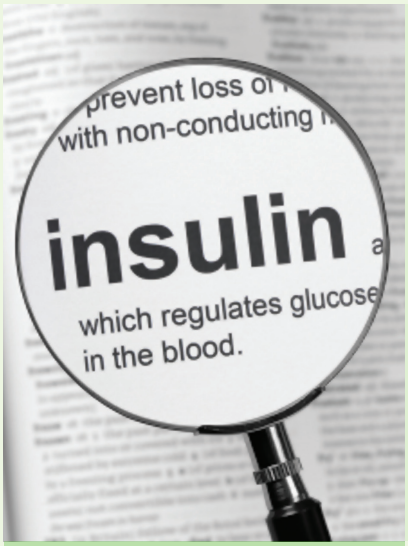

SỬ DỤNG INSULIN TRONG CHUYỂN DẠ VÀ SAU SINH

TS. Lê Thị Thu Hà

Bệnh viện Từ Dũ

GIỚI THIỆU

Trong những thai kỳ biến chứng do bệnh đái tháo đường (ĐTĐ), mục tiêu điều trị quan trọng trong quá trình chuyển dạ là để tránh tăng đường huyết của mẹ, điều này làm tăng nguy cơ toan chuyển hóa ở thai và hạ đường huyết ở trẻ sơ sinh. Kiểm soát đường huyết sau sinh ít quan trọng hơn, nhưng vẫn là một mối quan tâm vì nguy cơ hạ đường huyết ở mẹ. Kiểm soát đường huyết sau sinh là một thách thức vì những thay đổi nồng độ nội tiết bà mẹ sau khi sổ nhau lớn và nhanh chóng.

Nồng độ glucose máu mẹ trong quá trình chuyển dạ bị ảnh hưởng bởi loại bệnh ĐTĐ của người mẹ (type 1, type 2 hoặc do thai) và giai đoạn của chuyển dạ (tiềm thời hay hoạt động). Phụ nữ với ĐTĐ type 1 không sản xuất insulin nội sinh, trong khi những người mắc bệnh ĐTĐ type 2 và ĐTĐ do thai thường chế tiết đủ insulin cơ bản để tránh nhiễm ketone do ĐTĐ. Chuyển dạ giai đoạn tiềm thời được đặc trưng bởi sự thay đổi cổ tử cung chậm, với thời gian khác nhau rất nhiều, có thể từ vài giờ kéo dài đến 24 giờ. Giai đoạn tiềm thời gây ra thay đổi rất nhỏ trong nhu cầu trao đổi chất của người mẹ. Ngược lại, chuyển dạ giai đoạn hoạt động, khoảng thời gian mở cổ tử cung tương đối nhanh với đầu thai xuống và cuối cùng là sổ thai. Giai đoạn hoạt động xảy ra trong một vài giờ và nên được xem như tập thể dục cường độ cao, với sự gia tăng tiêu hao năng lượng và giảm nhu cầu insulin.

TIẾP CẬN KIỂM SOÁT ĐƯỜNG HUYẾT TRONG CHUYỂN DẠ

Hầu hết, các phương thức kiểm soát đường huyết trong

chuyển dạ dựa trên sự kết hợp của truyền glucose và insulin để duy trì nồng độ đường trong mục tiêu. Bằng chứng lâm sàng không ủng hộ phương thức này hơn phương thức khác. Bằng chứng này phần lớn là hồi cứu và xuất phát chủ yếu từ những phụ nữ có bệnh ĐTĐ type 1 hoặc từ các nhóm phụ nữ có bệnh ĐTĐ trước và trong khi mang thai được điều trị bằng các phương thức tương tự.

Trang bên là 3 phác đồ điều trị ĐTĐ trong chuyển dạ được trình bày trong bảng 1.

Mục tiêu kiểm soát đường huyết trong chuyển dạ

- Theo (ACOG) và Đại học Nội tiết Hoa Kỳ, mục tiêu kiểm soát đường huyết trong chuyển dạ là mức glucose giữa 70-110 mg/dL (3,9-6,1 mmol/L). Mục tiêu này được áp dụng cho phụ nữ có ĐTĐ type 1, type 2 hay ĐTĐ thai kỳ. Nó bắt nguồn từ dữ liệu kết cục sơ sinh thu được từ nghiên cứu quan sát, chủ yếu liên quan đến phụ nữ mắc bệnh ĐTĐ type 1.

