) [11, 18]. Các nhà nghiên cứu tại Hồng Kông cũng cho biết có mối liên quan giữa tần suất dùng chung bơm kim tiêm và tỷ lệ nhiễm HCV [18]. Điều này cho thấy cần phải có nghiên cứu sâu hơn về HCV trong quần thể NCMT tại Việt Nam.

Trong chương trình thí điểm MMT, liều bắt đầu điều trị Methadone được quyết định căn cứ trên tiêu chuẩn của Bộ Y tế: thời gian sử dụng các chất dạng thuốc phiện, liều dùng MMT thường xuyên gần nhất, mức độ đáp ứng với thuốc và nguy cơ quá liều. Liều dùng phổ biến nhất khi bắt đầu trên thế giới là 20mg/ngày, với liều dùng được điều chỉnh bắt đầu trong 3 đến 10 ngày đầu điều trị và tăng không quá 20mg/tuần [11, 40-42](New South Wales Health Department 1999, Dolan, Shearer et al. 2003, Brown, Balousek et al. 2005, Guohong Chen 2009)(New South Wales Health Department 1999, Dolan, Shearer et al. 2003, Brown, Balousek et al. 2005, Guohong Chen 2009)(New South Wales Health Department 1999, Dolan, Shearer et al. 2003, Brown, Balousek et al. 2005, Guohong Chen 2009)(New South Wales Health Department 1999, Dolan, Shearer et al. 2003, Brown, Balousek et al. 2005, Guohong Chen 2009)(New South Wales Health Department 1999, Dolan, Shearer et al. 2003, Brown, Balousek et al. 2005, Guohong Chen 2009)(New South Wales Health Department 1999, Dolan, Shearer et al. 2003, Brown, Balousek et al. 2005, Guohong Chen 2009)(New South Wales Health Department 1999, Dolan, Shearer et al. 2003, Brown, Balousek et al. 2005, Guohong Chen 2009)(New South Wales Health Department 1999, Dolan, Shearer et al. 2003, Brown, Balousek et al. 2005, Guohong Chen 2009)(New South Wales Health Department 1999, Dolan, Shearer et al. 2003, Brown, Balousek et al. 2005, Guohong Chen 2009)(New South Wales Health Department 1999, Dolan, Shearer et al. 2003, Brown, Balousek et al. 2005, Guohong Chen 2009). Tại một số quốc gia, liều dùng Methadone dao động từ 50-80mg, với trung bình liều sử dụng là 60mg [11, 23, 34, 43-46]. Khi liều ở mức 80mg được coi là liều cao, liều dùng này vẫn trong giới hạn khuyến cáo bởi tổ chức Y tế Thế giới là 80-120mg/ngày. Cũng có nhiều nghiên cứu khác cho thấy các liều dùng cao hơn dao động trong khoảng từ 100-150mg. Trong nghiên cứu này, liều dùng trung bình hằng ngày sau 24 tháng là 104mg, tuy nhiên liều dùng của các bệnh nhân điều trị ARV cao hơn (175mg so với 78mg trong nhóm người không điều trị ARV). Các thuốc ARV (NNRTIs, EFV, NVP và có thể là LPV/r) được biết đến là làm tăng tỷ lệ methadone bị chuyển hóa, và do đó những người dùng các thuốc ARV này dường như có nhu cầu dùng liều cao hơn. Điều này cho thấy cần phải rà soát lại hướng dẫn điều trị của Bộ Y tế Việt Nam (xem Biểu đồ 8).

Trong nghiên cứu này, chúng tôi quan sát thấy việc giảm các tác dụng phụ của Methadone theo thời gian, từ 75,2% trong 3 tháng đầu xuống 6,34% ở cuối tháng thứ 24. Chúng tôi không tìm thấy bằng chứng của việc bị rối loạn tình dục do tác dụng phụ của điều trị mặc dù tỷ lệ bệnh nhân báo cáo có sinh hoạt tình dục tăng trong thời gian nghiên cứu. Kết quả này khác so với nhiều nghiên cứu khác có tìm thấy mối liên quan giữa rối loạn tình dục và sử dụng liều cao methadone [20, 40, 47-49].

