LẠM DỤNG THUỐC KÊ ĐƠN

Matthew A. Silva, PharmD, RPh, BCPS • Hilary Mislan, MD

TỔNG QUAN

Các chất được kiểm soát dễ bị lạm dụng và chuyển hướng sử dụng sai mục đích. Cần áp dụng các biện pháp phòng ngừa phổ quát (universal precautions) khi theo dõi mọi bệnh nhân được kê đơn chất kiểm soát nhằm phát hiện rối loạn sử dụng chất gây nghiện ở những bệnh nhân bị ảnh hưởng. Bệnh nhân có rối loạn sử dụng chất gây nghiện cần được đề nghị điều trị (và/hoặc chuyển tuyến khi cần).

MÔ TẢ

- Các hành vi lạm dụng thuốc kê đơn tồn tại trên một phổ liên tục và có thể bao gồm:
  - Sử dụng thuốc vì lý do y tế khác với mục đích ban đầu của người kê đơn
  - Sử dụng thuốc vì lý do phi y tế, chẳng hạn để gây khoái cảm (hiệu ứng phân ly) hoặc để tăng cường thành tích
  - Sử dụng thuốc vì bất kỳ lý do gì bởi người khác không phải là người được kê đơn ban đầu
- Các thuốc kê đơn thường bị lạm dụng bao gồm thuốc giảm đau opioid (morphin, oxycodon, hydrocodon, oxymorphon, hydromorphon, fentanyl, methadon, buprenorphin), thuốc kích thích (amphetamin, methylphenidat), benzodiazepin (alprazolam, clonazepam, lorazepam) và barbiturat (secobarbital, amobarbital).
- Chuyển hướng sử dụng (diversion) là thuật ngữ mô tả việc chuyển thuốc từ đơn thuốc hoặc nguồn cung hợp pháp khác sang mục đích sử dụng giải trí hoặc hoạt động phạm tội, chẳng hạn như bán thuốc kê đơn để trục lợi cá nhân.

DỊCH TỄ HỌC

- Hơn một nửa số lượt khám tại khoa cấp cứu (ED) có liên quan đến việc lạm dụng hoặc sử dụng sai dược phẩm (opioid và không opioid).
- Tại Hoa Kỳ năm 2016, có 17.087 ca tử vong do quá liều liên quan đến opioid kê đơn, chiếm 27% tổng số ca tử vong do quá liều thuốc trong năm đó.

Tỷ lệ mắc mới (Incidence)

- Giới tính chiếm ưu thế: nam > nữ
- Độ tuổi chiếm ưu thế: cao nhất ở người trưởng thành 18–25 tuổi (trung bình 22 tuổi), tiếp theo là thanh thiếu niên 12–17 tuổi, sau đó là người trưởng thành ≥26 tuổi

Tỷ lệ hiện mắc (Prevalence)

- Tỷ lệ hiện mắc trọn đời của lạm dụng thuốc kê đơn cao nhất đối với opioid, benzodiazepin và thuốc kích thích.
- Tại Hoa Kỳ năm 2016, CDC ghi nhận 4,3% báo cáo lạm dụng thuốc giảm đau kê đơn, 2,1% đối với thuốc kích thích kê đơn, 2,2% đối với thuốc an thần giải lo kê đơn (tranquilizer), và 0,6% đối với thuốc gây ngủ/an thần kê đơn (sedative).

CĂN NGUYÊN VÀ SINH LÝ BỆNH

Opioid, benzodiazepin, thuốc kích thích và barbiturat gây khoái cảm, dung nạp (tolerance) và lệ thuộc (dependence), dẫn đến lạm dụng và nghiện.

Di truyền

Các alen biến thể ảnh hưởng đến biểu hiện và chức năng của các thụ thể opioid, dopamin, acetylcholin, serotonin và axit gamma-aminobutyric (GABA), góp phần giải thích tính nhạy cảm với các dạng nghiện khác nhau.

YẾU TỐ NGUY CƠ

- Các yếu tố kinh tế xã hội - nhân khẩu học, tâm thần, liên quan đến đau và liên quan đến thuốc
- Di truyền, môi trường, tiền sử gia đình
- Việc kê đơn opioid kéo dài (từ 3 tháng trở lên) làm tăng đáng kể nguy cơ quá liều liên quan đến opioid ở năm thứ 1 (tăng gấp 4 lần) và năm thứ 5 (tăng gấp 30 lần).