- Một số chuyên gia đề nghị ngưỡng trên thấp hơn (<100 mg/dL [5,6 mmol/L]) để giảm thiểu nguy cơ hạ đường huyết sơ sinh. Một số chuyên gia khác đề nghị nới rộng ngưỡng trên đến 126 mg/dL (7 mmol/L), dựa vào bằng chứng lâm sàng cho thấy nguy cơ hạ đường huyết sơ sinh không tăng đáng kể ở ngưỡng này và khả năng nguy cơ hạ đường huyết sơ sinh không tăng ở ngưỡng glucose trước sinh đến 144 mg/dL (8 mmol/L). Tuy nhiên, hầu hết các tác giả thống nhất khi đường huyết mẹ >180 mg/dL (10 mmol/L), nguy cơ hạ đường huyết sơ sinh tăng đáng kể.

Nhu cầu insulin và glucose trong chuyển dạ

Ở những phụ nữ ĐTĐ type 1, những nghiên cứu dùng hệ thống truyền insulin kiểm soát đường huyết đã chứng minh rằng truyền insulin nền là cần thiết để duy trì đường huyết ổn định trong giai đoạn chuyển dạ tiềm thời và khởi phát chuyển dạ. Khi vào giai đoạn hoạt động, nhu cầu insulin giảm xuống gần như bằng không và yêu cầu truyền glucose tăng lên 2,5 mg/kg/phút để duy trì nồng độ glucose ở người mẹ 70-90 mg/dL; điều này làm tăng gấp 8 lần glucose nền. Nhu cầu glucose này là tương tự như quan sát thấy với việc tập thể dục mạnh và gắng sức.

Theo dõi đường huyết trong chuyển dạ

Những thay đổi nhanh chóng về nhu cầu glucose và insulin trong chuyển dạ đòi hỏi theo dõi thường xuyên nồng độ glucose máu mao mạch: mỗi 2-4 giờ trong giai đoạn tiềm thời, mỗi 1-2 giờ trong giai đoạn hoạt động và mỗi giờ trong khi truyền insulin.

Riêng đối với những phụ nữ có ĐTĐ thai kỳ, đường huyết được kiểm soát với việc duy trì chế độ ăn uống và liệu pháp tập thể dục. Những phụ nữ này hiếm khi đòi hỏi insulin trong quá trình chuyển dạ nên nồng độ glucose máu mao mạch có thể được đo lúc nhập viện và sau đó khoảng mỗi 4-6 giờ.

Đo đường huyết mao mạch được cho là thuận tiện, hợp lý và chính xác khi đường huyết nằm trong giới hạn bình thường. Tuy nhiên, khi hạ đường huyết quá mức (<50 mg/dL [2,8 mmol/L]) hoặc tăng đường huyết quá mức (>180 mg/dL [10 mmol/L]) thì giá trị đường huyết mao mạch không còn phù hợp. Nồng độ đường huyết mao mạch dao động hơn và mỗi loại đồng hồ đo đường huyết có giới hạn của nhà sản xuất về độ chính xác cho

