

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
BỎ ĐIỀU TRỊ METHADONE Ở BỆNH NHÂN NGHIỆN CÁC
CHẤT DẠNG THUỐC PHIỆN TẠI HẢI PHÒNG, 2014 - 2016**

LUẬN VĂN TIẾN SĨ TẾ CÔNG CỘNG

HẢI PHÒNG – 2018

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**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG

NGƯỜI HƯỚNG DẪN KHOA HỌC:

- 1. PGS.TS. PHẠM VĂN HÁN**
- 2. PGS. TS. PHẠM MINH KHUÊ**

HẢI PHÒNG - 2018

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan công trình nghiên cứu này do chính tôi thực hiện. Các số liệu, kết quả trong luận án là trung thực và chưa được ai công bố trong bất kỳ công trình nào khác.

Hải phòng, ngày 02 tháng 05 năm 2018



NCS. Nguyễn Thị Thắm

LỜI CẢM ƠN

Tôi xin gửi lời cảm ơn chân thành tới Ban Giám hiệu, Phòng đào tạo sau đại học, Khoa Y tế công cộng và các Phòng ban liên quan, Trường đại học Y Dược Hải Phòng đã tạo điều kiện giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập.

Tôi bày tỏ lòng biết ơn chân thành và sâu sắc đến PGS. TS Phạm Văn Hán, PGS. TS. Phạm Minh Khuê, người Thầy đã tận tâm chỉ bảo và giành nhiều quan tâm giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập cũng như thực hiện luận án.

Tôi xin chân thành cảm ơn lãnh đạo, cán bộ y tế và bệnh nhân tại các cơ sở điều trị methadone Hải An, An Dương, An Lão, Hồng Bàng, Kiến An, thành phố Hải Phòng đã giúp đỡ tôi trong quá trình thu thập số liệu và triển khai nghiên cứu cho luận án.

Tôi xin chân thành cảm ơn Thầy cô, đồng nghiệp và bạn bè đã động viên tinh thần và giúp đỡ tôi rất nhiều trong quá trình học tập và thực hiện luận án.

Cuối cùng tôi gửi tấm lòng cảm ơn tới chồng, con và những người thân trong gia đình đã chia sẻ, ủng hộ và tạo điều kiện cho tôi trong suốt quá trình học tập, công tác.

Hải Phòng, ngày 02 tháng 05 năm 2018



NCS. Nguyễn Thị Thắm

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome (Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải)
ATS	Amphetamine Type Stimulants (Chất kích thích loại Amphetamine)
BN	Bệnh nhân
CDTP	Chất dạng thuốc phiện
CSHQ	Chỉ số hiệu quả
CLCS	Chất lượng cuộc sống
ĐTNC	Đối tượng nghiên cứu
FHI	Family Health Internatoinal (Tổ chức sức khỏe gia đình Quốc tế)
GDĐĐ	Giáo dục đồng đẳng
HIV	Human Immunodeficiency Virus (Virus gây suy giảm miễn dịch ở người)
HQCT	Hiệu quả can thiệp
MMT	Methadone Maintenance Treatment (Điều trị duy trì methadone)
TCMT	Tiêm chích ma túy
THCS	Trung học cơ sở
THPT	Trung học phổ thông
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (Chương trình HIV/AIDS của liên hiệp quốc)
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime (Văn phòng liên hiệp quốc về ma túy và tội phạm)
WHO	World Health Organization (Tổ chức y tế thế giới)
WHOQOL - BREF	World Health Organization Quality of life (Thang đo chất lượng cuộc sống của Tổ chức y tế thế giới)

MỤC LỤC

LỜI CAM ĐOAN.....	i
LỜI CẢM ƠN	ii
DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT.....	iii
MỤC LỤC.....	iv
DANH MỤC BẢNG.....	vi
DANH MỤC HÌNH	x
ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1: TỔNG QUAN.....	3
1.1. Thực trạng sử dụng ma túy trên thế giới và Việt nam.	3
1.2. Tác động đến sức khỏe, gia đình và xã hội.....	6
1.3. Yếu tố liên quan đến nghiện các ma túy.....	12
1.4. Điều trị nghiện ma túy	17
1.5. Điều trị nghiện các CDTP bằng methadone.	23
1.6. Một số nghiên cứu về tuân thủ điều trị methadone.....	28
1.7. Một số can thiệp tăng cường tuân thủ điều trị methadone.....	30
Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	35
2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu	35
2.2. Phương pháp nghiên cứu	36
2.3. Thu thập thông tin.....	49
2.4. Phương pháp xử lý số liệu	52
2.5. Đạo đức trong nghiên cứu	53
Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	55
3.1. Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến bỏ điều trị methadone tại Hải Phòng... 55	
3.1.1. Tỷ lệ bỏ điều trị ở bệnh nhân điều trị methadone trong 3 năm.....	55
3.1.2. Một số yếu tố liên quan đến bỏ điều trị methadone	58
3.2. Hiệu quả can thiệp tăng cường tuân thủ điều trị cho bệnh nhân.....	81
3.2.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu	81
3.2.2. Hỗ trợ của đồng đẳng viên	83
3.2.3. Hỗ trợ của cán bộ y tế	85
3.2.4. Tăng cường tuân thủ điều trị methadone.	88
3.2.5. Cải thiện chất lượng cuộc sống.....	93

