

Giám sát, đánh giá – Bệnh nhân methadone trong mô hình lồng ghép điều trị methadone, ARV và tư vấn xét nghiệm HIV tự nguyện (VCT) – Một số kết quả ban đầu

Mai Thị Hoài Sơn¹, Vũ Huy Hoàng², Nguyễn Thị Thúy Nga¹, Trần Thị Bích Liên¹,
Nguyễn Xuân Anh Dũng¹, Nguyễn Thị Kim Phương¹, Tiêu Thị Thu Vân¹

Lồng ghép, duy trì chất lượng chương trình Methadone, ARV, VCT tại các phòng khám ngoại trú ở TP.HCM là cần thiết để đảm bảo sự liên tục trong chăm sóc, điều trị và tính bền vững của ba chương trình. Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả thực hiện chương trình Methadone trước và sau lồng ghép bằng cách hồi cứu, so sánh 6 chỉ số báo cáo của chương trình Methadone tại Quận 6 và Quận Bình Thạnh. Kết quả: Tỷ lệ bệnh nhân (BN) được xét chọn vào điều trị tăng (37,8% so với 84,5%, $p < 0,001$; KTC: 0,270-0,491); Tỷ lệ BN duy trì điều trị trên 12 tháng có giảm nhẹ nhưng vẫn ở mức cao (92,1% so với 83,1%, $p < 0,001$; KTC: 0,053-0,127); Tỷ lệ BN có HIV âm tính được tầm soát HIV định kỳ (6 tháng/lần) tăng (20,1% so với 52,2%, $p < 0,001$, KTC: 0,250-0,390); Tỷ lệ BN điều trị Methadone từ 6 tháng trở lên có xét nghiệm nước tiểu dương tính với Heroin giảm (8,3% so với 3,5%, $p = 0,006$, KTC: 0,012-0,068); Tỷ lệ BN ngừng trị giảm (8,9% so với 3,4%, $p < 0,001$, KTC: 0,016-0,044). Tỷ lệ BN bỏ liều giảm, tuy nhiên không có sự khác biệt giữa hai kỳ báo cáo. Kết luận: Lồng ghép điều trị Methadone, ARV, VCT đảm bảo duy trì được các thành quả của chương trình Methadone và cải thiện được công tác theo dõi điều trị cho bệnh nhân.

Từ khóa: Điều trị Methadone, ARV, VCT, lồng ghép.

Monitoring and evaluation methadone patients within integrated model of Methadone, ARV treatment and VCT – Some initial results

Mai Thi Hoai Son¹, Vu Huy Hoang², Nguyen Thi Thuy Nga¹, Tran Thi Bich Lien¹,
Nguyen Xuan Anh Dung¹, Nguyen Thi Kim Phuong¹, Tieu Thi Thu Van¹

Integrating and maintaining the service quality of Methadone Maintenance Treatment (MMT), Anti Retrovirus Therapy (ART) and Voluntary Counseling Testing (VCT) within Out-patient Clinic (OPC) in HCMC become an essential work to ensure the continuum of care for patients and the sustainability of those programs. This retrospective study was used to compare 6 reported indicators of the MMT program in District 6 and Binh Thanh District to evaluate the MMT program after integrated process.

Results: The percentage of MMT patients, who kept staying in treatment for more than 12 months, was high in the pre- and post-integration periods (92.1% vs 83.1%, $p < 0.001$; CI: 0.053-0.127); The percentage of MMT patients, who had HIV negative and had periodical screening for HIV every 6 months, increased (20.1% vs 52.2%, $p < 0.001$, CI: 0.250-0.390); The percentage of MMT patients, who stayed in treatment for at least 6 months and were detected of using heroin by urine test, decreased (8.3% vs 3.2%, $p = 0.006$, CI: 0.012-0.068); The percentage of drop-out patient decreased as well (8.9% vs 3.4%, $p < 0.001$, CI: 0.016-0.044). The percentage of MMT patients, who had missed some daily doses, decreased but not significantly. Conclusion: MMT, ART and VCT integrated model helps to maintain MMT achievements and improve the program monitoring on patient's treatment.

Key words: Methadone Maintenance Treatment, ARV, VCT, Integration.

