



Tổ chức Y tế
Thế giới



UNAIDS
United Nations Programme on HIV/AIDS
UNICEF • UNDP • UNFPA • UNODC • UNESCO • WHO • WORLD BANK



Văn phòng
Phòng chống Ma túy và Tội phạm
LIÊN HIỆP QUỐC

Bằng chứng để hành động về HIV/AIDS
và nghiện chích ma túy

TÓM LƯỢC CHÍNH SÁCH: ĐIỀU TRỊ KHÁNG VIRÚT VÀ NGƯỜI NGHIỆN CHÍCH MA TÚY

Bản tóm tắt chính sách này rà soát lại những bằng chứng mới nhất trong việc điều trị kháng virút đối với người tiêm chích ma túy nhiễm HIV. Một số vấn đề liên quan đến tâm lý, xã hội và y tế cũng được đề cập đến như sự cần thiết phải quản lý tương tác thuốc và lợi ích của các biện pháp can thiệp giảm tác hại trong việc chăm sóc tối ưu cho người tiêm chích ma túy nhiễm HIV. Những vấn đề liên quan đến chăm sóc HIV được đề cập trong tài liệu của WHO (2003) *Nhân rộng điều trị Kháng virút ở các cơ sở nghèo Nguồn lực*¹; và *Những tóm lược chính sách dựa trên bằng chứng*² cung cấp thông tin chi tiết về giảm tác hại. Luận điểm của WHO/UNODC/UNAIDS về duy trì liệu pháp điều trị thay thế trong xử trí tình trạng phụ thuộc opioid và dự phòng HIV/AIDS³ đã đưa ra tóm tắt chính về quan điểm của UN trong điều trị thay thế ma túy.

GIỚI THIỆU

Ước tính trên toàn thế giới có hơn 13 triệu người tiêm chích ma tuý (Aceijas và đồng sự 2004) và khoảng 5 - 10% ca nhiễm HIV mới là do tiêm chích ma tuý (UNAIDS 2004). Các đại dịch HIV gần đây ở nhiều nước Đông Âu và Trung Á phần lớn là do tiêm chích ma tuý. Tỷ lệ nhiễm HIV do tiêm chích ma tuý cũng tăng mạnh ở Trung Quốc, Indonesia, Iran; Myanmar, bắc Phi, Nam châu Mỹ La Tinh và Việt Nam (Aceijas và cộng sự 2004; Rhodes T và cộng sự 2000). Các đại dịch tiêm chích trước đây vẫn tiếp tục góp phần làm cho tỷ lệ nhiễm HIV tăng cao ở Italy, Bồ Đào Nha, Tây Ban Nha, Thụy Sỹ, Hà Lan và một số nước Tây Âu (Hammer và Downs, 2004 và EMCDDA, 2004). Một trong những đặc điểm của dịch HIV do tiêm chích ma tuý là dịch bùng phát rất mạnh. Trong nhiều tài liệu dẫn chứng, chỉ trong một vài năm, tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm người nghiện chích ma tuý đã tăng từ 12% lên lên 60-70% (Grassly và đồng sự 2003; De la Fuente và đồng sự 2003). Dịch HIV do nghiện chích ma tuý bắt đầu từ việc những nam thanh niên trẻ tuổi nghiện chích ma túy có quan hệ tình dục với bạn tình nữ, sau đó lây truyền sang những nam giới khác qua quan hệ tình dục, và tiếp theo là lây truyền từ mẹ sang con. Tình dục thương mại gồm cả trao đổi tình dục lấy ma tuý hoặc hỗ trợ sử dụng ma tuý có thể gây ra sự lây nhiễm giữa những người sử dụng ma túy và những người không sử dụng ma túy trong cộng đồng.

Tiêm chích ma túy cũng là nguyên nhân lây truyền viêm gan B (HBV), C (HCV) và D, và gây ra những hậu quả liên quan đến sức khoẻ khác như dùng thuốc quá liều, nghẽn tĩnh mạch và nhiễm khuẩn nặng. Thêm vào đó, một số người sử dụng ma túy có tiền sử lâu dài mắc bệnh tâm thần không được chẩn đoán hoặc điều trị đầy đủ. Nhiều người tiêm chích phải đương đầu với các vấn đề xã hội như kỳ thị và phân biệt đối xử do ma túy, HIV và viêm gan. Áp lực kinh tế để có tiền tiêm chích ma túy, tội phạm, cùng với những luật định áp đặt đối với người sử dụng ma túy, là những nhân tố giải thích tại sao ở nhiều nước rất nhiều người nghiện chích ma túy bị giam giữ thường xuyên dẫn đến những tác động tiêu cực về xã hội và tế.