Chương 4: BÀN LUẬN..... 95

- 4.1. Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến bỏ điều trị methadone tại Hải phòng... 95
 - 4.1.1. Tỷ lệ bỏ điều trị ở bệnh nhân điều trị methadone trong 3 năm..... 95
 - 4.1.2. Một số yếu tố liên quan đến bỏ điều trị methadone 99
- 4.2. Hiệu quả can thiệp tăng cường tuân thủ điều trị cho bệnh nhân..... 116
 - 4.2.1. Hỗ trợ của đồng đẳng viên và cán bộ y tế..... 117
 - 4.2.2. Tuân thủ điều trị và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân 120
- 4.3. Điểm mới và hạn chế của nghiên cứu..... 128

KẾT LUẬN 130

- 1. Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến bỏ điều trị methadone tại Hải phòng 130
 - 1.1. Tỷ lệ bỏ điều trị ở bệnh nhân điều trị methadone trong 3 năm..... 130
 - 1.2. Một số yếu tố liên quan đến bỏ điều trị Methadone..... 130
- 2. Hiệu quả can thiệp tăng cường tuân thủ điều trị cho bệnh nhân..... 131
 - 2.1. Tăng cường tuân thủ điều trị..... 131
 - 2.2. Cải thiện chất lượng cuộc sống..... 131

KHUYẾN NGHỊ..... 132

TÀI LIỆU THAM KHẢO

PHỤ LỤC

Phụ lục 01: Đồng thuận tham gia nghiên cứu bệnh chứng

Phụ lục 02: Phiếu phỏng vấn nghiên cứu bệnh chứng

Phụ lục 03: Đồng thuận tham gia nghiên cứu can thiệp

Phụ lục 04: Phiếu phỏng vấn bệnh nhân trước và sau nghiên cứu can thiệp

Phụ lục 05: Mẫu thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án

Phụ lục 06: Các bài giảng cập nhật kiến thức

Phụ lục 07: Tờ rơi truyền thông

Phụ lục 08: Xác nhận của các cơ sở thu thập số liệu

Phụ lục 09: Danh sách bệnh nhân tham gia nghiên cứu

Phụ lục 10: Một số hình ảnh triển khai nghiên cứu

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1: Ước tính sử dụng các loại ma túy trên toàn cầu, năm 2013	4
Bảng 1.2: Ước tính số lượng và tỷ lệ người TCMT trong dân số chung ở độ tuổi 15-64	6
Bảng 1.3: Ước tính số lượng và tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm TCMT, 2013 ...	7
Bảng 1.4: Các yếu tố liên quan đến nghiện ma túy	16
Bảng 3.1: Tỷ lệ bỏ điều trị methadone trong ba năm tại Hải Phòng	56
Bảng 3.2: Ng. nhân bỏ điều trị methadone, số liệu theo hồ sơ phòng khám ..	57
Bảng 3.3: Đặc điểm dân số học của ĐTNC	58
Bảng 3.4: Đặc điểm gia đình của ĐTNC	59
Bảng 3.5: Đặc điểm nghề nghiệp của ĐTNC.....	60
Bảng 3.6: Tiền sử phạm pháp của ĐTNC	60
Bảng 3.7: Tiền sử sử dụng ma túy trước điều trị methadone của ĐTNC	61
Bảng 3.8: Tiền sử đã từng cai nghiện ma túy của ĐTNC	62
Bảng 3.9: Phân bố triệu chứng tâm thần của ĐTNC	63
Bảng 3.10: Phân bố liều methadone đang điều trị của ĐTNC.....	64
Bảng 3.11: Phân bố tỷ lệ sử dụng ma túy trong tháng qua của ĐTNC.....	65
Bảng 3.12: Phân bố sử dụng rượu và có bạn sử dụng ma túy của ĐTNC	66
Bảng 3.13: Phân bố mắc các bệnh mạn tính của ĐTNC.....	66
Bảng 3.14. Điểm chất lượng cuộc sống của ĐTNC theo WHOQOL-BREF .	67
Bảng 3.15. Đánh giá chung về điểm CLCS của ĐTNC theo WHOQOL-BREF	68
Bảng 3.16: Tỷ lệ ĐTNC có vấn đề về SLCS theo EQ – 5D3L	69
Bảng 3.17: Số ngày bỏ trị trung bình của ĐTNC trong 3 tháng qua	70
Bảng 3.18: Phân bố mức độ bỏ điều trị ở nhóm bệnh nhân bỏ điều trị	70
Bảng 3.19: Nguyên nhân bỏ điều trị methadone.....	71
Bảng 3.20: Liên quan giữa giới tính với tình trạng bỏ điều trị	72

