

DƯỢC và mỹ phẩm

SỐ 85
TRƯỜNG 12-2017

TẠP CHÍ CỦA CỤC QUẢN LÝ DƯỢC - BỘ Y TẾ

+ Phối hợp xạ trị & thuốc ức chế điểm kiểm soát
TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI

+ TỔNG QUAN VỀ
ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ

4.0
INDUSTRY



**CÁCH MẠNG CÔNG NGHIỆP 4.0
& CÔNG NGHIỆP DƯỢC PHẨM**

MỤC LỤC

SỐ 85 (THÁNG 12/2017)

TIÊU ĐIỂM

6-11. CÁCH MẠNG CÔNG NGHIỆP 4.0 VÀ CÔNG NGHIỆP DƯỢC PHẨM

SỬ DỤNG THUỐC AN TOÀN, HIỆU QUẢ

12-14. Phổi hợp xạ trị và thuốc ức chế điểm kiểm soát trong điều trị ung thư phổi

16-19. Paracetamol - những điều có thể bạn chưa biết

20-22. Tổng quan về đái tháo đường thai kỳ

LỜI KHUYÊN THÀY THUỐC

24-26. Bệnh tâm thần phân liệt: Tìm hiểu nguyên nhân và triệu chứng

28-29. Tìm hiểu về bệnh gút

30-31. Nguyên nhân và biện pháp phòng tránh bệnh thoái hóa khớp gối

NAM DƯỢC TRỊ NAM NHÂN

32-35. Ô dược giảm đau, trị đau bụng, đau lưng, đau khớp, nhức đầu, tiểu tiện buốt, đau kinh

PHÒNG CHỐNG DỊCH BỆNH

36-37. Tăng cường phòng chống dịch bệnh mùa đông - xuân

38-39. SOS - PHÒNG CẤP CỨU DU KÝ

SÓNG KHỎE

40-41. Tập thể hình có làm suy giảm khả năng tình dục?

DINH DƯỠNG

42-43. Chế độ ăn uống phù hợp cho học sinh

44-46. Bổ sung sắt cho trẻ như thế nào cho phù hợp?

KIỆN THỨC VỀ MỸ PHẨM - LÀM ĐẸP

48-48. Những bí quyết ngăn ngừa nếp nhăn quanh mắt

50-51. Chăm sóc môi mùa đông

52-53. Nguyên nhân và cách phòng tránh khi nứt gót chân

54-55. Nguy cơ ung thư từ sản phẩm nhuộm tóc và sản phẩm duỗi tóc

CỬA SỔ NHÌN RA THẾ GIỚI

56-59. Sử dụng "Liệu pháp thay thế" có thể gia tăng nguy cơ tử vong

60-63. Nhân loại đang "cạn kiệt" kháng sinh

64,66. TOÀN CẢNH Y DƯỢC TRONG NƯỚC

TRUNG TÂM DI & ADR QUỐC GIA
13-15 Lê Thành Tông - Hoàn Kiếm - Hà Nội



TỔNG QUAN VỀ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ

NGƯỜI DỊCH: TỬ PHẠM HIỀN TRANG, LƯƠNG ANH TÙNG - ĐH Dược Hà Nội



TÓM TẮT: ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ LÀ KẾT QUẢ CỦA TÌNH TRẠNG KHÁNG INSULIN KHI MANG THAI. KIỂM SOÁT ĐƯỜNG HUYẾT ĐẦY ĐỦ LÀ BIỆN PHÁP QUAN TRỌNG GIÚP NGĂN NGỪA CÁC BIẾN CHỨNG Ở NGƯỜI MẸ NHƯ TIỀN SẢN GIẬT VÀ Ở THAI NHI BAO GỒM THAI TO VÀ THAI LƯU. CÁC BIỆN PHÁP ĐIỀU TRỊ KHÔNG DÙNG THUỐC, BAO GỒM ĐIỀU CHỈNH CHẾ ĐỘ ĂN UỐNG VÀ LUYỆN TẬP, THƯỜNG LÀ ĐỦ GIÚP NGƯỜI MẸ KIỂM SOÁT ĐƯỜNG HUYẾT. TUY NHIÊN, MỘT SỐ PHỤ NỮ MANG THAI CÓ THỂ CẦN SỬ DỤNG CÁC THUỐC NHƯ INSULIN, METFORMIN. PHỤ NỮ MẮC ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ NÊN ĐƯỢC TÂM SOÁT SAU SINH DO TĂNG NGUY CƠ MẮC ĐÁI THÁO ĐƯỜNG RÕ SAU THỜI KỲ MANG THAI.