TIẾP CẬN VỚI ĐIỀU TRỊ KHÁNG VIRÚT (ARV)

Điều trị kháng vi rút (ARV) là cơ hội tăng cường chẩn đoán điều trị nâng cao chất lượng cuộc sống cho những người đang chung sống với HIV/AIDS. Với những người nghiện chích ma túy nhiễm HIV, điều trị ARV có thể là một động cơ để liên kết với dịch vụ chăm sóc y tế, hỗ trợ cho dự phòng, tư vấn và

¹ http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/ScalingUp_E.pdf

² <http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/idupolicybriefs/en/>

³ Tổ chức Y tế Thế giới, Văn phòng Phòng chống Ma túy và Tội phạm Liên hiệp quốc và Chương trình Chung của Liên hiệp quốc về HIV/AIDS (2004) Điều trị thay thế duy trì trong quản lý nghiện thuốc phiện và phòng ngừa HIV/AIDS: Luận điểm Geneva: Tổ chức Y tế Thế giới.

xét nghiệm HIV cũng như chăm sóc, hỗ trợ và điều trị HIV/AIDS. Đó cũng là điểm khởi đầu cho điều trị nghiên cứu chích ma túy và một số bệnh đồng nhiễm khác như lao (TB), viêm gan B (HBV), viêm gan C (HCV). Mặc dù hiện nay ngày càng sẵn có các dịch vụ điều trị ARV, song những người nghiên cứu chích thường không được đưa vào các chương trình điều trị.

Bất chấp những lợi ích tiềm năng này vẫn có quan điểm phổ biến cho rằng người nghiên cứu chích ma túy không phải là những người được điều trị ARV vì sự phụ thuộc vào ma túy sẽ làm giảm khả năng tuân thủ điều trị của họ, hoặc vì biến chứng thuốc và các bệnh đồng nhiễm như viêm gan C làm cho việc điều trị cho những người vừa nghiên cứu chích ma túy lại vừa mắc các bệnh này trở nên khó khăn hơn đồng thời không đáp ứng được điều trị ARV. Mặc dù những hạn chế kể trên thực sự là những khó khăn trong việc điều trị cho rất nhiều người nghiên cứu chích ma túy nhiễm HIV, song đã có rất nhiều kinh nghiệm và nghiên cứu chỉ ra rằng chăm sóc HIV phù hợp dành riêng cho đối tượng nghiên cứu chích ma túy, và cho cả những người đang sống chung với HIV khác, đã mang lại thành công đáng kể.

BẰNG CHỨNG

Việc điều trị, bao gồm xét nghiệm các giai đoạn lâm sàng và miễn dịch, dự phòng nhiễm trùng cơ hội và điều trị nhiễm trùng cơ hội, và điều trị ARV cho người nghiên cứu chích ma túy nhiễm HIV không khác biệt so với những người đang sống chung với HIV/AIDS khác. Các tiêu chuẩn lâm sàng và miễn dịch cần cân nhắc trước khi bắt đầu điều trị ARV cho người nghiên cứu chích ma túy nhiễm HIV cũng không khác gì so với những khuyến cáo chung (WHO 2003) và nên bắt đầu điều trị cho người bệnh ở các giai đoạn như sau:

- Theo khuyến cáo của WHO, HIV giai đoạn IV, bất kể lượng tế bào CD4 là bao nhiêu; hoặc
- Theo khuyến cáo của WHO, giai đoạn III (xem xét nếu lượng tế bào CD4 <350/mm³ để ra quyết định); hoặc
- Khuyến cáo của WHO, HIV giai đoạn I hoặc II nếu lượng tế bào CD4 < 200/mm³.

Tất cả các loại thuốc điều trị ARV hiện nay đều có tác dụng phụ và độc tố đáng kể, một số có thể dẫn đến bệnh nặng và tử vong. Ngay cả các tác dụng phụ nhẹ và phổ biến thường gặp cũng làm ảnh hưởng đến việc tuân thủ điều trị, làm giảm hiệu quả điều trị và gia tăng nguy cơ kháng thuốc (Dobkin 2005).

Đã có nhiều bằng chứng về sự tuân thủ điều trị tốt

của người nghiên cứu chích ma túy (Viện Xã hội Mở 2004). Tuy nhiên, hiện nay có nhiều nghiên cứu ghi lại những khó khăn mà người nghiên cứu chích ma túy thường gặp phải trong việc tiếp cận, duy trì và phát huy đầy đủ lợi ích của chăm sóc HIV cũng như khả năng vượt qua những trở ngại này thông qua điều trị thay thế, các chương trình hỗ trợ đồng đẳng, phát thuốc có giám sát và liệu pháp quan sát trực tiếp (DOT) (Bouhnik và cộng sự, 2002; Carrieri và cộng sự, 1999; Palepu và cộng sự, 2003; Clarke và cộng sự, 2003; Palepu và cộng sự, 2001; Pach và cộng sự, 2003; Chen và cộng sự, 2003; Wood và cộng sự, 2003; Mockroft và cộng sự, 1999; McCance-Katz và cộng sự, 2002; Moatti và cộng sự, 2000; Carrieri và cộng sự, 2003; Lucas và cộng sự, 2004; Conway và cộng sự, 2004; McCance-Katz và cộng sự, 2002; Malta và cộng sự, 2003).

Bằng chứng khoa học đã minh chứng rằng các chương trình điều trị thay thế duy trì thuốc phiện, tăng cường tiếp cận với bơm kim tiêm tiệt trùng và các dịch vụ dự phòng khác đã làm giảm lây nhiễm HIV mới trong nhóm những người nghiên cứu chích ma túy (Wodak và cộng sự, 2005). Các chương trình tiếp cận cộng đồng, với đội ngũ giáo dục viên đồng đẳng, những người hiểu rõ về ma túy và lây nhiễm HIV, đã có tác động rất lớn mang lại hiệu quả đáng kể trên toàn thế giới trong việc lồng ghép các chương trình tiếp cận nghiên cứu chích ma túy với các chương trình chăm sóc HIV, bao gồm cả tăng cường tuân thủ điều trị (Coyle và cộng sự, 1998; Needle và cộng sự, 2005).