Bảng 3.21: Liên quan giữa nhóm tuổi với tình trạng bỏ điều trị	72
Bảng 3.22: Liên quan giữa trình độ học vấn với tình trạng bỏ điều trị.....	73
Bảng 3.23: Liên quan giữa nghề nghiệp với tình trạng bỏ điều trị	73
Bảng 3.24: Liên quan giữa tình trạng có con với tình trạng bỏ điều trị.....	74
Bảng 3.25: Liên quan giữa nhớ uống thuốc 3 tháng qua với tình trạng bỏ điều trị	74
Bảng 3.26: Liên quan giữa liều methadone hiện tại với tình trạng bỏ điều trị	75
Bảng 3.27: Liên quan giữa khoảng cách từ nhà đến cơ sở uống thuốc với tình trạng bỏ điều trị	75
Bảng 3.28: Liên quan giữa sử dụng heroin trong điều trị methadone với tình trạng bỏ điều trị	76
Bảng 3.29: Liên quan giữa nước tiểu (+) heroin với tình trạng bỏ điều trị	76
Bảng 3.30: Liên quan giữa có bạn bè đang sử dụng heroin với tình trạng bỏ điều trị.....	77
Bảng 3.31: Liên quan giữa sử dụng rượu với tình trạng bỏ điều trị	77
Bảng 3.32: Liên quan giữa tình trạng nhiễm HIV với tình trạng bỏ điều trị ..	78
Bảng 3.33: Liên quan giữa tình trạng nhiễm HBV với tình trạng bỏ điều trị.	78
Bảng 3.34: Liên quan giữa tình trạng nhiễm HCV với tình trạng bỏ điều trị.	79
Bảng 3.35: Liên quan giữa có triệu chứng tâm thần (lo âu, trầm cảm, có ý định tự sát) trong 3 tháng qua với tình trạng bỏ điều trị	79
Bảng 3.36: Phân tích đa biến các yếu tố liên quan đến tình trạng bỏ điều trị	80
Bảng 3.37: Đặc điểm dân số học của ĐTNC can thiệp (n=435)	81
Bảng 3.38: Đặc điểm dân số học của ĐTNC (n=435)	82
Bảng 3.39: Sự thay đổi về mức độ hài lòng với hỗ trợ của ĐĐV của BN tại thời điểm trước và sau can thiệp	83
Bảng 3.40: HQCT đối với hỗ trợ của ĐĐV với BN điều trị methadone	84