Đái tháo đường thai kỳ (*gestational diabetes mellitus*) là bệnh đái tháo đường được chẩn đoán lần đầu vào quý 2 hoặc 3 của thai kỳ và không được coi là bệnh đái tháo đường tuyp 1 hoặc tuyp 2 rõ. Vì vậy, tất cả phụ nữ mang thai có các yếu tố nguy cơ mắc đái tháo đường cần được tầm soát trong quý 1 của thai kỳ để loại trừ bệnh đái tháo đường rõ (*overt diabetes*) hoặc đã mắc từ trước.

Tỷ lệ mắc đái tháo đường thai kỳ phụ thuộc vào nhóm phụ nữ và các tiêu chí chẩn đoán; ước tính khoảng 4% đến 6% phụ nữ mang thai bị ảnh hưởng bởi đái tháo đường thai kỳ. Tỷ lệ này ngày càng tăng lên trong những năm gần đây, phản ánh xu hướng gia tăng của béo phì tại Hoa Kỳ.

Đái tháo đường thai kỳ liên quan đến thay đổi đáp ứng với insulin của cơ thể phụ nữ khi mang thai. Insulin là hormon cho phép glucose di chuyển từ máu vào tế bào nhằm tạo ra năng lượng. Để tăng cường các chất dinh dưỡng cho thai nhi, bao gồm glucose, cơ thể tăng đề kháng với insulin một cách tự nhiên, sau đó bù đắp cho sự đề kháng này thông qua tăng sản sinh insulin; tuy nhiên, lượng insulin tăng thêm không đủ để duy trì kiểm soát đường huyết ở một số sản phụ.

Đường huyết không được kiểm soát có thể gây biến chứng trên người mẹ và/hoặc thai nhi. Đái tháo đường thai kỳ có thể làm tăng nguy cơ các biến chứng như thai lưu, tiền sản giật (tăng huyết áp và protein niệu sau tuần thứ 20 của thai kỳ) và thai to (trẻ sơ sinh có kích thước lớn hơn bình thường). Những biến chứng này có thể làm tăng tỷ lệ mổ lấy thai ở phụ nữ mắc đái tháo đường thai kỳ nhằm ngăn ngừa các biến chứng khi sinh bao gồm đẻ khó do kẹt vai hoặc chấn thương khi sinh. Trẻ sơ sinh cũng có nguy cơ hạ đường huyết hoặc tăng bilirubin máu. Nguy cơ biến chứng có thể giảm khi đường huyết được kiểm soát hợp lý.

Bên cạnh ảnh hưởng đến sức khỏe, đái tháo đường thai kỳ cũng tác động đến kinh tế, làm kéo dài thời gian nằm viện và tăng chi phí y tế. Mặc dù hầu hết các trường hợp đái tháo đường thai kỳ thường hồi phục sau khi sinh, nhưng phụ nữ mắc đái tháo đường thai kỳ được đánh giá có nguy cơ tiến triển bệnh đái tháo đường rõ rệt sau sinh cao hơn 7 lần so với những phụ nữ không mắc đái tháo đường thai kỳ. Do đó, những sản phụ này nên được tầm soát đái tháo đường trong khoảng thời gian từ 4 đến 12 tuần sau sinh và ít nhất mỗi 3 năm tiếp theo.

Các yếu tố nguy cơ gây đái tháo đường thai kỳ bao gồm tiền sử mắc đái tháo đường thai kỳ, chỉ số khối cơ thể từ 25 kg/m² trở lên, tiền sử gia đình mắc đái tháo đường, trên 35 tuổi (hoặc trên 25 tuổi trong một số trường hợp), sắc tộc (châu Á, người Mỹ bản địa, người từ các đảo ở Thái Bình Dương, người da đen, người gốc Tây Ban Nha), tiền sử sinh con to (>4 kg) và thai lưu.

TẦM SOÁT VÀ CHẨN ĐOÁN

Trường Sản - Phụ khoa Hoa Kỳ (*American College of Obstetricians and Gynecologists*) và Hội Đái tháo đường Hoa Kỳ (*American Diabetes Association*) khuyến cáo tất cả phụ nữ mang thai không mắc đái tháo đường tuyp 1 hoặc tuyp 2 nên được tầm soát đái tháo đường thai kỳ ở tuần thứ 24 đến 28 của thai kỳ. Tầm soát có thể được thực hiện thông qua phương pháp 1 bước hoặc phương pháp 2 bước.

Phương pháp 1 bước là nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống (*oral glucose tolerance test*) 75 g, yêu

cầu bệnh nhân phải nhịn đói qua đêm ít nhất 8 tiếng trước khi uống glucose. Nồng độ đường huyết được đo ở thời điểm 0 giờ (lúc đói), 1 giờ và 2 giờ sau khi uống glucose. Chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ được khẳng định nếu ít nhất một trong các giá trị bằng hoặc cao hơn ngưỡng cho phép (lúc đói: 92 mg/dL (5,1 mmol/L); sau 1 giờ: 180 mg/dL (10,0 mmol/L); sau 2 giờ: 153 mg/dL (8,5 mmol/L)).