PHÒNG NGỪA CHUNG

- Hạn chế hoặc tránh kê đơn thuốc kiểm soát trong lần khám đầu tiên (cho đến khi thiết lập được mối quan hệ với bệnh nhân). Giới hạn số lượng ban đầu của thuốc giảm đau opioid chỉ trong vài ngày (1)[A].
- Sàng lọc bằng cách hỏi các câu hỏi về việc sử dụng thuốc không lành mạnh (bao gồm cả thuốc kê đơn, khuyến cáo hạng B của USPSTF).
- Khai thác bệnh sử kỹ lưỡng, xem lại hồ sơ, và thực hiện xét nghiệm sàng lọc thuốc trong nước tiểu (UDS) định kỳ trước khi quyết định có chỉ định chất kiểm soát hay không.
- Thử tất cả các phương pháp điều trị đau không dùng opioid có sẵn trước khi kê đơn opioid cho đau mạn tính.
- Tránh kê đơn benzodiazepin. Sử dụng các phương pháp điều trị khác cho lo âu (liệu pháp nhận thức - hành vi, chánh niệm, thuốc ức chế tái hấp thu serotonin chọn lọc, thuốc kháng H1 khi cần, buspiron).
- Tránh benzodiazepin và thuốc gây ngủ ở người cao tuổi.
- Bệnh nhân cần được cung cấp thông tin đầy đủ để có sự đồng thuận (informed consent) về nguy cơ của thuốc kiểm soát trước khi bắt đầu VÀ mỗi 3 tháng trong quá trình điều trị.
- Xây dựng/áp dụng các thỏa thuận thực hành chuẩn để kê đơn và theo dõi chất kiểm soát.
- Giảm dần/ngừng thuốc giảm đau kê đơn cho đau mạn tính nếu không hiệu quả trong việc cải thiện đau và chức năng, nếu có hành vi bất thường gợi ý lạm dụng opioid, hoặc nếu bệnh nhân bị quá liều.
- Giảm liều opioid mạn tính có thể giảm nguy cơ đồng thời cải thiện đau, chức năng và chất lượng cuộc sống.
- Các chương trình giám sát kê đơn thuốc (PMP) giúp giảm tình trạng "mua thuốc nhiều nơi" (doctor shopping) nhưng không làm giảm số lượt khám cấp cứu do quá liều và tử vong liên quan đến lạm dụng thuốc kê đơn (2)[A].
- Xác định và điều trị rối loạn sử dụng chất gây nghiện tiềm ẩn.
- Kê đơn naloxone dạng xịt mũi cho tất cả bệnh nhân dùng opioid mạn tính và giáo dục bệnh nhân cùng người thân về cách sử dụng đúng trong trường hợp quá liều.

CÁC TÌNH TRẠNG THƯỜNG ĐI KÈM

- Opioid: dung nạp (giảm hiệu quả theo thời gian), tăng đau do opioid (opioid-induced hyperalgesia), lệ thuộc (triệu chứng cai khó chịu), nghiện (có thể dẫn đến mất tiền tiết kiệm, việc làm, các mối quan hệ thân thiết và bị giam giữ, nhiễm virus viêm gan C hoặc HIV, v.v.), quá liều/tử vong, trầm cảm, táo bón, testosteron thấp và rối loạn chức năng tình dục
- Benzodiazepin và barbiturat: lệ thuộc (cai thuốc có thể gây co giật, sảng run [delirium tremens], tử vong), loạn thần, lo âu, "ngủ lái xe" (sleep driving), trạng thái mất trí nhớ tạm thời (blackout), suy giảm nhận thức, suy giảm khả năng lái xe; tăng nguy cơ té ngã và tử vong ở người cao tuổi
- Thuốc kích thích: lệ thuộc, tăng huyết áp, loạn nhịp nhanh, thiếu máu cục bộ cơ tim, co giật, hạ thân nhiệt, loạn thần, ảo giác, hoang tưởng, lo âu

CHẨN ĐOÁN

- Sàng lọc ban đầu: "Trong năm qua, anh/chị đã bao nhiêu lần sử dụng ma túy bất hợp pháp hoặc sử dụng thuốc kê đơn vì mục đích phi y tế?"; độ nhạy 100% và độ đặc hiệu ~75% trong bối cảnh chăm sóc ban đầu (3)[C]
- Các công cụ sàng lọc khác: Bài kiểm tra sàng lọc lạm dụng thuốc (DAST) giúp xác định mức độ liên quan đến ma túy trong năm qua. Đánh giá sử dụng rượu bằng CAGE hoặc Bộ công cụ xác định rối loạn sử dụng rượu (AUDIT). Tham khảo tiêu chuẩn DSM-5 về rối loạn sử dụng chất gây nghiện.