Bảng 3.41: Sự thay đổi về mức độ hài lòng với ĐĐV của BN tại thời điểm trước và sau can thiệp.....	84
Bảng 3.42: HQCT về hài lòng đối với ĐĐV của BN điều trị methadone	85
Bảng 3.43: Sự thay đổi hài lòng về hỗ trợ ở mức rất nhiều với CBYT của BN tại thời điểm trước và sau can thiệp	85
Bảng 3.44: HQCT đối với hỗ trợ của CBYT với BN điều trị methadone	86
Bảng 3.45: Sự thay đổi về hài lòng với CBYT ở mức rất nhiều của BN tại thời điểm trước và sau can thiệp.....	87
Bảng 3.46: HQCT về hài lòng đối với CBYT của BN điều trị methadone	87
Bảng 3.47: Sự thay đổi về bỏ > 3 ngày uống methadone trong 3 tháng qua của BN tại thời điểm trước và sau can thiệp.....	88
Bảng 3.48: HQCT với bỏ trên 3 ngày uống methadone trong 3 tháng qua	88
Bảng 3.49: Sự thay đổi về bỏ trên 3 ngày uống methadone liên tục trong 3 tháng qua của BN tại thời điểm trước và sau can thiệp	89
Bảng 3.50: HQCT đối với bỏ trên 3 ngày uống methadone liên tục trong 3 tháng qua	89
Bảng 3.51: Sự thay đổi xét nghiệm nước tiểu dương tính với heroin trong lần xét nghiệm gần đây nhất của BN tại thời điểm trước và sau can thiệp.....	90
Bảng 3.52: HQCT đối với xét nghiệm nước tiểu dương tính với heroin trong lần xét nghiệm gần đây nhất ở BN điều trị methadone.....	90
Bảng 3.53: Sự thay đổi hiện tại còn sử dụng heroin của BN tại thời điểm trước và sau can thiệp	91
Bảng 3.54: HQCT đối với hiện tại còn sử dụng heroin ở BN điều trị methadone	91
Bảng 3.55: Sự thay đổi về có bạn sử dụng ma túy của BN tại thời điểm trước và sau can thiệp	92
Bảng 3.56: HQCT đối với có bạn đang sử dụng ma túy.....	92

Bảng 3.57: Sự thay đổi về tỷ lệ BN có biểu hiện lo lắng, trầm buồn trong 3 tháng qua tại thời điểm trước và sau can thiệp	93
Bảng 3.58: HQCT với BN có biểu hiện lo lắng, trầm buồn trong 3 tháng qua	93
Bảng 3.59: Sự thay đổi về CLCS của BN tại thời điểm trước và sau can thiệp theo WHOQOL-BREF	94

TaiLieu.vn

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1: Số lượng và tỷ lệ người sử dụng ma túy bất hợp pháp năm 2006-2013	3
Hình 1.2: Điều trị lệ thuộc ma túy bằng dược lý theo khu vực trên toàn cầu	19
Hình 1.3: Điều trị nghiện ma túy theo khu vực trên toàn cầu.....	20
Hình 2.1: Sơ đồ nghiên cứu mô tả và nghiên cứu bệnh chứng	42
Hình 2.2: Sơ đồ can thiệp so sánh trước sau có đối chứng	45
Hình 3.1: Kết quả thu thập số liệu nghiên cứu theo dấu kết hợp bệnh chứng	55
Hình 3.2: Tỷ lệ các hình thức cai nghiện trước khi điều trị methadone	62
Hình 3.3: Tỷ lệ ĐTNC có các triệu chứng tâm thần	63
Hình 3.4: Tỷ lệ bệnh nhân hiện tại có tác dụng phụ của methadone	65
Hình 3.5: Phân bố tỷ lệ ĐTNC mắc một số bệnh mạn tính	67

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 [151]. Điều này là do mối quan hệ giữa sử dụng ma túy với sức khỏe tâm thần [117], tiêm chích ma túy, HIV/AIDS [61, 154], viêm gan [98, 141] và tử vong do quá liều [43, 69, 163].

Trước đây, Việt Nam có các hình thức cai nghiện tại cộng đồng, gia đình và các trung tâm chữa bệnh – giáo dục – lao động xã hội với biện pháp bắt buộc và tự nguyện. Tuy nhiên, tỷ lệ tái nghiện cao (>90%) sau hết thời gian cai nghiện khoảng 2 năm [31]. Năm 2008, Việt Nam thí điểm chương trình điều trị nghiện các CDTP bằng methadone tại Hải Phòng và thành phố Hồ Chí Minh [32]. Chương trình thí điểm cho thấy điều trị 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 [32]. Năm 2013, chính phủ Việt nam phê duyệt đề án đổi mới công tác cai nghiện ma túy ở Việt Nam đến năm 2020 [26]. Đến 3/2017 cả nước có 280 cơ sở methadone tại 63 tỉnh, thành phố, điều trị cho 51.318 người bệnh [10].

Lợi ích của điều trị methadone: giảm sử dụng ma túy bất hợp pháp; giảm lây nhiễm HIV, viêm gan B, viêm gan C; giảm tử vong do tiêm chích quá liều; cải thiện chất lượng cuộc sống (CLCS) của người nghiện; cải thiện mối quan hệ của người nghiện với gia đình và cộng đồng; giảm các hành vi phạm tội [78] và tiết kiệm chi phí cho các vấn đề khác phát sinh như vấn đề pháp luật, y tế ... [3]. Để đạt được thành công này đòi hỏi bệnh nhân cần tuân thủ điều trị theo quy định của chương trình điều trị [5, 6].