Tác giả:

1. Ủy ban Phòng, Chống AIDS TP. Hồ Chí Minh
2. Cơ quan Quản lý Lạm dụng chất gây nghiện và Sức khỏe tâm thần

1. Đặt vấn đề

Chương trình điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng Methadone (MMT) ở TP.HCM, được triển khai tại Khoa Tham Vấn Hỗ Trợ Cộng Đồng (TVHTCĐ) Quận, Huyện từ tháng 5 năm 2008, bên cạnh phòng khám ngoại trú (PKNT) chăm sóc, điều trị HIV bằng thuốc ARV (phòng khám ARV) và phòng Tư vấn, Xét Nghiệm HIV Tự Nguyện (phòng VCT) đã được triển khai từ năm 2003. Đến cuối năm 2014, đã có 7 phòng khám Methadone tại 7 Khoa TVHTCĐ, 24 phòng khám ARV và 24 phòng VCT tại 24 Quận, Huyện. Phòng VCT cung cấp dịch vụ tư vấn và xét nghiệm HIV, còn phòng khám Methadone và phòng khám ARV cung cấp dịch vụ khám, tư vấn, cấp phát thuốc, theo dõi sức khỏe định kỳ, thực hiện các xét nghiệm chuyên môn và một số dịch vụ chăm sóc, hỗ trợ điều trị khác theo đặc thù của từng chương trình, với nguồn lực tài chính chủ yếu từ các nhà tài trợ quốc tế [7].

Từ năm 2012, các nhà tài trợ nước ngoài đã cắt giảm kinh phí cho hoạt động phòng chống HIV/AIDS tại Việt Nam và TP.HCM, trong đó có chương trình Methadone, ARV và VCT [6].

Để đảm bảo tính liên tục trong công tác chăm sóc, điều trị cho bệnh nhân (BN) Thành phố quyết định “lồng ghép” điều trị Methadone với ARV và VCT tại các PKNT ở Khoa TVHTCĐ Quận, Huyện với các dịch vụ y tế khác trên địa bàn [5].

Hoạt động lồng ghép được thực hiện tại các PKNT từ tháng 9/2013 và hoàn tất vào tháng 6/2014, bằng cách tinh gọn bộ máy nhân sự, tái cấu trúc hệ thống, lồng ghép các phòng chức năng theo hoạt động chuyên môn (gồm Methadone và ARV thay vì 2 hệ thống riêng biệt như trước).

Các nghiên cứu tiền cứu trước đây về mô hình lồng ghép MMT với ARV và các dịch vụ y tế tại cộng đồng cho thấy: Lồng ghép giúp tăng cường kết nối BN Methadone với VCT và ARV [8,10]. Nghiên cứu này chọn 6 chỉ số đánh giá chương trình Methadone để làm cơ sở so sánh trước và sau lồng ghép, với địa bàn nghiên cứu là PKNT Quận 6 và Quận Bình Thạnh, hai đơn vị có số lượng BN điều trị Methadone và ARV đông, nhằm tìm hiểu xem hoạt động lồng ghép ảnh hưởng như thế nào đến kết quả điều trị của BN Methadone, để có các điều chỉnh phù hợp cho sự phát triển bền vững của chương trình.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Đây là hồi cứu so sánh hai tỷ lệ của các chỉ số theo dõi, đánh giá chương trình Methadone ở giai đoạn trước và sau lồng ghép (từ tháng 4 - 9/2013 và từ tháng 7 - 12/2014).

2.2. Thu thập và quản lý số liệu

Số liệu được lấy từ báo cáo tháng do các nhân viên của PKNT tổng hợp, gửi lên cho cán bộ quản lý chương trình Methadone tại Ủy Ban Phòng Chống AIDS TP. HCM (UBPC AIDS TP.HCM), sau đó, nhóm nghiên cứu tiến hành thu thập và quản lý số liệu nghiên cứu.

2.3. Nguồn số liệu và các chỉ số đánh giá chính

Các chỉ số được thu thập từ “Báo cáo tổng hợp về tình hình điều trị” gồm: (1) Tỷ lệ BN được xét chọn vào điều trị; (2) Tỷ lệ BN HIV (-) được tầm soát HIV định kỳ (6 tháng/lần); (3) Tỷ lệ BN điều trị Methadone 6 tháng trở lên, có kết quả xét nghiệm nước tiểu dương tính với heroin; (4) Tỷ lệ BN ngừng điều trị (là BN bỏ uống thuốc liên tục từ 30 ngày trở lên); (5) Tỷ lệ BN duy trì điều trị trên 12 tháng tính đến cuối mỗi kỳ báo cáo (tháng 9/2013 và tháng 12/2014).

