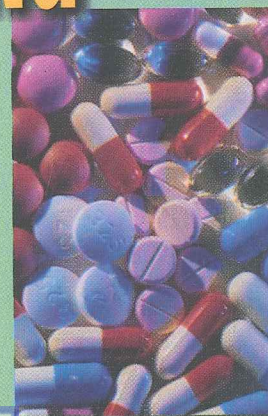


DH1.09

GS.TS. NGUYỄN XUÂN THẮNG (CHỦ BIÊN)

DS. HOÀNG TRỌNG QUANG - BS. NGUYỄN XUÂN NHẤT LIN

HƯỚNG DẪN DÙNG THUỐC TRONG ĐIỀU DƯỠNG CHO MỌI NGƯỜI



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

GS.TS. NGUYỄN XUÂN THẮNG – Chủ biên
DS. HOÀNG TRỌNG QUANG – BS. NGUYỄN XUÂN NHẤT LIN

HƯỚNG DẪN

DÙNG THUỐC TRONG

ĐIỀU DƯỠNG CHO MỌI NGƯỜI

(Tái bản lần thứ nhất có sửa chữa và bổ sung)





**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

LỜI NÓI ĐẦU

Thuốc gồm nhiều loại và nhiều dạng biệt dược được sử dụng vô cùng rộng rãi ở nước ta. Đặc biệt trong thời kỳ mở cửa, nhiều nguồn thuốc từ các nước tràn ngập vào thị trường nước ta với những lời giới thiệu đầy sức thuyết phục về tác dụng điều trị. Nhiều loại thuốc có hiệu quả điều trị cao, có tác dụng dược lực rất mạnh đã giúp cho công tác điều trị bệnh ở nước ta rất thuận lợi mà trước đây chưa bao giờ có. Cùng với sự phát triển các phương tiện máy móc y học hiện đại trong công tác chẩn đoán và điều trị hiệu quả nhiều bệnh, thuốc đã góp phần tích cực. Tuy vậy, hiện trạng sử dụng thuốc lan tràn và chưa thật hợp lý rất phổ biến ở nước ta. Đa số người dân có trình độ hiểu biết về thuốc chưa cao mà thậm chí có cả người có kiến thức cũng sử dụng thuốc chưa hợp lý. Tình trạng này dẫn đến sự lạm dụng thuốc, lãng phí tiền bạc và gây tác dụng xấu trong công tác y tế cộng đồng và điều trị bệnh ; đã có nhiều trường hợp xảy ra tử vong, mất sức khỏe, tạo bệnh mới. Hiện nay ở nước ta đã nổi lên vấn đề kháng thuốc nói chung và kháng kháng sinh nói riêng, gây trở ngại lớn trong công tác chăm sóc sức khỏe người dân và điều trị bệnh tật. Giải quyết vấn đề này hết sức phức tạp nhưng khâu đầu tiên chúng tôi nghĩ rằng phải đưa kiến thức cơ bản, cần thiết về sử dụng



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

thuốc cho người dân. Vì vậy chúng tôi biên soạn cuốn sách: ***"Hướng dẫn dùng thuốc trong điều dưỡng cho mọi người"*** nhằm giới thiệu những nguyên tắc cơ bản, những tác dụng không mong muốn cần tránh, những biện pháp chăm lo sức khỏe khi dùng thuốc.

Hy vọng cuốn sách sẽ mang lại ích lợi cho người sử dụng thuốc an toàn, hợp lý.

Sách tái bản lần này, chúng tôi đã bổ sung thêm những điểm mới, nhất là sử dụng thuốc an toàn trong thai kỳ của phụ nữ để sử dụng thuốc có hiệu quả, an toàn, tránh được những nguy cơ có hại đến sức khỏe phụ nữ và thai nhi.

Trong biên soạn, mặc dầu đã cố gắng song cuốn sách không tránh khỏi sai sót, chúng tôi rất mong nhận được những ý kiến bổ sung của các đồng nghiệp y dược và bạn đọc.

Thay mặt các tác giả

Chủ biên

GS. TS. NGUYỄN XUÂN THẮNG

DS. CKII Sinh hoá - Dược lý

Nguyên chủ nhiệm bộ môn Hoá sinh

Trường Đại học Dược – Hà Nội



PHẦN I

SỬ DỤNG VÀ ĐIỀU DƯỠNG KHI DÙNG THUỐC



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ



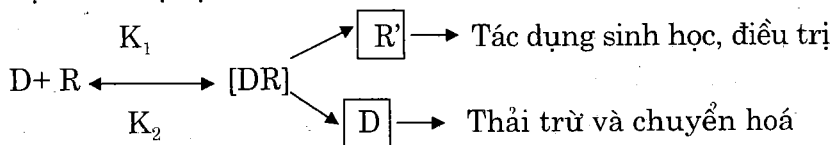
**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

1. NHỮNG NÉT CƠ BẢN VỀ TÁC DỤNG CỦA THUỐC

1.1. SỰ TÁC DỤNG CỦA THUỐC

Tác dụng của thuốc đối với cơ thể bao gồm nhiều cơ chế mà mỗi một loại thuốc lại có tác dụng dược lý riêng. Thuốc có thể tác dụng trực tiếp đến các thành phần của tế bào như màng tế bào, protein, enzym để tạo ra tác dụng điều trị bệnh bởi sự biến đổi sinh lý, hoá sinh của tế bào. Nhiều thuốc gây ra tác dụng dược lý thường phải kết hợp với thụ thể (receptor) của tế bào. Trong trường hợp này, thuốc (D) tác động đến receptor (R) để chuyển receptor thành dạng hoạt hoá (R') tạo nên tác dụng sinh học điều trị bệnh.



Như vậy thuốc tác động đối với cơ thể bằng hai đường chính: có thể trực tiếp hay gián tiếp qua hệ thống receptor.

1.1.1. THUỐC TÁC ĐỘNG TRỰC TIẾP VỚI CƠ THỂ

Nhiều thuốc tác dụng trực tiếp đối với cơ thể như thuốc sát khuẩn trên da, thuốc gây tê, gây mê, thuốc giảm đau v.v... Những loại thuốc này có thể làm thay đổi thành phần hoá học dịch thể tế bào hay thành phần hoá học màng tế bào, tế bào. Tác dụng tại chỗ như thuốc sát khuẩn bôi trên vết thương, thuốc săn da, thuốc bọc niêm mạc ống tiêu hoá (kaolin, hydroxyd nhôm). Tác dụng toàn thân có thể trực tiếp hay gián tiếp như D - tubocurarin vào tĩnh mạch, thuốc tác dụng trực tiếp lên bản vận động làm

liệt cơ vân nhưng có thể gián tiếp gây ngừng thở do cơ hoành và cơ ngực bị liệt. Thuốc còn gây tác dụng phụ như aspirin, corticoid dùng chữa thấp khớp là tác dụng chính, có tác dụng phụ gây tổn thương niêm mạc dạ dày. Tác dụng thuốc được hồi phục như dùng procain gây tê, dây thần kinh bị ức chế tạm thời, nhưng có thuốc có tác dụng không hồi phục như tetracyclin tạo chelat với calci ở xương, răng trẻ em. Thuốc còn có tác dụng chọn lọc, đó là tác dụng sớm nhất và đặc hiệu ở một cơ quan thí dụ digitalis phân phối nhiều ở tim, não, gan, phổi, thận nhưng xuất hiện trên cơ tim là đặc hiệu. Cơ chế tác dụng của thuốc thường được nêu như sau:

- Tác dụng được lý do thay đổi hoá sinh

+ *Ức chế enzym*

Acetazolamid ức chế anhydrase carbonic ở mắt làm giảm áp lực trong nhãn cầu, dùng làm thuốc chữa glôcôm mạn tính.

Thuốc chống viêm không steroid ức chế cyclooxygenase làm giảm tổng hợp prostaglandin E_1 , E_2 nên có tác dụng hạ sốt, giảm đau.

+ *Hoạt hoá enzym*

Catecholamin hoạt hoá adenylyl cyclase. Ca^{2+} làm bền phức hợp "glycosid trợ tim ATPase" làm tăng độc tính glycosid trên tim.

+ *Những ảnh hưởng hoá sinh khác*

Thuốc ảnh hưởng đến chất trung gian hóa học trong cơ thể như thuốc ngủ làm tăng nồng độ GABA. Nhiều thuốc có tác dụng làm ảnh hưởng đến quá trình chuyển

hóa như kháng vitamin, kháng hormon, kháng nucleotid ; đó là những chất có cấu trúc gần giống chất chuyển hoá, tạo nên “phức hợp giả” trong cơ thể do cấu trúc của nó được thêm hay bớt một vài nhóm chức. Chẳng hạn α - methyl noradrenalin có tác dụng như chất trung gian hoá học giả, chiếm chỗ của adrenalin trên receptor và làm hạ huyết áp.

- Tác dụng dược lý do ảnh hưởng vận chuyển các chất qua màng

Thuốc làm thay đổi sự vận chuyển các chất qua màng, dẫn đến tác dụng dược lý. Phenytoin làm tăng hoạt tính bơm K^+ , Na^+ qua màng tế bào, gây tăng bài xuất Na^+ và giữ K^+ trong tế bào dẫn đến tăng khử cực và chống động kinh. Thuốc tê cản trở Na^+ xâm nhập vào tế bào thần kinh. Insulin tăng sự vận chuyển glucose vào tế bào. Liều nhỏ salicylat gây kìm hãm tái hấp thu probenecid qua ống thận nên làm giảm tác dụng chữa gout (gout) của probenecid.

- Thuốc tạo chất chelat

Chất tạo chelat là chất nội phức có nhóm cực như -OH, -SH, - NH_2 hoặc ion hoá như $-COO^-$, khi vào cơ thể phức mới tạo nên sẽ không thấm qua màng sinh học, dễ đào thải, giảm độc tính. Loại thuốc này dùng để chống ngộ độc chì như tạo phức với EDTA hoặc thuốc làm giảm acid mật trong điều trị bệnh tăng cholesterol máu như cholestyramin hay colestipol đã được dùng trong lâm sàng.



1.1.2. THUỐC TÁC DỤNG THÔNG QUA RECEPTOR

Nhiều thuốc gây ra tác dụng dược lý cần kết hợp với receptor được hệ thống tóm tắt như hình 1 (trang 11).

Thuốc gây ra tác dụng đối với tế bào thông qua hệ thống thụ thể bằng nhiều cách tác dụng khác nhau như gây sự phân cực hay khử cực, thay đổi tính thấm, tách ion calci, thúc đẩy quá trình phosphoryl hoá, kiểm soát sao chép ARN_m dẫn đến quá trình tổng hợp những loại protein sinh học quan trọng. Từ những sự biến đổi sinh học này dẫn đến tác dụng dược lý có ích trong quá trình điều trị bệnh.

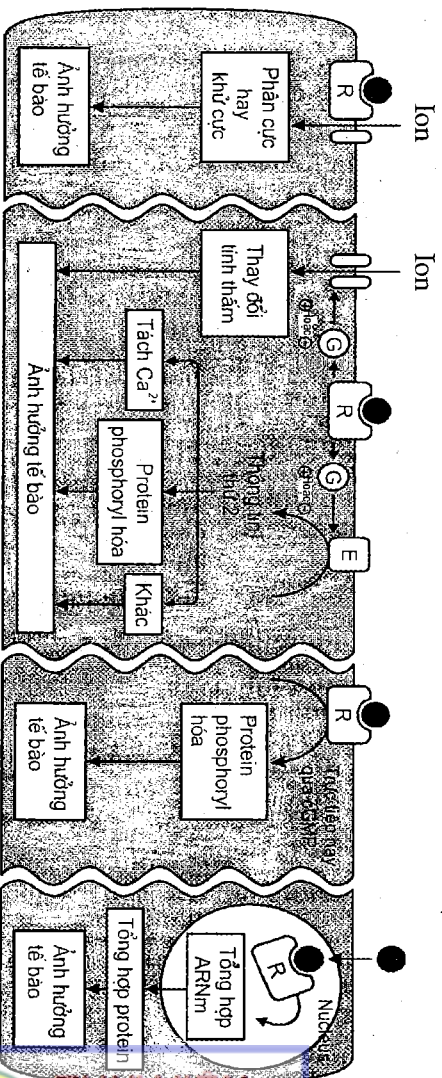
Thuốc tác dụng với receptor thường chia làm hai loại chính: Thuốc là chất chủ vận (agonist) gây tác dụng dương tính đối với receptor còn loại thuốc là chất đối kháng (antagonist) có tác dụng dược lý ngược lại với chất chủ vận. Như vậy thuốc sử dụng trong những trường hợp này không chỉ phụ thuộc loại thuốc, nồng độ thuốc mà cả chất lượng receptor của tế bào người sử dụng thuốc. Hiện nay tác dụng thuốc thông qua hệ thống receptor rất được chú ý, coi trọng vì tính chất đặc trưng và hiệu lực cao do thuốc gây ra nhờ hệ thống receptor của tế bào.

Thời gian tác dụng của thuốc thông qua hệ thống receptor nhìn chung không giống nhau. Những thuốc tác dụng qua hệ thống receptor tạo kênh chuyển ion rất nhanh với tốc độ phần nghìn giây ; những thuốc tác dụng trên receptor kết dính protein G thì chậm hơn một ít, thường xảy ra với tốc độ là giây còn loại thuốc tác dụng qua hệ thống receptor nội bào kiểm soát quá trình sao chép

1 ICR 2 GPR

3 PKR

4 Receptor nội bào (Kiểm soát sao chép)



Thời gian tác dụng

Phân ngàn giây

Giây

Phút

Giờ

Thí dụ:

R.Nicotinic ACh

R. Muscarinic ACh

R. Insulin

R. Steroid

Hình 1: Sơ đồ 4 dạng receptor của thuốc tác dụng đối với tế bào.

Chú thích hình:

R = receptor ; E = enzym ; G = Protein G

1 ICR = Receptor tạo kênh chuyển ion (Ion channel coupled receptor)

2 GPR = Receptor kết dính protein G (G protein coupled receptor)

3 PKR = Receptor kết dính protein kinase (Protein kinase coupled receptor)



THƯ VIỆN
HUYẾT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

thường xảy ra với tốc độ hàng giờ. Do vậy tùy theo tính chất của loại thuốc mà tác dụng dược lý điều trị bệnh khác nhau về thời gian hiệu lực ban đầu thuốc có thể tạo ra. Nhiều thuốc có thể tác dụng hợp đồng ở cùng receptor hoặc hiệp đồng trực tiếp nhưng khác receptor. Trong lâm sàng ít dùng phối hợp những thuốc tác dụng cùng trên receptor vì chỉ mang lại tác dụng hợp đồng cộng không nổi bật do thế năng thuốc nào mạnh sẽ lấn át tác dụng của thuốc có thế năng thấp hơn. Hiệp đồng trực tiếp trên những receptor khác nhau thường được ứng dụng trong lâm sàng, chẳng hạn thuốc A và B tác động lên receptor khác nhau nhưng tác dụng lại giống nhau. Chẳng hạn, noradrenalin làm giãn đồng tử tích cực do kích thích thụ thể alpha, phối hợp với homatropin ức chế thụ thể phó giao cảm làm giãn đồng tử thụ động. Chống loạn nhịp tim thường dùng phối hợp propranolol với quinidin do một thuốc phong tỏa receptor bêta, còn thuốc kia làm ổn định màng tế bào cơ tim.

1.1.3. CÁC KIỂU TÁC DỤNG CỦA THUỐC

- Tác dụng chính và phụ

Tác dụng chính của thuốc là tác dụng chính về dược lý của thuốc đó đối với quá trình điều trị ; còn tác dụng phụ của thuốc là tác dụng dược lý không mong muốn do thuốc gây ra khi sử dụng.

Thí dụ tác dụng chính của aspirin, indomethacin, corticoid là chữa thấp khớp nhưng tác dụng phụ của chúng là gây thương tổn niêm mạc dạ dày tá tràng. Cimetidin có tác dụng chính làm giảm thể tích dịch vị bài tiết, giảm

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

lượng HCl và pepsin tạo thành, nhưng khi dùng dài ngày có tác dụng phụ làm nhịp tim nhanh, ỉa chảy, đau cơ.

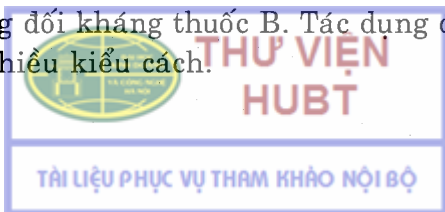
Nhìn chung, hầu hết các thuốc đều có tác dụng chính và tác dụng phụ ngay với liều trung bình. Ephedrin làm giãn phế quản (tác dụng chính) nhưng làm mất ngủ, bồn chồn (tác dụng phụ). Trong điều trị cần tìm cách giữ tác dụng chính của thuốc và giảm tác dụng phụ như: uống vitamin B₆ cùng isoniazid (INH) chống lao để giảm tác dụng phụ của INH như bệnh thần kinh ngoại biên (đi cảm, cồng, mệt mỏi chi dưới và bàn chân). Tác dụng phụ còn biểu hiện ở nồng độ thuốc sử dụng, tỷ lệ về mối tương quan giữa nồng độ gây ra tác dụng chính so với tác dụng phụ cho nên khi sử dụng thuốc cần nghiên cứu sử dụng nồng độ thích hợp đối với cơ địa của người sử dụng thuốc.