Bảng 1. Ba phác đồ điều trị ĐTĐ trong chuyển dạ

Nồng độ glucose trong huyết tương mẹ mg/dL (mmol/L)	**Insulin truyền tĩnh mạch (đơn vị/giờ)(*)(•)**	**Dung dịch truyền**
Phác đồ 1. Theo American College of Obstetricians and Gynecologists(*)(Δ)		
Bắt đầu chuyển dạ	Ngưng dùng	Bắt đầu truyền nước muối sinh lý
<70 mg/dL (3,9) hay chuyển dạ hoạt động	Ngưng dùng	Truyền 5% dextrose normal saline (D5NS) 100-150 mL/giờ để đạt đường huyết mao mạch khoảng 100mg
>100 mg/dL (5,6)	Insulin tác dụng trung bình hoặc ngắn 1,25 đơn vị/giờ (10 đơn vị / 1.000mL D5NS truyền 125 mL/giờ)	
Phác đồ 2. Phụ nữ ĐTĐ type 1		
<70 (<3,9)	0,0	Đường huyết mao mạch <130 mg/dL (7,2 mmol/L) 5% dextrose Lactated Ringer's 125 mL/giờ
71-90 (3,9-5,0)	0,5	
91-110 (5,1-6,1)	1,0	
111-130 (6,2-7,2)	2,0	
131-150 (7,3-8,3)	3,0	Đường huyết mao mạch >130 mg/dL (7,2 mmol/L) Lactated Ringer's 125 mL/giờ
151-170 (8,4-9,4)	4,0	
171-190 (9,5-10,6)	5,0	
>190 (>10,6)	Kiểm tra ketone	
Phác đồ 3. "Truyền dịch luân phiên" dùng cho phụ nữ ĐTĐ do thai, không dùng cho phụ nữ ĐTĐ type 1		
≥100 mg/dL (5,6)	Ngưng dùng	D5NS 125 mL/giờ đạt mức đường huyết mao mạch là 100 mg/dL
101-140 mg/dL (5,6-7,8)	Ngưng dùng	Lactated Ringer's 125 mL/giờ đạt mức đường huyết mao mạch là 100 mg/dL
>140 mg/dL (7,8)	Insulin tác dụng trung bình hoặc ngắn để đạt mức đường huyết mao mạch là 100 mg/dL	Lactated Ringer's 125 mL/giờ đạt mức đường huyết mao mạch là 100 mg/dL

(•)Jovanovic L, Peterson CM (1980). Management of the pregnant, insulin-Dependent diabetic woman. Diabetes Care; 3:63

(•)Mix 25 units regular insulin in 250mL normal saline (1 unit: 10mL)

(Δ)Coustan DR (2004). Delivery: Timing, mode, and management. In: Diabetes in women: adolescent, pregnancy and menopause. Reese EA, Coustan DR, Gabbe SG (Eds), Lippincott Williams & Wilkins; 433

Protocol 1: Data from: ACOG Practice Bulletin (2005). Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. Number 60, March 2005. Pregestational diabetes mellitus. Obstet Gynecol; 105:675

Protocol 2: Reproduced with permission from: Kitzmiller JL, Gavin L (2002). Preexisting diabetes and pregnancy. In: Manual of Endocrinology and Metabolism, 3rd ed, Lavin N (Ed), Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia. Copyright © 2002 Lippincott Williams & Wilkins

Protocol 3: Data from: Rosenberg VA, Eglinton GS, Rauch ER, Skupski DW (2006). Intrapartum maternal glycemic control in women with insulin requiring diabetes: a randomized clinical trial of rotating fluids versus insulin drip. Am J Obstet Gynecol; 195: 1095

một loạt các giá trị đường huyết mao mạch. Như vậy, giá trị đường huyết mao mạch nằm ngoài các phạm vi này phải được xác nhận bằng cách đo đường huyết tĩnh mạch, điều này có thể được kiểm chứng lần đầu tại giường bệnh với một máy đo đường huyết và đồng thời đo lại trong phòng xét nghiệm.

Truyền glucose tĩnh mạch

Nhu cầu glucose ở giai đoạn hoạt động nhanh chóng làm cạn kiệt phần glycogen dự trữ ở gan, do vậy cần phải bổ sung lượng calo trong giai đoạn này. Tiếp nhận năng lượng bằng đường ăn uống thường bị hạn chế trong giai đoạn hoạt động vì nguy cơ viêm phổi hít, hầu hết phụ nữ bị ĐTĐ được cung cấp glucose bằng đường tĩnh mạch.

Trong giai đoạn tiềm thời, nhu cầu glucose mẹ thường có thể được đáp ứng bằng lượng glucose dự trữ tại gan, trừ khi giai đoạn tiềm thời kéo dài. Một số phác đồ cho phụ nữ mắc bệnh ĐTĐ type 1 bắt đầu bằng truyền dung dịch muối đẳng trương đơn thuần cho tới khi mức glucose mẹ hạ thấp hơn ngưỡng dưới của mục tiêu (<70 mg/dL [3,9 mmol/L]) và khi đó, bắt đầu truyền dung dịch glucose. Các phác đồ khác bắt đầu với truyền đồng thời cả hai: glucose (dextrose 5% 100-125 mg/giờ) và truyền insulin (0,5-1,0 đơn vị/giờ). Cả hai chiến lược trên đều có hiệu quả và có tỉ lệ biến chứng thấp.