Chỉ số được thu thập từ “Báo cáo được” về tình hình cấp phát thuốc và liều của BN là (6) Tỷ lệ BN bỏ liều trên 5 ngày liên tục.

2.4. Phân tích

Phân tích mô tả, tính toán tỷ lệ % để mô tả đặc điểm của quần thể và các biến số nghiên cứu được thực hiện cho cả 2 vòng khảo sát.

Phân tích so sánh tỷ lệ 2 mẫu, để xem xét sự khác biệt (nếu có) ở hai giai đoạn: 6 tháng trước lồng ghép so với 6 tháng sau lồng ghép.

2.5. Ý đức

Đề cương và các công cụ nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Khoa học của Sở Khoa Học và Công nghệ TP.HCM (Quyết định số 496/QĐ-SKHCN ngày 16/8/2013) và Hội đồng Ý đức của UBPC AIDS TP.HCM (số IRB-02-2014, ngày 20/10/2014).

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm nhân khẩu học xã hội

Đa số BN Methadone là nam giới (91%), độ tuổi từ 30-39 tuổi (67,9% và 72,2%), có tiền sử sử dụng heroin bằng đường tiêm chích (90%), phần lớn có trình độ học vấn từ cấp 2 trở lên (87,7% và 85,8%). Tỷ lệ BN có việc làm được ghi nhận ở thời điểm cuối kỳ báo cáo của giai đoạn sau lồng ghép (tháng 12/2014) cao hơn hẳn so với thời điểm cuối kỳ báo cáo trước lồng ghép (tháng 9/2013) (77,5% so với 61,5%) (bảng 1).

Bảng 1. Một số đặc điểm về nhân khẩu xã hội học của BN Methadone ở quận 6 và Bình Thạnh tại hai thời điểm cuối kỳ báo cáo (tháng 9/2013 và tháng 12/2014)

Đặc điểm	Trước LG		Sau LG		P
	SL	%	SL	%	
Giới	530		590		
<i>Nam</i>	483	91,1%	537	91,0%	p=1
<i>Nữ</i>	47	8,9%	53	9,0%	p=1
Tuổi	530		590		
<30 tuổi	123	23,2%	84	14,2%	p=0.107
Từ 30-34 tuổi	242	45,7%	258	43,7%	p=0.653
Từ 35-39 tuổi	119	22,5%	168	28,5%	p=0.341
≥40 tuổi	46	8,7%	80	13,6%	p=0.409
Học vấn	530		590		
<i>Cấp 1 (1-5)</i>	65	12,3%	84	14,2%	p=0.720
<i>Cấp 2 (6-9)</i>	220	41,5%	255	43,2%	p=0.831
<i>Cấp 3 (10-12)</i>	223	42,1%	227	38,5%	p=0.517
<i>Trung cấp hoặc cao hơn</i>	22	4,2%	24	4,1%	p=1
Tình trạng việc làm	530		590		
<i>Có</i>	326	61,5%	457	77,5%	p=0.000
<i>Không</i>	204	38,5%	133	22,5%	p=0.002
Tiền sử sử dụng Heroin trước khi vào điều trị	530		590		
<i>Hút/hít</i>	58	10,9%	59	10,0%	p=0.860
<i>Tiêm chích</i>	472	89,1%	531	90,0%	p=0.606

3.2. Tình hình điều trị bằng Methadone cho bệnh nhân

Tại thời điểm cuối kỳ báo cáo (tháng 9/2013 và

tháng 12/2014), trên 85% BN đã vào giai đoạn duy trì, liều methadone trung bình từ 141 mg-149 mg/ngày, trong đó liều thấp nhất ở cả hai kỳ báo cáo là 5 mg, liều cao nhất lần lượt là 430 mg/ngày và 460 mg/ngày (bảng 2).

Khoảng 2/3 (62,6% và 66,6%) BN Methadone được điều trị ở PKNT ngay địa bàn cư trú. Có 10,9% và 11,4% BN bỏ uống thuốc ít nhất 1 ngày trong tháng báo cáo, tỉ lệ BN bỏ uống thuốc trên 3 ngày liên tục và cần phải điều chỉnh lại liều lần lượt là 0,9% và 0,5% và tỉ lệ BN bỏ liều trên 5 ngày liên tục cần phải khởi liều lại là 1,9% và 0,3% (bảng 2).