- Tác dụng chọn lọc

Thuốc ảnh hưởng đến nhiều cơ quan trong cơ thể nhưng gọi là thuốc có tác dụng chọn lọc vì xuất hiện đặc hiệu và sớm nhất với một cơ quan. Thí dụ, digitalis phân phối ở tim, não, gan, phổi, thận nhưng biểu hiện trên cơ tim là đặc hiệu. Codein có biểu hiện giống morphin nhưng ức chế đặc biệt trung tâm ho ở hành não.

- Tác dụng đối kháng

Nhiều thuốc khi kết hợp với nhau gây ra tác dụng đối kháng lẫn nhau, chẳng hạn thuốc A làm giảm hoặc mất tác dụng dược lý của thuốc B. Như vậy chúng ta gọi thuốc A có tác dụng đối kháng thuốc B. Tác dụng đối kháng của thuốc gồm nhiều kiểu cách.



+ Đối kháng cạnh tranh

Chất chủ vận (agonist) và chất đối kháng (antagonist) cạnh tranh liên kết với nhau trên cùng một nơi của receptor. Thí dụ atropin đối kháng với pilocarpin ở receptor M; cimetidin đối kháng với histamin ở receptor H_2 , naloxon đối kháng với morphin ở receptor morphinic.

+ Đối kháng không cạnh tranh

Khái niệm về sự đối kháng không cạnh tranh là chất đối kháng không tác động vào vị trí liên kết hoạt động của chất chủ vận trên receptor mà tác động vào vị trí dị lập thể của receptor, làm cho receptor biến dạng và giảm hiệu lực của chất chủ vận, nhiều trường hợp tăng liều chất chủ vận, cũng không đạt được hiệu lực tối đa.

Nhiều trường hợp chất đối kháng không nhất thiết phải gắn cùng chất chủ vận ở cùng receptor nhưng làm yếu luồng kích thích hoặc kìm hãm tác động của chất chủ vận, thí dụ histamin (ở receptor H_1), pilocarpin (ở receptor M), noradrenalin (ở receptor α), serotonin (ở serotonin receptor) đều làm tăng co bóp ruột vì đều làm tăng nhập Ca^{2+} vào trong tế bào cơ trơn ; ngược lại papaverin ngăn cản Ca^{2+} không cho vào tế bào cơ trơn. Như vậy papaverin đối kháng cạnh tranh với tất cả những thuốc vừa kể trên.

Một số kháng sinh như tetracyclin, chloramphenicol, lincomycin, erythromycin gắn vào tiểu phần 50S của ribosom. Khi phối hợp những kháng sinh này với nhau, chúng sẽ đối kháng không cạnh tranh ở vị trí tác dụng, chẳng hạn erythromycin ức chế không cho chloramphenicol gắn vào tiểu phần 50S của ribosom, nhưng chính

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

erythromycin lại bị lincomycin đẩy ra khỏi phức hợp với 50S. Do vậy trong những trường hợp sử dụng kháng sinh này cần lưu ý không được kết hợp sử dụng.

+ *Đối kháng hoá học*

Đối kháng hoá học thường xảy ra hai loại tương tác thuốc. Đó là tác dụng tương hỗ (interaction) và tác dụng tương kị (incompatibility), khác nhau ở nơi và cách thức mà các chất tương tác với nhau.

Tác dụng tương hỗ: xảy ra trong cơ thể do tương tác sinh học giữa các thuốc có enzym, protein tham gia. Tương tác in vivo.

Tác dụng tương kị: là tương tác in vitro, hoặc giữa hai dạng bào chế, hoặc giữa những hoạt chất trong lúc chúng được hấp thụ trong cơ thể. Tương kị là tương tác thuần túy lý hoá, không cần có sự tham gia của cơ thể sống. Nhiều trường hợp dùng tương kị thuốc để giải độc thuốc như dùng tanin, than hoạt để chống ngộ độc alcaloid.

+ *Đối kháng do ảnh hưởng đến được động học*

Gồm nhiều yếu tố như sự hấp thu bằng đường uống, enzym chuyển hoá thuốc, bài xuất và tích lũy thuốc.

Cản trở hấp thu qua ống tiêu hoá: thuốc nhuận tràng Mg sulfat, Na sulfat làm giảm hấp thụ nhiều thuốc qua đường tiêu hoá vì bị tống nhanh khỏi ruột. Thuốc chống toan dạ dày chứa Na, Mg, Al hoặc chế phẩm chứa Fe tạo phức hợp với tetracyclin ở ống tiêu hoá, làm giảm tác dụng kháng sinh.

Cảm ứng enzym chuyển hoá thuốc ở gan. Một số thuốc gây cảm ứng cytochrom P₄₅₀ gan làm cho một số thuốc



khác bị chuyển hoá qua gan mạnh hơn bình thường do đó tăng thanh thải và mất nhanh tác dụng của thuốc. Thí dụ, phenobarbital làm tăng chuyển hoá nghĩa là làm giảm tác dụng của phenytoin, warfarin, lidocain, vitamin D, diazepam, griseofulvin, clopromazin, desipramin, digi-toxin, doxycyclin, cyclophosphamid, metronidazol, oestrogen... ở người.

Cản trở tái hấp thu thuốc qua ống thận: uống hay truyền dung dịch 1,4% natri hydrocarbonat giúp tăng thải phenobarbital qua nước tiểu vì làm giảm tái hấp thu ở ống thận; amoniclorid uống giúp tăng thải amphetamin qua nước tiểu. Như vậy natri hydrocarbonat đối kháng với phenobarbital, còn amoniclorid đối kháng với amphetamin.

- Tác dụng hiệp đồng

Tác dụng hiệp đồng xảy ra ít nhất với hai thuốc A có tác dụng a và thuốc B có tác dụng b. Gọi là hiệp đồng nếu khi dùng thuốc A với thuốc B, tác dụng cuối cùng có thể là:

= a + b, hiệp đồng cộng

> a + b, hiệp đồng tăng mức.

Có trường hợp thuốc A không tác dụng giống thuốc B, nhưng thuốc A vẫn làm tăng tác dụng của thuốc B, người ta gọi là tăng tiềm lực của thuốc B.

Các kiểu hiệp đồng tác dụng thường thấy như sau:

+ Hiệp đồng ở cùng receptor: Trường hợp này không áp dụng trong lâm sàng.

+ **Hiệp đồng trực tiếp nhưng khác receptor:** Hai thuốc A và B tác dụng lên receptor khác nhau nhưng có tác dụng dược lý giống nhau. Thí dụ: dùng thuốc mê với D - tubocurarin để giãn cơ thì tính vận động của cơ cùng một lúc bị ức chế bởi thuốc mê (cơ chế trung ương) và bởi D - tubocurarin (cơ chế ngoại biên trên bản vận động). Hoặc clopromazin là thí dụ điển hình của tác dụng hiệp đồng trực tiếp ; Clopromazin không chứa đựng tác dụng của những thuốc khác, nhưng làm tăng tiềm lực của chúng, chẳng hạn, khi dùng clopromazin cùng thuốc mê, thuốc giảm đau, thuốc ngủ, thuốc tê, curare v.v...

+ **Hiệp đồng gián tiếp:** Thuốc A có tác dụng phụ hạn chế hoạt tính tối đa của chính nó, dùng thuốc B để loại tác dụng phụ của thuốc A. Như vậy thuốc B là hợp đồng gián tiếp của thuốc A. Thí dụ: dùng methylatropin trước khi tiêm noradrenalin sẽ cắt được phản xạ vagus làm chậm nhịp tim vốn sẵn có của noradrenalin vì methylatropin kéo dài sự tăng huyết áp do noradrenalin.

+ **Hiệp đồng tăng mức:** Hai thuốc dùng chung có tác dụng mạnh hơn hẳn khi dùng riêng rẽ từng loại. Thí dụ: sulfamethoxazol dùng cùng trimethoprim trong công thức thuốc bartrim, hoặc sulfadoxin dùng cùng pyrimethamin trong công thức của Fansidar chống sốt rét. Hợp đồng tăng mức còn được tạo nên khi một chất được tăng tác dụng còn chất kia không có tác dụng đó, thí dụ clofibrat dùng chung với một thuốc coumarin kháng vitamin K sẽ làm tăng tiềm lực chống đông máu của coumarin, mặc dù clofibrat không có tác dụng này.



TRƯỜNG VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

+ **Hiệp đồng đối kháng.** Hiệp đồng đối kháng là tác dụng cạnh tranh hai pha, lúc đầu là hiệp đồng sau là đối kháng. Thí dụ một số thuốc phong toả beta như pindolol, alprenolol, oxprenolol ngoài chức năng “phong toả” vẫn còn một pha kích thích beta thực thụ. Điều này giải thích một số tác dụng phụ trên tim của những thuốc trên.

+ **Hiệp đồng do ảnh hưởng đến dược động học.**
Những thí dụ sau:

- Adrenalin làm co mạch ngoại vi tại chỗ khi tiêm dưới da procain trộn lẫn adrenalin làm cho procain bị hấp thu chậm, tác dụng gây tê kéo dài. Insulin trộn lẫn protamin và Zn sẽ được hấp thu chậm ở nơi tiêm.

- Đẩy nhanh ra khỏi nơi gắn ở protein - huyết tương như aspirin, phenylbutazon, đẩy warfarin khỏi protein - huyết tương, nên hàm lượng tự do warfarin trong huyết tương tăng ba lần, warfarin tăng lên ở gan, tác dụng chống đông máu nhân lên hệ số ba nên có thể gây độc.

- Ngăn cản chuyển hoá thuốc như cimetidin, INH, chloramphenicol, iproniazid, troleandomycin ức chế cytochrom P₄₅₀ ở gan, làm cho nhiều thuốc chậm chuyển hoá và kéo dài tác dụng. Thí dụ cimetidin làm chậm chuyển hoá nghĩa là làm chậm thanh thải qua gan của warfarin, diazepam, phenytoin, theophylin, carbamazepam, lidocain, metronidazol.

- Giảm thải trừ: Kiềm hoá nước tiểu bằng NaHCO₃, acetazolamid thuốc lợi tiểu nhóm thiazid sẽ làm tăng tác dụng và tăng độc tính của amphetamin, phenylbutazon, oxyphenbutazon, indomethacin, sulfinpyrazon, aspirin, probenecid cạnh tranh ở cùng chất vận chuyển ở ống thận với penicilin G, ampicilin, carbenicilin, cephalosporin cho

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

nên làm chậm thải trừ nghĩa là làm tăng tác dụng của những loại kháng sinh như đã nêu ở trên.

1.2. NHỮNG YẾU TỐ TÁC DỤNG CỦA THUỐC

1.2.1. NỒNG ĐỘ TÁC DỤNG CỦA THUỐC

Sử dụng thuốc an toàn và có hiệu quả đòi hỏi thuốc phải được cung cấp tới các tế bào đích với nồng độ trong phạm vi hẹp đảm bảo có hiệu quả điều trị mà không độc. Do vậy thuốc thường được duy trì nồng độ trong cơ thể bằng nhiều cách khác nhau tùy mục đích điều trị.

- Nồng độ thuốc sau một liều duy nhất

Nhiều thuốc gây tê sử dụng một liều duy nhất đủ thời gian tê, giảm đau như novocain đạt nồng độ thuốc tại vùng gây tê hoặc nồng độ lidocain, trong huyết tương khi tiêm tĩnh mạch sẽ giảm theo giai đoạn phân bố và giai đoạn cân bằng sau đó là giai đoạn thải trừ.

Trong một số trường hợp khác như đau đầu đột xuất, đau bụng, đau do một nguyên nhân nào đó chỉ cần dùng thuốc giảm đau một lần có thể giải quyết được bệnh thì việc dùng đúng liều thuốc hết sức quan trọng. Tránh dùng quá cao liều hay thấp không đủ hiệu lực thuốc. Nên dùng ở liều mức trung bình. Tuy nhiên điều cần lưu ý số lượng thuốc còn lại bao nhiêu trong cơ thể phụ thuộc vào thời gian bán hủy của thuốc. Theo quan điểm lâm sàng, sự thải trừ coi như hoàn toàn về cơ bản khi thuốc được thải trừ 90%. Do đó cho nên khi hết tác dụng thì nồng độ nhỏ của thuốc này vẫn còn trong cơ thể. Nếu dùng loại thuốc khác cần xem xét thuốc đó có tương tác được lý với thuốc kia không.

- Liệu tấn công và liệu duy trì

Liệu pháp điều trị đối với một số bệnh cần ngay liệu tấn công, thường liều cao này đạt kết quả điều trị tức thời cao nhất. Trong trường hợp này cần chú ý độ độc của thuốc gây ra như dùng liệu tấn công thuốc tim mạch, giảm huyết áp, nhiễm khuẩn cấp. Sau liệu tấn công này, việc dùng thuốc tiếp tục ở liều thấp hơn hay duy trì cần phải cân nhắc cẩn thận trên cơ sở sức khỏe và tình trạng của bệnh nhân. Thông thường được xét nghiệm lâm sàng và chẩn đoán chính xác để tiếp tục dùng liệu duy trì tốt, tránh dùng quá liều, thời gian dài không cần thiết cho người bệnh.

Nhiều bệnh điều trị thời gian lâu, cần có nồng độ thuốc được duy trì thích hợp bằng cách uống phân chia thời gian trong ngày hoặc tiêm cách thời gian. Người bệnh phải kiên trì và thực hiện đầy đủ y lệnh của thầy thuốc tránh tình trạng bỏ quên thời gian dùng thuốc gây ra trong cơ thể nồng độ thuốc bị thay đổi, ảnh hưởng đến kết quả điều trị bệnh.

1.2.2. SỰ TÍCH LŨY CỦA THUỐC

Phần lớn các thuốc khi đưa vào cơ thể được đào thải chủ yếu theo đường thận ra ngoài, trong đó có một ít loại thuốc được cơ thể tích lũy như digoxin được dùng với liệu duy trì liên tiếp (không có liệu tấn công) vì thời gian bán hủy của digoxin là 1,6 ngày ở bệnh nhân thận có chức năng bình thường nên 65% digoxin còn lại trong cơ thể cuối một ngày. Cho nên liều thứ hai sẽ nâng lượng digoxin trong cơ thể lên 65% của lượng thuốc đó sau liều thứ nhất. Mỗi liều tiếp theo sẽ dẫn đến tồn những lượng lớn hơn

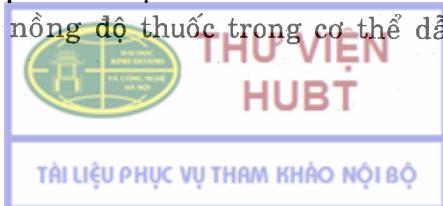
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

trong cơ thể cho đến khi đạt đến mức cân bằng. Trạng thái không thay đổi lượng thuốc đưa vào theo thời gian bằng lượng thuốc đào thải ra ngoài. Sự tích lũy là một quá trình bậc nhất có một bán thời gian (half - life) giống hết thời gian bán thải trừ (half - lives). Cho nên sự tích lũy đạt tới 90% của các mức trạng thái không đổi vào cuối của 3 tới 4 thời gian bán hủy. Đối với người có chức năng thận bình thường, digoxin có thời gian bán hủy 1,6 ngày thì sự tích lũy coi như hoàn thành sau 5 ngày.

Một số thuốc liên kết bền vững với một thành phần nhất định của tế bào nên gây ra sự tích lũy: cloroquin, phenothiazin (như promazin, clopromazin) tích lũy ở võng mạc mắt, làm cho thể tiêu bào không giáng hoá được melanin, nên melanin tích lũy ở biểu mô sắc tố gây bệnh võng mạc, có thể mù; phenylbutazon, indomethacin tập trung ở mô bị viêm. Griseofulvin gắn bền trong những lớp keratin đang được hình thành nên kháng sinh này dùng để chống nấm ở da. Kháng sinh loại aminoglycosid tích lũy ở nhu mô thận, ở ốc tai ; tetracyclin gắn nhiều vào những mô đang calci hoá như sụn tiếp hợp, răng trẻ em. Kim loại nặng như As, Pb gắn bền vào hệ võng mạc nội mô hoặc với keratin của sừng, lông, tóc là nơi giàu nhóm cystein.

1.2.3. SỰ THẢI TRỪ THUỐC

Phần lớn thuốc được chuyển hoá sẽ thải trừ qua thận, mật hoặc qua nơi khác bằng nhiều cách vượt qua hàng rào sinh học. Tốc độ thải trừ của thuốc càng nhanh thì càng giảm nồng độ thuốc trong cơ thể dẫn đến làm mất



tác dụng của thuốc. Như vậy tác dụng của thuốc có liên quan đến sự thải trừ của thuốc.

