# CÁC RỐI LOẠN TÂM THẦN

# LIÊN QUAN ĐẾN SỬ DỤNG CHẤT TÁC ĐỘNG TÂM THẦN

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Rối loạn tâm thần liên quan sử dụng chất tác động tâm thần bao gồm các rối loạn sử dụng (sử dụng gây hại, lệ thuộc) và các rối loạn do sử dụng (nhiễm độc cấp, quá liều và cai).

- **Nhiễm độc cấp:** là tình trạng thoáng qua sau khi sử dụng chất tác động thần dẫn đến rối loạn ý thức, nhận thức, tri giác, cảm xúc, hoặc hành vi.

- **Quá liều:** là sử dụng một chất bất kỳ với liều lượng lớn đến mức gây ra các tác dụng có hại về tâm thần và thể chất cấp tính.

- **Cai** là trạng thái xảy ra một loạt các triệu chứng khó chịu sau khi ngừng hoặc giảm liều đột ngột một chất tác động tâm thần, chất đó đã được dùng với liều lượng đủ cao và trong khoảng thời gian đủ dài để có thể lệ thuộc về mặt thể chất hoặc tâm thần. Về cơ bản, các triệu chứng cai trái ngược với những triệu chứng gây ra do chất tác động tâm thần.

- **Sử dụng gây hại:** là sử dụng chất tác động tâm thần gây tổn hại đến sức khỏe. Tổn hại có thể về thể chất, ví dụ như bệnh gan, rối loạn tâm thần, các giai đoạn của rối loạn trầm cảm. Thường gắn liền với các hậu quả xã hội, ví dụ như các vấn đề về gia đình hoặc công việc.

- **Lệ thuộc:** là tập hợp những hiện tượng sinh lý, hành vi và nhận thức của người sử dụng đặt ưu tiên cho chất tác động tâm thần cao hơn nhiều so với các hành vi khác trước đây từng có ý nghĩa hơn. Nó được đặc trưng bởi sự thèm muốn mãnh liệt để sử dụng chất và mất kiểm soát đối với việc sử dụng chất đó. Nó thường liên quan đến việc sử dụng chất ở mức độ cao và sự xuất hiện của trạng thái cai khi ngưng chất.

**II. ĐÁNH GIÁ VÀ XỬ TRÍ CÁC TÌNH TRẠNG CẤP CỨU LIÊN QUAN ĐẾN SỬ DỤNG CHẤT TÁC ĐỘNG TÂM THẦN**

***Biểu hiện của các tình trạng cấp cứu liên quan đến sử dụng chất tác động tâm thần:***

- Nhiễm độc rượu: hơi thở có mùi rượu, nói líu nhíu, hành vi giải ức chế, rối loạn các mức độ ý thức, nhận thức, tri giác, cảm xúc, hoặc hành vi.

- Quá liều opiod: không đáp ứng hoặc đáp ứng tối thiểu với kích thích, nhịp thở chậm, đồng tử nhỏ như đầu đinh ghim.

- Cai rượu hoặc các chất an thần khác: run bàn tay, vã mồ hôi, nôn ói, tăng mạch và huyết áp, kích thích, đau đầu, buồn nôn, lo âu, co giật và lú lẫn ở những trường hợp nặng.

- Nhiễm độc chất kích thích: giãn đồng tử, phấn khích, tư duy dồn dập, rối loạn tư duy, hành vi kỳ lạ, sử dụng chất tác động tâm thần gần đây, tăng mạch và huyết áp, kích động, hành vi khó đoán hoặc bạo lực.

- Sảng liên quan đến sử dụng chất: lú lẫn, ảo giác, tư duy dồn dập, lo âu, kích thích, mất định hướng lực, điển hình khi liên quan đến nhiễm độc chất kích thích hoặc cai rượu (hoặc chất an thần khác).

***Đánh giá bệnh nhân có nhiễm độc, quá liều, cai, hoặc sảng bằng cách trả lời 3 câu hỏi sau:***

- Bệnh nhân có biểu hiện an thần không?