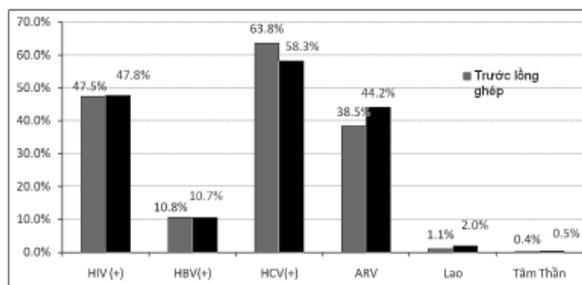
Bảng 2. Đặc điểm điều trị cho BN Methadone ở quận 6 và Bình Thạnh tại thời điểm cuối kỳ báo cáo (tháng 9/2013 và tháng 12/2014)

Đặc điểm	Trước LG		Sau LG		P
	SL	%	SL	%	
Giai đoạn điều trị	530		590		
Dò liều	46	8,7%	80	13,6%	p=0.409
Duy trì	484	91,3%	510	86,4%	p=0.014
Liều Methadone					
Liều MTD thấp nhất	5		5		
Liều MTD trung bình	148,7		141,45		
Liều MTD cao nhất	430		460		
Nơi uống Methadone	530		590		
Tại nơi cư trú	332	62,6%	393	66,6%	p=260
Quận, huyện/tỉnh khác	198	37,4%	197	33,4%	P=405
Số BN bỏ liều trong tháng	58		69		
Từ 1-3 ngày	43	8,1%	62	10,5%	p=0.611
Từ 4-5 ngày	5	0,9%	3	0,5%	p=1
> 5 ngày	10	1,9%	2	0,3%	p=0.840
Tích lũy BN ngừng điều trị trong 12 tháng tính đến cuối kỳ BC	63	11,9%	47	8,0%	p=0.837
Chuyển CSBT khác	6	9,5%	4	8,5%	p=0.987
Tử vong (bất kể lý do)	5	7,9%	6	12,8%	p=0.404
BN ngừng trị để điều trị bệnh khác	3	4,8%	5	10,6%	p=0.930
BN ngừng trị vì bị bắt hoặc vi phạm PL	24	38,1%	7	14,9%	p=0.764
BN tự ý bỏ trị	8	12,7%	12	25,5%	p=0.842
BN hoàn thành điều trị hoặc tự nguyện xin ra khỏi CT	17	27,0%	13	27,7%	p=0.951

Tích lũy số BN ngừng trị trong vòng 12 tháng tính đến cuối kỳ báo cáo của mỗi giai đoạn lần lượt là 11,9% và 8%. Trong đó, số BN ngừng điều trị do vi phạm pháp luật chiếm 38,1% và 14,9%; Tỉ lệ BN hoàn thành điều trị hoặc tự nguyện hoặc xin ra khỏi chương trình là 27% và 27,7%; Tỉ lệ BN tự ý bỏ trị là 12,7% và 25,5%; Tỉ lệ BN tử vong do AIDS và các bệnh lý khác là 7,9% và 12,6% (bảng 2).

Về tình trạng bệnh lý, gần ½ BN Methadone bị nhiễm HIV (47,5% và 47,8%); hơn 1/3 số BN Methadone đang điều trị ARV (38,5% và 44,2%). BN nhiễm viêm gan C chiếm tỉ lệ cao nhất ở cả 2 kỳ báo cáo (63,8% và 58,3%), tỉ lệ BN mắc viêm gan B khoảng 11%. BN mắc lao hoặc bị bệnh tâm thần chiếm tỉ lệ không đáng kể (lao: 1,1% và 2%; tâm thần: 0,4% và 0,5%) (biểu đồ 1).

Biểu đồ 1. Đặc điểm về tình trạng bệnh lý trên BN Methadone ở quận 6 và Bình Thạnh tại thời điểm cuối kỳ báo cáo (tháng 9/2013 và tháng 12/2014).