BỆNH SỬ

Cần xem xét các hành vi bất thường khi khai thác bệnh sử. Bệnh nhân có thể yêu cầu tăng liều và xin cấp lại thuốc sớm ("làm đổ lọ thuốc...", "dược sĩ giao thiếu thuốc cho tôi...", v.v.). Bệnh nhân có thể có sự ưa thích mạnh mẽ với một loại thuốc cụ thể, đặt lịch hẹn vào cuối ngày hoặc ngoài giờ, và/hoặc thể hiện hành vi thù địch/đe dọa hoặc nịnh bợ.

KHÁM LÂM SÀNG

- Theo dõi bệnh nhân để phát hiện các dấu hiệu an thần, lú lẫn hoặc ngộ độc (có thể bao gồm nói lắp và dáng đi không vững trong trường hợp dùng benzodiazepin).
- Các dấu hiệu khám lâm sàng trong hội chứng cai opioid bao gồm giãn đồng tử, ngáp thường xuyên, nhịp tim nhanh, huyết áp tăng và dựng lông (piloerection). Các dấu hiệu khám lâm sàng trong hội chứng cai benzodiazepin bao gồm nhịp tim nhanh, huyết áp tăng và run.
- Thường không có dấu hiệu khám lâm sàng nào trong lần khám khi bệnh nhân đang lạm dụng thuốc kê đơn; nên sử dụng các phát hiện khách quan khác như xét nghiệm thuốc trong nước tiểu để theo dõi.

XÉT NGHIỆM CHẨN ĐOÁN & GIẢI THÍCH KẾT QUẢ

Xét nghiệm sàng lọc thuốc trong nước tiểu (UDS) được khuyến nghị để đảm bảo sử dụng thuốc an toàn và ngăn ngừa việc chuyển hướng sử dụng sai mục đích (4)[C]. Đếm số viên thuốc ngẫu nhiên hữu ích để phát hiện các hành vi lạm dụng hoặc chuyển hướng thuốc.

Xét nghiệm ban đầu (xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh)

- UDS: Đảm bảo bảng xét nghiệm bao gồm các chất bán tổng hợp (hydrocodon, hydromorphon, oxycodon) và tổng hợp (methadon, fentanyl, propoxyphen, meperidin) cùng với tramadol và buprenorphin. Xét nghiệm thêm các chất gây nghiện khác như benzodiazepin (clonazepam, alprazolam, lorazepam được chỉ định riêng lẻ), cocain, amphetamin, chất chuyển hóa của rượu, và cân nhắc các chất khác phổ biến tại khu vực của bạn (như gabapentin, PCP, barbiturat).
- Codein sẽ cho kết quả dương tính với codein cộng morphin.
- Morphin sẽ cho kết quả dương tính với morphin.
- Oxycodon (OxyContin) sẽ cho kết quả dương tính với oxycodon và oxymorphon.
- Hydrocodon sẽ cho kết quả dương tính với hydrocodon và hydromorphon.
- Buprenorphin sẽ cho kết quả dương tính với buprenorphin và norbuprenorphin.
- Diazepam sẽ cho kết quả dương tính với nordiazepam, oxazepam và temazepam.
- Chlordiazepoxid sẽ cho kết quả dương tính với nordiazepam và oxazepam.
- Alprazolam sẽ cho kết quả dương tính với α-hydroxyalprazolam.
- Clonazepam sẽ cho kết quả dương tính với 7-aminoclonazepam.
- Lorazepam sẽ cho kết quả dương tính với lorazepam-glucuronid.

Xét nghiệm theo dõi & Lưu ý đặc biệt

Đếm số viên thuốc ngẫu nhiên hữu ích để phát hiện bệnh nhân dùng nhiều chất kiểm soát hơn so với liều được kê đơn. Có thể kết hợp thu thập xét nghiệm nước tiểu ngẫu nhiên đồng thời.