Điều trị thay thế duy trì bằng methadone hoặc buprenorphine cho phép người nghiên cứu ổn định cuộc sống, tránh hoặc xử trí được nhiều biến chứng do tiêm chích ma túy gây ra và là một thành tố cơ bản trong chiến lược duy trì điều trị cho những người nghiên cứu chích ma túy (Mattick và cộng sự, 2002). Chương trình điều trị thay thế cũng là một điểm khởi đầu cho việc tăng cường điều trị ARV, hỗ trợ tuân thủ điều trị, và tăng cường tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác (Clarke và cộng sự, 2002; Moscatello và cộng sự, 2003; Lucas, 2004, WHO với cộng sự, 2004; Viện Xã hội Mở, 2004; Farrell và cộng sự, 2005).

Tiên đoán trước được mối quan hệ tương tác giữa methadone hoặc buprenorphine và thuốc ARV và điều chỉnh liều lượng sao cho phù hợp là điều hết sức quan trọng (Antoniou và cộng sự, 2002; Dobkin, 2005). Những tương tác làm thúc đẩy sớm việc cắt cơn có thể gây tái nghiện sử dụng heroin, gây ra sự mất lòng tin với nhân viên y tế và kết quả là người bệnh không muốn điều trị ARV (Dobkin, 2005).

Có thể cần thêm các loại thuốc giảm đau để điều trị cơn đau cấp tính hoặc mãn tính ở người nghiên cứu nhiễm HIV vì liều thuốc thường dùng hàng ngày có

thể không đủ làm giảm đau cho họ (Dobkin 2005). Quan trọng là dự tính được các mối quan hệ tương tác tiềm ẩn giữa thuốc giảm đau và một số loại thuốc ARV (Xem www.hiv-druginteractions.org và Dobkin 2005).

Một số người nghiện chích ma túy sẽ gặp khó khăn trong bệnh viện, trong tù hoặc tại các cơ sở khác và có thể có những triệu chứng sau cai nghiện khi việc sử dụng thuốc bị gián đoạn. Một phác đồ cai nghiện bằng buprenorphine, methadone hoặc clonidine có thể giúp họ ổn định tạo điều kiện cho đánh giá và điều trị (Umbricht và cộng sự 2003).

Đồng nhiễm viêm gan B và/hoặc viêm gan C và bệnh gan liên quan đến rượu là khá phổ biến ở những người nghiện chích ma túy nhiễm HIV. Những bệnh này có thể tăng nguy cơ nhiễm độc gan và ảnh hưởng đến sự chuyển hóa của một số loại thuốc ARV. Mặc dù thuốc điều trị ARV phổ biến là gây độc cho tế bào gan, song khoảng 90% những người nhiễm HIV/AIDS đều có khả năng dung nạp thuốc khi được điều trị ARV mà không gây ra những độc tính nặng nề cho gan, cho dù họ có bị đồng nhiễm viêm gan với HIV hay không (Sulkowski và cộng sự, 2000). Do đó điều quan trọng là phải thận trọng với các nguy cơ tương tác thuốc tiềm ẩn có thể xảy ra, đặc biệt là khi điều trị viêm gan C.

Điều trị lao đối với những người đang sống chung với HIV/AIDS và những người không nhiễm HIV nhìn chung là giống nhau, và hiện nay đã có rất nhiều tài liệu hướng dẫn về vấn đề này (Có thể xem Hội Giải phẫu Lồng ngực Mỹ 2003). Cũng cần phải xem xét đến sự tương tác giữa một số loại thuốc điều trị lao và thuốc ARV, giữa thuốc điều trị lao và methadone và có thể với cả buprenorphine; và cũng cần phải xem xét thời gian khi nào bắt đầu điều trị ARV cho bệnh nhân lao (Dobkin 2005).

NHỮNG TÁC ĐỘNG VỀ MẶT CHÍNH SÁCH VÀ CHƯƠNG TRÌNH

Những người nghiện chích ma túy nhiễm HIV cần phải được tiếp cận một cách công bằng và toàn diện với các chương trình điều trị ARV cả về góc độ y tế cộng đồng cũng như về góc độ quyền con người. Những nhà lập chính sách đóng vai trò quan trọng trong việc đảm bảo được những yếu tố này thông qua việc tăng cường điều trị cho người nghiện chích nhiễm HIV ở nước sở tại. Một chiến lược ứng phó toàn diện với HIV ở người nghiện chích ma túy bao gồm tổng hợp cả dự phòng, điều trị và các dịch vụ hỗ trợ khác nhằm đảm bảo việc tận dụng tối đa các dịch vụ càng sớm càng tốt. Bên cạnh việc nhiễm HIV, những người nghiện chích ma túy còn bị phụ thuộc thuốc, mắc các bệnh lây truyền qua đường máu và các vấn

đề sức khỏe khác liên quan đến tiêm chích. Dự phòng và điều trị cho những bệnh này sẽ làm hạn chế bệnh tật và tử vong, tạo điều kiện thuận lợi cho người nghiện chích ma túy được tham gia vào các chương trình chăm sóc HIV toàn diện.