Phương pháp 2 bước bắt đầu với nghiệm pháp thử thách glucose đường uống (*glucose challenge test/ glucose load test*) 50 g, không cần nhịn ăn trước đó và đo nồng độ đường huyết 1 giờ sau khi uống glucose. Nếu nồng độ đường huyết của bệnh nhân bằng hoặc cao hơn ngưỡng cho phép, bệnh nhân được tiếp tục thực hiện bước 2. Ngưỡng đường huyết cho phép khác nhau tùy thuộc từng bộ tiêu chí, nhưng thông thường ngưỡng cho phép là 130 mg/dL (7,2 mmol/L), 135 mg/dL (7,5 mmol/L) hoặc 140 mg/dL (7,8 mmol/L). Bước 2 là nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống 100 g và yêu cầu bệnh nhân nhịn đói ít nhất 8 giờ qua đêm trước khi uống glucose. Nồng độ đường huyết được đo vào các thời điểm 0 giờ (lúc đói), 1 giờ, 2 giờ và 3 giờ sau khi uống glucose. Chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ được khẳng định khi có ít nhất 2 giá trị bằng hoặc cao hơn ngưỡng cho phép. Hai bộ tiêu chí về ngưỡng nồng độ đường huyết cho phép bao gồm tiêu chí của Carpenter - Coustan và tiêu chí của Nhóm Dữ liệu Đái tháo đường Quốc gia Hoa Kỳ (*National Diabetes Data Group*) được trình bày trong bảng 1.

Bảng 1: Ngưỡng nồng độ đường huyết cho phép trong nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống 100 g trong 3 giờ

	TIÊU CHÍ CỦA CARPENTER - COUSTAN	TIÊU CHÍ CỦA NHÓM DỮ LIỆU ĐÁI THÁO ĐƯỜNG QUỐC GIA HOA KỲ
0 giờ (lúc đói)	95 mg/dL (5,3 mmol/L)	105 mg/dL (5,8 mmol/L)
1 giờ	180 mg/dL (10,0 mmol/L)	190 mg/dL (10,6 mmol/L)
2 giờ	155 mg/dL (8,6 mmol/L)	165 mg/dL (9,2 mmol/L)
3 giờ	140 mg/dL (7,8 mmol/L)	145 mg/dL (8,0 mmol/L)



TỶ LỆ MẮC ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ PHỤ THUỘC VÀO NHÓM PHỤ NỮ VÀ CÁC TIÊU CHÍ CHẨN ĐOÁN; ƯỚC TÍNH KHOẢNG 4% ĐẾN 6% PHỤ NỮ MANG THAI BI ẢO HƯỞNG BỞI ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ.



ĐIỀU TRỊ

Mục tiêu chung của việc xác định và kiểm soát đái tháo đường thai kỳ là ngăn ngừa các biến chứng cho người mẹ và thai nhi. Nhiều nghiên cứu cho thấy các biện pháp kiểm soát hợp lý có thể làm giảm các biến chứng như tiền sản giật và thai to, bao gồm các biện pháp không dùng thuốc và/hoặc sử dụng thuốc, tùy thuộc từng bệnh nhân.

KIỂM SOÁT KHÔNG DÙNG THUỐC

Khoảng 3/4 số phụ nữ được chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ có thể kiểm soát đường huyết thông qua tự điều chỉnh lối sống, bao gồm thay đổi chế độ ăn uống và luyện tập thường xuyên. Phụ nữ mắc đái tháo đường thai kỳ nên tuân theo tư vấn về chế độ dinh dưỡng của chuyên gia dinh dưỡng, nếu có thể, giúp đạt được mức đường huyết mục tiêu, tăng cân hợp lý và ngăn ngừa ceton máu. Trường môn Bác sĩ Sản - Phụ khoa Hoa Kỳ nhấn mạnh lượng carbohydrat được hấp thu vào cơ thể là vấn đề quan trọng nhất trong các can thiệp về dinh dưỡng. Carbohydrat nên được giới hạn trong khoảng 33% đến 40% lượng calo và lượng calo còn lại bao gồm chất béo (khoảng 40%), protein (khoảng 20%). Carbohydrat phức tạp được ưu tiên sử dụng hơn carbohydrat đơn giản nhằm hạn chế ảnh hưởng đến nồng độ đường huyết sau ăn. Mặc dù dữ liệu từ những thử nghiệm riêng về đái tháo đường thai kỳ còn hạn chế, 30 phút hoạt động thể chất trung bình hầu hết các ngày trong tuần thường được khuyến cáo cho bệnh nhân, tương tự khuyến cáo dành cho các trường hợp đái tháo đường khác.

ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC

Một số phụ nữ mắc đái tháo đường thai kỳ có thể cần can thiệp bằng thuốc kết hợp với điều chỉnh lối sống nhằm kiểm soát đường huyết đầy đủ. Các thuốc điều trị đái tháo đường thai kỳ tương tự các thuốc dành cho phụ nữ mang thai mắc đái tháo đường, bao gồm insulin.

Tương tự đái tháo đường, mục tiêu về nồng độ đường huyết cũng được xây dựng nhằm kiểm soát đường huyết hợp lý ở bệnh nhân đái tháo đường thai kỳ. Các khuyến cáo về theo dõi đường huyết của Trường Sản - Phụ khoa Hoa Kỳ và Hội Đái tháo đường Hoa Kỳ thống nhất về nồng độ đường huyết sau ăn 1 giờ ≤ 140 mg/dL (7,8 mmol/L) và nồng độ đường huyết sau ăn 2 giờ ≤ 120 mg/dL (6,7 mmol/L). Trường Sản - Phụ khoa Hoa Kỳ cho rằng có rất ít bằng chứng về ảnh hưởng của nồng độ đường huyết lúc đói và không đưa ra khuyến cáo chính thức. Trong khi đó, Hội Đái tháo đường Hoa Kỳ đưa ra nồng độ đường huyết lúc đói mục tiêu ≤ 95 mg/dL (5,3 mmol/L), nhưng điều này không được nhấn mạnh.

Insulin: Insulin được coi là lựa chọn hàng đầu với phụ nữ cần sử dụng thuốc để điều trị đái tháo đường thai kỳ. Các Tiêu chuẩn Chăm sóc năm 2017 của Hội Đái tháo đường Hoa Kỳ nhấn mạnh insulin là lựa chọn ưu tiên do không đi qua nhau thai, nên có thể có ít tác dụng không mong muốn hơn các thuốc khác. Tùy thuộc loại giá trị đường huyết gia tăng, có thể sử dụng insulin cơ bản và/hoặc insulin trong bữa ăn. Thông thường, liều insulin khởi đầu là 0,7 đến 1,0 UI/kg/ngày chia làm các liều nhỏ. Insulin tác

dụng nhanh, như dạng aspart và lispro, có thể hữu ích hơn trong các bữa ăn so với insulin tác dụng ngắn thông thường trong việc làm giảm nồng độ đường huyết sau ăn. Các tác dụng không mong muốn của insulin trên các bệnh nhân mắc đái tháo đường, bao gồm hạ đường huyết và tăng cân. Các biện pháp giám sát bệnh nhân dùng insulin được khuyến cáo bao gồm tự theo dõi đường huyết trước và sau các bữa ăn (lên đến 8 lần/ngày) cũng như giám sát HbA1c trong suốt thời kỳ mang thai. Bệnh nhân cần được tư vấn về các dấu hiệu của hạ đường huyết như chóng mặt, choáng váng và cách xử trí khi gặp các dấu hiệu này.

VAI TRÒ CỦA DƯỢC SĨ

Dược sĩ có thể hỗ trợ bệnh nhân đái tháo đường thai kỳ thông qua nhiều cách. Do tự chăm sóc là biện pháp then chốt giúp kiểm soát đái tháo đường, dược sĩ có thể tư vấn cho bệnh nhân về đái tháo đường thai kỳ. Bệnh nhân nên được tư vấn về tự theo dõi đường huyết hợp lý, bao gồm kỹ thuật lấy máu xét nghiệm ở ngón tay và được giải thích về các nồng độ đường huyết mục tiêu. Dược sĩ cũng có thể tư vấn về chế độ dinh dưỡng và luyện tập giúp kiểm soát đường huyết. Nếu cần điều trị bằng thuốc, dược sĩ có thể tư vấn cho bệnh nhân về sử dụng thuốc hợp lý cho đái tháo đường thai kỳ.

KẾT LUẬN

Đái tháo đường thai kỳ có thể ảnh hưởng đến cả người mẹ và thai nhi, do đó cần kiểm soát đường huyết hợp lý nhằm ngăn ngừa biến chứng. Các biện pháp không dùng thuốc như điều chỉnh chế độ ăn uống và luyện tập thường là đủ đối với nhiều phụ nữ trong việc duy trì nồng độ đường huyết phù hợp. Tuy nhiên, một số phụ nữ có thể cần được điều trị thêm bằng thuốc, khi đó insulin thường là lựa chọn hàng đầu, tiếp đến là metformin. Để đảm bảo kiểm soát đường huyết hợp lý, bệnh nhân đái tháo đường thai kỳ nên tự theo dõi nồng độ đường huyết sau ăn 1 giờ hoặc 2 giờ. Những phụ nữ này cũng nên được tầm soát sau sinh do tăng nguy cơ tiến triển đái tháo đường sau đó. ♦