Một nghiên cứu tại Mỹ cho thấy một người NCMT sử dụng khoảng 72% tổng thu nhập cho ma túy [7]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi cũng thấy rằng người NCMT sử dụng toàn bộ thu nhập của họ cho ma túy. Nguồn thu nhập chính của người NCMT trong nghiên cứu này có từ sự hỗ trợ của người thân và gia đình, điều này lý giải tại sao gần một nửa bệnh nhân trong nghiên cứu có các hành vi tội phạm và một số lượng lớn bệnh nhân có xung đột với gia đình trước khi tham gia điều trị. Tỷ lệ bệnh nhân có các hoạt động tội phạm trong thời gian nghiên cứu giảm 2% sau 24 tháng. Tỷ lệ bệnh nhân xung đột với gia đình cũng giảm một cách đáng kể, điều này gợi ý rằng chương trình MMT kích lệ thành công việc bệnh nhân tái hòa nhập với cộng đồng.

Chúng tôi thấy chất lượng cuộc sống của bệnh nhân tham gia điều trị Methadone cải thiện đáng kể theo thời gian, đặc biệt sau 3 tháng đầu của điều trị. Tỷ lệ bệnh nhân báo cáo chất lượng cuộc sống tốt và rất tốt tăng từ khoảng 15% ở thời điểm bắt đầu lên khoảng 59% sau 3 tháng, tỷ lệ này được tiếp tục duy trì trong suốt thời gian nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với báo cáo của Xiao và Willenbring [23, 25]. Tình trạng sức khỏe thể chất và tinh thần của bệnh nhân trong nghiên cứu này cũng được cải thiện, Chỉ khoảng 4% bệnh nhân báo cáo bị chán nản sau hai năm điều trị, so với gần 79% tại thời điểm bắt đầu. Tỷ lệ bệnh nhân được giới thiệu đến sử dụng các dịch vụ hỗ trợ duy trì ở mức thấp sau 12 tháng, đặc biệt đối với các dịch vụ hỗ trợ xã hội. Các điểm điều trị trong chương trình thí điểm này hướng tập trung tới việc chuyển gửi tới các dịch vụ y tế và các dịch vụ liên quan đến HIV như VCT và ART so với các dịch vụ xã hội. Chỉ có khoảng một nửa bệnh nhân có được đào tạo nghề hoặc đào tạo chuyên nghiệp và điều này cho thấy đào tạo nghề và tạo việc làm cần phải được lồng ghép sâu hơn trong chương trình để tạo điều kiện hoàn toàn và duy trì bền vững việc tái hòa nhập với cộng đồng của bệnh nhân MMT. Điều này cũng có thể là do sự thiếu hụt các dịch vụ xã hội sẵn có tại cộng đồng và hạn chế trong điều phối giữa các đơn vị y tế và xã hội.

VI. Hạn chế của nghiên cứu

1. Đánh giá một chương trình MMT cần khoảng thời gian theo dõi dài hơn so với thời gian trong nghiên cứu này khi những người tham gia nghiên cứu trải qua các thay đổi về thể chất, tinh thần và xã hội trong dài hạn.
2. Những điểm điều trị tại Hải Phòng và Tp. Hồ Chí Minh trong nghiên cứu này chưa bao giờ tham gia một chương trình tương tự và những người tham gia nghiên cứu này được lựa chọn dựa trên các tiêu chuẩn của Bộ Y tế và chính quyền địa phương. Do vậy, quần thể nghiên cứu này không đại diện cho toàn bộ người NCMT trong hai thành phố hoặc toàn bộ người NCMT trong chương trình MMT.
3. Hầu hết các thông tin được thu thập thông qua phỏng vấn bệnh nhân và điều này chắc chắn dẫn đến sai số báo cáo, đặc biệt khi hỏi về các thông tin nhạy cảm trong việc sử dụng ma túy hoặc hành vi tình dục. Bệnh nhân có xu hướng đưa ra những câu trả lời thuận tiện thay vì trả lời phản ánh thực tế. Những người phỏng vấn cũng có thể đã né tránh việc hỏi cận kề bệnh nhân và do vậy điều này chắc chắn làm sai lệch số liệu. Tuy nhiên, sự đảm bảo tính riêng tư và bí mật trong nghiên cứu này dường như đã làm giảm tác động của các sai số trên.
4. Bệnh án và các thông tin tư vấn không đầy đủ nên điều này có thể tác động với tính chính xác của các kết quả trong nghiên cứu này. Hiện tại không có hệ thống nào giúp cho việc quản lý số liệu một cách rõ ràng tại Việt Nam và các số liệu thu thập tại Ngô Quyền (Hải Phòng) và Quận 6 (Tp. Hồ Chí Minh) rất bị hạn chế. Những thiếu hụt này có thể ảnh hưởng đến kết quả cuối cùng của nghiên cứu này (xem bên dưới).
5. Đây là một nghiên cứu thuần tập, bệnh nhân bỏ trị dường như làm sai lệch số liệu, đặc biệt đối với các chỉ số dựa trên các tỷ lệ phần trăm. Ví dụ, nghiên cứu bắt đầu với 965 bệnh nhân trước khi điều trị nhưng đến tháng thứ 24, 214 bệnh nhân đã bỏ trị. Những bệnh nhân này được coi là bị mất dấu. Sự thiếu hụt các thông tin liên quan đến bệnh nhân bỏ trị cũng có thể ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu.