Giải thích kết quả xét nghiệm

- Các xét nghiệm sàng lọc thuốc (bằng phương pháp miễn dịch hấp phụ liên kết enzym - ELISA) có thể cho kết quả dương tính giả do tương tác với các thuốc kê đơn phổ biến khác hoặc các chất mà người bệnh thường xuyên tiếp xúc (chẳng hạn nước tăng lực gây dương tính giả với amphetamin), vì vậy các quyết định điều trị nên dựa trên xét nghiệm khẳng định có độ đặc hiệu cao (như sắc ký khí/khối phổ).
- Chất chuyển hóa opioid đầy đủ
- Kết quả dương tính nếu có thuốc (hoặc chất chuyển hóa của thuốc) không được kê đơn; dương tính khi có mặt ma túy bất hợp pháp (ví dụ: cocain)
- Nghi ngờ chuyển hướng sử dụng khi kết quả âm tính với thuốc được kê đơn vào thời điểm bệnh nhân báo cáo đã dùng thuốc.

- Ăn hạt anh túc (poppy seeds) có thể gây dương tính giả với morphin và codein trên xét nghiệm khẳng định UDS. Khuyên bệnh nhân được kê đơn chất kiểm soát tránh ăn hạt anh túc để tránh gây nhầm lẫn.

ĐIỀU TRỊ

Nghiện là một bệnh mạn tính có thể điều trị được. Phương pháp tiếp cận điều trị chung bao gồm cai nghiện nội trú, tại cơ sở lưu trú, hoặc ngoại trú khi cần thiết; tư vấn và tư vấn chuyên sâu khi cần; và điều trị hỗ trợ bằng thuốc (MAT) liên tục với buprenorphin hoặc naltrexon dạng tiêm.

- Buprenorphin/naloxon: Bắt đầu giảm liều từ từ (taper) để ngừng thuốc bất cứ khi nào có bằng chứng lạm dụng opioid kê đơn (4)[C]. Một số tình huống chỉ định ngừng thuốc ngay lập tức thay vì giảm liều từ từ (ví dụ: chuyển hướng sử dụng sai mục đích hoặc có kế hoạch chuyển sang điều trị bằng buprenorphin/naloxon).
- Việc ngừng opioid thông qua các chương trình chăm sóc đau đa chuyên khoa, chương trình hỗ trợ bằng buprenorphin, và chương trình cai nghiện đã đạt tỷ lệ ngừng opioid thành công >85%.
- Benzodiazepin không được ngừng đột ngột vì nguy cơ co giật và tử vong. Nên ngừng thuốc bằng cách giảm liều từ từ hoặc tại chương trình cai nghiện có kiểm soát.
- Amphetamin có thể ngừng đột ngột mà không có nguy cơ cai thuốc nghiêm trọng hoặc tử vong.

BIỆN PHÁP CHUNG

Có nhiều phương pháp điều trị khác nhau bao gồm chương trình nội trú (cai nghiện và đôi khi khởi đầu điều trị MAT), chương trình ngoại trú (MAT và chăm sóc sức khỏe tâm thần hành vi), và các dịch vụ hỗ trợ do đồng đẳng viên (peer-led) thực hiện.

THUỐC ĐIỀU TRỊ

Các chương trình cai nghiện opioid ngắn hạn sử dụng clonidin, buprenorphin hoặc methadon dưới sự chỉ đạo của chuyên gia về nghiện. Điều trị MAT dài hạn với buprenorphin/naloxon, methadon hoặc naltrexon hiệu quả hơn so với cai nghiện ngắn hạn.