Truyền glucose tĩnh mạch cũng quan trọng đối với việc tối ưu chức năng cơ tử cung. Một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên ở phụ nữ mang thai con so đã chứng minh rằng truyền dextrose 5% hoặc 10% trong chuyển dạ rút ngắn đáng kể thời gian chuyển dạ so với truyền nước muối sinh lý.

Bổ sung insulin

Insulin được tiêm tĩnh mạch và tăng liều để đạt được mục tiêu đường huyết. Thông thường nhất, truyền insulin (đơn vị/giờ) được tăng lên hoặc giảm dần với việc tăng hay giảm nồng độ glucose máu mao mạch của mẹ, được đo theo giờ. Một phương pháp khác là thêm 10 đơn vị insulin tác dụng trung bình hoặc ngắn vào một lít D5NS. Trong đa số các phụ nữ, với tốc độ truyền 100-125 mL/giờ sẽ giúp kiểm soát tốt đường huyết và cung cấp chất nền thích hợp cho nhu cầu năng lượng của chuyển dạ *(Bảng 1)*.

Phụ nữ bị ĐTĐ thai kỳ duy trì đường huyết ổn định trong khi mang thai dựa vào chế độ ăn uống và tập thể dục đơn thuần hiếm khi đòi hỏi sử dụng insulin trong khi chuyển dạ. Ngay cả khi insulin được yêu cầu trước sinh để bình thường hóa nồng độ đường, chỉ có một số ít những người phụ nữ sẽ cần insulin trong chuyển dạ. Điều này đã được minh họa trong một nghiên cứu sử dụng các mục tiêu đường huyết mao mạch, trong đó, chỉ có 2% phụ nữ được kiểm soát bằng chế độ ăn và 3,5% phụ nữ với insulin kiểm soát bệnh ĐTĐ thai kỳ cần insulin để duy trì nồng độ đường trong mao mạch dưới 144 mg/dL (8 mmol/L).

MỔ LẤY THAI

Insulin hoặc thuốc uống điều trị đái tháo đường

Khi mổ lấy thai được lên kế hoạch, đặc biệt là ở một người phụ nữ có bệnh ĐTĐ type 1, phẫu thuật cần được lên kế hoạch vào buổi sáng sớm. Thai phụ nên dùng liều insulin tác dụng trung bình ban đêm bình thường, uống thuốc chống ĐTĐ hoặc truyền insulin liên tục (bơm insulin) cho

đến khi nhập viện. Nếu thai phụ sử dụng insulin tác dụng kéo dài vào ban đêm, liều cần được giảm.

Liều insulin buổi sáng hoặc uống thuốc điều trị ĐTĐ được ngưng lại và các bệnh nhân không được ăn hoặc uống bất cứ gì. Tuy nhiên, nếu phẫu thuật bị trì hoãn cho đến chiều, liều insulin cơ bản (khoảng 1/3 liều insulin trung bình buổi sáng) được cho với truyền dextrose 5% để tránh nhiễm ketone. Nồng độ glucose cần phải được theo dõi để điều chỉnh liệu pháp insulin. Một liều insulin tác dụng ngắn có thể được cho khi cần thiết để kiểm soát đường huyết trong giai đoạn này.

Theo dõi đường huyết

Đường huyết nên được theo dõi trong khi mổ lấy thai nếu cuộc mổ kéo dài hoặc phức tạp, để duy trì đường huyết ổn định. Tăng đường huyết trong khi phẫu thuật cần phải tránh để giảm thiểu nguy cơ nhiễm trùng vết mổ và các biến chứng chuyển hóa ở người mẹ cũng như hạ đường huyết sơ sinh. Nồng độ đường huyết sau phẫu thuật được theo dõi mỗi hai giờ cho đến khi ổn định (từ 70 mg/dL đến 150 mg/dL); truyền dextrose 5% để tránh nhiễm ketone.

Truyền glucose và dịch

Nước muối sinh lý thường được truyền tĩnh mạch trước khi vô cảm để tránh việc truyền một lượng đường lớn, điều này làm giảm pH máu rốn và có thể gây hạ đường huyết sơ sinh.

KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ

Insulin hoặc thuốc uống điều trị đái tháo đường

Tương tự sinh mổ, khởi phát chuyển dạ nên được dự kiến bắt đầu vào buổi sáng sớm và bệnh nhân nên dùng liều insulin tác dụng trung bình vào ban đêm bình thường như trước, uống thuốc chống ĐTĐ hoặc truyền insulin liên tục (bơm insulin) cho đến khi nhập viện. Nếu sản phụ sử dụng insulin tác dụng kéo dài vào ban đêm, liều cần được giảm.