Một yếu tố then chốt trong việc điều trị ARV và điều trị các bệnh đồng nhiễm khác là việc đánh giá kỹ lưỡng, đồng thời tuyên truyền giáo dục cho bản thân người bệnh để họ có thể xây dựng một kế hoạch cụ thể cho việc tuân thủ điều trị. Các dịch vụ xã hội, giáo dục, hỗ trợ tuân thủ điều trị, điều trị sử dụng thuốc thay thế và các thuốc khác là những thành tố chủ yếu cốt lõi của một chương trình chăm sóc HIV hiệu quả. Nếu những người nghiện chích ma túy, và cả những người đang sống chung với HIV khác, có thể duy trì lịch khám đúng hẹn và tuân thủ điều trị tốt, thì họ có khả năng đáp ứng tốt với điều trị ARV. Trong khi chưa thể đánh giá được đầy đủ thì bất kỳ hiện tượng tái nghiện hoặc tiếp tục dùng ma túy nào cũng đều là vấn đề đòi hỏi phải có sự quan tâm hơn nữa, đồng thời xem xét tìm hiểu vấn đề và xử trí như một căn bệnh.

NHỮNG NGUYÊN TẮC ĐỂ CÓ CHƯƠNG TRÌNH THÀNH CÔNG CHO NHỮNG NGƯỜI NGHIỆN CHICH MA TÚY

Một thách thức lớn trong việc chăm sóc cho những người nghiện chích ma túy nhiễm HIV là nhu cầu cần có dịch vụ liên hoàn. Để có chương trình chăm sóc sức khỏe thành công cho những người đang nghiện chích ma túy, cần phải xem xét những nguyên tắc sau:

- Dịch vụ chăm sóc y tế có thể tiếp cận được đối với người bệnh, nghĩa là dịch vụ này phải được đặt trong cơ sở y tế chung, miễn phí, thân thiện, với đội ngũ cán bộ không thiên vị và không thành kiến với người bệnh.
- Dịch vụ chăm sóc sức khỏe phải toàn diện với tất cả những dịch vụ cần thiết trong cùng một cơ sở.
- Dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho người nghiện chích được cung cấp ở mức độ mà họ có thể chấp nhận được chứ không phải khiến họ không muốn tiếp cận với dịch vụ.
- Các chương trình tiếp cận cộng đồng, là một thành tố rất quan trọng trong chăm sóc HIV, kết nối chặt chẽ với tổ chức/nhóm tại cộng đồng của những người bị ảnh hưởng, cùng với việc sử dụng đội ngũ đồng đẳng viên và tư vấn viên.
- Chăm sóc liên tục là một nội dung quan trọng khi hình thành các dịch vụ chăm sóc và cũng là nhằm thu hút được bệnh nhân đến với các dịch vụ này.

Để người nghiện chích ma túy nhiễm HIV có thể tiếp cận được với những chương trình điều trị ARV, cần phải chú ý đến nhu cầu của họ, cụ thể là việc hỗ trợ tuân thủ điều trị. Cũng cần phải đặc biệt lưu ý đến việc chẩn đoán và xử trí các bệnh đồng nhiễm khác như lao, HBV và HCV, sự tương tác thuốc khi điều trị nhiều loại thuốc, và điều trị thay thế.

Xác định thời điểm bắt đầu điều trị ARV là một vấn đề quan trọng với người nghiện chích ma túy. Cần phải đảm bảo để họ có được thông tin đầy đủ và có động lực để bắt đầu tham gia điều trị, do đó việc đánh giá tuân thủ điều trị và giải quyết những trở ngại có thể xảy ra trong quá trình điều trị là rất quan trọng. Để tránh nguy cơ thất bại điều trị và kháng thuốc thì tốt hơn là nên hoãn việc bắt đầu điều trị để thực hiện tốt những bước chuẩn bị trước khi điều trị, trừ khi những trường hợp bệnh quá nặng cần điều trị ngay.

Nhiều nước đang thực hiện theo phương pháp tiếp cận y tế công cộng trong điều trị ARV của WHO, là phác đồ điều trị chuẩn bậc 1 và bậc 2. Nếu một loại thuốc trong phác đồ bậc 1 có yếu tố gây độc, thì có thể thay thế bằng một loại thuốc khác trong cùng phác đồ. Nếu thất bại điều trị xảy ra (lâm sàng và miễn dịch), người bệnh sẽ được chuyển sang phác đồ bậc 2. Các phác đồ được đơn giản hóa, đặc biệt nếu được kê trong một liều kết hợp cố định thì sẽ rất thuận tiện cho người sử dụng vì số lượng viên thuốc phải uống sẽ ít hơn. Tuy nhiên, nếu người bệnh bị mắc nhiều bệnh đồng nhiễm cùng một lúc, vừa phải điều trị thay thế và điều trị nhiễm trùng cơ hội, thì việc điều trị ARV không thể giống như những người bệnh khác, mà cần phải có những điều chỉnh thay đổi cần thiết trong phác đồ. (Dobkin 2005).