- Bệnh nhân có biểu hiện quá khích, lo âu, hoặc kích thích không?

- Bệnh nhân có biểu hiện lú lẫn không?

**1. Bệnh nhân có biểu hiện an thần**

Nếu **“có biểu hiện an thần”**, thì nghi ngờ nhiễm độc chất an thần (rượu, opioid, chất an thần khác). Xử trí:

- Kiểm tra đường thở, thông khí, tuần hoàn.

- Cung cấp hỗ trợ hô hấp ban đầu.

- Cung cấp oxy.

***Bệnh nhân có đáp ứng tối thiểu, không đáp ứng với kích thích hoặc suy hô hấp không?*** Nếu **“có”**, thì xử trí:

- Chăm sóc hỗ trợ.

- Theo dõi sinh hiệu.

- Đặt bệnh nhân nằm nghiêng để ngừa hít sặc.

- Cung cấp oxy nếu có thể.

- Cân nhắc bù dịch đường tĩnh mạch, không bù dịch qua đường uống.

- Quan sát bệnh nhân cho đến khi phục hồi hoàn toàn hoặc chuyển viện.

***Kiểm tra đồng tử của bệnh nhân:*** nếu co nhỏ thì nghi ngờ quá liều opioid, nếu bình thường thì ít có khả năng quá liều opioid – cân nhắc quá liều rượu, các chất an thần khác, các nguyên nhân thực thể khác. Ví dụ: chấn thương đầu, nhiễm trùng, hoặc hạ đường huyết. Xử trí:

- Cho Naloxone 0.4-2mg tiêm mạch, tiêm bắp, xịt mũi, hoặc tiêm dưới da.

- Tiếp tục hỗ trợ hô hấp.

***Bệnh nhân có đáp ứng với naloxone trong vòng 2 phút không?***

Nếu **“có”**, thì xử trí:

- Quan sát 1-2 giờ và lặp lại liều naloxone khi cần.

- Thận trọng tiếp tục hồi sức và quan sát bệnh nhân cho đến khi phục hồi hoàn toàn hoặc chuyển viện.

Nếu **“không”**, thì xử trí:

- Cho liều naloxone thứ hai.

- Thận trọng quan sát bệnh nhân cho đến khi phục hồi hoàn toàn hoặc chuyển viện.

**2. Bệnh nhân có biểu hiện** **quá khích, lo âu, hoặc kích thích**

Nếu **“có biểu hiện quá khích, lo âu, hoặc kích thích”**, thì đánh giá và quản lý theo A-D.