Bổ sung glucose

Bổ sung năng lượng cần thiết trong quá trình khởi phát chuyển dạ kéo dài, đặc biệt là khi cần thời gian cho quá trình chín muồi cổ tử cung. Vì nhiều đơn vị chuyển dạ cấm ăn uống trong thời gian chuyển dạ, nên truyền tĩnh mạch dextrose 5% hay 10% khi nồng độ glucose mẹ giảm xuống dưới 60 mg/dL đến 100 mg/dL (3,3-5,6 mmol/L). Như đã thảo luận ở trên, một số phác đồ bắt đầu bằng truyền glucose đồng thời với truyền insulin, đặc biệt là ở phụ nữ được điều trị bằng insulin trong suốt thai kỳ.

Tại những đơn vị cho phép ăn uống trong giai đoạn cổ tử cung chín muồi hay giai đoạn tiềm thời khi thời gian dự đoán sẽ vượt quá 8-12 giờ và có nguy cơ thấp của mổ lấy thai khẩn cấp. Trong giai đoạn chín muồi cổ tử cung / giai đoạn tiềm thời, phụ nữ được cho phép một chế độ ăn giảm calo (1.200-1.400kcal) và dùng insulin tác dụng ngắn trước bữa ăn để điều chỉnh nồng độ glucose máu mao mạch và lượng carbohydrate dùng. Nói chung, dịch truyền tĩnh mạch (dextrose 5% hoặc nước muối sinh lý) không cần thiết nếu sản phụ có chế độ ăn uống đầy đủ.

Nồng độ glucose máu mao mạch được kiểm tra trước

Bảng 2. Thang trượt insulin cho quản lý nồng độ glucose sau sinh

Giá trị glucose (mg/dL/mmol/L)	Bệnh nhân nhạy với insulin(*)		Bệnh nhân kháng với insulin(*)		Tất cả bệnh nhân khác(*)	
	AC	HS	AC	HS	AC	HS
<150/8,3	0	0	0	0	0	0
151-200/8,4-11,1	0	0	4	2	2	0
201-250/11,2-13,8	2	0	8	4	4	0
251-300/13,9-16,6	3	1	12	6	6	2
301-350/16,7-19,4	4	2	16	8	8	4
351-400/19,5-22,2	5	3	20	10	10	6

AC: before meals; HS: bedtime

(*)In this system, we assume that lean type 1 diabetes patients are likely to be insulin sensitive, while obese type 2 diabetes patients are likely to be insulin resistant. All other patients fall into the remaining group

và sau bữa ăn, duy trì nhịp ngày/đêm trước khi sinh bình thường của người phụ nữ cho đến khi vào giai đoạn hoạt động.

QUẢN LÝ SAU SINH

Ngay sau sinh

Sau khi sổ nhau, tình trạng kháng insulin do thai nhanh chóng biến mất. Phụ nữ mắc bệnh ĐTĐ trước khi mang thai cần theo dõi đường huyết chặt chẽ vì nhu cầu insulin giảm nhanh chóng.

Sau khi mổ lấy thai, insulin vẫn có thể được yêu cầu mặc dù phụ nữ đang tiêu thụ ít calo. Để tránh hạ đường huyết nghiêm trọng từ việc bổ sung insulin, một insulin tác dụng ngắn được sử dụng trên một thang trượt với mục tiêu duy trì mức glucose khoảng 140 mg/dL đến 160 mg/dL (7,8-8,9 mmol /L), trong thời gian 24 giờ đến 48 giờ đầu. Bảng trên là một ví dụ về một thang trượt sử dụng insulin dưới da tác dụng ngắn (lưu ý lượng ít hơn của insulin trước khi đi ngủ để tránh hạ đường huyết ban đêm) *(Bảng 2)*.

Thai phụ có ĐTĐ type 1 sinh ngả âm đạo có thể ăn được, cần khoảng 1/3 đến 1/2 của liều insulin hoạt động trung bình (NPH) hoặc insulin hoạt động kéo dài trước chuyển dạ (ví dụ: Glargine) để đáp ứng nhu cầu cơ bản sau sinh. Tương tự như vậy, liều insulin hoạt động ngắn hoặc trung bình trước bữa ăn của họ cần phải được giảm khoảng 1/3 đến 1/2.