Methadone là một CDTP tổng hợp, có tác dụng dược lý tương tự các CDTP khác (đồng vận) như heroin [6]. Do vậy, khi bệnh nhân nghiện các

CDTP được điều trị bằng methadone ở liều thỏa đáng, bệnh nhân sẽ không còn có nhu cầu sử dụng heroin. Ngược lại, 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 [76]. Bệnh nhân đến cơ sở uống thuốc hàng ngày là tiêu chí quan trọng để đánh giá tuân thủ điều trị [5, 6]. Tuân thủ kém có thể làm tăng đáng kể nguy cơ tái nghiện và dự đoán thất bại điều trị [76]. Tuy nhiên, tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị thấp [80, 125, 140, 166], giảm dần theo thời gian tham gia điều trị [1, 76, 87, 125, 159] và phụ thuộc nhiều vào các hoạt động hỗ trợ bệnh nhân trong quá trình điều trị từ phía cơ sở điều trị, gia đình, bạn bè, người cùng uống methadone và xã hội [5, 6].

Mô hình điều trị methadone hiện nay đã có trên cả nước [10] và ngày càng được mở rộng [26], do vậy nghiên cứu thực trạng tuân thủ điều trị, nhất là bỏ điều trị ở bệnh nhân điều trị methadone 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.

Vấn đề đặt ra là thực trạng bỏ điều trị methadone của bệnh nhân tại Hải phòng hiện nay như thế nào? Yếu tố nào liên quan đến tình trạng bỏ điều trị methadone tại Hải phòng? Giải pháp can thiệp giáo dục sức khỏe dựa vào cộng đồng tại Hải Phòng có hiệu quả như thế nào? Để trả lời những câu hỏi trên, chúng tôi tiến hành đề tài ***“Nghiên cứu thực trạng và giải pháp can thiệp bỏ điều trị methadone ở bệnh nhân nghiện các chất dạng thuốc phiện tại Hải Phòng, 2014 - 2016”*** với mục tiêu:

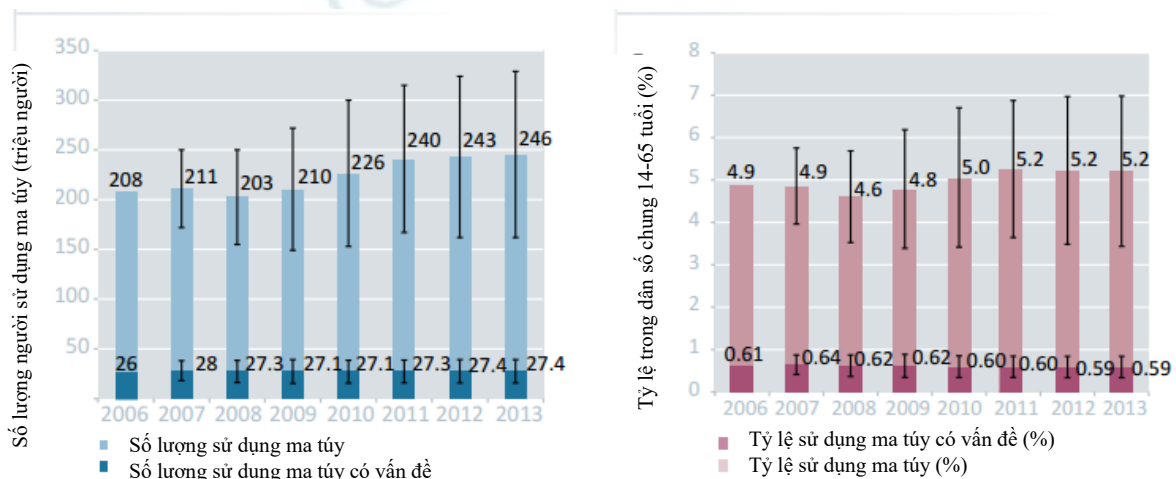
1. *Mô tả thực trạng và một số yếu tố liên quan đến tình trạng bỏ điều trị methadone tại Hải Phòng năm 2014-2015*
2. *Đánh giá hiệu quả truyền thông giáo dục sức khỏe dựa vào cộng đồng tại cơ sở điều trị methadone*

Chương 1: TỔNG QUAN

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

1.1.1. Trên thế giới.

Đến năm 2013, Văn phòng liên hiệp quốc về ma túy và tội phạm (UNODC) ước tính, trên thế giới có 246 triệu người, hoặc cứ 20 người có một người sử dụng một loại ma túy trái phép ở độ tuổi từ 15 đến 64 tuổi. Tương đương 5,2% dân số sử dụng ma túy. Có khoảng 27 triệu người hoặc 0,6% dân số trong độ tuổi từ 15 đến 64 sử dụng ma túy có vấn đề bao gồm các rối loạn do sử dụng ma túy và sự lệ thuộc vào ma túy [151]. Mức độ sử dụng ma túy bất hợp pháp khác nhau theo giới tính và các quốc gia [152].