Để hỗ trợ tuân thủ điều trị, cách tốt nhất là phải theo dõi liên tục để phát hiện những vấn đề khó khăn trong việc tuân thủ điều trị. Quá trình điều trị nên được thực hiện tại cơ sở chăm sóc bệnh nhân toàn diện, để cán bộ y tế được cung cấp đầy đủ thông tin liên quan đến việc tuân thủ điều trị cũng như những biểu hiện lâm sàng của người bệnh. Theo nguyên tắc, khi một bệnh nhân bắt đầu điều trị, thuốc cần phải cấp phát với số lượng nhỏ, chia làm nhiều lần. Khi bệnh nhân đã ổn định, thời gian cấp phát thuốc có thể sẽ được kéo dài hơn. Ngược lại, đối với những người nghiện chích ma túy đã lâu có những hành vi thất thường, có thể phải có một kế hoạch đến khám lại và lịnh thuốc thường xuyên hơn để có thể theo dõi chặt chẽ và hỗ trợ khi cần thiết.

Sự kết hợp giữa chương trình giảm tác hại và chương trình điều trị

Mối quan hệ chặt chẽ giữa chương trình điều trị HIV

và chương trình giảm tác hại sẽ tạo ra một cơ chế chuyển tuyến nhanh đến các cơ sở chăm sóc trong trường hợp những người nghiện chích ma túy xét nghiệm có HIV dương tính, tạo điều kiện cho việc giám sát tốt hơn, đưa ra những giải pháp khi có tương tác thuốc và nhấn mạnh những thông điệp dự phòng lây nhiễm HIV - tăng cường dự phòng lây nhiễm HIV trong nhóm đối tượng khách hàng xét nghiệm âm tính. Các chương trình giảm tác hại đã tạo được lòng tin và tín nhiệm, có nhiều kinh nghiệm trong việc tiếp cận và giao tiếp với người nghiện chích và có thể hạn chế được những rắc rối về sức khỏe và tâm lý xã hội của những người nghiện chích ma túy, đồng thời hỗ trợ cho chăm sóc HIV. Những chương trình này cần tham gia vào quá trình lập kế hoạch điều trị HIV cho người nghiện chích ma túy, tổ chức tiếp cận cộng đồng để cho người sử dụng ma túy được xét nghiệm HIV, tư vấn và điều trị và duy trì việc theo dõi đối với những đối tượng nghiện chích ma túy bỏ châm sóc.

Các hoạt động can thiệp tiếp cận đồng đẳng đã được chứng minh là thành công trong việc giáo dục và khuyến khích những người đang dùng ma túy tiếp cận với các chương trình điều trị hiệu quả. Cần phải thành lập các nhóm hỗ trợ hoặc chương trình giáo dục hoặc lồng ghép với các chương trình điều trị HIV toàn diện cho người nghiện chích ma túy, đặc biệt là chuẩn bị cho họ khi gặp phải những tác dụng phụ trong quá trình điều trị ARV và hỗ trợ tuân thủ điều trị.

Tương tác thuốc giữa thuốc điều trị thay thế và thuốc ARV

Do khả năng tiềm ẩn có tương tác thuốc giữa các thuốc điều trị thay thế với các thuốc ARV, nên cần có sự trao đổi thường xuyên, cải mở giữa người chăm sóc, người tiêm chích nhiễm HIV và cán bộ điều trị thay thế khi tiến hành điều trị ARV. Nhìn chung, những người được điều trị thay thế cần phải được theo dõi chặt chẽ về bất cứ sự thay đổi nào của các loại thuốc điều trị cũng như sự tương tác thuốc. Có nhiều mô hình kết hợp thành công chăm sóc HIV với điều trị cai nghiện, bao gồm:

- Cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe bằng cách chuyển người bệnh đến cơ sở chăm sóc HIV gần đó.
- Thiết lập bộ phận điều trị cai nghiện tại cơ sở y tế chăm sóc sức khoẻ ban đầu cho người nhiễm HIV hoặc
- Cung cấp chăm sóc ban đầu tại chỗ cho người nghiện chích nhiễm HIV tại cơ sở điều trị cai nghiện.

Những quan tâm đặc biệt đối với phụ nữ và người hành nghề mại dâm

Có một số lượng lớn người nghiện chích nhiễm HIV là

phụ nữ trong độ tuổi sinh sản; do đó việc tiếp cận với các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình và dự phòng lây truyền từ mẹ sang con (MTCT), bao gồm cả chăm sóc và điều trị cho bản thân những người phụ nữ này, cần phải được lồng ghép trong cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc toàn diện liên tục. Nhiều phụ nữ mang thai bị nhiễm HIV không đi khám thai và chỉ đến cơ sở y tế khi chuyển dạ. Để dự phòng lây truyền từ Mẹ sang Con, cán bộ y tế cơ sở sản khoa cần phải có bộ dụng cụ xét nghiệm nhanh và có thuốc nevirapine để sử dụng khi cần thiết⁴. Trong bối cảnh có sẵn thuốc điều trị, cần phải cung cấp các dịch vụ xét nghiệm HIV thường xuyên tại các cơ sở này⁵.