Phụ nữ mắc bệnh ĐTĐ type 2 có thể không yêu cầu bất kỳ thuốc nào trong 24-48 giờ đầu sau sinh. Nếu có nhu cầu insulin và đang ăn, họ có thể được bắt đầu với 0,6 đơn vị/kg cân nặng sau sinh. Ngoài ra, thuốc uống như metformin hay glyburide có thể được bắt đầu sau 24-48 giờ và trước khi xuất viện. Những chất này có thể được sử dụng một cách an toàn khi cho con bú. Nói chung, phụ nữ mắc bệnh ĐTĐ type 2 chỉ cần theo dõi nồng độ đường huyết mao mạch lúc đói trong vài tuần đầu tiên sau sinh. Metformin là thuốc ưu tiên cho bệnh nhân béo phì có ĐTĐ type 2 và không gây hạ đường huyết.

Những phụ nữ mắc ĐTĐ thai kỳ, người có nồng độ đường huyết tĩnh mạch lúc đói dưới 126 mg/dL (7 mmol/L) sau khi sinh có thể được tư vấn để tiếp tục thực hiện theo chế độ ăn uống, tập thể dục của họ và đạt được một trọng lượng khỏe mạnh để ngăn ngừa bệnh ĐTĐ. Họ phải làm nghiệm pháp dung nạp đường 75g đường uống từ 6 đến 8 tuần sau khi sinh

để xác định tình trạng đường huyết.

Cho con bú

Phụ nữ có bệnh ĐTĐ trước khi mang thai được khuyến khích cho con bú mẹ vì lợi ích sức khỏe của mẹ và trẻ sơ sinh.

Cho con bú đòi hỏi thêm 500kcal mỗi ngày (# khoảng 100g carbohydrate và 20g protein). Lượng đường trong máu có thể giảm nhanh chóng trong thời gian cho con bú do nhu cầu trao đổi chất cao. Vì vậy, tự theo dõi đường huyết là rất quan trọng trong giai đoạn hậu sản sớm, đặc biệt là ở phụ nữ mắc bệnh ĐTĐ type 1.

Sau khi xuất viện

Sau khi xuất viện, cần tiếp tục theo dõi chuyên khoa nội tiết. Mục tiêu đường huyết vào thời điểm này là: glycated hemoglobin <7,0%, nồng độ glucose trước bữa ăn <120 mg/dL và nồng độ glucose 2 giờ sau ăn <170 mg/dL.