VII. Kết luận và khuyến nghị

Kết luận

1. Tỷ lệ duy trì trong chương trình thí điểm MMT cao trong thời gian 2 năm nghiên cứu, cao hơn rất nhiều tỷ lệ duy trì được báo cáo trong các chương trình MMT của các nước khác. Trong tổng số 965 người tham gia vào chương trình, 171 bỏ trị tương đương với tỷ lệ bỏ trị trung bình là 8,3 trường hợp/1000 người-tháng.
2. Hầu hết bệnh nhân thể hiện sự tuân thủ điều trị tốt, và tỷ lệ bệnh nhân bỏ liều nhiều hơn 5 ngày (tại đó họ cần phải bắt đầu lại toàn bộ quá trình điều trị) là rất nhỏ và cũng giảm theo thời gian.
3. Báo cáo tác dụng phụ do Methadone cũng giảm theo thời gian, từ 75,2% bệnh nhân trong vòng 3 tháng đầu xuống còn 6,34% sau 24 tháng điều trị.
4. Liều Methadone trung bình hằng ngày trong chương trình cao hơn (105,7mg) so với liều Methadone trung bình sử dụng ở các nghiên cứu thực hiện ở các quốc gia khác. Trong nghiên cứu này, liều Methadone trung bình của bệnh nhân điều trị ARV là 175,4mg/ngày, cao hơn đáng kể so với những bệnh nhân không điều trị ARV (78,3mg/ngày).
5. Điều trị bằng Methadone giảm đáng kể việc dùng ma túy bất hợp pháp trong các bệnh nhân, trong số những người vẫn tiếp tục sử dụng heroin, tần suất tiêm chích giảm mạnh.
6. MMT làm giảm hành vi nguy cơ nhiễm HIV trong các bệnh nhân. Bên cạnh việc giảm tần suất tiêm chích, tỷ lệ dùng chung bơm kim tiêm cũng giảm. Sau 24 tháng nghiên cứu, chỉ có ba trường hợp dùng chung bơm kim tiêm được ghi nhận. Trong khi hoạt động tình dục giảm, việc sử dụng bao cao su tăng và chỉ có một trường hợp nhiễm HIV được phát hiện qua khoảng thời gian 2 năm.
7. Tình trạng sức khỏe thể chất và tâm thần của bệnh nhân cũng được cải thiện đáng kể trong thời gian nghiên cứu. Tại tháng thứ 24, tỷ lệ bệnh nhân có các tác dụng phụ của Methadone, và có khả năng từ các điều trị khác (ví dụ ARV và Lao) là 46,3%. Chỉ 4,4% bệnh nhân báo cáo bị lo âu sau hai năm điều trị so với gần 79% ở thời điểm bắt đầu.
8. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân tăng lên đáng kể, đặc biệt trong giai đoạn 3 tháng đầu sau khi bắt đầu điều trị.