Phần lớn các thuốc tan trong nước được thải trừ qua thận. Sau khi uống thuốc 10 phút đã có mặt ở nước tiểu, sau 30-90 phút có nồng độ cao nhất ở thận sau đó giảm dần và thải trừ trong một ngày. Thuốc được thải trừ qua đường tiêu hoá như tiết qua nước bọt, tiết vào dạ dày, tiết qua mật. Thuốc còn được thải trừ qua sữa mẹ và phụ thuộc ở người mẹ như liều dùng, số lần dùng trong ngày ; phụ thuộc lượng bú của trẻ em và giờ bú với thời điểm người mẹ dùng thuốc, giờ lên sữa, khối lượng và khoảng cách những đợt bú, khả năng hấp thu, chuyển hoá, thải trừ. Một số thuốc thải trừ qua phổi như thuốc mê bay hơi, tinh dầu thảo mộc. Thuốc còn thải trừ qua da, qua mồ hôi như iodid, bromid, kim loại nặng, quinin, long não, tinh dầu, sulfamid, chất vi lượng.

1.2.4. DƯỢC ĐỘNG HỌC CỦA THUỐC

Muốn sử dụng thuốc có hiệu quả cao, hợp lý và an toàn cần hiểu được dược động học của thuốc. Đó là số phận của thuốc trong cơ thể phụ thuộc vào các quá trình: hấp thu, phân bố, chuyển hoá và thải trừ. Bốn quá trình trên phức tạp và được định nghĩa, khái niệm với nhiều quá trình sinh dược học xảy ra trong cơ thể. Thông thường khi sử dụng thuốc người ta thường chú ý đến sinh khả dụng (bioavailability) sự đào thải qua nước tiểu, sự liên kết với protein huyết tương, độ thanh lọc (clearance), thời gian bán thải (half - life, $t_{1/2}$), nồng độ có tác dụng, nồng độ độc. Nhiều loại thuốc đã được nghiên cứu dược động học của thuốc. Bảng I dưới đây giới thiệu một số loại thuốc thường gặp khi sử dụng.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Bảng I:

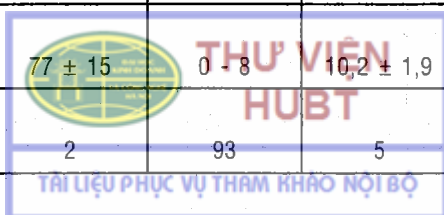
**DUỐC ĐỘNG HỌC
CỦA MỘT SỐ THUỐC THƯỜNG GẶP**

(Trích: Goodman L.S và Gilman A, 2001) (Tài liệu tham khảo số 13)

Sinh khả dụng (uống)(%)	Sự đào thải qua nước tiểu (%)	Sự liên kết với protein huyết tương (%)	Độ thanh lọc (ml.phút ⁻¹ .kg ⁻¹)	Thời gian bán thải (giờ)
1	2	3	4	5
Acetylsalicylic 68 ± 3	1,4 ± 1,2	49	9,3 ± 1,1	0,25 ± 0,03
Acebutolol 37 ± 12	40 ± 11	26 ± 3	6,8 ± 0,8	2,70 ± 0,40
Acetaminophen 88 ± 15	3 ± 1	0 ở < 60ng/ml	5,0 ± 1,4	2,00 ± 0,40
Acyclovir 10 - 20	75 ± 10	15 ± 4	3,37	2,4 ± 0,7
Alprazolam 88 ± 16	20	71 ± 3	0,74 ± 0,14	12,0 ± 2,0
Amantadin 50 - 90	50 - 90	67	4,8 ± 0,8	16,0 ± 3,4
Amiodaron 46 ± 22	0	99,98 ± 0,01	1,9 ± 0,4	25 ± 12 ngày
Amitriptylin 48 ± 11	<2	94,8 ± 0,8	11,5 ± 3,4	21 ± 5
Amlodipin 74 ± 17	10	93 ± 1	5,9 ± 1,5	39 ± 8

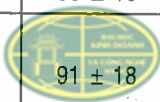
Tiếp bảng I

1	2	3	4	5
Amoxicilin 93 ± 10	86 ± 8	18	2,6 ± 0,4	18 ± 7
Ampicilin 62 ± 17	82 ± 10	18 ± 2	1,7	1,3 ± 0,2
Amrinon 93 ± 12	25 ± 10	35 - 49	4,0 ± 1,6	4,4 1,4
Atenolol 56 ± 30	94 ± 8	<5	2,0 ± 0,2	6,1 ± 2,0
Atropin 50	57 ± 8	14 - 22	8 ± 4	3,5 ± 1,5
Auranofin 15 - 25	15	60	0,025 ± 0,016	17 - 25 ngày
Azithromycin 37	12	7 - 50	9	40
Bepridil 60	<1	>99	5,3 ± 2,5	12
Betamethason 72	4,8 ± 1,4	64	2,9 ± 0,9	5,6 ± 0,8
Betaxolol 89 ± 5	15	55	4,7	14 - 22
Bisoprolol 91 ± 10	63 ± 8	35 ± 5	3,7 ± 0,7	11 ± 3
Bretylium 23 ± 9	77 ± 15	0 - 8	10,2 ± 1,9	8,9 ± 1,8
Bromocriptin 3 - 6	2	93	5	7 ± 5



Tiếp bảng I

1	2	3	4	5
Budesonid 12 ± 3	~0	88	17 ± 4	2
Bumetanid 81 ± 18	62 ± 20	99 ± 0,3	2,6 ± 0,5	0,8 ± 0,2
Cafein 100 ± 13	1,1 ± 0,5	36 ± 7	1,4 ± 0,5	4,9 ± 1,8
Captopril 65	38 ± 11	30 ± 6	0,61	5,2 ± 1,9
Carbamazepin >70	<1	74 ± 3	1,3 ± 0,5	15 ± 5
Cefadroxil 100	93 ± 4	20	2,9 ± 0,7	1,2 ± 0,2
Cefazolin >90	80 ± 16	89 ± 2	0,95 ± 1,17	1,8 ± 0,4
Cefixim 47 ± 15	41 ± 7	67 ± 1	1,3 ± 0,2	3,0 ± 0,4
Cefmetazol 80 ± 20	80 ± 13	70	1,45 ± 0,10	1,5 ± 0,3
Cefpodoxim 52 ± 5	81 ± 5	27 ± 4	2,4 ± 0,1	2,3 ± 0,3
Cefprozil 90 ± 10	73 ± 7	40 ± 4	3,0 ± 0,4	1,5 ± 0,4
Cefuroxim 68	96 ± 10	3,3 ± 6	0,94	1,7 ± 0,6
Cephalexin 90 ± 9	91 ± 18	14 ± 3	4,3 ± 1,1	0,90 ± 0,18



THƯ VIỆN
BỘ Y TẾ

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Tiếp bảng 1

1	2	3	4	5
Cephadrin 94 ± 12	86 ± 10	14 ± 3	4,8 ± 0,6	0,9 ± 0,3
Clorambucil 87 ± 20	<1	99	2,6 ± 0,9	1,3 ± 0,9
Cloramphenicol 75 - 90	25 ± 15	53 ± 5	2,4 ± 0,2	4,0 ± 2,0
Clordiazepoxid 100	<1	96,5 ± 1,8	0,54 ± 0,49	10,0 ± 3,4
Cloroquin 89 ± 16	61 ± 4	61 ± 9	1,8 ± 0,4	41 ± 14* ngày
Clorothiazid (Phụ thuộc liều)	92 ± 5	94,6 ± 1,3	4,5 ± 1,7	1,5 ± 0,2
Clorpheniramin 41 ± 16	0,3 ± 26	70 ± 3	1,7 ± 0,1	20 ± 5
Clorpromazin 32 ± 19	<1	95 - 98	8,6 ± 2,9	30 ± 7
Clorpropamid >90	20 ± 18	96 ± 0,6	0,030 ± 0,005	33 ± 6
Clorthalidon 64 ± 10	65 ± 9	75	0,04 ± 0,01	47 ± 22
Cimetidin 84 ± 13	62 ± 20	19	8,3 ± 2,0	2,0 ± 0,3

* Có tài liệu $t_{1/2}$ của cloroquin từ 2,5-10 ngày



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Tiếp bảng 1

1	2	3	4	5
Ciprofloxacin 60 ± 12	65 ± 12	40	6,0 ± 1,2	4,1 ± 0,9
Clarithromycin 55	36	42 - 50	7,3 ± 1,9	3,3 ± 0,5
Clavulanat 75 ± 21	43 ± 14	22	3,6 ± 1,0	0,9 ± 0,1
Clemastin 37 ± 12	<2	-	8,3 ± 1,6	22 ± 13
Clindamycin 87	13	93,6 ± 0,2	4,7 ± 1,3	2,9 ± 0,7
Clofibrat 95 ± 10	5,7 ± 2,1	96,5 ± 0,3	0,12 ± 0,01	13 ± 3
Clonazepam 98 ± 31	<1	86 ± 0,5	1,55 ± 0,28	23 ± 5
Clonidin 95	62 ± 11	20	3,1 ± 1,2	12 ± 7
Cloxacilin 43 ± 16	75 ± 14	94,6 ± 0,6	2,2 ± 0,5	0,55 ± 0,07
Clozapin 55 ± 12	<1	95	6,1 ± 1,6	12 ± 4
Cocain 57 ± 19	<2	91	32 ± 6	0,8 ± 0,2
Codein 50 ± 7	Không đáng kể	7	11 ± 2	2,9 ± 0,7
Cyclophosphamid 74 ± 22	6,5 ± 4,3	13	1,3 ± 0,5	7,5 ± 4,0

Tiếp bảng I

1	2	3	4	5
Cyclosporin 27 ± 9	<1	93 ± 2	5,3 ± 1,5	5,6 ± 2
Cytarabin 20	11 ± 8	13	13 ± 4	2,6 ± 0,6
Dapson 93 ± 8	15	73 ± 1	0,61 ± 0,17	28 ± 9
Desipramin 38 ± 13	2	82 ± 2	10 ± 2	22 ± 5
Desmethyldiazepam (Nordazepam) 99 ± 6	<1	97,5	0,14 ± 0,05	73 ± 33
Dexamethason 78 ± 14	2,6 ± 0,6	68 ± 3	3,7 ± 0,9	3,0 ± 0,8
Diazepam 100 ± 14	<1	98,7 ± 0,2	0,38 ± 0,06	43 ± 13
Diazoxid 86 - 96	20 - 50	94 ± 14	0,06 ± 0,02	48 ± 12
Diclofenac 54 ± 2	<1	> 99,5	4,2 ± 0,9	1,1 ± 0,2
Dicloxacilin 50 - 85	60 ± 7	95,8 ± 0,2	1,6 ± 0,3	0,70 ± 0,07
Didanosin 38 ± 15	36 ± 9	<5	16 ± 7	1,4 ± 0,3
Diflunisal ~ 90	6 ± 3	99,9 ± 0,01	0,10 ± 0,02	11 ± 2



THƯ VIỆN
Y HỌC

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Tiếp bảng I

1	2	3	4	5
Digitoxin > 90	32 ± 15	97 ± 0,5	0,055 ± 0,018	6,7 ± 1,7 ngày
Digoxin 70 ± 13	60 ± 1	25 ± 5	0,88	39 ± 13
Diltiazem 44 ± 10	< 4	78 ± 3	12 ± 4	3,7 ± 1,2
Diphenhydramin 61 ± 25	1,9 ± 0,8	78 ± 3	6,2 ± 1,7	8,5 ± 3,2
Disopyramid 83 ± 11	55 ± 6	Phụ thuộc liều	1,2 ± 0,4	6,0 ± 1,0
Doxazosin 63 ± 14	-	98,9 ± 0,5	1,7 ± 0,4	11 ± 2
Doxepin 27 ± 10	~ 0	-	14 ± 3	17 ± 6
Doxycyclin 93	41 ± 19	85 ± 5	0,53 ± 0,18	16 ± 6
Enalapril 45 ± 15	88 ± 7	<50	4,9 ± 1,5	11
Enoxacin 87 ± 16	45 ± 11	-	5,0 ± 1,2	4,5 ± 1,0
Erythromycin 35 ± 25	12 ± 7	84 ± 3	9,1 ± 4,1	1,6 ± 0,7
Ethambutol 77 ± 8	79 ± 3	<5	8,6 ± 0,8	3,1 ± 04

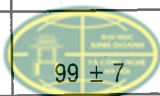


THƯ VIỆN
Y HỌC

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Tiếp bảng I

1	2	3	4	5
Ethanol 80	<3	-	124 ± 10 $\text{mg.kg}^{-1} \text{ giờ}^{-1}$	$0,24 \pm 0,08$
Ethinyl estradiol 51 ± 9	1-5	95-98	$5,4 \pm 2,1$	10 ± 6
Etodolac ≥ 80	≤ 1	99	$0,78 \pm 0,27$	$7,3 \pm 4,0$
Etoposid 52 ± 17	35 ± 5	96	$0,68 \pm 0,23$	$8,1 \pm 4,3$
Famciclovir 77 ± 8	74 ± 9	< 20	$8,5 \pm 1,5$	$2,3 \pm 0,4$
Famotidin 45 ± 14	67 ± 15	17 ± 7	$7,1 \pm 1,7$	$2,6 \pm 1,0$
Felbamat >80	40 - 50	22 - 25	$0,50 \pm 0,13$	21 ± 2
Felodipin 15 ± 8	<1	99,6	12 ± 5	14 ± 4
Finasterid 63 ± 21	< 1	90	$2,3 \pm 0,8$	$7,9 \pm 2,5$
Flecainid 70 ± 11	43 ± 3	61 ± 10	$5,6 \pm 1,3$	11 ± 3
Fluconazol > 90	75 ± 9	11 ± 1	$0,27 \pm 0,07$	34 ± 5
Flucytosin 84 ± 6	99 ± 7	4		$4,2 \pm 0,3$
Flumazenil ~ 20	<1	50	17 ± 3	$0,9 \pm 0,2$



THƯ VIỆN
HUB

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THẢO KHẢO NỘI BỘ

Tiếp bảng I

1	2	3	4	5
Flunitrazepam ~85	<1	77-79	$3,5 \pm 0,4$	15 ± 5
Fluorouracil 28	<10	8 - 12	16 ± 7	11 ± 4
Fluoxetin >60	< 2,5	94	$9,6 \pm 6,9$	$5,3 \pm 4,1$
Flurbiprofen ~92	2 ± 1	> 99,5	$0,35 \pm 0,09$	$5,5 \pm 1,4$
Foscarnet 17±4	82 ± 13	15 ± 2	$2,0 \pm 0,6$	$3,3 \pm 1,5$
Fosinopril 36 ± 7	43 ± 9	≥ 95	$0,51 \pm 0,10$	$11,3 \pm 0,7$
Furosemid 61 ± 17	66 ± 7	$98,8 \pm 0,2$	$2,0 \pm 0,4$	92 ± 7 phút
Gabapentin 60	100	0	$1,6 \pm 0,3$	$6,5 \pm 1,0$
Gemfibrozil 98 ± 1	< 1	> 97	$1,7 \pm 0,4$	$1,1 \pm 0,2$
Glipizid 95	< 5	98,4	$0,52 \pm 0,18$	$3,4 \pm 0,7$
Granisetron ~60	16 ± 14	65 ± 9	11 ± 9	$5,3 \pm 3,5$
Haloperidol 60 ± 18	1	92 ± 2	$11,8 \pm 2,9$	18 ± 5
Hexobarbital >90	< 1	42 - 52	$3,9 \pm 0,7$	$3,7 \pm 0,9$



THƯ VIỆN
Y HỌC

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Tiếp bảng I

1	2	3	4	5
Hydralazin 16±6	1 - 15	87	56 ± 13	0,96 ± 0,28
Hydrochlorothiazid 71±15	> 95	58 ± 17	4,9 ± 1,1	2,5 ± 0,2
Ibuprofen >80	< 1	> 99	0,75 ± 0,2	2,0 ± 0,5
Imipramin 39±7	< 2	90,1 ± 1,4	15 ± 4	12 ± 5
Indomethacin 98±21	15 ± 8	90	1,4 ± 0,2	2,4 ± 0,4
Isosorbid dinitrat 22 ±14	< 1	28 ± 12	45 ± 20	1,0 ± 0,5
Isosorbid 2 mononitrat 100	—	—	5,8 ± 1,6	1,9 ± 0,5
Isosorbid 5 mononitrat 93 ± 13	< 5	0	1,80 ± 0,24	4,9 ± 0,8
Isotretinoin ~25	< 1	99,9	5,5 ± 2,8	14 ± 5
Isradipin 19 ± 7	0	97	10 ± 1	8 ± 5
Itraconazol 55	< 1	99,8	23 ± 10	21 ± 6
Kanamycin	90	0	1,4 ± 0,2	2,1 ± 0,2