TÓM TẮT VÀ KIẾN NGHỊ

- Đối với những phụ nữ có bệnh ĐTĐ, mục tiêu điều trị quan trọng trong quá trình chuyển dạ là để tránh tăng đường huyết của mẹ, điều này làm tăng nguy cơ toan chuyển hóa máu thai nhi và hạ đường huyết ở trẻ sơ sinh.
- Theo ACOG và Đại học Nội tiết Hoa Kỳ, mục tiêu đường huyết trong chuyển dạ là nồng độ glucose giữa 70-110 mg/dL (3,9-6,1 mmol/L).
- Đối với phụ nữ điều trị insulin trước mang thai, truyền insulin nền có thể sẽ được yêu cầu để duy trì ổn định đường huyết trong giai đoạn chuyển dạ tiềm thời. Khi chuyển dạ hoạt động xảy ra sau đó, các yêu cầu insulin giảm xuống gần như bằng không và yêu cầu glucose tăng lên khoảng 2,5 mg/kg/phút.
- Cách tiếp cận hợp lý cho phụ nữ mắc bệnh ĐTĐ type 1 là: hoặc bắt đầu với truyền dung dịch muối đẳng trương đơn thuần cho tới khi mức glucose mẹ rơi xuống dưới mức mục tiêu (<70 mg/dL [3,9 mmol/L]) và sau đó, bắt đầu truyền dịch glucose hoặc bắt đầu với truyền cả hai glucose (dextrose 5% 100-125 mg/giờ) và insulin (0,5-1,0 đơn vị/giờ) cùng một lúc. Cả hai chiến lược xuất hiện có hiệu quả và có tỉ lệ biến chứng thấp.
- Đối với phụ nữ sử dụng insulin trước mang thai, glucose máu mao mạch nên được theo dõi mỗi 2-4 giờ trong giai đoạn tiềm thời, mỗi 1-2 giờ trong giai đoạn hoạt động và mỗi giờ trong khi truyền insulin. Phụ nữ mắc ĐTĐ thai kỳ được kiểm soát tốt trước sinh với chế độ ăn uống và tập thể dục đơn thuần không cần thường xuyên theo dõi đường huyết trong khi chuyển dạ.
- Truyền insulin được tăng hoặc giảm dần với việc tăng hay giảm mức độ glucose mao mạch máu của người mẹ, được đo theo giờ. Một phương pháp khác là thêm 10 đơn vị insulin thường xuyên hay tác dụng ngắn với một lít D5NS. Truyền D5NS 100-125 mL/giờ, trong đa số các phụ nữ, cung cấp cả kiểm soát tốt đường máu và chất nền thích hợp cho nhu cầu năng lượng của chuyển dạ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. ACOG Committee on Practice Bulletins. ACOG Practice Bulletin. Clinical Management. Curet LB, Izquierdo LA, Gilson GJ et al. (1997). Relative effects of antepartum and intrapartum maternal blood glucose levels on incidence of neonatal hypoglycemia. J Perinatol; 17:113.
2. Gabbe SG, Carpenter LB, Garrison EA (2007). New strategies for glucose control in patients with type 1 and type 2 diabetes mellitus in pregnancy. Clin Obstet Gynecol; 50:1014.
3. Garber AJ, Moghissi ES, Bransome ED Jr et al. (2004). American College of Endocrinology position statement on inpatient diabetes and metabolic control. Endocr Pract; 10 Suppl 2:4.
4. Guidelines for Obstetrician-Gynecologists (2005). Number 60, March 2005. Pregestational diabetes mellitus. Obstet Gynecol; 105:675.
5. Kline GA, Edwards A (2007). Antepartum and intra-partum insulin management of type 1 and type 2 diabetic women: Impact on clinically significant neonatal hypoglycemia. Diabetes Res Clin Pract; 77:223.
6. Rosenberg VA, Eglinton GS, Rauch ER, Skupski DW (2006). Intrapartum maternal glycemic control in women with insulin requiring diabetes: a randomized clinical trial of rotating fluids versus insulin drip. Am J Obstet Gynecol; 195:1095.

Viêm niệu đạo - Âm đạo
Viêm niệu đạo - Âm đạo
Viêm niệu đạo - Âm đạo
Viêm niệu đạo - Âm đạo