|  |  |
| --- | --- |
| **Đánh giá** | **Quản lý** |
| **A**. Bệnh nhân có ngưng uống rượu hoặc ngưng dùng thuốc an thần và hiện tại có biểu hiện: run, vã mồ hôi, nôn ói, tăng huyết áp và nhịp tim, và kích thích.  🡪 Nghi ngờ cai rượu, benzodiazepine hoặc thuốc an thần khác. | Trạng thái cai:  - Nếu bệnh nhân run, vã mồ hôi, hoặc thay đổi sinh hiệu thì cho 10-20mg diazepam đường uống và chuyển đến bệnh viện hoặc cơ sở cai nghiện nếu có thể.  - Theo dõi và lặp lại liều khi các biểu hiện cai còn tiếp diễn (run, vã mồ hôi, tăng huyết áp và nhịp tim).  - Chỉ cho thiamine trong trường hợp cai rượu: 100mg/ngày x 5 ngày.  Thận trọng chuyển viện ngay lập tức nếu có biểu hiện:  - Vấn đề thực thể nghiêm trọng khác, ví dụ: bệnh não gan, xuất huyết tiêu hóa, hoặc chấn thương đầu.  - Co giật: cho 10-20mg diazepam đường uống, tiêm mạch hoặc đường hậu môn.  - Sảng: cho 10-20mg diazepam đường uống, tiêm mạch hoặc đường hậu môn. Nếu nặng và không đáp ứng với diazepam thì cho một thuốc chống loạn thần như haloperidol 1-2.5mg đường uống hoặc tiêm bắp. Tiếp tục điều trị các biểu hiện khác của cai (run, vã mồ hôi, thay đổi sinh hiệu) với diazepam đường uống, tiêm mạch hoặc đường hậu môn. |
| **B**. Bệnh nhân có dùng chất kích thích gần đây (cocain, chất kích thích dạng amphetamine (ATS) hoặc chất kích thích khác) và đang có biểu hiện: giãn đồng tử, lo lắng, kích thích, trạng thái quá khích, tư duy dồn dập, tăng mạch và huyết áp.  🡪 Nghi ngờ nhiễm độc cấp chất kích thích | - Cho 5-10mg diazepam đường uống, tiêm mạch hoặc đường hậu môn, liều điều chỉnh cho đến khi bệnh nhân bình tĩnh và an thần nhẹ.  - Nếu triệu chứng loạn thần không đáp ứng với diazepam, cân nhắc thuốc chống loạn thần như 1-2.5mg haloperidol đường uống hoặc tiêm bắp. Điều trị đến khi hết triệu chứng. Nếu triệu chứng còn kéo dài, xem phần xử trí loạn thần. (bài 4)  - Để quản lý bệnh nhân có hành vi kích thích hoặc/và kích động, xem phần xử trí loạn thần. (bài 4)  - Nếu bệnh nhân có đau ngực, nhịp tim nhanh, hoặc dấu hiệu thần kinh khác, thì chuyển viện.  - Trong suốt thời gian sau nhiễm độc, đề phòng những ý nghĩ hoặc hành vi tự sát. Nếu có ý nghĩ tự sát, thì xem phần xử trí tự sát. (bài 4) |
| **C**. Bệnh nhân có ngưng dùng opioid gần đây và có những dấu hiệu sau: giãn đồng tử, đau cơ, đau quặn bụng, đau đầu, buồn nôn, nôi ói, tiêu chảy, chảy nước mũi và nước mắt, lo lắng, bồn chồn.  🡪 Nghi ngờ cai cấp opioid | Quản lý cai opioid:  - Methadone 20mg, với liều bổ sung là 5-10mg mỗi 4 giờ nếu cần.  - Buprenorphine 4-8mg, với liều bổ sung sau 12 giờ nếu cần.  - Nếu methadone hoặc buprenorphine không có sẵn, bất cứ opioid nào cũng có thể dùng trong tình trạng cấp tính, vd: morphine sulphate 10-20mg liều khởi đầu, 10mg liều bổ sung nếu cần. Cũng nên cân nhắc thuốc đồng vận alpha adrenergic, vd: clonidine hoặc lofexidine. |
| **D**. Loại trừ các nguyên nhân thực thể khác và rối loạn tâm thần-thần kinh-chất nguyên phát khác. |  |

**2. Bệnh nhân có biểu hiện lú lẫn**

Nếu **“có biểu hiện lú lẫn”**, thì xem bệnh nhân có bệnh lý thực thể nào có thể gây ra lú lẫn không, bao gồm:

- Chấn thương đầu

- Hạ đường huyết

- Viêm phổi hoặc nhiễm trùng khác

- Bệnh não gan, Tai biến mạch máu não

***Bệnh nhân có bệnh lý thực thể nào có thể gây ra lú lẫn không?***

Nếu **“có”**, thì quản lý triệu chứng cơ thể và chuyển viện.