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

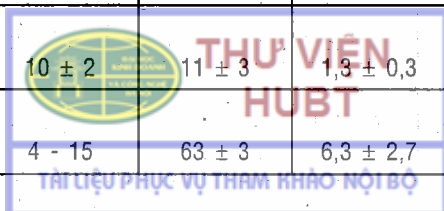
Tiếp bảng I

1	2	3	4	5
Ketamin 20 ± 7	4 ± 3	12	15 ± 5	2,3 ± 0,5
Ketoprofen ~ 100	< 1	99,2	1,2 ± 0,3	1,8 ± 0,3
Ketorolac 100 ± 20	5 - 10	99,2	0,50 ± 0,15	5,5 ± 1,2
Labetalol 18 ± 5	<5	50	25 ± 10	4,9 ± 2,0
Leucovorin (25mg) 97	10	35 - 45	3,9 ± 0,8	9,3 ± 2,8
Levodopa 41 ± 16	< 1	-	23 ± 4	1,40 ± 0,4
Levonorgestrel 94	52 ± 8	37 ± 7	1,5 ± 0,6	15 ± 3
Lidocain 35 ± 11	2 ± 1	70 ± 5	9,2 ± 2,4	1,8 ± 0,4
Lincomycin 20 - 30	14 ± 6	85 ± 2	2,1 ± 0,5	5,1 ± 1,5
Lisinopril 25 ± 20	88 - 100	0	4,2 ± 2,2	12
Lithium 100	95 ± 15	0	0,35 ± 0,11	22 ± 8
Lomefloxacin 97 ± 2	65 ± 9	10	3,3 ± 0,5	8,0 ± 1,4
Loracarbef 94 ± 16	96 ± 16	25	1,73	1,2 ± 0,3

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Tiếp bảng I

1	2	3	4	5
Lorazepam 93 ± 10	< 1	91 ± 2	1,1 ± 0,4	14 ± 5
Lovastatin <5		95	4 - 18	1,1 - 1,7
Melphalan 71 ± 23	12 ± 7	90 ± 5	5,2 ± 2,9	1,4 ± 0,2
Meperidin 52 ± 3	1 - 12	58 ± 9	17 ± 5	3,2 ± 0,8
Mercaptopurin 12 ± 7	22 ± 12	19	11 ± 4	0,90 ± 0,37
Methadon 92 ± 21	24 ± 10	89 ± 1,4	1,40 ± 0,5	35 ± 12
Methotrexat 70 ± 27	81 ± 9	46 ± 11	2,1 ± 0,8	7,2 ± 2,1
Methyldopa 42 ± 16	40 ± 13	1 - 16	3,70 ± 1,00	1,80 ± 0,60
Methyl prednisolon 82 ± 13	4,9 ± 2,3	78 ± 3	6,2 ± 0,9	2,3 ± 0,5
Metoclopramid 76 ± 38	20 ± 9	40 ± 4	6,2 ± 1,3	5 ± 1,4
Metoprolol 38 ± 14	10 ± 3	11 ± 1	15 ± 3	3,2 ± 0,2
Metronidazol 99 ± 8	10 ± 2	11 ± 3	1,3 ± 0,3	8,5 ± 2,9
Mexiletin 87 ± 13	4 - 15	63 ± 3	6,3 ± 2,7	9,2 ± 2,1



Tiếp bảng I

1	2	3	4	5
Midazolam 44 ± 17	56 ± 26	95 ± 2	6,6 ± 1,8	1,9 ± 0,6
Milrinon ≥ 80	85 ± 10	70	6,1 ± 1,3	0,80 ± 0,22
Minocyclin 95 - 100	11 ± 2	76	1,0 ± 0,3	16 ± 2
Misoprostol > 80	< 1	< 90	240 ± 100	0,5 ± 0,4
Morphin 24 ± 12	14 ± 5	35 ± 2	24 ± 10	1,9 ± 0,5
Moxalactam uống (3), tiêm bắp (70-100)	76 ± 12	-	-	2,1 ± 0,7
Nabumeton 35	~50	>99	0,37 ± 0,25	23 ± 4
Nadolol 34 ± 5	73 ± 4	20 ± 4	2,9 ± 0,6	16 ± 2
Nafcilin 36	27 ± 5	89,4 ± 0,2	7,5 ± 1,9	1,0 ± 0,2
Nalbuphin 16 ± 8	4 ± 2	-	22 ± 5	2,3 ± 1,2
Naloxon ~2	-	-	22	1,1 ± 0,6
Naltrexon 5 - 40	<1	20	48 ± 6	2,7 ± 1,0
Naproxen 99	< 1	99,7	0,13 ± 0,02	14 ± 1

Tiếp bảng 1

1	2	3	4	5
Nicardipin 18 ± 11	< 1	98 - 99,5	10,4 3,1	1,3 ± 0,5
Nicotin Đường miệng 30 Hút 90	16,7 ± 8,6	4,9 ± 2,8	15,8 5,4	2,0 ± 0,7
Nifedipin 50 ± 13	0	96 ± 1	7,0 ± 1,8	1,8 ± 0,4
Nimodipin 10 ± 4	< 1	98	19 ± 6	1,1 ± 0,3
Nitrazepam 78 ± 16	< 1	87 ± 1	0,86 ± 0,12	26 ± 3
Nitrendipin 11 ± 5	< 1	98	21 ± 4	4 ± 2
Nitrofurantoin 90 ± 13	47 ± 13	62 ± 4	9,9 ± 0,9	1,0 ± 0,2
Nitroglycerin uống <1 Dưới lưỡi 38 ± 26	< 1	-	230 ± 90	2,3 ± 0,6 phút
Nizatidin 90	61 ± 3	28 ± 7	10 ± 3,3	1,3 ± 0,3
Norethindron 64 ± 15	< 4	91 - 97	5,9 ± 1,1	8,5 ± 2,6
Norfloxacin 30 - 40	26 - 32	15 - 20	7,2 ± 3,0	5,0 ± 0,7
Nortriptylin 51 ± 5	2 ± 1	92 ± 2	7,2 ± 1,8	31 ± 13

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Tiếp bảng 1

1	2	3	4	5
Octrestid Đường miệng <2 Dưới da 100	11 - 20	65	2,7 ± 1,4	1,5 ± 0,4
Ofloxacin 100	64 ± 16	25 ± 6	3,5 ± 0,7	5,7 ± 1,0
Omeprazol 53 ± 29	Không đáng kể	95	7,5 ± 2,7	0,7 ± 0,5
Ondansetron 62 ± 15	5	73 ± 2	5,9 ± 2,6	3,5 ± 1,2
Oxacilin 35	46 ± 4	92,2 ± 0,6	6,1 ± 1,7	0,4 - 0,7
Oxaprozin 95 - 100	Không đáng kể	99,5	0,028 - 0,042	21 - 25
Oxazepam 97 ± 11	<1	98,8 ± 1,8	1,05 ± 0,30	8,00 ± 2,4
Paclitaxel Thấp	5 ± 2	95 ± 98	5,5 ± 3,5	3 ± 1
Paroxetin Phụ thuộc liều	<2	95	8,6 ± 3,2	17 ± 3
Pentamidin Không đáng kể	2 - 18	70	18 ± 7	3 ngày
Pentazocin 47 ± 15	15 ± 7	65	17 ± 5	4,6 ± 1,0
Pentoxifilin 33 ± 13	0	0	60 ± 13	0,9 ± 0,3

Tiếp bảng I

1	2	3	4	5
Phenobarbital 100 ± 11	24 ± 5	51 ± 3	0,062 ± 0,013	99 ± 18
Phenyl butazon 80 - 100	~ 1	96,1 ± 1,1	0,023 ± 0,003	56 ± 8
Phenyl ethyl-malonamid 91 ± 4	79 ± 5	8 ± 1	0,52 ± 0,11	16 ± 3
Phenyl propano-lamin >70	65 ± 10	-	10 ± 3	4,7 ± 0,4
Phenytoin 90 ± 3	8 ± 2	89 ± 23		6 - 24
Pimozid <50	-	99	4,1 ± 3,8	111 ± 57
Pindolol 75 ± 9	54 ± 9	51 ± 3	8,3 ± 1,8	3,6 ± 0,6
Pravastatin 18 ± 8	47 ± 7	43 - 48	3,5 ± 2,4	1,8 ± 0,8
Prazosin 68 ± 17	< 1	95 ± 1	3,0 ± 0,3	2,9 ± 0,8
Prednisolon 82 ± 13	26 ± 9	90 - 95	8,7 ± 1,6	2,2 ± 0,5
Prednison 80 ± 11	3 ± 2	75 ± 2	3,6 ± 0,8	3,6 ± 0,4

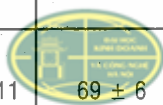


THƯ VIỆN
Y HỌC

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THĂM KHẢO NỘI BỘ

Tiếp bảng I

1	2	3	4	5
Primidon 92 ± 18	46 ± 16	19	0,55 ± 0,12	15 ± 4
Probenecid 100	1,2 ± 0,2	-	-	Phụ thuộc liều
Procainamid 83 ± 16	67 ± 8	16 ± 5	-	3,0 ± 0,6
Propafenon Phụ thuộc liều: 5-50	< 1	85 - 95	17 ± 8	5,5 2,1
Propranolol 26 ± 10	< 0,5	87 ± 6	16 ± 5	3,9 ± 0,4
Protriptylin 77 - 93	-	92 ± 0,6	3,6 ± 0,6	78 ± 11
Pyridostigmin 14 ± 3	80 - 90	-	85 ± 1,7	1,9 ± 0,2
Pyrimethamin 100	65	87 ± 1	0,41 ± 0,06	81 ± 32
Quinidin- Sulfat: 80 ± 15 Gluconat: 71 ± 17	18 ± 5	87 ± 3	4,7 ± 1,8	6,2 ± 1,8
Quinin 76 ± 11	12	93 ± 3	1,9 ± 0,5	11 ± 2
Ramipril 44	39 ± 17	56	1,1 ± 0,4	14 ± 7
Ranitidin 52 ± 11	69 ± 6	15 ± 3	10,4 ± 1,1	2,1 ± 0,2



THƯ VIỆN
Y HỌC

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Tiếp bảng I

1	2	3	4	5
Ribavirin 45 ± 5	35 ± 8	0	5,0 ± 1,0	28 ± 7
Rifabutin 20 ± 7	7 ± 3	85 ± 2	12 ± 3	47 ± 12
Risperidon Uống 66 ± 28 Tiêm bắp 103 ± 13	3 ± 2	89	5,4 ± 1,4	3,2 ± 0,8
Salicylic acid 100	2 - 30	Phụ thuộc liều	0,88 ± 0,16 ở 11-16 mcg/ml	Phụ thuộc liều
Scopolamin 27 ± 12	6 ± 4	-	16 ± 13	2,9 ± 1,2
Selegilin không đáng kể	45	99	-	1,9 ± 1
Simvastatin <5	Không đáng kể	94	7,6	1,9
Sotalol 90 - 100	> 75	0	2,6 ± 0,5	12 ± 3
Spironolacton 25 ± 9	< 1	> 90	100 ± 19	1,6 ± 0,3
Streptomycin -	50 - 60	48 ± 14	1,2 ± 0,3	2,6 ± 0,4
Sulfadiazin ~100	57 ± 14	54 ± 4	0,29 ± 0,04	9,9 ± 4,3
Sulfamethoxazol ~100	14 ± 2	65 ± 5	0,32 ± 0,04	10,1 ± 4,6



THƯ VIỆN
Y HỌC

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Tiếp bảng I

1	2	3	4	5
Sulfinpyrazon 100	39 ± 9	98,3 ± 0,5	2,4 ± 0,6	4,0 ± 1,2
Sulfisoxazol 96 ± 14	49 ± 8	91,4 ± 1,2	0,33 ± 0,01	6,6 ± 0,7
Sumatriptan Uống: 14 ± 5 Dưới da: 97 ± 16	22 ± 4	14 - 21	16 ± 2	1,9 ± 0,3
Tacrin 17 ± 3	< 1	55	36 ± 18	2,7 ± 0,9
Tacrolimus 16 ± 7	< 1	75 - 99	0,7 ± 0,27	15 ± 7
Temazepam 91	< 1	97,6	1,0 ± 0,3	11 ± 6
Terazosin 90	12 ± 3	90 - 94	1,1 ± 0,2	12 ± 3
Terbutalin 14 ± 2	56 ± 4	20	3,4 ± 0,6	14 ± 2
Tetracyclin 77	58 ± 8	65 ± 3	1,67 ± 0,24	10,6 ± 1,5
Tetrahydrocan- nabinol (dronabinol) Uống: 4 - 12 Hút: 2 - 50	< 1	95	3,5 ± ,9	32 ± 12
Theophyllin 96 ± 8	18 ± 3	56 ± 4	0,56 ± 0,20	9,0 ± 2,1

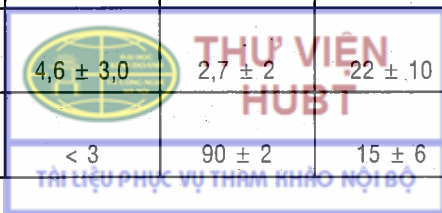


THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Tiếp bảng I

1	2	3	4	5
Thiopental -	< 1	85 ± 4	3,9 ± 1,2	9,0 ± 1,6
Timolol 50	15	60 ± 3	7,3 ± 3,3	4,1 ± 1,1
Tocainid 89 ± 5	38 ± 7	15 ± 10	2,6 ± 0,5	13,5 ± 2,3
Tolbutamid 93 ± 10	0	96 ± 1	0,24 ± 0,04	5,9 ± 1,4
Trazodon 75 ± 30	< 1	93	1,8 ± 0,6	6,5 ± 1,8
Triamcinolon acetamid 23 ± 10	1,0 ± 0,6	40	7,7 ± 2,6	2,0 ± 0,7
Triamteren 54 ± 12	52 ± 10	61 ± 2	63 ± 20	4,2 ± 0,7
Triazolam 44	2	90,1 ± 1,5	5,6 ± 2,0	2,9 ± 1,0
Trimethoprim ~100	63 ± 10	37 ± 5	1,9 ± 0,3	10 ± 2
Tubocurarin -	63 ± 35	50 ± 8	1,9 ± 0,6	2,0 ± 1,1
Valproic acid 100 ± 10	1,8 - 2,4	93 ± 1	0,11 ± 0,02	14 ± 3
Venlafaxin ~ 10	4,6 ± 3,0	2,7 ± 2	22 ± 10	4,9 ± 2,4
Verapamil 22 ± 8	< 3	90 ± 2	15 ± 6	4,0 ± 1,5



1	2	3	4	5
Warfarin 93 ± 8	<2	99 ± 1	0,045 ± 0,024	37 ± 15
Zalcitabin 88 ± 17	65 ± 17	< 4	4,4 ± 1,2	2,0 ± 0,8
Zidovudin 63 ± 13	18 ± 5	< 25	26 ± 6	1,1, ± 0,2
Zolpidem 67 ± 20	< 1	92	4,3 ± 2,2	2,2 ± 0,4

1.3. TƯƠNG TÁC GIỮA CÁC THUỐC

Tác dụng của một số thuốc có thể thay đổi đáng kể do việc dùng đồng thời với một số thuốc khác. Đó là sự tương tác giữa các thuốc có thể phá huỷ ý đồ điều trị bằng cách tạo ra tác dụng dược lý quá mức hoặc giảm tác dụng của thuốc khiến cho thuốc trở nên tác dụng không mong muốn. Những tương tác thuốc phải được xem xét trong lâm sàng để phân biệt các đáp ứng không mong muốn. Nhiều loại thuốc tương tác với nhau gây ra những nguy cơ xấu khi sử dụng trong điều trị, Bảng II sau đây là những dữ kiện thông tin đã được kiểm tra rút ra từ các dữ liệu thực nghiệm hoặc các bệnh án gợi ý về những tương tác không mong muốn có khả năng xảy ra.



Bảng II:

TƯƠNG TÁC GIỮA MỘT SỐ THUỐC

Thuốc tác dụng	Tương tác thuốc	Hậu quả
Acid mật	Colestyramin	Giảm hiệu lực của acid mật (do gắn vào colestyramin). Tránh dùng phổi hợp.
Acetazolamid	Quinidin và dẫn chất	Tăng nồng độ quinidin trong huyết tương. Thận trọng khi dùng.
Acebutolol	Diltiazem (ức chế calci)	Nhịp tim đập, có khi nặng (nếu tiêm tĩnh mạch)
Acid valproic	Phenobarbital	Tăng nồng độ phenobarbital ở máu (gây buồn ngủ), cần lưu ý.
Aspirin (và dẫn chất salicylic)	Thuốc chống viêm không steroid	Tăng nguy cơ chảy máu đường tiêu hoá, tránh phổi hợp
Amitriptylin	- Aspirin - Cồn - Các thuốc ức chế thần kinh TW	- Có thể gây tử vong - Tăng cường tác dụng an thần - Tăng cường ức chế thần kinh TW và tác dụng phụ, tránh phổi hợp.