Tất cả những người tiêm chích nam và nữ tham gia mại dâm để kiếm ma túy cần được tiếp cận với những dịch vụ y tế và dịch vụ xã hội cần thiết khác nhằm giảm sự lây truyền qua đường tình dục và hỗ trợ chăm sóc điều trị. Các chương trình tiếp cận đồng đẳng và hỗ trợ điều trị cần phải điều chỉnh để phù hợp với những nhóm đối tượng này, tránh nguy cơ lây nhiễm chéo do tiêm chích ma túy và quan hệ tình dục.

Trại giam

Những cơ sở trường, trại có vai trò rất lớn trong dự phòng và chăm sóc HIV. Cần phải cung cấp các dịch vụ chăm sóc liên tục từ phía cộng đồng, vì những đối tượng này là những người được đưa từ cộng đồng vào trại giam và ngược lại. Điều trị cai nghiện trong trường trại cần phải được áp dụng với các cá nhân và phải có sự theo dõi chặt chẽ để giảm thiểu các triệu chứng sau cai nghiện và biến chứng sức khỏe trong quá trình cai nghiện. Cần phải xây dựng các phương pháp và mô hình để hỗ trợ tạo điều kiện thuận lợi và hợp tác giữa các cán bộ y tế và công an.

KẾT LUẬN

Những nhà lãnh đạo cần phải cân nhắc giữa những chi phí lớn về xã hội và y tế công cộng do tiêm chích ma túy gây ra với tỷ lệ lây truyền viêm gan B và C, HIV và tỷ lệ tử vong cao nếu người nghiện chích ma túy không được tiếp cận với điều trị ARV và các can thiệp giảm tác hại. Vẫn còn nhiều thách thức khi đề cập đến lây nhiễm HIV trong nhóm đối tượng nghiện chích ma túy. Do đó những rào cản về kinh tế xã hội và luật pháp cũng như các vấn đề về tâm lý và thể chất cần phải được giải quyết để kiểm soát hiệu quả đại dịch này và đảm bảo hiệu quả chăm sóc cho những người bị ảnh hưởng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Aceijas C, Stimson GV, Hickman M and Rhodes T thay mặt Nhóm Làm việc Liên Hiệp quốc về Phòng ngừa và Chăm sóc HIV/AIDS cho những người tiêm chích ma túy tại các Nước Quá độ và đang Phát triển (2004). Tổng quan toàn cầu của việc tiêm chích ma túy và lây nhiễm HIV của người tiêm chích ma túy. *AIDS*, 18:2295-2303

Hiệp hội Giải phẫu Lồng ngực Mỹ, CDC và Hiệp hội Các bệnh Lây nhiễm Mỹ (2003). Điều trị bệnh Lao, *Morbidity and Mortality Weekly Report* 52 (RR11); 1-77.

<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5211a1.htm> trích dẫn ngày 6 tháng Hai 2005.

Antoniou T và Tseng L (2002). Tương tác giữa thuốc giải trí và các chất điều trị kháng vi rút. *Annual of Pharmacotherapy*, 36:1598-1613.

Bouchnik AD, Chesney M, Carrieri P, Gallais H, Moreau J, và Moatti (2002). Sự không tuân thủ điều trị của người tiêm chích ma túy nhiễm HIV: tác động của sự bất ổn xã hội. *American Journal of Addiction*, 11(4):271-8.

Carrieri MP, Moatti JP, Vlahov D, Obadia Y, Reynaud-Maurupt C và Chesney M (1999). Tiếp cận đến điều trị kháng vi rút của người Pháp tiêm chích ma túy bị nhiễm HIV: tác động của tiếp tục sử dụng ma túy. *Journal of Epidemiological Community Health*, 53:4-8.

Carrieri MP, Rey D, Loundou A, Lepeu G, Sobel A, và Obadia Y (2003). Nhóm nghiên cứu Manif-2000. Đánh giá liệu pháp duy trì buprenorphine đối với quần thể những người Pháp tiêm chích bị nhiễm HIV. *Drug Alcohol Dependence*, 72:13-21.

Chen RY, Westfall AO, Mugavero MJ, Cloud GA, Raper JL, Chatham AG, Acosta EP, Taylor KH, Carter J và Saag MS (2003). Thời gian của Phác đồ Liệu pháp điều trị hiệu quả cao. *Clinical Infectious Diseases*, 37:714-22

Clarke S, Keenan E, Ryan M (2002). Điều trị kháng vi rút cho người tiêm chích ma túy nhiễm HIV với sự theo dõi trực tiếp; *The AIDS Reader*, 12(305-7): 412-316.