9. Tỷ lệ bệnh nhân có việc làm tăng nhẹ và đều qua thời gian. Tuy nhiên, tỷ lệ bệnh nhân không làm việc toàn thời gian duy trì ở mức 40% sau 2 năm điều trị. Hầu hết bệnh nhân tham gia các công việc buôn bán trong gia đình.
10. Tỷ lệ bệnh nhân báo cáo có tham gia vào các hoạt động phạm tội giảm từ 40% tại thời điểm bắt đầu xuống 1,3% khi 24 tháng. Xung đột với gia đình và xã hội cũng thể hiện xu hướng giảm, gợi ý rằng MMT là một công cụ hữu hiệu cho việc tái hòa nhập cộng đồng.
11. Tỷ lệ bệnh nhân được chuyển gửi để và sử dụng các dịch vụ hỗ trợ duy trì ở mức thấp trong suốt thời gian theo dõi, đặc biệt đối với các dịch vụ hỗ trợ xã hội (ví dụ pháp lý hoặc hỗ trợ nghề). Các điểm điều trị MMT dường như tập trung hơn vào việc giới thiệu bệnh nhân tới các dịch vụ y tế như VCT và ARV.

Khuyến nghị

1. Với các kết quả tích cực từ chương trình MMT, khuyến nghị chương trình cần được mở rộng nhanh nhằm tăng độ bao phủ của chương trình tại Hải Phòng và Tp. Hồ Chí Minh. Chương trình cũng nên được mở rộng ở các tỉnh/thành phố khác trên toàn quốc nhằm đảm bảo nhiều người NCMT có thể hưởng lợi từ những thay đổi tích cực trong cuộc sống và một số lượng lớn hơn cộng đồng có thể nhận được những tác động tích cực từ chương trình MMT.
2. Hệ thống chuyển gửi nên được phát triển nhằm tạo điều kiện và điều phối việc tiếp cận tới các dịch vụ y tế và xã hội của bệnh nhân khi có nhu cầu.
3. Hướng dẫn quốc gia về điều trị Methadone nên được rà soát lại theo hướng cung cấp liều dùng tăng một cách thích hợp theo lịch cho nhiều loại bệnh nhân khác nhau (ví dụ bệnh nhân ARV và Lao). Các tiêu chuẩn đặc biệt nên được liệt kê nhằm xác định khi nào một bệnh nhân ổn định với Methadone, và hỗ trợ nhân viên điều trị trong việc theo dõi bệnh nhân ARV và bệnh nhân sử dụng các thuốc khác có tương tác với Methadone.
4. Chính quyền đại phương nên đề xuất thêm các hỗ trợ cho bệnh nhân MMT, đặc biệt là chương trình hỗ trợ xã hội trong đó tập trung vào:
 - Đào tạo nghề và tạo việc làm, và
 - Truyền thông giảm kỳ thị và phân biệt đối xử.
5. Cần triển khai các nghiên cứu khác nhằm xác định mô hình tối ưu cho việc phân phối MMT và các dịch vụ khác tại Việt Nam, và tập trung vào các vấn đề như các lý do tiềm tàng đối với việc bệnh nhân bỏ trị và tiếp tục sử dụng ma túy, các hỗ trợ và rào cản đối với bệnh nhân trong chương trình MMT.