3.3. So sánh các kết quả sau lồng ghép với trước lồng ghép

Kết quả phân tích cho thấy, có sự khác biệt theo chiều hướng tăng ở giai đoạn sau lồng ghép về tỉ lệ BN được xét chọn vào điều trị (37,8% so với 84,5%; p<0,001; KTC: '0,270-0,491') và tỉ lệ BN HIV (-) được tầm soát HIV định kỳ (20,3% so với 52,5%; p<0,001; KTC: '0,250-0,390'). Ngược lại, có sự khác biệt theo chiều hướng giảm về tỉ lệ BN duy trì điều trị Methadone trên 12 tháng (p<0,001; KTC '0,053-0,127'); Tỉ lệ BN điều trị Methadone từ 6 tháng trở lên, có xét nghiệm nước tiểu dương tính với heroin (8,3% và 3,5%, p=0,006; KTC: 0,012-0,068); Tỉ lệ BN bỏ liều trên 5 ngày liên tục (8,2% so với 5,3%; p=0,037; KTC:0,003-0,058), và tỉ lệ BN ngừng trị (8,9% so với 3,4%; p<0,001; 0,016-0,044) (bảng 3).

Bảng 3. So sánh các chỉ số đánh giá kết quả điều trị trong vòng 6 tháng trước và sau lồng ghép của PKNT Methadone tại Quận 6 và Bình Thạnh

Đặc điểm	Trước lồng ghép (Từ T4-T9/2013)		Sau lồng ghép (Từ T7-T12/2014)		P (CI)
	SL	%	SL	%	
BN được xét chọn vào điều trị	28	37,8%	93	84,5%	p<0,001 (0,270-0,491)
BN duy trì điều trị trên 12 tháng tính đến cuối kỳ BC	488	92,1%	490	83,1%	p<0,001 (0,053-0,127)
BN có HIV (-) được tầm soát định kỳ 6 tháng/lần	56	20,1%	170	55,2%	p<0,001 (0,250-0,390)
BN >=6 tháng có kết quả XN nước tiểu (+) với heroin	44	8,3%	19	4,9%	p=0,006 (0,012-0,068)
BN bỏ liều trên 5 ngày liên tục	46	8,2%	32	5,3%	p=0,037 (0,003-0,058)
BN ngừng điều trị	47	8,9%	20	3,4%	p<0,001 (0,016-0,044)

4. Bàn luận

Tỉ lệ BN được xét chọn vào điều trị sau lồng ghép cao hơn (37,8% so với 84,5%), có thể do chỉ tiêu điều trị của phòng khám, được giao cao hơn (năm 2014 là 250-450 BN/cơ sở, năm 2013 là 250-300 BN/cơ sở [2]) và do sự thông thoáng hơn về quy chế xét chọn BN. Từ tháng 10/2013, người đứng đầu cơ sở trực tiếp quyết định xét chọn BN theo các tiêu chí qui định trong Nghị Định 96 và thông tư 12, trong vòng 10 ngày làm việc sau khi nhận đủ hồ sơ [1, 3] (trước đây phải thông qua ban xét chọn quận, gồm nhiều thành viên từ các ban, ngành. Lịch họp ban xét chọn là 1-3 tháng/lần).

Tầm soát HIV định kỳ (6 tháng/lần) cho BN Methadone có HIV (-) là một chỉ số quan trọng để đánh giá hiệu quả chương trình Methadone. Khi chưa lồng ghép, BN Methadone, đến kỳ làm xét nghiệm HIV, được tư vấn viên Methadone chuyển gửi cho tư vấn viên VCT, để được tư vấn xét nghiệm HIV, vì vậy BN có thể bị “mất dấu” trong quá trình chuyển gửi. Ở mô hình lồng ghép, tư vấn viên Methadone cũng là tư vấn viên VCT nên hạn chế được tình trạng “mất dấu” trong chuyển gửi và nhận kết quả, do đó tỉ lệ BN Methadone có HIV (-) được tầm soát HIV định kỳ (6 tháng/lần) ở giai đoạn sau lồng ghép tăng, kết quả này cũng tương đồng với kết quả của một số nghiên cứu trước đây cho thấy lồng ghép điều trị

Methadone với các dịch vụ chăm sóc điều trị HIV giúp kết nối BN methadone đến với các dịch vụ HIV tốt hơn [8, 10].