THƯ VIỆN
HUY

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Thuốc tác dụng	Tương tác thuốc	Hậu quả
	Thuốc tránh thai (viên).	Giảm tác dụng tránh thai.
Amiodaron (Cordaron)	Acebutolol (Sectral) thuốc chẹn thụ thể beta hoặc Nifedipin (Adalat ức chế Calci)	Tim đập chậm, nguy cơ bị bloc.
Azathioprin và 6MP	Allopurinol	Tăng độc tính
Barbituric	- Sulfonylure (Thuốc chữa đái tháo đường) - Chloramphenicol - Paracetamol - Phenylbutazol	- Giảm hiệu lực sulfonylure, tăng tác dụng barbituric - Giảm hiệu lực chloramphenicol, tăng tác dụng barbituric - Giảm hiệu lực Paracetamol - Giảm hiệu lực cả hai thuốc
Betahistin	- Thuốc kháng histamin - Phenytoin	- Mất tác dụng, tránh phối hợp - Tăng nồng độ phenytoin tự do trong máu (cần theo dõi, giảm liều dùng)



THƯ VIỆN
HUYỆN

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Tiếp bảng II

Thuốc tác dụng	Tương tác thuốc	Hậu quả
Carbamazepin	- Erythromycin, Troleandomycin, INH và Cimetidin - Thuốc chống đông máu (uống) - Erythromycin	- Tăng nồng độ carbamazepin trong máu, tránh phối hợp. - Giảm hiệu lực chống đông máu. - Tăng nồng độ carbamazepin ở huyết tương, tránh phối hợp (thay bằng một kháng sinh khác họ macrolid)
	- Isoniazid - Muối lithi - Phenytoin - Primidon - Progabid - Valpromid	- Tăng nồng độ carbamazepin trong máu ; tránh phối hợp. - Gây rối loạn thần kinh (lú lẫn, buồn ngủ...) ; Tránh phối hợp. - Giảm nồng độ carbamazepin trong máu - Giảm nồng độ carbamazepin trong máu - Có thể làm giảm nồng độ progabid trong máu - Tăng nồng độ dạng hoạt tính của carbamazepin trong máu. Tránh phối hợp



THƯ VIỆN
HUYẾT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Thuốc tác dụng	Tương tác thuốc	Hậu quả
	Phenobarbital	Giảm nồng độ carbamazepin trong máu.
Chlorpromazin	- Acebutolol - Phenobarbital (Sectral, chẹn thụ thể beta) - Guanethidin và dẫn chất - Al hydroxyd, Mg trisilicat - Piperazin - Propranolol	- Tăng nồng độ cả 2 thuốc. - Tăng tác dụng trầm cảm, không có tác dụng chống co giật. - Ức chế tác dụng chống tăng huyết áp. - Giảm hấp thu (phải uống cách nhau ít nhất 2 giờ). - Co giật dữ dội. - Tăng nồng độ Chlorpromazin trong máu.
Cimetidin	Thuốc chống acid dịch vị	Giảm hấp thu nếu dùng cùng lúc
Clopropamid, Tolbutamid, Thyroxin	Rifampicin	Giảm tác dụng
ACTH và corticosteroid	Phenylbutazon, phenytoin	Giảm hấp thu



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Tiếp bảng II

Thuốc tác dụng	Tương tác thuốc	Hậu quả
ACTH và corti- costeroid	- Thuốc lợi tiểu (Thiazid, Acid etacrynic, Furosemid - Pyrazinamid	- Tăng thải trừ Kali - Giảm hiệu lực chống lao, ức chế chuyển hoá corticosteroid ở gan làm tăng tác dụng corticosteroid.
Chloramphenicol	- Penicilin - Phenobarbital - Sulfonylurê	- Giảm hiệu lực Penicilin - Giảm nồng độ ở máu - Tăng hiệu lực sulfonylurê
Cafein	Idroclamid	Tăng nồng độ cafein gây kích thích thần kinh và ảo giác. Tránh phối hợp
Calci (muối)	Digitoxin và dẫn chất - Lợi tiểu thiazid	- Loạn nhịp nặng: Thận trọng khi phối hợp: (chống chỉ định với thuốc tiêm) - Nguy cơ tăng calci - huyết (do giảm thải trừ calci qua nước tiểu) Cần lưu ý.



THƯ VIỆN
HUYẾT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Tiếp bảng II

Thuốc tác dụng	Tương tác thuốc	Hậu quả
Corticoid	Erythromycin (tiêm tĩnh mạch), sultoprid, vincamin	Gây loạn nhịp kiểu xoắn đỉnh (Tránh phối hợp, nhất là khi có giảm Kali - huyết)
Danazol	Insulin, metformin, sulfamid hạ đường huyết	Gây ra hiệu lực sinh đái tháo đường của danazol: tránh phối hợp.
Deferoxamin	Acid ascorbic, liều cao tiêm tĩnh mạch	Gây biến đổi chức năng tim, có thể bị suy tim cấp (thường hết khi ngừng vitamin C): Thận trọng khi dùng
Digitoxin	- Nifedipin (Adalat) - Verapamid (Isoptin) - Phenobarbital, Rifampicin	- Tăng hiệu lực của glucosid ở tim lên 40% - Tăng hiệu lực của glucosid ở tim lên 75% - Ức chế tác dụng.
Digoxin	- Lợi niệu (các Thiazid, Furosemid acid Etacrynic) - Calci tiêm tĩnh mạch - Amiodarin, Quinidin, Quinin	- Tăng cường độc tính. - Có thể gây tử vong - Tăng cường tác dụng, nguy cơ ngộ độc cần

Tiếp bảng II

Thuốc tác dụng	Tương tác thuốc	Hậu quả
Digoxin	- Lidocain - Erythromycin - Reserpin	giảm nửa liều dùng digoxin - Loạn nhịp tim - Tăng tác dụng cả hai thuốc - Loạn nhịp tim, nguy hiểm tới tính mạng.
Diazepam và một số benzodiazepin khác	- Các thuốc ức chế thần kinh TW như: dẫn chất morphin, barbituric, kháng histamin, an thần kinh, cồn - Cimetidin	- Tăng cường tác dụng (gây buồn ngủ) - Tăng hiệu lực Diazepam (trừ Lorazepam và Oxazepam)
Ephedrin	Phenylpropano-lamin + Furazolidon	Tăng huyết áp, tim đập nhanh, nhức đầu
Ethionamid (Trecator)	- Ethionamid - Cycloserin - Isoniazid	- Tăng độc tính - Cơ giât dữ dội - Rối loạn tâm thần

Tiếp bảng II

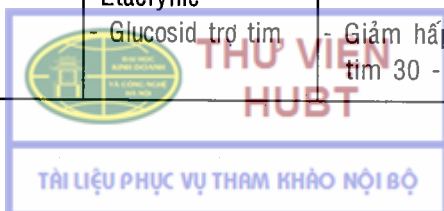
Thuốc tác dụng	Tương tác thuốc	Hậu quả
Ethosuximid	- Phenobarbital và primidon - Phenytoin - Isoniazid và Phenytoin - Corticotrophin, các Estrogen, Indometacin, Corticosteroid	- Tăng nồng độ ở máu - Tăng tác dụng an thần - Tăng cường tác dụng - Đối kháng
Furosemid, các thiazid	- Acetazolamid, Corticosteroid, Corticotrophin, Indometacin - Codein - Lithium carbonat (Lithan)	- Giảm Kali huyết - Hôn mê - Tăng độc tính Lithium
Guanethidin	- Các amin cường giao cảm	- Đối kháng
Gentamicin và một số cephalosporin	- Acid etacrynic, Furosemid - Piperazin	- Tăng độc tính tai trong, thận, ức chế tác dụng kháng sinh - Co giật dữ dội
Haloperidol	Indometacin	Gây buồn ngủ nặng
Halothan	 Adrenalin, Isoprenalin, Levodopa	Gây loạn nhịp

Tiếp bảng II

Thuốc tác dụng	Tương tác thuốc	Hậu quả
Heparin	Aspirin, Dipyridamol	Tăng tác dụng
Heptaminol	IMAO không chọn lọc	- Gây cơn tăng huyết áp: chống chỉ định
Hydrcortison, Prednison, Pred- nisolon, Dex- amethason	Các barbituric, Carbamazepin, Phenytoin, Primidon, Rifampicin.	Giảm tác dụng
Hormon tuyến giáp	Thuốc chống đông uống	- Nguy cơ gây chảy máu: Thận trọng khi phối hợp
Imipramin	- Cimetidin - Thuốc chống động kinh	- Tăng tác dụng - Dễ gây ra cơn kịch phát toàn thân tránh phối hợp.
Indometacin	- Dexamethason (và cùng loại) - Probenecid - Diflunisal	- Loét dạ dày trầm trọng. - Tăng hiệu lực indometacin - Tăng nồng độ indometacin trong máu (gây chảy máu nặng đường tiêu hoá). Tránh phối hợp.
	Các muối, oxyd và Hydroxyd Mg, Al và Ca	- Làm giảm hấp thu indometacin qua ruột (dùng các thuốc này cách xa ít nhất 2 giờ với indometacin).

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Thuốc tác dụng	Tương tác thuốc	Hậu quả
Isoniazid	- Carbamazepin (Tegretol) - Corticosteroid	- Tăng hiệu lực carbamazepin, tăng độc tính gan của isoniazid - Giảm hiệu lực chống lao, tăng tác dụng corticosteroid
Insulin và thuốc chống đái tháo đường	- Cồn, thuốc chẹn beta, các thuốc ức chế monoamino - oxydase (IMAO) - ACTH, Corticosteroid, các thiazid lợi tiểu, Furosemid, thuốc tránh thai	- Tăng tác dụng - Đối kháng
Ketoprofen	Methotrexat	Tăng độc tính methotrexat khi dùng liều cao, tránh phối hợp
Kháng sinh họ aminoglycosid	- 2 kháng sinh cùng họ - Dimenhydrinat (Nautamin) - Furosemid, Etacrynic - Glucosid trợ tim	- Tăng độc tính ở tai và thận... - Che lấp độc tính tai. - Tăng độc tính thận. - Giảm hấp thu glucosid trợ tim 30 - 60%.



Thuốc tác dụng	Tương tác thuốc	Hậu quả
Levodopa	- Diazepam và một số benzodiazepin - Metoclopramid - Pyridoxin	- Đôi khi có đối kháng - Tăng nồng độ ở máu. - Đối kháng
Lidocain	- Acid etacrynic, Furosemid, các thiazid - Propranolol	- Đối kháng do giảm kali - huyết - Tăng độc tính của lidocain
Lithi (các muối)	- Thuốc lợi tiểu, chống viêm không Steroid - Aminophylin, Acetazolamid, Natri - hydrocarbonat - Haloperidol, Thioridazin, Chlorpromazin, Fluphenazin - Carbamazepin - Các thuốc ức chế enzym chuyển đổi (IEC)	- Tăng nồng độ Lithi ở máu, tránh phối hợp, dễ gây ngộ độc - Tăng thải trừ kali - Gây hội chứng lú lẫn, đôi khi tăng nhanh Lithi huyết. Tránh phối hợp. - Gây hội chứng lú lẫn buồn ngủ, thất điều. Tránh phối hợp. - Tăng nồng độ Lithi ở máu, tránh phối hợp, dễ gây ngộ độc.



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Thuốc tác dụng	Tương tác thuốc	Hậu quả
Methenamin	Sulfamethizol	Gây kết tủa sulfamid ở niệu đạo (nhất là khi nước tiểu có phản ứng acid). Tránh phối hợp.
Methotrexat	- Aspirin - Phenylbutazon - Thuốc chống động kinh, Co-trimoxazol, Pyrimethamin	- Tăng độc tính chậm thải trừ - Tăng tác dụng kháng acid folic
Methoxyfluran	Tetracyclin	Có thể gây tử vong
Metoclopramid	- Thuốc chống tiết cholin như Atropin, Trihexyphenidyl, Giảm đau, Gây nghiện - Thuốc chống tiết cholin	- Đối kháng - Mất tác dụng, tránh phối hợp
Metronidazol	Phenobarbital, Phenytoin	Giảm tác dụng
Morphin (dẫn chất)	Thuốc ức chế thần kinh TW	Gây buồn ngủ nặng tránh phối hợp

Tiếp bảng II

Thuốc tác dụng	Tương tác thuốc	Hậu quả
Nialamid	Codein, dextromethorphan	Gây tử vong - Cầm phổi hợp
Oxprenolol	Reserpin	Hạ huyết áp mạnh, chóng mặt, ngất.
Promethazin	Phenobarbital	Tăng hiệu lực cả hai thuốc, phải giảm liều
Phenothiazin	Metoclopramid	Tăng nguy cơ tác dụng ngoại tháp
Phenobarbital, Primidon	Phenytoin	Tăng tác dụng an thần,
Phenytoin	Chloramphenicol, Co-trimoxazol, Diazepam, Isoniazid, Miconazol, Phenylbutazon, Sulfipyrazon	Tăng cường tác dụng
Phenylbutazon	- Thuốc chống tăng huyết áp - Sulfamid hạ đường huyết	- Giảm hiệu lực hạ huyết áp - Tăng hiệu lực hạ đường huyết, tránh phối hợp
Paracetamol	- Cholestyramin - Metoclopramid	- Giảm hấp thu - Tăng tác dụng

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Thuốc tác dụng	Tương tác thuốc	Hậu quả
Penicilin Cephalosporin	Probenecid	Tăng hiệu lực penicilin, cephalosporin
Penicilin V, Sulfamid kháng khuẩn	- Neomycin - Methotrexat	- Giảm hấp thụ - Tăng độc tính với máu của methotrexat (do tăng nồng độ MTX ở huyết tương). Cần thận trọng theo dõi.
Pentoxyfyllin	Thuốc chống đông uống	Tăng nguy cơ chảy máu: Thận trọng khi phối hợp.
Procabazin	Codein - Dextromethorphan	Có thể gây tử vong
Propranolol	- Rifampicin - Cimetidin	- Giảm nồng độ propranolol trong máu - Tăng cường tác dụng do giảm chuyển hoá ở gan.
Quinidin	Amiodaron	Tăng nguy cơ loạn nhịp tâm thất.
Retinoid (các dẫn chất)	Tetracyclin (các loại)	Nguy cơ tăng áp lực bên trong: chống chỉ định.

Thuốc tác dụng	Tương tác thuốc	Hậu quả
Rifampicin	- Isoniazid - PAS - Glucosid trợ tim	- Tăng độc tính gan - Giảm hiệu lực Rifampicin - Giảm hiệu lực glucosid trợ tim.
Sultoprid	Thuốc chống loạn nhịp nhóm I, thuốc chống trầm cảm 3 vòng, digitalic, các thuốc chống loạn nhịp gây "xoắn đỉnh", Vincamin, dẫn chất phenothiazin	Tăng nguy cơ gây rối loạn nhịp thất, nhất là các rối loạn kiểu "xoắn đỉnh", do cộng hưởng các hiệu lực về mặt điện sinh học.
Sulfamethoxazol, Sulfafurazol và Sulfamethizol	Phenytoin	Tăng nồng độ phenytoin ở huyết tương gây ngộ độc ; tránh phối hợp
Sulfamethoxazol + Trimethoprim (= Co-Trimoxazol)	Methotrexat	Tăng độc tính của MTX do ức chế dihydrofolat reductase. Chống chỉ định
Thioridazin	Phenylpropanolamin	Có thể gây tử vong (chưa giải thích được cơ chế)
Trihexyphenidyl	Chống trầm cảm, dẫn chất phenothiazin,	Tăng tác dụng phụ: khô miệng, buồn ngủ, ứ nước tiểu

Thuốc tác dụng	Tương tác thuốc	Hậu quả
Trihexyphenidyl	Disopyramid và các thuốc kháng histamin	Tăng tác dụng phụ: khô miệng, buồn ngủ, ứ nước tiểu
Triamteren	- Indometacin - Amilorid hoặc Spironolacton - Thuốc lợi niệu giảm Kali - huyết - Chất ức chế enzym chuyển đổi - Muối Kali	- Đôi khi giảm chức năng thận - Tăng Kali - huyết: chống chỉ định - Ở người suy thận và đái tháo đường: nguy cơ tăng Kali - huyết - Cần thận trọng theo dõi Kali - huyết - Gây tăng Kali huyết (dẫn đến tử vong ở người suy thận): tránh phối hợp - Gây tăng Kali - huyết: chống chỉ định (trừ khi có giảm Kali - huyết)
Theophyllin	- Ephedrin - Ciprofloxacin, Mexiletin và Ticlopidin - Viloxazin	- Phản ứng phụ rất phức tạp với hệ thần kinh TƯ (mất ngủ, bồn chồn, khuấy động, nôn mửa...) - Tăng nồng độ Theophyllin trong máu: cần thận trọng theo dõi. - Tăng nồng độ Theophyllin trong máu kèm nguy cơ ngộ độc do quá liều: tránh phối hợp



THƯ VIỆN
HƯỚNG DẪN

Tiếp bảng II

Thuốc tác dụng	Tương tác thuốc	Hậu quả
Theophylin	- Cimetidin, Erythromycin, Vaccin cúm, Thuốc tránh thai. - Carbamazepin, Phenytoin, Rifampicin	- Tăng tác dụng. - Làm giảm nồng độ theophylin trong máu.
Tetracyclin	- Penicilin - Thuốc chống acid dịch vị, các muối Fe, Ca, Mg, Al, Zn.	- Giảm hiệu lực Penicilin - Giảm hấp thụ
Thiopental	Sulfamid	Tăng tác dụng.
Thuốc thư roãi cơ	Colistin, Polymyxin B, muối Lithi, Propranolol, Quinidin	Tăng tác dụng.
Tobramycin	- Na citrat tiêm truyền - Progestatif (liều thấp)	- Ngừng thở. - Giảm hiệu lực tránh thai của progestatif: chống chỉ định.