Nếu **“không”**, thì đánh giá và quản lý theo A-C

|  |  |
| --- | --- |
| **Đánh giá** | **Quản lý** |
| **A**. Bệnh nhân có ngưng uống rượu hoặc dùng an thần trong tuần trước: lú lẫn, ảo giác, tư duy dồn dập, lo lắng, kích thích, mất định hướng lực, thường liên quan đến nhiễm độc chất kích thích hoặc cai rượu (hoặc chất an thần khác).  🡪 Nghi ngờ sảng do cai rượu, hoặc cai thuốc an thần khác. | Nếu bệnh nhân có dấu hiệu cai rượu hoặc thuốc an thần (run, vã mồ hôi, thay đổi sinh hiệu)  - Điều trị với 10-20mg diazepam đường uống nếu cần.  - Chuyển viện.  Quản lý sảng bằng thuốc chống loạn thần như 1-2,5mg haloperidol đường uống hoặc tiêm bắp |
| **B**. Bệnh nhân có dùng rượu lượng lớn trong vài ngày gần đây và có các dấu hiệu sau đây:  - Rung giật nhãn cầu (cử động không tự chủ, nhanh, lặp đi lặp lại của mắt).  - Liệt vận nhãn (yếu/liệt một hoặc nhiều cơ vận nhãn).  - Thất điều (mất phối hợp vận động).  🡪 Nghi ngờ bệnh não Wernicke | - Điều trị với 100-500 thiamine, 2-3 lần/ngày, uống hoặc tiêm bắp 3-5 ngày.  - Chuyển viện |
| **C**. Bệnh nhân có dùng chất kích thích trong vài ngày qua: giãn đồng tử, tư duy dồn dập, tư duy vô tổ chức, hành vi kỳ lạ, có dùng chất tác động tâm thần gần đây, tăng mạch và huyết áp, kích động, quá khích, hoặc hành vi bạo lực.  🡪 Nghi ngờ nhiễm độc chất gây ảo giác hoặc chất kích thích | Điều trị với 5-10mg diazepam đường uống, tiêm mạch hoặc đường trực tràng cho đến khi bệnh nhân an thần nhẹ.  Nếu triệu chứng loạn thần không đáp ứng với diazepam, cân nhắc thuốc chống loạn thần như 1-2.5mg haloperidol uống hoặc tiêm bắp.  Nếu triệu chứng loạn thần kéo dài, xem phần xử trí loạn thần (bài 4) |

**III-ĐÁNH GIÁ VÀ QUẢN LÝ CÁC RỐI LOẠN: SỬ DỤNG GÂY HẠI, LỆ THUỘC, CAI RƯỢU, CAI OPIOID, CAI BENZODIAZEPINE.**

**1. Sử dụng gây hại**

***Đánh giá có tình trạng sử dụng gây hại không?***

A. Tần số và liều lượng sử dụng (Gợi ý hỏi “Mỗi tuần sử dụng chất mấy ngày? Mỗi ngày sử dụng bao nhiêu?”).

B. Hành vi gây hại (Gợi ý hỏi “Việc sử dụng chất có gây ra vấn đề gì không?”)

- Chấn thương và tai nạn

- Lái xe trong lúc say chất

- Dùng chất đường tiêm, dung chung, dùng lại bơm tiêm.

- Vấn đề về các mối quan hệ do sử dụng chất.

- Quan hệ tình dục trong lúc say chất, điều này gây nguy cơ hoặc hối hận.

- Các vấn đề pháp lý hoặc tài chính.

- Không khả năng chăm sóc con chu đáo.

- Bạo hành những người khác.

- Vai trò trong công việc, học tập, xã hội bị suy giảm.

🡪 Nếu **“không có”**, thì giáo dục tâm lý về nguy cơ của các mức độ khác nhau của việc sử dụng chất. Nếu **“có”**, thì phải can thiệp và quản lý.

***Quản lý sử dụng gây hại***

- Tư vấn tâm lý và nhấn mạnh rằng mức độ, hình thức sử dụng chất gây hại cho sức khỏe.

- Tìm hiểu động cơ sử dụng chất. Tiến hành phỏng vấn tạo động lực.

- Khuyên ngừng hoàn toàn hoặc sử dụng chất ở mức độ không gây hại, nếu được. Nói rõ ý định để hỗ trợ bệnh nhân thực hiện việc này. Hỏi xem họ đã sẵn sàng thực hiện chưa.

- Tìm hiểu chiến lược giảm hoặc ngưng sử dụng và chiến lược giảm tác hại.