Hình 1.1: Số lượng và tỷ lệ người sử dụng ma túy bất hợp pháp năm 2006-2013 [151]

Mặc dù việc sử dụng các CDTP trên thế giới nói chung ổn định. Nhưng tại châu Mỹ và châu Âu, việc sử dụng cocain đã giảm trong khi việc sử dụng cần sa và opioid ngoài mục đích y tế tiếp tục tăng. Việc sử dụng chất kích thích loại Amphetamine (ATS) thay đổi tùy vùng, một số khu vực như Đông Nam Á đã báo cáo gia tăng tình trạng sử dụng methamphetamine. Các chất hướng thần mới (NPS) được bán trên thị trường thay thế cho các loại thuốc bị

kiểm soát và các ma túy truyền thống. Nó có tiềm năng gây nguy hiểm nghiêm trọng đến sức khỏe và an toàn xã hội. Các thông tin và nghiên cứu về tác hại của các chất hướng thần mới còn giới hạn, nhưng ước tính có khoảng 500 loại, bao gồm cả mephedrome, đặt ra mối đe dọa cho sức khỏe người sử dụng ma túy và tăng nhu cầu điều trị nghiện các chất hướng thần mới. Mức độ sử dụng ma túy có vấn đề - những người sử dụng thường xuyên hoặc nghiện - là 27 triệu người [151].

Ma túy nhóm Opioids (chất dạng thuốc phiện): là những chất có nguồn gốc thuốc phiện và những chất có đặc điểm dược lý tương tự thuốc phiện (Opiates), bao gồm: thuốc phiện, Morphin, Heroin, Codein, Pethidin, Buprenorphin, Methadone, Levo- alpha- acetyl-methadon (LAAM)....[121].

Bảng 1.1: Ước tính sử dụng các loại ma túy trên toàn cầu, năm 2013 [151]

	Tỷ lệ % người dân sử dụng ma túy		Số lượng người sử dụng ma túy (nghìn)	
	Thấp	Cao	Thấp	Cao
Cần sa	2,7	4,9	128,480	232,070
Opioids	0,6	0,8	27,990	37,560
Opioids	0,3	0,4	12,920	20,460
Cocain	0,3	0,4	12800	20,730
Amphetamines	0,3	1,1	13.870	53,870
Ecstasy	0,2	0,6	9,340	28,390
Tất cả ma túy bất hợp pháp	3,4	7,0	162,000	329,000

Năm 2014, ước tính khoảng 32,4 triệu người sử dụng các CDTP tương ứng với 0,7% dân số thế giới, chỉ đứng thứ hai sau cần sa [151].

Ở các nước châu Á, hàng năm có 1,9% số người ở độ tuổi 15-64 tuổi sử dụng cần sa, tiếp theo là ATS (không bao gồm "thuốc lắc") là 0,7%, "thuốc lắc" 0,4 %, thuốc phiện 0,35% và cocain 0,05% [152].

1.1.2. Tại Việt Nam

Năm 2015, Chính phủ thống kê có 201.180 người nghiện ma túy có hồ sơ quản lý [14]. Số người sử dụng ma túy thực tế sẽ 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 [4]. Trong đó chủ yếu là nam giới (94%), dưới 30 tuổi (70%). Ma túy được ghi nhận có 4 nhóm: heroin, thuốc phiện, Cannabis và Amphetamine loại ATS, nhưng sử dụng nhiều nhất là heroin (70%) và chủ yếu sử dụng qua đường tiêm chích. Có khoảng 65% tổng số người nghiện ma túy là sử dụng qua đường tiêm chích, tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm này là 42%. Người nghiện ma túy đã có trên 63/63 tỉnh, thành phố, khoảng 90% quận, huyện, thị xã và gần 60% xã, phường, thị trấn trên cả nước.