THƯ VIỆN
HUY

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Tiếp bảng II

Thuốc tác dụng	Tương tác thuốc	Hậu quả
Ức chế enzym chuyển đổi (IEC)	- Lợi tiểu tăng Kali - huyết: các muối kali - Lithi (muối)	- Tăng kali - huyết (nhất là khi có giảm kali - huyết). Tránh phối hợp - Tăng nồng độ Lithi trong máu, dễ gây ngộ độc. Tránh dùng phối hợp.
Verapamil	Thuốc chẹn beta	Suy tim, giảm huyết áp
Yohimbin	Clonidin	Có thể ức chế hiệu lực chống tăng huyết áp. Tránh phối hợp.
Thuốc gây mê	- Chlorpromazin, thuốc chẹn beta, thuốc hạ huyết áp. - Kanamycin, Gentamicin	- Tăng tác dụng hạ huyết áp. - Liệt hô hấp, sốc.
Thuốc chống loạn tâm thần (neuroleptiques)	Levodopa	Chống chỉ định (vì có đối kháng tương hỗ)
Thuốc điều trị Parkinson	Haloperidol, dẫn chất Phenothiazin, Methyl dopa, Metoclopramid, Reserpin	Gây tác dụng phụ ngoại tháp.

Tiếp bảng II

Thuốc tác dụng	Tương tác thuốc	Hậu quả
Các thuốc chống viêm không steroid (dùng uống) (AINS)	- Thuốc chống đông máu uống và Heparin; - Ticlopidin uống - Muối Lithi - Methotrexat (MTX)	- Tăng nguy cơ chảy máu. Tránh phối hợp. - Tăng nồng độ Lithi trong máu, gây ngộ độc: tránh phối hợp. - Tăng độc tính với máu của MTX. Tránh phối hợp.
Thuốc hạ huyết áp	- Corticosteroid, Corticotrophin, Các estrogen, Indometacin, Phenylbutazon, Thuốc tránh thai, Cồn, Thuốc chống trầm cảm, Thuốc ngủ an thần, trấn tĩnh, Levodopa, Verapamil.	- Tăng tác dụng.
Thuốc chẹn beta	- Ergotamin - Indometacin - Prenylamin - Amphetamin, - Epinephrin	- Co mạch ngoại vi - Đối kháng với tác dụng chống tăng huyết áp. - Tăng ức chế cơ tim. - Giảm nồng độ Propranolol ở máu,

Thuốc tác dụng	Tương tác thuốc	Hậu quả
Thuốc chẹn bêta	- Thuốc mê - Clonidin - Sulfonylurê	- Loạn nhịp tim, nguy hiểm tính mạng. - Huyết áp tăng - Hạ glucose huyết cấp tính, tăng hiệu lực sulfonylurê
Viên thuốc tránh thai	- Ampicilin, - Penicilin V, - Tetracilin, - Cloramphenicol, - Sulfamid các loại - INH, - Nitrofurantoin, - Phenylbutazon, - Thuốc chữa đau nửa đầu. Các thuốc giảm đau, - Barbituric, - Griseofulvin, - Carbamazepin, - Phenytoin, - Primidon, - Rifampicin.	Giảm hiệu lực thuốc tránh thai. Nếu đang dùng thuốc tránh thai mà đồng thời dùng các thuốc có tương tác, thì phải dùng phương pháp tránh thai khác mới đảm bảo an toàn.

Tương tác giữa các thuốc rất đa dạng gồm nhiều cơ chế nhưng có thể chia làm hai cơ chế lớn: tương tác có cơ chế trực tiếp và tương tác có cơ chế gián tiếp.

- Tương tác có cơ chế trực tiếp:

Tác dụng của các thuốc lên cùng một receptor và lên các receptor khác nhau, tương tác này dẫn đến hậu quả làm giảm hoặc mất tác dụng của thuốc. Lợi dụng loại tương tác này để giải độc thuốc như giải độc atropin bằng pilocarpin. Những tương tác xảy ra trên các receptor khác nhau nhưng cùng đích tác dụng được sử dụng trong điều trị như phối hợp thuốc lợi tiểu - an thần với thuốc chống tăng huyết áp để điều trị bệnh tăng huyết áp.

- Tương tác có cơ chế gián tiếp:

Quá trình của sự tương tác này gồm nhiều yếu tố như sự hấp thu thuốc (do mức độ ion hoá của thuốc, do thay đổi nhu động đường tiêu hoá, do tạo phức khó hấp thu), thay đổi phân bố thuốc, thay đổi chuyển hoá và thay đổi bài xuất thuốc.

Kết quả của các cơ chế tương tác đều dẫn đến kết quả làm thuốc mất tác dụng, giảm hoặc tăng tác dụng làm sai lệch ý đồ mong muốn điều trị của thầy thuốc đối với người bệnh, đưa đến hậu quả xấu. Do đó cần hiểu tương tác này để tránh trong điều trị.

1.3.1. TƯƠNG TÁC DƯỢC ĐỘNG HỌC LÀM GIẢM LƯỢNG THUỐC.

- Sự thay đổi hấp thu qua đường tiêu hoá:

Tương tác thuốc làm thay đổi sự hấp thu của thuốc qua đường tiêu hoá như cholestyramin có ái lực liên kết với thyroxin, glucosid trợ tim làm thay đổi sự hấp thu. Do đó cần uống cholestyramin, một loại nhựa trao đổi ion

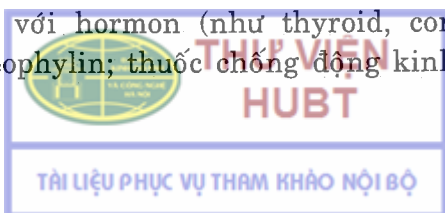
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

trước 2 giờ, sau đó mới dùng thuốc khác. Sự hấp thu tetracyclin giảm khi cùng uống với thuốc chống acid có ion nhôm vì tạo chelat với tetracyclin. Hỗn dịch treo kaolin - pectin gắn digoxin làm giảm sự hấp thụ digoxin nếu dùng hai thuốc đồng thời. Cimetidin, chất kháng histamin H_2 , giảm pH ở dạ dày làm thay đổi độ hoà tan rồi tiếp đó là sự hấp thu của ketoconazol. Sự giảm hấp thu sẽ giảm tổng lượng thuốc được đưa vào cơ thể, giảm nồng độ thuốc trong huyết tương và giảm các nồng độ ở giai đoạn nồng độ ổn định của thuốc liên quan.

- Sự tác động của các enzym chuyển hoá thuốc ở gan:

Nhiều loại thuốc có tác động kích thích hay kìm hãm các enzym chuyển hoá thuốc, gây ra sự thay đổi tác dụng dược lý của thuốc thứ nhất khi dùng thuốc thứ hai kết hợp. Các thuốc ảnh hưởng đến sự kích thích hoạt động của men gan: Phenobarbital, phenytoin, glutethimid, meprobamat, carbamazepin, primidon, spironolacton, griseofulvin, rifampicin và một số chất như DDT, thuốc lá, rượu. Sự kích thích hệ thống cytochrom P_{450} đã oxy hoá phân tử thuốc bằng hàng loạt các phản ứng khác nhau như các phản ứng hydroxyl hoá nhân thơm, N - demethyl hoá, O - demethyl hoá và acid hoá. Phenobarbital và các chất khởi phát khác làm giảm nồng độ của nhiều thuốc là sự tương tác thuốc có ý nghĩa trong lâm sàng.

Sự tác động tương tác của thuốc thông qua enzym gan nên lưu ý khi phối hợp thuốc kích thích hay kìm hãm enzym gan với hormon (như thyroid, corticoid, oestrogen...); theophyllin; thuốc chống động kinh; thuốc chống



đồng máu dạng uống; thuốc hạ đường huyết; thuốc tim mạch.

1.3.2. TƯƠNG TÁC DƯỢC ĐỘNG HỌC LÀM TĂNG LƯỢNG THUỐC

Các tương tác dược động học làm tăng nồng độ thuốc trong cơ thể xuất phát từ nguyên nhân ức chế chuyển hoá, quá trình đào thải và sự thanh thải thuốc do nhiều cơ chế. Nếu dạng hoạt động của thuốc được thanh thải phần lớn do biến hoá sinh học thì ức chế chuyển hoá của thuốc sẽ dẫn đến làm giảm độ thanh thải, thời gian bán huỷ kéo dài và gây tích lũy thuốc sẽ dẫn đến tác dụng có hại. Một số thuốc ức chế hoạt động của enzym gan chuyển hoá thuốc như allopurinol, IMAO, disulfiram, erythromycin, josamicin, cimetidin, isoniazid, dicumarol. Chẳng hạn cimetidin ức chế mạnh chuyển hoá warfarin, quinidin, infedipin, lidocain, theophylin, phenytoin, propranolol làm tăng nồng độ các thuốc này. Sự ức chế thải trừ qua thận sẽ gây ra tích lũy quá mức của thuốc được chú ý trong lâm sàng như salicylat giảm độ thanh thải qua thận của methotrexat; Probenecid ức chế đáng kể sự thải trừ penicillin qua ống thận. Sự ức chế của hệ thống vận chuyển cation qua ống thận bởi cimetidin cản trở sự thanh thải của procainamid và sản phẩm chuyển hoá có hoạt tính của nó là N - acetylprocainamid.

1.3.3. TƯƠNG KỊ THUỐC

Tương kị thuốc là sự tương tác giữa các thuốc xảy ra in vitro (ngoài cơ thể). Đó là phản ứng xảy ra giữa hai hay nhiều thuốc, tạo ra những chất không còn hoạt tính

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

sinh học mà nhiều khi còn gây tăng độc tính, nhất là khi trộn trực tiếp để tiêm hoặc truyền ngay cho bệnh nhân. Hiện tượng tương kỵ thuốc có thể xảy ra ngay lập tức trông thấy được như vẩn đục, đổi màu, tạo khí ; chậm và khó nhìn thấy (giáng hoá ở môi trường quá acid hay quá kiềm). Thí dụ penicilin G mất tác dụng khi pha vào dung dịch glucose đẳng trương (pH ~ 4-5), vitamin C hoặc heparin (acid).

1.3.4. TƯƠNG TÁC THUỐC DO THỨC ĂN VÀ NƯỚC UỐNG

Thức ăn và nước uống có thể ảnh hưởng đến dược động học của thuốc do thay đổi sự hấp thu, chuyển hoá và thải trừ của thuốc. Trong một số trường hợp thức ăn và nước uống làm thay đổi nhiều về dược lý của thuốc. Do vậy khi sử dụng thuốc cần chọn thức ăn và nước uống thích hợp tránh dùng thức ăn và nước uống ảnh hưởng nhiều đến tác dụng của thuốc. Trường hợp điều trị thuốc kéo dài cần hướng dẫn kỹ cách ăn, uống, bổ sung chất cần thiết tránh tác dụng phụ do thuốc gây ra.

- Ảnh hưởng của thức ăn đến thuốc:

+ *Thức ăn làm thay đổi dược động học của thuốc*

Thức ăn làm thay đổi sự hấp thu của thuốc. Khi uống thuốc lúc đói thuốc chỉ lưu ở dạ dày khoảng 30 phút sau đó được tổng xuống ruột, nhưng uống thuốc sau bữa ăn, thuốc được lưu ở dạ dày từ 2-4 giờ. Do vậy đối với thuốc kém tan như penicilin V dạng acid sẽ có lợi khi lưu ở dạ dày lâu, giúp cho thuốc thành dạng tan tốt hơn trước khi chuyển đến ruột để hấp thu. Ngược lại thuốc kém bền

trong môi trường acid ở dạ dày như ampicilin, erythromycin, lincomycin nếu lưu lâu ở dạ dày sẽ giảm sinh khả dụng. Đối với thuốc được bào chế dạng viên bao tan trong ruột, viên giải phóng chậm thì việc giữ lại lâu trong dạ dày sẽ bất lợi. Do đó nên uống thuốc trước bữa ăn chừng 30 phút hay 1 giờ. Thức ăn cản trở sự di chuyển thuốc trong lòng ruột, nên uống thuốc sau bữa ăn, thì khối thức ăn cản trở và di chuyển chậm trong ống tiêu hoá. Cho nên với loại thuốc giải phóng chậm, thuốc cần tác dụng tại chỗ trong lòng ruột nên uống sau bữa ăn 1 đến 2 giờ. Thức ăn còn có khả năng kích thích tiết mật và enzym. Các thành phần thức ăn cũng ảnh hưởng đến sự hấp thu thuốc, chẳng hạn bữa ăn giàu chất béo, nhiều glucid, quá mặn hoặc quá chua đều cản trở khối thức ăn từ dạ dày xuống ruột. Trường hợp này gây tác dụng xấu đến những thuốc kém bền trong môi trường acid ở dạ dày và chậm di chuyển đến ruột non để hấp thu. Đối với một số thuốc không bị ảnh hưởng của thức ăn đến quá trình hấp thu thì có thể uống lúc nào tùy ý nhưng uống vào bữa ăn tốt hơn vì giảm được tác dụng phụ do kích thích đường tiêu hoá. Những thuốc được tăng hấp thu do thức ăn như carbamazepin, griseofulvin, hydrochlorothiazid, lithi, propoxyphen, spiro-nolacton, riboflavin, nitrofurantoin nên uống trong hoặc ngay sau khi ăn để tăng sinh khả dụng. Một số thuốc giảm hấp thu do thức ăn như acetazolamid, aminophylin, phenobarbital, cefradin, erythromycin, sắt sulfat, izoniazid, levodopa, ampicilin, aspirin, oxytetracyclin, rifampicin, metacyclin nên uống trước bữa ăn khoảng 30 phút.



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Thức ăn còn ảnh hưởng tới chuyển hoá thuốc và bài xuất thuốc. Thức ăn gây ra acid nước tiểu sẽ thải nhanh thuốc có bản chất kiềm yếu như quinidin, amphetamin. Ngược lại khi thức ăn tạo nên nước tiểu kiềm sẽ đào thải nhanh thuốc có bản chất acid yếu như aspirin, sulfamid.

+Thức ăn làm thay đổi tác dụng và độc tính thuốc

Tùy loại thuốc chịu ảnh hưởng của thức ăn có thể làm cho lượng thuốc vào máu thay đổi giảm xuống hay tăng lên so với liều điều trị yêu cầu, dẫn đến giảm tác dụng hay gây độc. Thuốc có thể tương tác với thành phần thức ăn, chẳng hạn thức ăn mặn, nhiều Natri có tác dụng giữ nước gây phù khi điều trị bằng corticoid. Khi đang điều trị bệnh tinh thần kinh bằng muối lithi cần cố định mức Natri trong chế độ ăn vì nếu đang ăn mặn chuyển sang ăn nhạt sẽ dẫn đến sự tăng lithi máu, gây độc. Thức ăn chứa nhiều tyramin như phomat, rượu vang đỏ, chuối, bia gan gà... Nếu ăn nhiều thức ăn này khi điều trị bằng IMAO (nialamid, iproniazid) có thể gây tác dụng phụ như nhanh nhịp tim, tăng huyết áp. Thức ăn chứa nhiều vitamin K cản trở các thuốc chống đông dạng uống như warfarin, dicoumarol.

- Ảnh hưởng của nước uống đến thuốc:

+ **Nước đun sôi hay nước sạch vô trùng** là nước uống thích hợp cho mọi loại thuốc vì không xảy ra tương kị khi hoà tan thuốc. Nước làm thuốc dễ trôi từ thực quản xuống dạ dày, nước làm tăng độ tan của thuốc rải khắp bề mặt đường tiêu hoá. Lượng nước nhiều giúp thuốc bài xuất nhanh qua thận, giảm độc tính của thuốc như cyclo-

phosphamid, giảm tác dụng phụ tạo nên sỏi của các sulfamid.

Nên tránh dùng các loại nước giải khát, nước khoáng kiềm, nước đóng hộp có gas vì có thể làm hỏng thuốc hoặc gây hấp thu thuốc không bình thường. Đối với những thuốc có phạm vi điều trị hẹp, cần lưu ý điều này vì có thể dẫn đến tăng tác dụng phụ hay ngộ độc.

+ **Sữa** có thành phần calci caseinat nên ion calci có thể tạo phức với nhiều loại thuốc như tetracyclin, nên uống cùng thuốc sẽ cản trở hấp thu. Các lipid trong sữa có thể hoà tan thuốc và giữ lại thuốc. Đa số kháng sinh đều bị sữa làm giảm hấp thu.

+ **Cà phê, chè** có chứa cafein có thể làm giảm tác dụng giảm đau của aspirin, paracetamol nhưng làm tăng tác dụng phụ như nhức đầu, tim đập nhanh, tăng huyết áp ở người dùng thuốc IMAO. Tanin trong chè gây tua nhiều thuốc có sắt và alcaloid. Cà phê có thể làm tăng độ tan một số thuốc như ergotamin nhưng cản trở hấp thu các loại thuốc liệt thần.