- Giải quyết nhu cầu thực phẩm, nhà ở, và công việc.

- Theo dõi.

**2. Lệ thuộc**

***Đánh giá bệnh nhân có lệ thuộc chất không?***

- Tần số sử dụng chất ở mức cao.

- Thèm muốn mãnh liệt hoặc cảm giác thôi thúc phải sử dụng.

- Khó khăn trong việc tự kiểm soát, sử dụng chất bất chấp nguy cơ và hậu quả.

- Tăng mức độ dung dạp chất và xuất hiện triệu chứng cai khi ngưng.

***Gợi ý lệ thuộc chất bao gồm:***

- Thuốc lá: dùng nhiều lần trong ngày, thường bắt đầu vào buổi sáng.

- Rượu: uống hơn 6 đơn vị chuẩn cùng lúc, và uống mỗi ngày.

- Thuốc kê toa: dùng liều cao hơn được kê đơn và nói dối để được kê đơn.

- Cần sa: dung ít nhất 1g cần sa/ngày.

🡪 Nếu **“có lệ thuộc”**, thì phải can thiệp quản lý.

***Quản lý lệ thuộc***

- Lệ thuộc opioid: đánh giá mức độ lệ thuộc, điều trị duy trì bằng liệu pháp thay thế opioid, có kế hoạch cai chất một cách cụ thể.

- Lệ thuộc benzodiazepine: ngưng thuốc đột ngột có thể dẫn đấn co giật và sảng. Cân nhắc giảm liều dần với sự theo dõi sát hoặc giảm liều nhanh ở bệnh nhân nội trú.

- Lệ thuộc rượu: ngưng rượu đột ngột có thể dẫn đến co giật và sảng. Tuy nhiên, nếu bệnh nhân sẵn sàng ngưng rượu, thì hãy xác định bối cảnh thích hợp để cai, có thể nhập viện nếu cần thiết. Cung cấp thiamine liều 100 mg/ngày đường uống. Cân nhắc can thiệp hóa dược để dự phòng lệ thuộc rượu tái diễn, các thuốc có thể dùng như acamprosate, naltrexone và disulfuram. Với những loại thuốc này, hiệu quả bao gồm giảm số lượng và tần suất uống rượu.

- Lệ thuộc những chất khác: khuyên bảo và hỗ trợ bệnh nhân ngưng sử dụng chất, giới thiệu bệnh nhân đến các nhóm trợ giúp hoặc trung tâm cộng đồng trị liệu phục hồi chức năng, giải quyết vấn đề nhà ở và công việc, đánh giá và điều trị các bệnh lý đồng mặc về thể chất hoặc tâm thần.

- Tất cả các trường hợp lệ thuộc nên được giáo dục tâm lý, sắp xếp cai nghiện nếu cần thiết, điều trị các triệu chứng sau cai, phỏng vấn tạo động lực để bệnh nhân tham gia điều trị lệ thuộc, cân nhắc điều trị tâm lý xã hội lâu dài cho những người có vấn đề liên quan sử dụng chất.

**3. Cai rượu**

***a. Cai rượu không có sảng***

- Tạo môi trường yên tĩnh và ít kích thích nhất có thể, ánh sáng tốt vào ban ngày và đủ ánh sáng vào ban đêm để tránh bị ngã nếu thức dậy vào ban đêm.

- Đảm bảo cung cấp đủ nước và điện giải cần thiết, chẳng hạn như hạ kali và magiê.

- Giải quyết tình trạng mất nước: duy trì đầy đủ nước bằng đường tĩnh mạch nếu cần, khuyến khích bù nước bằng đường uống. Đảm bảo cho thiamine trước khi cho glucose để tránh gây bệnh não Wernicke.