Clarke S, Delamere S, McCullough L, Hopkins S, Bergin C, và Mulcahy F (2003). Đánh giá những nhân tố hạn chế việc đồng ý điều trị kháng vi rút trong nhóm lớn người tiêm chích ma túy. *HIV Medicine*, 4:33-7

⁴ Xem tài liệu của WHO về ngăn ngừa lây nhiễm từ mẹ sang con tại trang web <http://www.who.int/hiv/pub/mtct/en/>

⁵ Xem hướng dẫn các dịch vụ thường xuyên của WHO/UNAIDS tại trang web <http://www.unaids.org/Unaids/EN/In+focus/Topic+areas/HIV+diagnostic+tests.asp>

- Conway B, Prasad J, Reynolds R, Farley J, Jones M, Jutha S, Smith N, Mead A và DeVlaming S (2004). Quan sát trực tiếp Liệu pháp Quản lý Bệnh nhân nhiễm HIV trong Chương trình Methadone. *Clinical Infectious Diseases*, 38:S402-8.
- Coyle SL, Needle RH, Normand J (1998). Phòng ngừa HIV qua biện pháp truyền thông cho người tiêm chích ma túy: Xem xét các số liệu đầu ra đã được công bố. Trong: Needle RH, Coyle S, Cesari H, biên tập. Phòng ngừa HIV trong cộng đồng sử dụng ma túy - hiện trạng và viễn cảnh. *Public Health Reports*, 113 (Phụ san 1):19-30.
- De la Fuente L, Bravo MJ, Barrio G, Parras F, Suarez M, Rodes A và Noguer I (2003). Bài học từ Lịch sử Vi rút Suy giảm Miễn dịch ở người/Đại dịch Hội chứng suy giảm miễn dịch (AIDS) mắc phải ở người tiêm chích ma túy Tây ban nha. *Clinical Infectious Diseases*, 37 (Phụ san 5):S410-5.
- Des Jarlais và cộng sự (2005). Các can thiệp giảm hành vi nguy cơ tình dục của người tiêm chích ma túy. *International Journal of Drug Policy (Phụ san)*. Sắp ra.
- Dobkin, J (2005). *Điều trị và Chăm sóc Toàn diện cho người Tiêm chích Ma túy nhiễm HIV*, WHO, Geneva, Thụy sỹ. Sắp xuất bản.
- EMCDDA 2004, Trung tâm kiểm soát Ma túy và Nghị định Ma túy châu Âu . Báo cáo hàng năm về tình trạng các vấn đề ma túy ở Liên minh châu Âu và Na uy 2004, *EMCDDA, Lisbon, 2004*. <http://annualreport.emcdda.eu.int>.
- Farrell M, Gowing L, Walter Ling J M và Ali R (2005). Hiệu quả điều trị nghiên cứu ma túy trong dự phòng HIV. *International Journal of Drug Policy (Phụ trương)*. Sắp ra.
- Grassly NC, Lowndes CM và Rhodes T (2003). Mô hình đại dịch HIV đang xuất hiện: vai trò của người tiêm chích ma túy và lây truyền qua đường tình dục ở Liên bang Nga, Trung Quốc và Ấn Độ. *International Journal of Drug Policy*, 14:25-43.
- Hamers FF và Downs AM (2004). Bộ mặt thay đổi của đại dịch HIV tại Tây Âu: Ý nghĩa đối với chính sách y tế công cộng? *Lancet*, 364:83-94.
- Hien N, Giang L, Binh P, Deville W, van Ameijden E và Wolffers I (2001). Các yếu tố nguy cơ lây nhiễm HIV và sử dụng chung kim tiêm ở những người tiêm chích ma túy tại Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam. *Journal of Substance Abuse*, 13:45-58.
- Lai S, Liu W, Chen J, Yang J, Li ZJ, Li RJ, Liang FX, Liang SL, Zhu QY và Yu XF. (2001). Thay đổi tỷ lệ nhiễm HIV- 1 trong nhóm những người sử dụng heroin ở Quảng tây, Trung quốc. *Journal of AIDS*, 26:365-70
- Lucas GM, Weidle PJ, Hader S và Moore RD (2004). Điều trị ARV trực tiếp ở một cơ sở điều trị thay thế bằng Methadone ở Thành phố: Một Nghiên cứu So sánh Phi ngẫu nhiên. *Clinical Infectious Diseases*, 38:S409-13.
- Malta M, Carneiro-da-Cunha C, Kerrigan D, Strathdee SA, Monteiro M và Bastos FI (2003). Quản lý trường hợp với những người tiêm chích ma túy nhiễm vi rút suy giảm miễn dịch: một nghiên cứu trường hợp ở Rio de Janeiro, Brazil. *Clinical Infectious Diseases*, 15;37 Phụ san 5:S386-91.
- Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M (2002). Liệu pháp duy trì methadone so với liệu pháp không duy trì thuốc nhóm opioid cho người nghiện thuốc nhóm opioid. Trong: *Library Cochrane*, Số 4.
- Moatti JP, Carrieri MP, Spire B, Gastaut JA, Cassuto JP và Moreau J (2000). Tuân thủ HAART ở những người Pháp tiêm chích ma túy nhiễm HIV: đóng góp của liệu pháp duy trì thuốc buprenorphine. *Journal Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)*, 14:151-5.
- McCance-Katz EF, Gourevitch MN, Arnsten J, Sarlo J, Rainey P và Jatlow P (2002). Liệu pháp quan sát trực tiếp có chỉnh sửa (MDOT) cho người tiêm chích ma túy nhiễm HIV. *American Journal of Addiction*, 11(4):271-8.
- McCance-Katz EF, Gourevitch MN, Arnsten J, Sarlo J, Rainey P và Jatlow P (2002). Liệu pháp quan sát trực tiếp có chỉnh sửa (MDOT) cho người tiêm chích ma túy nhiễm HIV. *American Journal of Addiction*, 11(4):271-8.
- Mocroft A, Madge S, Johnson AM, Lazzarin A, Clumeck N, Goebel FD, Viard JP, Gatell J, Blaxhult A và Lundgren JD (1999). So sánh các nhóm phoi nhiễm trong nghiên cứu EuroSIDA: khởi đầu điều trị kháng vi rút hoạt tính cao (HAART), đáp ứng với HAART và tồn tại. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 22:369-378.
- Moscato G, Campello P, Benettuci JA (2003). Lây truyền qua đường tình dục và đường máu ở người sử dụng ma túy trong một bệnh viện ở Buenos Aires, Argentina. *Clinical Infectious Diseases* 37, Phụ san 5: S343/7.