Tài liệu tham khảo

1. UNAIDS, *2008 Report on the global IADS epidemic*. 2009.
2. Ministry of Public Security, *Report on prevention and control of drugs in 2008 and focal work plan for 2009*. Report at the 2008 annual review meeting on "Prevention and control of drugs abuse, prostitution and work plan for 2009" in Hanoi, Vietnam, 2009.
3. Nguyen AT, N.T., Pham KC, Le TG, Bui DT, Hoang TL, Saidel T, Detels R, *Intravenous drug use among street-based sex workers: a high-risk behavior for HIV transmission*. Sex Transm Dis., 2004. **31**(1): p. 15-9.
4. Nguyen, T.A., et al., *Risk factors for HIV-1 seropositivity in drug users under 30 years old in Haiphong, Vietnam*. Addiction, 2001. **96**(3): p. 405-13.
5. Ministry of Health - Vietnam Administration of HIV/AIDS Control, *Viet Nam HIV/AIDS Estimates and Projections 2007 - 2012*. Available at <http://www.unaids.org.vn/sitee/images/stories/EPP%20report%20EN.pdf>. 2009.
6. Metzger DS, W.G., McLellan AT, O'Brien CP, Druley P, Navaline H, DePhilippis D, Stolley P, Abrutyn E, *Human immunodeficiency virus seroconversion among intravenous drug users in- and out-of-treatment: an 18-month prospective follow-up*. J Acquir Immune Defic Syndr., 1993. **6**(9): p. 1049-56.
7. Kwiattkowski CF, B.R., *Methadone maintenance as HIV risk reduction with street-recruited injecting drug users*. J Acquir Immune Defic Syndr., 2001. **26**(5): p. 483-9.
8. Meandzija B, O.C.P., Fitzgerald B, Rounsaville BJ, Kosten TR, *HIV infection and cocaine use in methadone maintained and untreated intravenous drug users*. Drug Alcohol Depend., 1994. **36**(2): p. 109-13.
9. Camacho LM, B.N., Joe GW, Cloud MA, Simpson DD, *Gender, cocaine and during-treatment HIV risk reduction among injection opioid users in methadone maintenance*. Drug Alcohol Depend., 1996. **41**(1): p. 1-7.
10. Camacho LM, B.N., Joe GW, Simpson DD., *Maintenance of HIV risk reduction among injection opioid users: a 12 month posttreatment follow-up*. Drug Alcohol Depend., 1997. **47**(1): p. 11-8.
11. Dolan, K.A., et al., *A randomised controlled trial of methadone maintenance treatment versus wait list control in an Australian prison system*. Drug Alcohol Depend., 2003. **72**(1): p. 59-65.
12. Chatham LR, H.M., Rowan-Szal GA, Joe GW, Simpson DD, *Gender differences at admission and follow-up in a sample of methadone maintenance clients*. Subst Use Misuse., 1999. **34**(8): p. 1137-65.
13. King VL, K.M., Stoller KB, Brooner RK, *Influence of psychiatric comorbidity on HIV risk behaviors: change during drug abuse treatment*. J Addict Dis. ;, 2000. **19**(4): p. 65-83.
14. Magura S, S.Q., Freeman RC, Lipton DS., *Changes in cocaine use after entry to methadone treatment*. J Addict Dis., 1991. **10**(4): p. 31-45.
15. Pang, L., et al., *Effectiveness of first eight methadone maintenance treatment clinics in China*. Aids, 2007. **21** Suppl 8: p. S103-7.

16. Bertschy, G., *Methadone maintenance treatment: an update*. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 1995. **245**(2): p. 114-24.
17. Moss, A.R., et al., *HIV seroconversion in intravenous drug users in San Francisco, 1985-1990*. Aids, 1994. **8**(2): p. 223-31.
18. Lee, K.C., W.W. Lim, and S.S. Lee, *High prevalence of HCV in a cohort of injectors on methadone substitution treatment*. J Clin Virol, 2008. **41**(4): p. 297-300.
19. Giacomuzzi, S.M., et al., *Sublingual buprenorphine and methadone maintenance treatment: a three-year follow-up of quality of life assessment*. ScientificWorldJournal, 2005. **5**: p. 452-68.
20. Joseph H, S.S., Langrod J, *Methadone maintenance treatment (MMT): a review of historical and clinical issues*. Mt Sinai J Med., 2000. **67**(5-6): p. 347-64.
21. MARTA TORRENS, L.S., ALBA MARTINEZ, CLAUDIO CASTILLO, ANTONIA DOMINGO-SALVANY, JORDI ALONSO, *Use of the Nottingham Health Profile for measuring health status of patients in methadone maintenance treatment*. Addiction, 2006. **92**(6): p. 707 - 716.
22. Ward, J., W. Hall, and R.P. Mattick, *Role of maintenance treatment in opioid dependence*. Lancet, 1999. **353**(9148): p. 221-6.
23. Willenbring, M.L., et al., *Psychoneuroendocrine effects of methadone maintenance*. Psychoneuroendocrinology, 1989. **14**(5): p. 371-91.
24. Winklbaur, B., et al., *Quality of life in patients receiving opioid maintenance therapy. A comparative study of slow-release morphine versus methadone treatment*. Eur Addict Res, 2008. **14**(2): p. 99-105.
25. Xiao, L., et al., *Quality of life of outpatients in methadone maintenance treatment clinics*. J Acquir Immune Defic Syndr, 2010. **53** Suppl 1: p. S116-20.
26. Ministry of Health, *Therapeutic guidelines on treatment of opiate addiction by Methadone*. 2007.
27. MOH, *Guidelines on Methadone Substitution Therapy for the Treatment of Opium Substance Dependence*. Medical publishing House, 2011.
28. Ministry of Health, *Results from the HIV/STI Integrated Biological and Behavioral Surveillance (IBBS) in Vietnam 2005-2006*. available at http://www.unaids.org.vn/sitee/upload/publications/ibbs_en.pdf, 2006.
29. Ministry of Labor, I.a.S.A., *Survey report on drug user in 2001*. 2001.
30. Ho Chi Minh PAC, *Analysis and Advocacy: Tendency of HIV/AIDS in Ho Chi Minh City in the future*. 2006.
31. McLellan, A.T., et al., *An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index*. J Nerv Ment Dis, 1980. **168**(1): p. 26-33.
32. WHO, *Quality of life (WHOQOL) - BREF*. Available at http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/en/english_whoqol.pdf, 2004.
33. Kessler, R.C., et al., *Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress*. Psychol Med, 2002. **32**(6): p. 959-76.