Điều trị MAT bằng buprenorphin và naloxon

- Bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ y tế nào (bác sĩ MD, DO, y tá thực hành nâng cao NP, hoặc trợ lý bác sĩ PA) đều có thể kê đơn buprenorphin/naloxon sau khi hoàn thành khóa đào tạo và có được chứng chỉ miễn trừ X (X waiver). Để biết chi tiết, xem: https://www.samhsa.gov/medication-assisted-treatment/become-buprenorphine-waivered-practitioner. Hiện đã có một con đường thay thế không cần đào tạo và chứng nhận chính thức, cho phép các nhà cung cấp đủ điều kiện điều trị tối đa 30 bệnh nhân.
- Buprenorphin không có naloxon dễ bị lạm dụng hơn. Các dạng bào chế kết hợp với naloxon giúp ngăn ngừa lạm dụng (như hít qua mũi hoặc tiêm tĩnh mạch) vì naloxon sẽ chiếm chỗ liên kết của buprenorphin trên thụ thể opioid khi dùng đường tiêm (naloxon không hấp thu tốt qua đường ngậm dưới lưỡi).
- Buprenorphin hiện cũng có dạng tiêm tác dụng kéo dài hằng tháng, tiêm dưới da vùng bụng. Dạng bào chế này được y tá thực hiện tại phòng khám, giúp loại bỏ nhu cầu dùng thuốc hằng ngày và các vấn đề liên quan đến chuyển hướng sử dụng sai mục đích, đồng thời tạo cơ hội hỗ trợ bệnh nhân. Dạng tiêm này có chi phí cao.
- Liều buprenorphin/naloxon nên được điều chỉnh tăng dần tối đa đến 24 mg/ngày đối với những bệnh nhân vẫn tiếp tục sử dụng opioid khác. Methadon hoặc cai nghiện sau đó chuyển sang naltrexon nên được đề xuất cho những bệnh nhân không thể ngừng sử dụng opioid dù đã dùng liều tối đa buprenorphin/naloxon.
- Buprenorphin/naloxon nên được tiếp tục sử dụng chừng nào bệnh nhân còn tuân thủ liều được kê đơn và tiếp tục tham gia chăm sóc; ngừng thuốc nếu có bằng chứng chuyển hướng sử dụng sai mục đích buprenorphin/naloxon.
- Naltrexon (dạng uống hoặc dạng tiêm tác dụng kéo dài [rất đắt]) (1) là một chất đối kháng opioid khác giúp giảm cảm giác thèm opioid và ngăn chặn cảm giác khoái cảm do opioid gây ra khi sử dụng, không đòi hỏi đào tạo đặc biệt để kê đơn. Không nên bắt đầu naltrexon cho đến khi bệnh nhân đã ngừng opioid được 7 ngày để tránh gây ra hội chứng cai cấp tính, nghiêm trọng. Yêu cầu về thời gian "rửa trôi" (washout) này đối với naltrexon dạng tiêm khiến ít bệnh nhân thành công hơn khi bắt đầu buprenorphin/naloxon, nhưng một khi đã bắt đầu, hiệu quả của naltrexon dạng tiêm là tương tự.

- Buprenorphin/naloxon và methadon có hiệu quả tương đương khi sử dụng trong điều trị duy trì opioid dài hạn, và cả hai đều hiệu quả trong điều trị đau mạn tính ở người có lệ thuộc opioid.

Methadon

- Chỉ chuyên gia về nghiện mới được phép cấp phát methadon để điều trị rối loạn sử dụng opioid tại cơ sở điều trị opioid được cấp phép.

Điều trị bậc một (First Line)

Các kế hoạch điều trị nên được điều chỉnh phù hợp với nhu cầu cụ thể của từng bệnh nhân. Một số bệnh nhân có thể đạt được thuyên giảm bằng nỗ lực của bản thân, với sự hỗ trợ từ đồng đẳng viên hoặc hỗ trợ sức khỏe tâm thần hành vi, nhưng nhiều người cần điều trị MAT. Thuốc tốt nhất là loại thuốc mà bệnh nhân sẽ thực sự sử dụng.

VẤN ĐỀ CẦN CHUYỂN TUYẾN

Nên tranh thủ sự hỗ trợ của các nhóm điều trị lệ thuộc hóa chất/chuyên gia về nghiện/quản lý đau và tâm thần học/tâm lý học khi bệnh nhân có tình trạng lạm dụng đa chất và để điều trị các rối loạn tâm trạng, lo âu tiềm ẩn, rối loạn stress sau sang chấn (PTSD) và rối loạn tăng động giảm chú ý (ADHD).

CÁC LIỆU PHÁP BỔ SUNG

- Hỗ trợ sức khỏe tâm thần hành vi (tư vấn cá nhân, liệu pháp nhóm bao gồm nhiều phương pháp lâm sàng khác nhau). Cũng có thể triển khai dưới dạng chương trình điều trị ngoại trú chuyên sâu và chương trình nhập viện bán phần.
- Chương trình SMART Recovery và các chương trình 12 bước như AA (Alcoholics Anonymous) và NA (Narcotics Anonymous).
- Các chương trình điều trị nội trú tại cơ sở lưu trú (có độ dài từ cai nghiện cấp tính, phục hồi chức năng ngắn hạn, chương trình hỗ trợ chuyển tiếp, đơn vị ổn định khủng hoảng, cho đến các chương trình nội trú dài hạn bao gồm nhà tạm lánh và nhà ở hỗ trợ cai nghiện)
- Al-Anon/Alateen và Learn to Cope cung cấp các nhóm hỗ trợ miễn phí hữu ích cho các thành viên gia đình.

Y HỌC BỔ SUNG & THAY THẾ

Chánh niệm và thiền định, châm cứu, hoặc yoga có thể giúp giảm căng thẳng.