- Can thiệp bằng thuốc: điều trị triệu chứng cai rượu bằng cách dùng diazepam. Liều và thời gian dùng diazepam dao động tùy theo mức độ nặng của cai rượu. Khởi đầu có thể lên đến 40mg/ngày (10mg x 4 lần/ngày hoặc 20mg x 2 lần/ngày) trong 3-7 ngày. Giảm liều và/hoặc số lần dùng một cách từ từ, sớm nhất khi triệu chứng cải thiện. Theo dõi bệnh nhân thường xuyên, mỗi bệnh nhân sẽ đáp ứng khác nhau với thuốc. Ở môi trường bệnh viện, diazepam có thể cho thường xuyên hơn (vd: mỗi giờ), và ở liều cao, lên đến 120mg/ngày đường uống trong 3 ngày đầu tiên nếu cần, và dựa trên đánh giá thường xuyên các triệu chứng cai và trạng thái tâm thần. Ở bệnh nhân suy giảm chuyển hóa ở gan (vd: bệnh gan, người già), khởi đầu liều thấp đơn độc 5-10mg uống, các benzodiazepine có thể có tác dụng dài ở những bệnh nhân này. Một benzodiazepine có tác dụng ngắn như oxazepam có thể sử dụng thay thể cho diazepam.

- Thận trọng: khi khởi đầu hoặc tăng liều benzodiazepine, vì nó có thể gây suy hô hấp. Thận trọng ở những bệnh nhân có bệnh lý hô hấp và/hoặc bệnh não gan.

- Dự phòng và điều trị bệnh não Wernicke: những người uống rượu lâu dài có nguy cơ bệnh não Wernicke, là một hội chứng thiếu hụt thiamine đặc trung bởi lú lẫn, rung giật nhãn cầu, liệt vận nhãn, và thất điều. Để dự phòng hội chứng này, tất cả bệnh nhân có tiền sử uống rượu lâu dài nên được cho 100mg thiamine uống mỗi ngày. Cho thiamine trước khi bù glucose để tránh thúc đẩy bệnh não Wernicke.

***b. Sảng trong trạng thái cai rượu (sảng rượu hoặc sảng run)***

- Diazepam 10-30 mg/ngày dùng đường uống hoặc tiêm bắp, tiêm mạch.

- Các thuốc chống loạn thần: chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau (ưu tiên đơn trị liệu, nếu ít hiệu quả xem xét chuyển loại thuốc hoặc kết hợp tối đa 3 loại thuốc để hạn chế tác dụng không mong muốn)

* Haloperidol: liều 5-30 mg/24 giờ.
* Risperidone: 1-12 mg/24 giờ.
* Olanzapine: 5-60 mg/24 giờ.
* Clozapine: 50-800 mg/24 giờ.
* Quetiapine: 600-800 mg/24 giờ
* Aripiprazol: 10-30 mg/24 giờ.

- Bù đủ nước và điện giải: dung dịch ringer lactate, natri clorid 0.9%, glucose 5% số lượng 2-4 lít/ngày đường truyền tĩnh mạch hoặc bù đường uống oresol.

- Bổ sung vitamin nhóm B (B1, B6, B12) đặc biệt là vitamin B1 liều cao 1g/ngày nên dùng đường tiêm.

- Thuốc bảo vệ tế bào gan: Aminileban, Silymarin, Boganic, các amin phân nhánh khác, …

- Bổ sung dinh dưỡng, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch.

- Thuốc dinh dưỡng thần kinh.

- Thuốc tăng cường chức năng nhận thức.

- Điều trị các bệnh lý cơ thể kèm theo.

- Trường hợp sảng nặng cần phải tiến hành các biện pháp hồi sức tích cực hoặc chuyển khoa điều trị hồi sức tích cực.

**4. Cai opioid**

Các nguyên tắc chung cần áp dụng trong quá trình quản lý cai:

- Cung cấp nước.

- Quản lý các triệu chứng cai đặc trưng khi chúng xuất hiện, vd: điều trị buồn nôn bằng thuốc chống nôn, đau bằng thuốc giảm đau đơn thuần và mất ngủ bằng thuốc an thần nhẹ.

- Cho phép bệnh nhân rời khỏi cơ sở điều trị nếu họ muốn.

- Tiếp tục điều trị và hỗ trợ sau cai nghiện.