Needle R H, Burrows D, Friedman S, Dorabjee J, Touzé G, Badrieva L, Grund J-P C, Suresh Kumar M, Nigro L, Manning G và Latkin C (2005). Hiệu quả của các phương pháp tiếp cận cộng đồng trong dự phòng HIV/AIDS ở người tiêm chích ma túy. *International Journal of Drug Policy (Phụ san)*. Sắp ra.

Viện Xã hội Mở (2004). *Phá vỡ các rào cản Bài học Điều trị HIV cho Người Tiêm chích Ma túy*. New York, Chương trình giảm Tác hại Quốc tế. Viện Xã hội Mở.

www.soros.org/initiatives/ihrd/articles_publication/publications/arv_idus_20040715.

Pach A 3, Cerbone FG và Gerstein DR (2003). Điều tra Định tính Điều trị Kháng Vi rút ở Người Tiêm chích Ma túy. *AIDS and Behavior*, Tập 7.

Palepu A, Yip B, Miller C, Strathdee SA, O'Shaughnessy MV, Montaner J và Hogg RS. (2001). Các yếu tố liên quan đến phản ứng điều trị kháng vi rút ở các bệnh nhân nhiễm HIV có hoặc không có tiền sử tiêm chích ma túy. *AIDS*, 15:423-4.

Palepu A, Tyndall M, Yip B, O'Shaughnessy MV, Hogg RS và Montaner JS (2003). Phản ứng vi rút yếu với điều trị kháng vi rút hoạt tính cao liên quan đến tiếp tục tiêm chích ma túy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 32(5):522-6.

Panda S, Chatterjee A, Bhattacharya SK, Manna B, Singh PN, Sarkar S, Naik TN, Chakrabarti S và Detels R (2000). Sự lây truyền HIV từ những người tiêm chích ma túy sang cho vợ tại Ấn Độ. *International Journal STD*, 7:468-73.

Rhodes T, Ball A, Stimson GV, Kobyshcha Y, Fitch C, Pokrovsky V, Bezruchenko-Novachuk M, Burrows D, Renton A và Andrushchak L. (1999). Nhiễm HIV do tiêm chích ma túy ở những bang mới độc lập, Đông Âu: bối cảnh kinh tế xã hội của đại dịch. *Addiction*, 94:1323-36.

Sulkowski MS, Thomas DL, Chaisson RE và Moore RD (2000). Gây độc cho gan do điều trị kháng vi rút ở người lớn bị nhiễm vi rút suy giảm miễn dịch và vai trò lây nhiễm của vi rút viêm gan C hoặc B. *Journal of the American Medical Association*, 283:74-80.

Umbrecht A., Hoover D, Tucker, Leslie, Chaisson R và Preston K (2003). Cai nghiện thuốc phiện bằng buprenorphine, clonidine hoặc methadone ở các bệnh nhân nghiện heroin bị nhiễm HIV. *Drug and Alcohol Dependence*, 69:263-272.

UNAIDS (2002). *Báo cáo về Dịch HIV/AIDS Toàn cầu*, Geneva, Thụy sỹ.

Wodak và cộng sự. (2005). Hiệu quả của chương trình trao đổi bơm kim tiêm sạch. *International Journal of Drug Policy (Phụ san)*. Sắp xuất bản.

Wood E, Montaner JS, Yip B, Tyndall MW, Schechter MT, O'Shaughnessy MV và Hogg RS (2003). Tuân thủ điều trị và phản ứng huyết thanh học HIV RNA với điều trị kháng vi rút hoạt tính ở người tiêm chích ma túy nhiễm HIV-1. *Canadian Medical Association Journal*, 169(7):656-61.

Tổ chức Y tế Thế giới, Văn phòng Ma túy và Tội phạm Liên hiệp quốc và Chương trình chung của Liên hiệp quốc về HIV/AIDS (2004) *Điều trị thay thế duy trì trong quản lý nghiện thuốc phiện và phòng ngừa HIV/AIDS: Luận điểm* Geneva: Tổ chức Y tế Thế giới.

Để biết thêm chi tiết, xin vui lòng liên hệ:
Tổ chức Y tế Thế giới
Phòng HIV/AIDS
20, đại lộ Appia CH-1211 Geneva 27, Thụy Sỹ
E-mail: hiv-aids@who.int
<http://www.who.int/hiv/en>