Tài liệu thông tin cho cán bộ y tế

Secnol

Secnidazole

2g

Thời gian bán hủy kéo dài: 24h

1 gói = liều điều trị duy nhất

VN-16394-13

THÀN PHẦN: Secnidazol khan 2g. Tá dược: vi hạt trung tính, Polyvidone, Polyethyleneglycol 4000, Polyme este của acid metacrylic (Eudragit NE30D), talc, sillic keo khan (Aerosiil 200) vừa đủ một gói 4,181g (Thành phần của vi hạt trung tính: Saccharose tinh bột.) **DẠNG BÀO CHẾ:** Thuốc cốm đóng trong gói. Hộp 1 gói. **CHỈ ĐỊNH:** Viêm niệu đạo, viêm âm đạo do Trichomonas Vaginalis; Nhiễm amip ở ruột; Nhiễm amip ở gan. **LIỀU DÙNG:** ***Viêm niệu đạo, viêm âm đạo do Trichomonas Vaginalis:*** Người lớn: liều duy nhất 1 gói (2g) dùng trước bữa ăn. ***Nhiễm amip ở ruột:*** *- Nhiễm amip cấp tính có triệu chứng (dạng histolytica):* Người lớn: liều duy nhất 1 gói (2g) dùng trước bữa ăn. Trẻ em: liều duy nhất 30mg/kg/ngày, chỉ dùng 1 ngày. *- Nhiễm amip không có triệu chứng (dạng minuta và dạng nang):* liều mỗi ngày tương tư như trên, dùng trong 3 ngày. ***Nhiễm amip ở gan.*** *Người lớn:* 1,5g/ ngày, dùng một lần hoặc chia làm nhiều lần, trong 5 ngày, dùng trước bữa ăn. *Trẻ em:* 30mg/kg/ ngày, dùng một lần hoặc chia làm nhiều lần, trong 5 ngày. *Lưu ý:* Nên kết hợp điều trị bằng secnidazole và dẫn lưu ổ mủ hoặc ápxe trong trường hợp bị amip gan ở giai đoạn mưng mủ. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH:** - Mẫn cảm với các dẫn xuất của imidazole hoặc một trong các thành phần của thuốc. - Phụ nữ cho con bú. **THẬN TRỌNG KHI DÙNG:** Tránh dùng các thức uống có chứa cồn trong thời gian điều trị bằng secnidazole. Tránh dùng thuốc trong trường hợp có tiền sử bị rối loạn đông máu. **PHỤ NỮ CÓ THAI VÀ CHO CON BÚ:** ***- Phụ nữ có thai:*** Kết quả nghiên cứu trên thú cho thấy không gây quái thai, do đó việc thuốc gây dị tật ở thai nhi ở người là không thể. Thực tế, cho đến nay, các thuốc gây dị tật trên thai người đều có tác động gây quái thai trên thú qua những nghiên cứu được theo dõi chặt chẽ trên 2 loài. Trên lâm sàng, hiện chưa có dữ liệu đủ tính thuyết phục để đánh giá tác dụng gây dị tật hoặc độc tính trên bào thai có thể xảy ra khi dùng Secnidazole trong thai kỳ. ***- Phụ nữ cho con bú:*** không có dữ liệu về việc thuốc vào sữa mẹ. Tuy nhiên, đã có tài liệu cho thấy các dẫn xuất của imidazole khác có vào sữa mẹ và gây ra các trường hợp nhiễm nấm Candida ở miệng-hậu môn cũng như các trường hợp tiêu chảy ở trẻ em bú sữa mẹ đang được điều trị bằng các dẫn xuất imidazole khác. Vì thế, cần theo dõi trên lâm sàng đối với trẻ sơ sinh hoặc thậm chí ngưng cho con bú trong thời gian điều trị. **TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN:** Tác dụng không mong muốn có thể xảy ra khi dùng các dẫn xuất imidazole. - Thường gặp nhất: rối loạn tiêu hóa kèm theo đau dạ dày, thay đổi vị giác (vị kim loại), viêm lưỡi, viêm dạ dày; - Giảm bạch cầu trung bình, có thể phục hồi khi ngưng điều trị. - Hiếm gặp: chóng mặt, mất phối hợp vận động và mất điều hòa, dị cảm, viêm đa dây thần kinh cảm giác vận động. *Ghi nhận với Secnidazole cho đến nay:* - Hiếm gặp rối loạn tiêu hóa (buồn nôn, nôn, đau dạ dày); - Hiếm gặp phản ứng quá mẫn xảy ra tức thì: sốt, phát ban, nổi mề đay, phù mạch. **Nên thận trọng khi dùng thuốc này cho người lái xe và sử dụng máy móc** vì có thể gây buồn ngủ, mất phối hợp vận động. THÔNG BÁO CHO BÁC SĨ NHỮNG TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN GẶP PHẢI KHI SỬ DỤNG THUỐC. **TƯƠNG TÁC THUỐC:** *Không nên kết hợp:* - Disulfiram: cơn hoang tưởng, trạng thái lú lẫn. - Cồn: tác động như hội chứng cai rượu (bốc hỏa, đỏ mặt, nôn mửa, tim đập nhanh). Nên tránh dùng thức uống có cồn và các loại thuốc có chứa cồn. *Thận trọng khi kết hợp:* Các thuốc uống chống đông máu (mô tả cho wafarin): gia tăng hiệu lực của thuốc uống chống đông và nguy cơ gây xuất huyết do giảm chuyển hóa thuốc ở gan. Kiểm tra thường xuyên nồng độ prothrombin và theo dõi giá trị I.N.R. Điều chỉnh liều dùng của thuốc uống chống đông trong thời gian điều trị bằng secnidazole và 8 ngày sau khi dùng điều trị. **NHÀ SẢN XUẤT:** MACORS - Rue des Caillottes, ZI Plaine des Isles, 89000 Auxerre - Pháp

Số giấy tiếp nhận hồ sơ ĐK tài liệu thông tin thuốc của cục QLD-BYT: 0764/13 /QLD-TT, ngày 05/09/2013.

Laboratoires IPRAD
178, quai de Jemmapes - 75010 Paris

TEDIS S.A.