Loại ma túy được sử dụng và hình thức sử dụng ma túy cũng có nhiều thay đổi phức tạp. Thay cho vai trò của thuốc phiện trong hơn 10 năm trước đây, heroin hiện là loại ma túy được sử dụng chủ yếu ở Việt Nam, có tới 96,5% người nghiện thường xuyên sử dụng heroin trước khi tham gia cai nghiện. Mặc dù tỷ lệ người nghiện CDTP và các chất kích thích dạng Amphetamine (ATS hay ma túy tổng hợp) tương đương nhau, khoảng 1,2% - 1,4% nhưng theo đánh giá của UNODC, việc lạm dụng ATS, đặc biệt là Methamphetamine, đang có xu hướng gia tăng trong người nghiện ma túy tại Việt Nam, nhất là khi Việt Nam nằm trong khu vực Đông Nam Á là khu vực chiếm $\frac{1}{2}$ số người lạm dụng loại ma túy này trên toàn thế giới. Việc gia tăng lạm dụng các loại ma túy tổng hợp khiến cho công tác phòng ngừa và cai nghiện phục hồi cho nhóm người nghiện ma túy gặp rất nhiều khó khăn [155].

Như vậy, có thể thấy tình hình lạm dụng ma túy ở Việt Nam vẫn đang diễn biến phức tạp và có xu hướng gia tăng cùng với việc xuất hiện nhiều loại

ma túy mới, hình thức sử dụng ma túy không an toàn làm tăng nguy cơ lây nhiễm HIV.

1.2. Tác động đến sức khỏe, gia đình và xã hội

1.2.1. Tác động đến sức khỏe của người sử dụng ma túy

Có hàng triệu người TCMT khắp thế giới. Trong số những người sử dụng ma túy, người TCMT là một trong những nhóm thiệt thòi và dễ bị tổn thương. Họ thường khó khăn trong tiếp cận các dịch vụ y tế, kinh tế xã hội và pháp luật, không ít trong số họ có nguy cơ tử vong cao hơn so với dân số nói chung. UNODC, Tổ chức y tế thế giới (WHO), Chương trình HIV/AIDS của liên hiệp quốc (UNAIDS) và Ngân hàng thế giới (WB) ước tính năm 2013 trên toàn thế giới có khoảng 12.190.000 người TCMT, tương đương với 0,26% dân số ở lứa tuổi từ 15-64 [151].

Bảng 1.2: Ước tính số lượng và tỷ lệ người TCMT trong dân số chung ở độ tuổi 15-64 [151]

Vùng	Tiểu vùng	Người tiêm chích ma túy					
		Số lượng ước tính			Tỷ lệ %		
		Thấp	Trung bình	Cao	Thấp	Trung bình	Cao
Châu Phi		330.000	1.000.000	5.590.000	0,05	0,16	0,91
Châu Mỹ		2.150.000	2.820.000	3.970.000	0,34	0,44	0,62
	Nam Mỹ	1.780.000	2.070.000	2.380.000	0,56	0,65	0,75
	Mỹ la tinh và Caribbean	370.000	750.000	1.590.000	0,11	0,23	0,49
Châu Á		3.380.000	4.560.000	6.110.000	0,12	0,16	0,21
	Trung tâm Châu Á	360.000	410.000	470.000	0,66	0,75	0,87
	Đông và Đông Nam Á	2.330.000	3.150.000	4.300.000	0,15	0,20	0,27
	Tây Nam Á	400.000	670.000	940.000	0,22	0,37	0,51
	Trung Đông Á	30.000	70.000	130.000	0,03	0,08	0,13
	Nam Á	250.000	260.000	260.000	0,03	0,03	0,03
Châu Âu		2.500.000	3.680.000	5.630.000	0,45	0,67	1,02
	Đông và Đông Nam Âu	1.790.000	2.910.000	4.780.000	0,78	1,27	2,09
	Tây và trung tâm Âu	710.000	770.000	850.000	0,22	0,24	0,26
Châu Đại Dương		120.000	130.000	160.000	0,49	0,53	0,66
Toàn cầu		8.480.000	12.190.000	21.460.000	0,18	0,26	0,46

1.2.1.1. Gánh nặng nhiễm HIV trong nhóm TCMT vẫn tiếp tục cao ở nhiều khu vực

UNODC, WHO, UNAIDS và WB ước tính, trên toàn cầu có khoảng 1.650.000 người TCMT sống chung với HIV, tương ứng với 13,5% người TCMT có HIV (+) [150]. Hai khu vực nổi bật với tỷ lệ nhiễm HIV cao trong nhóm người TCMT là Tây Nam Á và Đông Nam Á với tỷ lệ lần lượt là 29% và 23%.