Hơn nữa, tỉ lệ BN Methadone, có xét nghiệm nước tiểu dương tính với heroin sau lồng ghép giảm, đặc biệt là BN có thời gian điều trị từ 6 tháng trở lên, cho thấy lồng ghép không ảnh hưởng đến kết quả điều trị của chương trình Methadone.

Mặt khác, chương trình Methadone quy định BN phải đến phòng khám uống thuốc mỗi ngày. Về lâu dài, BN có thể gặp khó khăn trong việc tuân thủ và có thể bỏ uống thuốc một số ngày trong tháng. Nghiên cứu này chỉ ra rằng, trong 6 tháng trước và 6 tháng sau lồng ghép, tình trạng BN Methadone bỏ liều ít nhất 1 ngày vì các lý do khác nhau diễn ra khá phổ biến (33%). Tuy nhiên, tỉ lệ BN bỏ liều trên 3 hoặc 5 ngày liên tục đều thấp (từ 3,6% đến 8,2%), đặc biệt tỉ lệ này có xu hướng giảm nhẹ trong giai đoạn sau lồng ghép. Như vậy, việc lồng ghép có thể có tác động tích cực đến sự tuân thủ điều trị của BN.

Với bất kỳ một liệu pháp điều trị lâu dài nào, việc ngừng điều trị là khó tránh khỏi, BN Methadone có thể ngừng trị vì nhiều lý do: bị bắt do vi phạm pháp luật hoặc do tiếp tục sử dụng chất gây nghiện trái phép, bị bệnh nặng phải nhập viện điều trị, hoàn thành điều trị, tự ý ra khỏi chương trình hoặc chết. Trong nghiên cứu này, tỉ lệ BN ngừng trị trong kỳ báo cáo sau lồng ghép giảm so với trước lồng ghép, đặc biệt là số BN bị bắt vì vi phạm pháp luật hoặc bị buộc đi cai nghiện do sử dụng chất gây nghiện trái phép (trước lồng ghép là 38,1%, sau lồng ghép là 14,9%). Điều này có thể do tác động của sự thay đổi chính sách về cai nghiện bắt buộc [4]. Bên cạnh đó, việc lồng ghép điều trị Methadone với ARV và VCT có thể đã giúp tăng cường kết nối BN với nhân viên và các dịch vụ tại phòng khám, giúp BN được hỗ trợ tốt hơn về tâm lý, khiến cho BN gắn bó hơn với chương trình.

Trong điều trị duy trì bằng Methadone, 12 tháng duy trì là thời gian tối thiểu có thể mang lại hiệu quả điều trị, BN Methadone càng duy trì điều trị lâu dài thì hiệu quả điều trị càng cao [9]. Trong nghiên cứu này, tỉ lệ BN duy trì điều trị Methadone từ 12 tháng trở lên đều đạt mức cao ở cả 2 giai đoạn.

Hạn chế của nghiên cứu

Việc chỉ sử dụng 6 chỉ số theo dõi của chương trình Methadone để đánh giá chỉ cung cấp cái nhìn khái quát về tổng thể, thiếu các bằng chứng và thông tin để lý giải các kết quả, vì vậy cần thiết phải có các nghiên cứu khác để tìm hiểu sâu hơn.

Tóm lại, lồng ghép điều trị Methadone với ARV và VCT là một hướng đi đúng đắn vì vừa sử dụng hiệu quả các nguồn lực của ba chương trình, vừa cải thiện được việc theo dõi điều trị cho BN, cụ thể là:

1. Tỷ lệ BN được xét chọn vào điều trị tăng cao cho thấy lồng ghép không ảnh hưởng đến hoạt động của phòng khám.

2. Tỷ lệ BN Methadone có xét nghiệm HIV(-) được tầm soát HIV định kỳ, 6 tháng/lần, tăng cho thấy lồng ghép đồng thời 3 dịch vụ Methadone, ARV và VCT tại PKNT là giải pháp tốt để hạn chế sự “mất dấu” trong việc chuyển gửi BN.

3. Tỷ lệ BN Methadone có xét nghiệm nước tiểu dương tính với heroin giảm, đặc biệt là ở BN có thời gian điều trị từ 6 tháng trở lên chứng tỏ việc lồng ghép không ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị bằng Methadone cho BN.