- Triệu chứng trầm cảm có thể xảy ra sau nhiễm độc chất, trong suốt hoặc sau đợt cai chất, và/hoặc bệnh nhân có thể có trầm cảm tồn tại từ trước. Đề phòng nguy cơ tự sát.

- Đề nghị tất cả bệnh nhân tiếp tục được điều trị, hỗ trợ, và theo dõi sau cai nghiện thành công.

- Thận trọng: trước khi bắt đầu cai opioid, đặc biệt là khi đã sử dụng đường tiêm. Khi quyết định bắt đầu cai, hãy thông báo cho bệnh nhân biết những gì có thể xảy ra, bao gồm các triệu chứng và thời gian cai. Ví dụ: cai nghiện dẫn đến khả năng giảm dung nạp opioid. Điều này có nghĩa là nếu bệnh nhân tiếp tục dùng opioid ở liều thường dùng trước đây sẽ có nguy có cao bị quá liều. Do những rủi ro này, việc cai tốt nhât được thực hiện khi có kế hoạch nhập viện tại nơi có chương trình hồi phục chức năng hoặc hỗ trợ tâm lý xã hội khác. Ngoài ra, bệnh nhân có thể được xem xét điều trị thay thế opioid bằng methadone hoặc buprenorphine.

- Buprenorphine: được ngậm dưới lưỡi với liều lượng 4-16mg mỗi ngày trong 3-14 ngày để quản lý cai. Trước khi bắt đầu điều trị bằng buprenorphine, điều quan trọng là phải đợi cho đến khi các dấu hiệu và triệu chứng của cai opioid trở nên rõ ràng, ít nhất 8 giờ sau liều heroin cuối cùng và 24-48 giờ sau liều methadone cuối cùng; mặt khác cũng có nguy cơ buprenorphine sẽ gây ra hội chứng cai. Cần lưu ý đối với những người dùng các loại thuốc an thần khác.

- Methadone: đường uống khởi đầu 15-20mg, tăng liều khi cần, có thể lên đến 30mg/ngày. Sau đó giảm liều dần cho đến khi giảm hoàn toàn, hơn 3-10 ngày. Như buprenorphine, cần lưu ý đối với những người dùng các loại thuốc an thần khác.

- Clonidine hoặc lofexidine: Nếu thuốc thay thế cho opioid không có sẵn, clonidine hoặc lofexidine có thể dùng để quản lý vài triệu chứng cai opioid. Liều dùng 0.1-0.15mg x 3 lần/ngày đường uống và điều chỉnh theo cân nặng. Có thể dẫn đến an thần và choáng váng. Theo dõi kỹ huyết áp. Những triệu chứng khác của cai nên được điều trị, vd: buồn nôn với thuốc chống nôn, đau với thuốc giảm đau đơn thuần, mất ngủ với thuốc an thần nhẹ.

- Morphine sulphate: 10-20mg liều khởi đầu và 10mg liều bổ sụng khi cần. Tác dụng an thần và suy hô hấp có thể đe dọa tính mạng. Dùng lâu dài có thể dẫn đến lệ thuộc.

**5. Cai benzodiazepine.**

- Cai benzodiazepine có thể quản lý bằng cách đổi sang các benzodiazepine tác dụng dài và giảm liều một cách từ từ, và giảm hoàn toàn sau 8-12 tuần và phối hợp với hỗ trợ tâm lý xã hội. Giảm liều nhanh hơn chỉ có thể áp dụng ở bệnh nhân nội trú bệnh viện hoặc cơ sở cai nghiện.

- Nếu tình trạng cai benzodiazepine không kiểm soát, nghiêm trọng xảy ra và diễn tiến do việc ngưng thuốc đột ngột không có kế hoạch, thì tham khảo ý kiến các BS chuyên khoa ngay lập tức để khởi đầu benzodiazepine liều cao và đưa bệnh nhân nhập viện. Thận trọng với cấp phát thuốc benzodiazepine cho những bệnh nhân chưa rõ thông tin./.