+ **Rượu** có nhiều ảnh hưởng đến tác dụng của thuốc: Rượu có tác dụng không bình thường khi uống thuốc tác dụng lên thần kinh trung ương. Rượu làm tăng tác dụng phụ của thuốc giảm đau phi steroid như viêm, loét, chảy máu. Rượu có tác dụng xấu khi dùng các thuốc kháng histamin, thuốc chống tăng huyết áp, thuốc hạ đường huyết. Do vậy không được dùng rượu để uống thuốc vì gây ra nhiều tác dụng xấu. Một số chất như cephalosporin, isoniazid, metronidazol dùng với rượu gây phản ứng sợ rượu (antabuse).

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Dùng thuốc kéo dài sẽ ảnh hưởng đến sự hấp thu các chất dinh dưỡng, gây thiếu chất cần thiết cho cơ thể như dùng lâu isoniazid (INH) để trị lao gây thiếu vitamin B₆ vì INH tạo phức với piridoxin gây hiện tượng rối loạn thần kinh. Do đó cần bổ sung thêm vitamin B₆.

2. CÁC NHÓM THUỐC CHÍNH- SỬ DỤNG VÀ ĐIỀU DƯỠNG

2.1. THUỐC GIAO CẢM (adrenergic)

Albuterol (Proventil)	Isoproterenol hydroclorid
Albuterol sulfat (Respolin Inhaler)	(Isuprel)
Bitolterol mesylat (Tornalat)	Isoproterenol sulfat
Dobutamin hydroclorid (Dobutrex)	(Medihaler - ISO)
Dopamin hydroclorid (Intropin)	Metaproterenol sulfat
Ephedrin sulfat (Ephed II)	(Alupent)
Epinephrin (Bronkaid)	Metaraminol bitartrat
Epinephrin bitartrat (AsthmaHaler)	(Aramine)
Epinephrin hydroclorid (Sus - Phrine)	Norepinephrin bitartrat injection (LevoPhed)
Ethylnorepinephrin (Bronkephrine)	Phenylephrin hydroclorid
Isoetharin (Bronkosol)	(Neo - Synephrin)
Isoproterenol (Aerolone)	Pseudoephedrin hydroclorid
	(Sudafed)
	Pseudoephedrin sulfat
	(Afrinol Repetabs)
	Ritodrin hydroclorid
	(Yutopar)
	Terbotalin sulrat (Brethine)

Tác dụng: Thuốc giao cảm đáp ứng hệ thần kinh giao cảm bằng sự kích thích receptor hoặc gây sự phóng thích catecholamin (noradrenalin, adrenalin) ; chúng là chất dẫn truyền thần kinh, trung gian tác động của hệ thần kinh giao cảm. Hai cách tác động của adrenergic.

- Tác động trực tiếp lên α hoặc β adrenergic receptor hay tác động lên cả hai (thí dụ epinephrin)

- Tác dụng hỗn hợp theo 3 cách: thí dụ ephedrin tác dụng trực tiếp nhưng yếu trên α và β receptor, gây giải phóng norepinephrin ở cuối thần kinh giao cảm và kích thích phóng thích epinephrin ở tuỷ thượng thận. Những thuốc này khác nhau về sự lựa chọn kích thích giao cảm.

Một số thuốc đáp ứng hệ giao cảm, một số loại khác tác dụng lựa chọn chỉ một phần. Tác dụng không lựa chọn tất cả α và β , có loại chỉ tác dụng trên β hoặc α . Tác động trên alpha adrenergic receptor gây ra co mạch, nâng áp lực máu. Kích thích β_1 receptor nâng tốc độ và lực đập của tim. Kích thích β_2 nới lỏng cơ thắt khí quản và niệu quản, làm giãn cơ vân, nâng mức glucose máu.

Công dụng: Có nhiều ứng dụng điều trị lâm sàng khác nhau. Trong suy tim (dobutamin, dopamin, epinephrin, isoproterenol), hạ huyết áp (dopamin, metaraminol bitartrat, phenylephrin), nhịp tim nhanh trên thất kịch phát (phenylephrin), nghẹt mũi, (phenylephrin, ephedrin, pseudoephedrin) phản ứng dị ứng (epinephrin) dùng trong thăm khám mắt giãn đồng tử (phenylephrin), kéo dài gây mê tại chỗ (phenylephrin, epinephrin), đo để non (ritodrin hydroclorid, terbutalin sulfat), nghẽn hô hấp (albuterol, isoproterenol).

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Liều và đường dùng:

Liều và đường dùng thuốc, phụ thuộc vào chỉ định của thầy thuốc, sự đáp ứng của bệnh nhân như tuổi, chiều cao, cân nặng, tình trạng sức khỏe. Thế năng và hiệu lực giữa các thuốc rất khác nhau nên khó có giới hạn liều và đường dùng, tuy nhiên một số điểm chung cần lưu ý. Khi tiêm thuốc dưới da phải hết sức cẩn thận, tránh đưa trực tiếp thuốc vào tĩnh mạch. Chỉ khi nguy kịch thầy thuốc mới tiêm tĩnh mạch vì thế năng rất mãnh liệt đối với tim, tiêm từ từ theo dõi bệnh nhân về áp lực máu, kiểm tra chặt chẽ (định kỳ 2-3 phút đến khi ổn định, sau đó 15 - 60 phút, phụ thuộc vào trạng thái lâm sàng). Trẻ em và người già rất nhạy cảm với thuốc kích thích giao cảm yêu cầu phải dùng liều thấp và kiểm tra cẩn thận, chú ý không dùng epinephrin cho trẻ nhỏ do sự co thắt và phản ứng dị ứng.

Chống chỉ định:

Chống chỉ định trong tăng huyết áp đối với thuốc hoặc thuốc liên quan, glôcôm góc hẹp, điều trị bằng IMAO. Tăng huyết áp có lịch sử đột quỵ, bệnh tim mạch nhanh, lạc tần số, block tim, thiếu máu cục bộ và giảm dung lượng máu. Dùng cẩn thận với người tiểu đường ; phì đại tuyến tiền liệt ; trẻ em và người già.

Tác dụng phụ:

Tăng nhạy cảm, tim đập nhanh, mạch nhanh, lạc tần số: Kích thích thần kinh trung ương, đau đầu, hoảng sợ, lo âu, buồn nôn, nôn, bí tiểu tiện.

Điều dưỡng khi dùng thuốc:

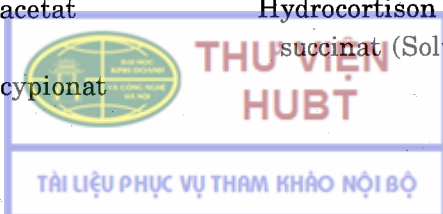
Có thể chăm sóc chẩn đoán: mức độ tổn thương, bí tiểu tiện, lo âu bồn chồn.

- Theo dõi phổi, mạch, áp lực máu trước và sau dùng thuốc đến khi thuốc đáp ứng được xác định, sau đó thường xuyên kiểm tra.
- Kiểm tra tác dụng phụ đối với thần kinh trung ương, có thể tăng nguy hiểm tổn thương trong khi tiềm tĩnh mạch, giữ bệnh nhân ở giường, nằm nghiêng.
- Kiểm tra mức độ bí tiểu tiện nhất là ở người >40 tuổi.
- Đối với người đái tháo đường kiểm tra đường máu chặt chẽ (có thể nâng mức Insulin).
- Giải thích cho người bệnh và gia đình về tác dụng của thuốc, phản ứng phụ có thể xảy ra cần được báo cáo và xử lý nhanh chóng kịp thời.

2.2. NỘI TIẾT TỔ VỎ THƯỢNG THẬN (adrenocorticos-teroid)

STEROID NGUỒN GỐC TỰ NHIÊN:

Cortison acetat (Cortone)	Hydrocortison natri
Hydrocortison	phosphat (Hydrocortone
(Hydrocortone)	Phosphate)
Hydrocortison acetat	Hydrocortison natri
(Cortifoam)	succinat (Solu - Cortef)
Hydrocortison cypionat	
(Cortet)	



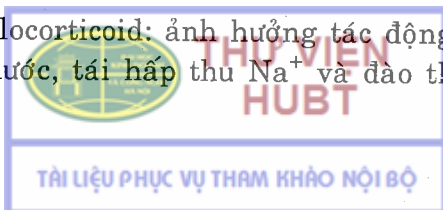
STEROID TỔNG HỢP:

Beclomethason dipropionat (Vanceril)	Methylprednisolon Natri succinat (Solu - Medrol)
Dexamethason (Decadron)	Prednisolon (Delta - Cortef)
Dexamethason acetat (Decadron L.A.)	Prednisolon acetat (Predicort)
Dexamethason Natri phosphat (Dexasone)	Prednisolon Natri phosphat (Pediapred)
Methylprednisolon (Medrol)	Prednisolon steaglate (Sintisone)
Methylprednisolon acetat (Depo - Medrol)	
Prednisolon tebutat (Predalone TBA)	Triamcinolon diacetat (Articulose - L.A.)
Prednisolon (Deltasone)	Triamcinolon hexacetonid (Aristospan Intra - articular)
Triamcinolon (Aristocort)	
Triamcinolon acetonid (Kenaject)	

Tác dụng:

Nội tiết tố vỏ thượng thận dạng tự nhiên hay dạng tổng hợp được gọi là corticosteroid hay steroid có tác dụng đối với nhiều hệ thống của cơ thể. Dựa vào cấu trúc hoá học và tác dụng sinh lý, steroid được chia làm hai nhóm:

+ Mineralocorticoid: ảnh hưởng tác động đến chuyển hoá muối - nước, tái hấp thu Na^+ và đào thải K^+ ở ống thận.



+ Glucocorticoid: xúc tiến chuyển hoá glucid (đường), protid (đạm) và lipid (chất béo) bởi điều hoà các con đường chuyển hoá.

Tác dụng nổi bật của adrenocorticoid là chống viêm nhưng loại steroid nguồn gốc tự nhiên được dùng liều ở mức sinh lý bù đắp sự thiếu hụt hormon ở mức sinh lý bình thường. Glucocorticoid tổng hợp dùng ở liều trên mức sinh lý để chống viêm, chống dị ứng. Nhưng thuốc này ngăn chặn viêm bởi sự kìm hãm tích lũy tế bào viêm, giảm độ thấm mao mạch, kìm hãm chất trung gian hoá học gây viêm, kìm hãm miễn dịch trung gian tế bào.

Công dụng:

Steroid tự nhiên (cortison, hydrocortison) cung cấp bổ sung cho cơ thể khi thiếu. Hydrocortison dùng trong sốc để nâng công suất tim, áp lực máu và dòng máu đến thận.

Steroid tổng hợp được sử dụng trong lâm sàng cho nhiều bệnh như viêm khớp, collagen, đường phổi, đường ruột, hệ thần kinh, mắt, da, bệnh dị ứng. Dexamethason thường được cho để ngăn chặn viêm sau chấn thương hoặc phẫu thuật đầu, môm miệng, mũi, cột sống với mục đích trị liệu ngăn chặn sưng phù.

Liều và đường dùng:

Lựa chọn thuốc và liều dùng phụ thuộc vào trạng thái bệnh và sự đáp ứng của người bệnh đối với thuốc. Liều sinh lý được dùng bổ sung cho người suy kém bài xuất hormon steroid. Liều được lý có thể lớn và khẩn cấp phụ thuộc trạng thái nguy kịch của bệnh. Nhiều con đường

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

đùng thuốc như uống, tiêm bắp, tiêm tĩnh mạch, tiêm dưới da, nhỏ mắt, dùng ngoài v. v...

Dùng đường uống thường kết hợp với thức ăn hay sữa làm giảm sự kích ứng dạ dày. Tiêm bắp không tiêm vào cơ delta mà tiêm sâu vào cơ mông để có thể giảm teo cơ vân. Điều trị liều cao thời gian ngắn thường ngắt quãng nhanh và giảm liều từng bước. Khi điều trị thời gian dài liều được giảm từ từ và chậm. Sự có mặt corticosteroid ngoại sinh trong máu làm giảm sự sản sinh nội tiết ở vỏ thượng thận (ảnh hưởng feedback âm) mà sự hoạt động trở lại bình thường của thượng thận có thể kéo dài 1 năm sau khi điều trị ngắt quãng giảm liều. Steroid có thể làm thay đổi liều của nhiều thuốc sử dụng như thuốc chống đông máu, tiểu đường cần được tăng lên, ảnh hưởng đến sự đáp ứng của vaccin, độc tố, giảm K^+ gây thiếu kali. Liều steroid cần điều chỉnh khi sử dụng với thuốc khác như phenytoin, phenobarbital, ephedrin, rifampin, cholestyramin, colestipol.

Chống chỉ định:

Chống chỉ định trong nhạy cảm đối với thuốc điều trị loét tiêu hoá, lao, nấm, nhiễm Herpes.

Dùng cẩn thận trong tăng huyết áp, sung huyết tim, tiểu đường, glôcôm, thiếu năng tuyến giáp, chứng nhược cơ nặng, viêm tĩnh mạch huyết khối, người có tiền sử loét chảy máu. Dùng rất cẩn thận với phụ nữ có thai, mẹ cho con bú và trẻ em (có thể thay đổi độ lớn và sự phát triển), người già.

Tác dụng phụ:

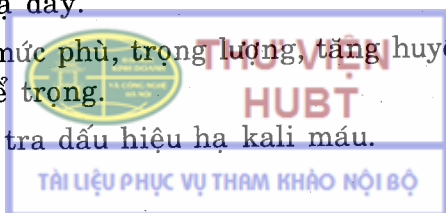
- Tăng nhạy cảm: phát ban tạm thời trên da, hạ huyết áp, suy kiệt hô hấp hay phản vệ.
- Thần kinh trung ương: gây mất ngủ, ảo giác, sáng khoái, trầm cảm, chứng loạn tâm thần.
- Mắt: glôcôm, đục thủy tinh thể.
- Cơ xương: làm suy yếu sự phát triển ở trẻ em.
- Tim mạch: viêm tĩnh mạch huyết khối, nghẽn mạch, nhịp tim thất thường.
- Dạ dày - ruột: viêm loét, nấm miệng.

Dùng lâu ngày, da bị viêm nang lông, trứng cá, tăng mọc tóc, da mỏng bóng lộn, bầm máu, làm chậm lành vết thương. Nôn hay buồn nôn, viêm tụy, chảy máu đường tiêu hoá. Loãng xương, teo cơ. Tăng áp, giảm kali. Kinh nguyệt không đều. Tăng khả năng nhiễm khuẩn, biểu hiện Cushing.

Điều dưỡng khi dùng thuốc:

Trong quá trình dùng steroid những triệu chứng cần theo dõi như mức đau, sự biến đổi khi dùng thuốc, biểu hiện da, dịch bài tiết, niêm mạc miệng.

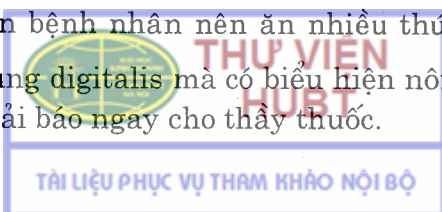
- Đo huyết áp, chất điện giải, kiểm tra định kỳ khi dùng dài ngày.
- Thuốc uống với sữa hoặc vào bữa ăn để giảm kích ứng dạ dày.
- Xem mức phù, trọng lượng, tăng huyết áp, giữ biểu đồ thể trọng.
- Kiểm tra dấu hiệu hạ kali máu.



- Quan sát sự thay đổi tinh thần, đặc biệt ở bệnh nhân có tiền sử tâm thần, những biểu hiện xúc động.
- Kiểm tra dấu hiệu và triệu chứng tăng đường huyết đặc biệt ở người tiểu đường.
- Sau phẫu thuật kiểm tra chặt chẽ vết thương chỗ khâu.
- Đánh giá quá trình điều trị dài ngày triệu chứng suy thượng thận (biểu hiện buồn nôn, khó thở, sốt, hạ áp, đau cơ, hạ đường huyết).
- Đối với thuốc dùng tại chỗ, thuốc bôi để nâng khả năng hấp thu của thuốc, vết thương phải được làm sạch và băng kín.
- Đối với trẻ nhỏ dùng thuốc lâu dài cần đánh giá ảnh hưởng đến độ lớn và phát triển.

Hướng dẫn bệnh nhân, gia đình dùng thuốc tại nhà:

- Cách cho uống thuốc, tiêm thuốc.
- Giải thích để người bệnh hạn chế ăn mặn.
- Giải thích cho người bệnh khi không cần thiết thì không dùng thuốc lâu dài.
- Giải thích về sự thay đổi đáp ứng miễn dịch.
- Giải thích không dùng thuốc chống viêm gây loét dạ dày.
- Khuyến bệnh nhân nên ăn nhiều thức ăn có kali.
- Khi dùng digitalis mà có biểu hiện nôn, mạch chậm, yếu phải báo ngay cho thầy thuốc.



- Khuyến không dùng các thuốc khác có thể gây phản ứng xấu, cần được thầy thuốc chỉ định hướng dẫn khi cần thiết.
- Trước khi dùng thuốc phải biết thông tin và kiểm tra thuốc.