4. Tỷ lệ BN Methadone duy trì điều trị ít nhất 12 tháng có chiều hướng giảm ở giai đoạn sau lồng ghép so với trước lồng ghép, song vẫn đạt ở mức cao (80%).

5. Tỷ lệ BN bỏ liều trên 5 ngày liên tục, giảm trong kỳ báo cáo sau lồng ghép so với kỳ báo cáo

trước lồng ghép, cho thấy BN Methadone tuân thủ điều trị khá tốt. Như vậy, hoạt động lồng ghép là một giải pháp tích cực giúp đảm bảo tính bền vững của chương trình.

6. Tỷ lệ BN ngừng điều trị trong 6 tháng của cả hai kỳ báo cáo đều ở mức thấp, đặc biệt ở giai đoạn sau lồng ghép, cho thấy sự gắn bó, tin tưởng của BN đối với chương trình và hiệu quả điều trị.

Chúng tôi khuyến nghị:

1. Mô hình lồng ghép điều trị Methadone, ARV và VCT là mô hình cần được nhân rộng vì tính hiệu quả, tiết kiệm, đảm bảo được sự bền vững của chương trình.

2. Mô hình lồng ghép cần tinh gọn, chuyên nghiệp, phân công phù hợp để đảm bảo về cả chất lượng hoạt động và hiệu quả điều trị.

3. Hành lang pháp lý thuận lợi cũng đóng vai trò quan trọng trong việc giúp các PKNT chủ động tuyển chọn BN vào điều trị. Tuy nhiên, cần có các đánh giá thêm để hoàn thiện mô hình lồng ghép và thúc đẩy sự mở rộng của chương trình Methadone nhằm đáp ứng với nhu cầu điều trị.

Tài liệu tham khảo

Tài liệu tiếng Việt

1. Bộ Y tế (2013). Thông tư số 12/2013/TT-BYT, ngày 12/4/2013, của Bộ Y tế về việc Hướng dẫn chi tiết thi hành một số điều của Nghị định 96/2011/NĐ-CP .P. 9.
2. Bộ Y tế - Cục Phòng, Chống HIV/AIDS (2014). Công văn số 240/AIDS-CT, ngày 24 tháng 3 năm 2014, của Cục Phòng, Chống HIV/AIDS, về việc tăng tiếp nhận người bệnh tham gia chương trình Methadone. 2014. P. 2.
3. Chính Phủ (2012). Nghị định 96/2012/NĐ-CP Quy định về điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế .P. 2-3.
4. Chính Phủ. Nghị định 221/2013/NĐ-CP, ngày 30 tháng 12 năm 2013, qui định chế độ áp dụng biện pháp xử lý hành chính đưa vào cơ sở cai nghiện bắt buộc.
5. Ủy Ban Nhân Dân TP.HCM (2012). Kế hoạch số 2229/KH-UBND, ngày 17 tháng 5 năm 2012 về Phát triển bền vững chương trình điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc Methadone tại TP.HCM, giai đoạn 2012-2015. P. 4.
6. Ủy Ban Nhân Dân TP.HCM (2012). Quyết định số 5928/

QĐ-UBND, ngày 20 tháng 11 năm 2012 về việc ban hành Kế hoạch thực hiện xã hội hoá chương trình điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc Methadone tại TP.HCM giai đoạn 2012-2015.P. 3-4.

7. Ủy Ban Phòng Chống AIDS TP.HCM (2010). Tổng kết 20 năm TP.HCM phòng chống HIV/AIDS (1990-2010) và kế hoạch 5 năm hành động phòng chống HIV/AIDS (2011-2015).Hội nghị tổng kết 20 năm TP.HCM đương đầu với đại dịch HIV/AIDS và Lễ mít tinh phát động tháng hành động quốc gia phòng, chống HIV/AIDS. Ngày 27 tháng 11 năm 2010. Hội trường Thành Ủy. P. 5-8..

Tài liệu tiếng Anh

8. Batki SL, 1988. Treatment of intravenous drug users with AIDS: the role of methadone maintenance. J Psychoactive Drugs.1998; 20:213-6.
9. CDC (2002). Methadone Maintenance Treatment. IDU-HIV Prevention. February, 2002; p.2.
- 10.Selwyn PA, et al., 1993. Utilization of on-site primary care services by HIV-seropositive and seronegative drug users in a methadone maintenance program. Public Health Rep. 1993; 108:492-500.