NHẬP VIỆN, ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ VÀ LƯU Ý ĐIỀU DƯỠNG

Chỉ định cho các chương trình cai nghiện bao gồm: tiếp tục sử dụng opioid dù đã điều trị ngoại trú, đồng thời lệ thuộc rượu và benzodiazepin (tăng nguy cơ co giật), lú lẫn/sảng, tiền sử co giật, loạn thần, có ý tưởng tự sát, tình trạng nghiêm trọng, hoặc thiếu hỗ trợ xã hội.

CHĂM SÓC LIÊN TỤC

Điều trị MAT nên được tiếp tục chừng nào bệnh nhân còn được hưởng lợi từ điều trị.

KHUYẾN NGHỊ THEO DÕI

Ý kiến chuyên gia khuyến nghị các buổi tái khám tần suất cao (ví dụ hằng tuần) khi bệnh nhân bắt đầu điều trị MAT.

Theo dõi bệnh nhân

Theo dõi bệnh nhân bằng các buổi khám trực tiếp, xét nghiệm thuốc, và xem lại chương trình giám sát kê đơn thuốc (PMP).

GIÁO DỤC BỆNH NHÂN

- Thuốc kiểm soát nên được cất giữ ngoài tầm với của người khác (lý tưởng nhất là trong hộp/túi có khóa). Việc chuyển hướng sử dụng sai mục đích thuốc có thể dẫn đến truy cứu trách nhiệm pháp lý.
- Chú ý đến các "dấu hiệu cảnh báo đỏ"; tăng liều khi cần thiết; cung cấp hỗ trợ và chiến lược để quản lý căng thẳng, cơn thèm thuốc, và sự bận tâm ám ảnh về liều tiếp theo.

TIÊN LƯỢNG

Phần lớn bệnh nhân bị rối loạn sử dụng chất gây nghiện có thể đạt được sự thuyên giảm.

BIẾN CHỨNG

Lạm dụng opioid và benzodiazepin có thể dẫn đến quá liều và tử vong. Lạm dụng thuốc kích thích có thể dẫn đến loạn thần và các bệnh lý tim mạch như nhồi máu cơ tim và rối loạn nhịp tim.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Onwuchekwa Uba R, Ankoma-Darko K, Park SK. So sánh quốc tế các chiến lược giảm thiểu lạm dụng opioid: một tổng quan hệ thống. J Am Pharm Assoc (2003). 2020;60(1):195–204.

2. Fink DS, Schleimer JP, Sarvet A, et al. Mối liên hệ giữa các chương trình giám sát kê đơn thuốc và tình trạng quá liều thuốc không tử vong và tử vong: một tổng quan hệ thống. Ann Intern Med. 2018;168(11):783–790.

3. Smith PC, Schmidt SM, Allensworth-Davies D, et al. Một xét nghiệm sàng lọc một câu hỏi cho việc sử dụng ma túy trong chăm sóc ban đầu. Arch Intern Med. 2010;170(13):1155–1160.

4. Manchikanti L, Abdi S, Atluri S, et al. Hướng dẫn của Hiệp hội Bác sĩ Can thiệp Đau Hoa Kỳ (ASIPP) về việc kê đơn opioid có trách nhiệm trong đau mạn tính không do ung thư: phần I — đánh giá bằng chứng. Pain Physician. 2012;15(Suppl 3):S1–S65.

XEM THÊM

https://www.cdc.gov/drugoverdose/pdf/pdo_checklist-a.pdf

MÃ PHÂN LOẠI

ICD10

- F19.10 Lạm dụng chất hướng thần khác, không biến chứng
- F11.10 Lạm dụng opioid, không biến chứng
- F15.10 Lạm dụng chất kích thích khác, không biến chứng

ĐIỂM LƯU Ý LÂM SÀNG

- Hầu hết bác sĩ và y tá thực hành nâng cao được cấp phép hiện nay có thể cung cấp điều trị MAT bằng buprenorphin mà không cần chứng nhận đặc biệt.
- Thực hiện xét nghiệm sàng lọc thuốc trong nước tiểu (UDS) thường xuyên (hằng tuần đến mỗi 3 tháng) cho tất cả bệnh nhân được kê đơn chất kiểm soát.
- Ngừng thuốc giảm đau opioid kê đơn nếu tình trạng đau hoặc chức năng không cải thiện, hoặc nếu có bằng chứng lạm dụng hay chuyển hướng sử dụng sai mục đích (ví dụ: UDS dương tính, lái xe khi say rượu/dùng chất kích thích [DWI], quá liều, xin cấp lại thuốc sớm).