34. H M Rhoades, D.C., R Elk, J Schmitz, and J Grabowski, *Retention, HIV risk, and illicit drug use during treatment: methadone dose and visit frequency*. Am J Public Health, 1998. **88**(1): p. 34-39.
35. Sees KL, D.K., Masson C, Rosen A, Clark HW, Robillard H, Banys P, Hall SM., *Methadone maintenance vs 180-day psychosocially enriched detoxification for treatment of opioid dependence: a randomized controlled trial*. JAMA., 2000. **283**(10): p. 1303-10.
36. Rosenbaum, M., *Staying off methadone maintenance*. J Psychoactive Drugs, 1991. **23**(3): p. 251-60.
37. Ministry of Health, N., FHI360., *The HIV/STI Integrated Behavioral and Biological Surveillance in Vietnam 2006*. . 2007, Available at:http://www.fhi360.org/en/HIVAIDS/pub/survreports/res_IBBS_2005-6_Vietnam.htm: Vietnam.
38. Connock, M., et al., *Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence: a systematic review and economic evaluation*. Health Technol Assess, 2007. **11**(9): p. 1-171, iii-iv.
39. Vlahov, D., *HIV seroconversion studies among intravenous drug users*. Aids, 1994. **8**(2): p. 263-5.
40. Brown, R., et al., *Methadone maintenance and male sexual dysfunction*. J Addict Dis, 2005. **24**(2): p. 91-106.
41. Guohong Chen, T.F., *Impact of One-Year Methadone Maintenance Treatment in Heroin Users in Jiangsu Province, China*. Substance Abuse: Research and Treatment, 2009. **3**: p. 361-70.
42. New South Wales Health Department, *NSW Methadone Maintenance Treatment - Clinical Practice Guideline available at http://www.opiateaddictionrx.info/pdfs/methadone_clinicalpractice_guidelines.pdf*. NSW Health, 1999.
43. Hartel, D.M. and E.E. Schoenbaum, *Methadone treatment protects against HIV infection: two decades of experience in the Bronx, New York City*. Public Health Rep, 1998. **113** Suppl 1: p. 107-15.
44. Simoons, S., et al., *The effectiveness of community maintenance with methadone or buprenorphine for treating opiate dependence*. Br J Gen Pract, 2005. **55**(511): p. 139-46.
45. Cicero, T.J., et al., *Function of the male sex organs in heroin and methadone users*. N Engl J Med, 1975. **292**(17): p. 882-7.
46. Pollack, H.A. and T. D'Aunno, *Dosage patterns in methadone treatment: results from a national survey, 1988-2005*. Health Serv Res, 2008. **43**(6): p. 2143-63.
47. Spring, W.D., Jr., M.L. Willenbring, and T.L. Maddux, *Sexual dysfunction and psychological distress in methadone maintenance*. Int J Addict, 1992. **27**(11): p. 1325-34.
48. Mendelson J.H, M.N.K., *Plasma testosterone levels during chronic heroin use and protracted abstinence. A study of Hong Kong addicts*. Clin. Pharmacol. Ther., 1975. **17**: p. 529-33.
49. Randall T. Brown, M.Z., *Opioid Substitution with Methadone and Buprenorphine: Sexual Dysfunction as a Side Effect of Therapy*. Heroin Addict Relat Clin Probl ; (), 2007. **9**(1): p. 35-44.