Bảng 1.3: Ước tính số lượng và tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm TCMT, 2013

Vùng	Tiểu vùng	Người nhiễm HIV tiêm chích ma túy			
		Số lượng ước tính			Tỷ lệ %
		Thấp	Trung bình	Cao	Ước lượng tốt nhất
Châu Phi		30.000	112.000	1.582.000	11,2
Châu Mỹ		167.000	237.000	416.000	8,4
	Nam Mỹ	141.000	182.000	248.000	8,8
	Mỹ la tinh và Caribbean	26.000	55.000	168.000	7,3
Châu Á		373.000	576.000	993.000	12,6
	Trung tâm Châu Á	26.000	31.000	40.000	7,5
	Đông và Đông Nam Á	211.000	329.000	612.000	10,5
	Tây Nam Á	90.000	196.000	312.000	29,3
	Trung Đông Á	1.000	3.000	9.000	3,8
	Nam Á	17.000	17.000	18.000	6,8
Châu Âu		373.000	724.000	1.428.000	19,7
	Đông và Đông Nam Âu	322.000	665.000	1.359.000	22,8
	Tây và trung tâm Âu	51.000	59.000	69.000	7,6
Châu Đại Dương		1.000	1.000	2.000	1,0
Toàn cầu		915.000	1.651.000	4.221.000	13,5

Liên quan đến TCMT, WHO, UNODC và UNAIDS ước tính có 12,7 triệu người TCMT, tương ứng với tỷ lệ 0,27% dân số ở độ tuổi từ 15- 64. Việc dùng chung bơm kim tiêm làm cho người TCMT rất dễ bị nhiễm HIV và viêm gan C.

Người ta ước tính rằng trung bình có 13,1% trong tổng số lượng người TCMT đang sống với HIV. UNODC, WB, WHO và UNAIDS cùng có ước tính toàn cầu của số lượng người TCMT nhiễm HIV là 1,7 triệu người (0,9-4,8 triệu người). Vấn đề này đặc biệt nổi cộm ở hai khu vực là Tây Nam Á và

Đông Nam Á, nơi mà người ta ước tính tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm TCMT tương ứng là 28,8% và 23%. Hơn một nửa số người TCMT nhiễm viêm gan C [154].

1.2.1.2. Tử vong sớm là vấn đề thường gặp của người TCMT

Người TCMT có nguy cơ tử vong cao hơn, nguyên nhân chủ yếu do nhiễm các bệnh truyền nhiễm, đặc biệt là HIV, và do quá liều. Một nghiên cứu gộp ở 65 nghiên cứu thuần tập từ 25 quốc gia cho thấy tỷ lệ tử vong ở người TCMT là 2,35 người chết trên 100 người-năm, đây là tỷ lệ tử vong cao hơn nhiều so với tỷ lệ tử vong của dân số có cùng độ tuổi [43]. Châu Á là khu vực có ước tính số người TCMT lớn nhất, chiếm hơn 1/3 số TCMT trên toàn cầu, tỷ lệ tử vong là 5,25 người trên 100 người-năm. Phân tích gộp trên 37 nghiên cứu cho thấy số tử vong ở nam giới TCMT cao hơn và gấp 1,32 lần so với nữ giới TCMT. Điều trị kéo dài và liên tục có thể làm giảm quá liều ở người TCMT. Từ 6 nghiên cứu gần đây cho thấy nguy cơ tử vong của người TCMT ở giai đoạn không điều trị cao gấp 2,5 lần trong giai đoạn đang điều trị.

Can thiệp dựa trên bằng chứng có thể có hiệu quả để phòng, điều trị và chăm sóc HIV cho người TCMT, bao gồm cả chương trình bơm kim tiêm sạch, điều trị thay thế các CDTP, điều trị kháng virus và naloxone [163]. Giám sát hệ thống gần đây nhất nhấn mạnh tầm quan trọng của điều trị thay thế các CDTP, nó giúp giảm tới 54% nguy cơ lây nhiễm HIV mới ở nhóm TCMT, chủ yếu bằng giảm tần xuất TCMT [69].

1.2.1.3. Người TCMT sống chung với viêm gan C.

Viêm gan C có thể gây ra các vấn đề sức khỏe nghiêm trọng đối với người nhiễm bệnh như: suy gan, ung thư gan và tử vong sớm. Ước tính có