2.3. THUỐC CHỐNG THIẾU MÁU (Antianemic)

- Muối sắt

Ferrous gluconat (Fergon) Iron dextran (Hydextran)
Ferosulfat (Feosol)

- Erythropoietin (Epogen)

- Vitamin (vitamin B₁₂, acid folic)

Tác dụng:

Chống thiếu máu theo cách tác dụng khác nhau của thuốc đối với cơ thể.

- Muối sắt nâng số lượng hemoglobin luân chuyển, bởi sự cung cấp sắt, thành phần cần thiết của hemoglobin.

- Erythropoietin nâng số lượng luân chuyển tế bào hồng cầu, một hormon sản sinh ở thận, kích thích sản xuất nâng số lượng hồng cầu luân chuyển ở tủy xương.

- Vitamin B₁₂ và acid folic có tác dụng chống thiếu máu. Acid folic tham gia vào quá trình tổng hợp acid nucleic ở nguyên hồng cầu. Thiếu máu nguyên hồng cầu khổng lồ do cơ thể thiếu hụt acid folic. Thiếu vitamin B₁₂ trong cơ thể gây thiếu máu hồng cầu to và một số rối loạn về thần kinh.



Công dụng:

- Muối sắt dùng điều trị thiếu máu do thiếu sắt. Nâng tuần hoàn hemoglobin ở mức trung bình (nữ 12 - 16 g/100ml, nam 14 - 18 g/100ml).

- Erythropoietin dùng điều trị thiếu máu do thiếu erythropoietin trong giai đoạn cuối của bệnh thận. Nâng hematocrit từ 28 đến 36%.

- Vitamin B₁₂: chống thiếu máu ác tính (Biermer), thiếu máu sau cắt dạ dày, hoặc do giun móc, viêm, đau dây thần kinh.

- Acid folic trị thiếu máu nguyên hồng cầu khổng lồ.

Liều dùng và đường dùng:

- Muối sắt dùng đường uống, liều phụ thuộc mức độ bệnh và tình trạng sức khỏe, uống thuốc sau bữa ăn, mặc dầu thức ăn làm giảm hấp thu từ một nửa đến một phần ba. Sắt dextran dạng tiêm.

- Vitamin B₁₂ và acid folic sử dụng dạng tiêm bắp.

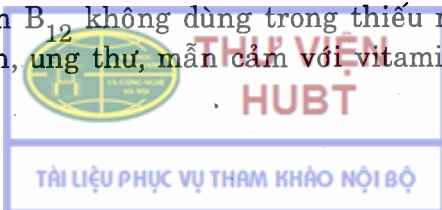
Chống chỉ định:

- Muối sắt làm tăng nhạy cảm đối với thuốc và thuốc liên quan.

- Erythropoietin chống chỉ định với bất cứ yếu tố nào làm giảm nồng độ của nó.

- Sắt sulfat không được dùng trong trường hợp loét dạ dày - tá tràng tiến triển, viêm loét đại tràng.

- Vitamin B₁₂ không dùng trong thiếu máu không rõ nguyên nhân, ung thư, miễn cảm với vitamin B₁₂.



2.4. THUỐC CHỐNG ĐAU THẮT NGỰC (Antianginal)

- NITRAT

Erythrityl tetranitrat
(Cardilate)

Isosorbid dinitrat (Isordil)

Nitroglycerin (Nitrostat)
Pentaerythritol tetranitrat
(Peritrate).

- THUỐC CHẼN KÊNH CALCI

Diltiazem hydrochlorid
(Cardizem)

Nicardipin hydrochlorid
(Cardene)

Nifedipin (Procardia,
Adalat P.A.)

Verapamil (Calan Cordilox
Oral)

- THUỐC CHẼN BÊTA ADRENERGIC

Atenolol (Tenormin,
Noten)

Metoprolol tartrat
(Lopressor, Betaloc)

Nadolol (Corgard)

Propranolol hydrochlorid
(Inderal, Apoproprianolol,
Deralin)

Tác dụng:

Ngăn chặn và điều trị mạch vành, thiếu máu cục bộ, đau tức ngực xảy ra khi oxy không cung cấp đủ yêu cầu cho cơ tim.

Tăng sự cung cấp oxy bằng cách nở rộng động mạch vành và tăng dòng máu động mạch.

Giảm yêu cầu oxy bởi sự giảm làm việc của tim. Ảnh hưởng huyết động học bởi sự giảm máu quay lại tĩnh mạch

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

và giảm áp lực máu. Thuốc chống co thắt có thể chia 3 nhóm, phụ thuộc vào tác dụng.

- *Nitrat*: Không tác dụng trực tiếp lên tim mà nới lỏng động mạch vành và mạch máu ngoại vi (giảm sự quay lại của máu tĩnh mạch và thể tích buồng thất trái). Nitroglycerin là thuốc được chọn để điều trị cơn cấp tính co thắt tim.

- *Thuốc chẹn kênh calci*: Tác dụng trực tiếp và không trực tiếp lên tim bằng sự kìm hãm ion calci tràn qua màng tế bào tim và cơ tim. Sự giảm dòng calci tràn vào làm cho những tế bào này co cơ chậm hơn nên giảm sự co lại và tăng nới mạch.

- *Thuốc chẹn beta adrenergic*: Tác dụng trực tiếp lên tim bởi sự chẹn đáp ứng của tim đối với sự kích thích giao cảm nên khử được tốc độ và lực co.

Công dụng:

Thuốc ngăn chặn hay giải toả chứng thiếu máu cục bộ. Cải thiện oxy tim, tác dụng chịu đựng ; giảm áp lực máu. Khử tần số và mức độ tấn công của cơn co thắt tim.

Liều dùng và đường dùng:

Chọn thuốc và liều dùng phụ thuộc vào tình trạng người bệnh, đáp ứng riêng, tuổi tác, chiều cao, trọng lượng bệnh nhân.

Thuốc có thể đặt dưới lưỡi, uống, tiêm tĩnh mạch. Liều thấp nitroglycerin có thể đặt ở da để duy trì.

Khi các thuốc này dùng theo đường tiêm, bệnh nhân được kiểm tra tim, áp lực máu 5 phút một lần cho đến lúc ổn

định. Người già thường yêu cầu liều thấp. Trẻ em chỉ dùng verapamil và nitroglycerin.

Chống chỉ định:

Mẫn cảm với thuốc, chảy máu não, thiếu máu nặng, tăng áp lực sọ não, glôcôm, huyết khối mạch vành cấp, nhũn não, hạ huyết áp. Cần lưu ý ở bệnh nhân mẫn cảm với thuốc có thể nhức đầu trong chốc lát, buồn nôn, cơn "bùng nóng", hạ huyết áp.

Tác dụng phụ:

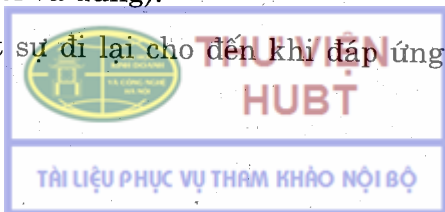
Mẫn cảm: phát ban tạm thời trên da, ngứa, hạ huyết áp.

Đau đầu, chóng mặt, buồn nôn. Da đỏ bừng. Bệnh da dày - ruột.

Điều dưỡng khi dùng thuốc:

Chẩn đoán chăm sóc về mức độ tổn thương, lo âu bồn chồn, rất khó chịu.

- Đặt dưới lưỡi nitroglycerin khi có dấu hiệu co thắt đầu tiên.
- Ghi mạch và áp lực máu trước và sau khi dùng thuốc.
- Theo dõi tác dụng phụ gây đau đầu, nhất là khi dùng thuốc lâu dài.
- Quan sát tư thế huyết áp, đo huyết áp cả hai tay (có thể cả ngồi và đứng).
- Giám sát sự đi lại cho đến khi đáp ứng thuốc được xác định.



- Hướng dẫn và giải thích cho bệnh nhân và gia đình khi dùng thuốc như tác dụng chống co thắt của thuốc, giải thích cách dùng thuốc khi dùng đặt dưới lưỡi có thể dùng cả ban ngày cũng như ban đêm, liều có thể nhắc lại 10 - 15 phút với 3 lần liều. Nếu tác dụng chống co thắt không giảm thì nhất thiết phải có biện pháp cấp cứu tốt hơn.

2.5. THUỐC CHỐNG LO ÂU, BỒN CHỒN, GÂY NGỦ, AN THẦN (antianxiety, sedative, hypnotic)

- Kháng HISTAMIN:

Diphenhydramin hydroclorid

(Benadryl)

Doxylamin succinat

(Unisom)

Hydroxyzin hydroclorid

(Atarax)

Promethazin hydroclorid

(Phenergan)

- BENZODIAZEPIN

Alprazolam (Xanax)

Clordiazepoxid (Libritabs)

Clordiazepoxid hydroclorid

(Librium)

Clorazepat dipotassium

(Tranxene)

Diazepam (Valium)

Flurazepam hydroclorid

(Dalmane)

Halazepam (Paxipam)

Lorazepam (Ativan)

Midazolam hydroclorid

(Versed)

Oxazepam (Serax)

Prazepam (Centrax)

Temazepam (Restoril)

Triazolam (Halcion)



BARBITURAT:

Pentobarbital (Nembutal)

Phenobarbital Natri

Pentobarbital Natri

(Luminal sodium)

(Nembutal Natri)

Secobarbital Natri

Phenobarbital (Barbita)

(Seconal)

CÁC LOẠI KHÁC:

Buspiron hydroclorid

Cloral hydrat (Noctec)

(BuSpar)

Paraldehyd (Paral)

Tác dụng:

Thuốc chống lo âu bồn chồn, gây ngủ, an thần làm cho thần kinh trung ương bớt căng thẳng hay gây ngủ phụ thuộc vào liều dùng, đường dùng và cá thể người bệnh. Liều thấp làm dịu (Sedative), thúc đẩy mạnh sự giảm căng thẳng thần kinh và sau đó là ngủ, trong khi đó liều cao (liều ngủ) tạo nên giấc ngủ. Mặc dầu cơ chế tác dụng chính xác của thuốc chưa rõ nhưng những thuốc này tác động đến xung lực chuyển tải hệ lưới hoạt hoá của thần kinh. Benzodiazepin còn thêm tác dụng chống cholinergic nhất là khi tiêm và ở liều cao.

Những thuốc này rất khác nhau về thời gian bắt đầu có tác dụng và thời gian kéo dài tác dụng. Thí dụ pentobarbital có tác dụng nhanh sau 10 - 15 phút, nhưng thời gian tác dụng ngắn từ 2-4 giờ. Phenobarbital có tác dụng bắt đầu 60 phút nhưng tác dụng kéo dài hơn, đỉnh tác dụng 10 - 12 giờ.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Một vài loại thuốc này còn thêm những tác dụng khác như clorazepat dipotassium, diazepam, và phenobarbital khử thể năng cơ xương.

Phenobarbital, diazepam, lorazepam và secobarbital có tác dụng chống co thắt. Có loại tác dụng chủ yếu kháng histamin.

Công dụng:

Theo hai cách chủ yếu:

- Điều trị lo âu, bồn chồn hay mất ngủ.
- Làm dịu trước và trong phẫu thuật.

Mục đích sử dụng là làm giảm căng thẳng và gây ngủ. Kết quả làm dịu, làm giảm đau, an thần, thư giãn trạng thái ngủ tốt, khử tốc độ mạch, áp lực máu, động tác vận động, uể ải, ngủ vật vờ.

Liều và đường dùng:

Liều thay đổi rộng, phụ thuộc vào thuốc, chỉ định dùng, đường dùng và đáp ứng cá thể như tuổi, trọng lượng và tình trạng sức khỏe. Các thuốc có thể năng rất khác nhau. Thí dụ liều của triazolam chỉ là miligam (0,25 - 0,5mg) nhưng liều của serobarbital là 100mg. Một số loại có thể dùng đường uống, một số khác dùng đường tiêm bắp hoặc tiêm ven, trực tràng. Những thuốc này có thể gây nguy hiểm suy hô hấp cho nên rất hạn chế sử dụng bằng đường tiêm tĩnh mạch và được sự theo dõi cẩn thận của thầy thuốc. Benzodiazepin gần như được thay thế barbiturat vì an toàn hơn. Kháng histamin được dùng cho mất ngủ kéo dài như doxylamin, nhiều loại khác được chỉ định để chống

dị ứng, cảm lạnh như diphenhydramin. Trẻ em và người già dùng liều thấp và nên dùng thời gian ngắn.

Không ngừng thuốc đột ngột khi điều trị dài ngày vì gây ra rủi ro, tác dụng không mong muốn.

Chống chỉ định:

Mẫn cảm với thuốc, suy hô hấp, bệnh phổi, sốc, rối loạn chuyển hoá porphyrin, tiền sử dùng thuốc ma túy. Dùng cẩn thận và kiểm tra chặt chẽ trong trường hợp có dụng ý tự tử. Benzodiazepin còn thêm tác dụng kháng cholinergic nên chống chỉ định trong glôcôm, liệt tắc ruột, chứng phì đại tuyến tiền liệt. Tất cả thuốc này chống chỉ định đối với phụ nữ có thai và cho con bú, dùng cẩn thận với trẻ em và người già.

Tác dụng phụ:

Mẫn cảm: ngứa, đỏ da, giảm huyết áp.

Đối với hệ thần kinh trung ương: yếu ớt, chậm chạp, ngủ gà ngủ gật, hoa mắt, chóng mặt, tác dụng khó chịu trong cơ thể, nhầm lẫn, bị kích động ngược.

Đối với tim mạch: giảm nhịp tim, áp lực máu. Tác dụng phụ còn thể hiện giấc ngủ không ổn định, mất ngủ, bồn chồn, mê sảng, hoang tưởng, giật cơ, run, cơn động kinh, sốt.

Điều dưỡng khi dùng thuốc:

Chẩn đoán điều dưỡng về mức độ bệnh tật, sự nhận cảm của hệ thần kinh, như thính giác và thị giác. Tình trạng rối loạn giấc ngủ.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- Trạng thái tâm thần trước khi uống thuốc và kiểm tra sau khi dùng thuốc như gọi chuông, thăm hỏi.
- Tạo môi trường tốt cho sự nghỉ ngơi, điều trị như giảm ồn, ánh sáng nhẹ.
- Kiểm tra bệnh nhân đã nuốt thuốc chưa (không ngậm).
- Nếu dùng thuốc này không giảm nhẹ đau, người bệnh có thể dùng một thuốc giảm đau khác.
- Kiểm tra và báo cáo dấu hiệu dùng quá liều.
- Xem xét tổng thể mức độ thư giãn, trạng thái ngủ.

Giáo dục cho bệnh nhân và gia đình người bệnh hiểu biết khi dùng thuốc như tác dụng của thuốc, sự thanh thải, yếu tố tác động. Tránh dùng cồn, rượu khi dùng thuốc. Hướng dẫn cho bệnh nhân cách ngủ như thời gian ngủ, thư giãn trước khi ngủ, chống những kích động có tác hại. Có thể áp dụng kỹ thuật làm thư giãn như nhạc nhẹ, tắm ấm v.v... Hàng ngày phải tập thể dục, thư giãn nghỉ ngơi tốt như đi bộ.

Cần nhấn mạnh cho bệnh nhân rõ rượu không được dùng như thuốc làm dịu, giảm đau, cơ thể cần có thời gian ngủ ít nhất là 6 giờ hàng ngày.



2.6. THUỐC CHỐNG LOẠN NHỊP TIM (Antiarrhythmics)

PHÂN NHÓM IA

Disopyramid phosphat
(Norpace, Rythmadon
LA.)

Procainamid hydroclorid
(Procan SR)

Quinidin gluconat
(Quinaglute, Quinate)

Quinidin polygalacturonat
(Cardioquin)

Quinidin sulfat (Quinidex)

PHÂN NHÓM IB

Lidocain hydroclorid
(Xylocaine, Xylocard)
Mexiletin hydroclorid
(Mexitil)

Phenytoin Natri
(Dilantin)

Tocainid hydroclorid
(Tonocard)

PHÂN NHÓM IC:

Encainid hydroclorid
(Enkaid)
Flecainid acetat
(Tambocor)

Propafenon hydroclorid
(Rythmol)

NHÓM II

Acebutolol hydroclorid
(Sectral, Monitan)
Atenolol (Tenormin,
Noten)

Propranolol hydroclorid
(İndetral, Apo - Propra-
nolol, Deralin)

Timolol maleate
(Blocadren, Apo-Timol).



Esmolol hydroclorid

(Brevibloc)

Metoprolol tartrat

(Lopressor, Betaloc)

NHÓM III

Amiodaron hydroclorid

(Cardarone)

Bretylum tosylat

(Bretylol, Bretylate)

NHÓM IV

Verapamil hydroclorid

(Calan, Veradil)

CÁC THUỐC KHÁC

Amrinon lactat (Inocor)

Atropin sulfat hydroclorid

Digitoxin (Crystodigin)

Digoxin (Lanoxin)

Edrophonium clorid

Tác dụng:

Hầu hết thuốc chống loạn nhịp tim ngăn chặn hay làm đúng nhịp tim đã bị sai lệch so với nhịp tim bình thường bằng sự thay đổi dòng ion đi qua màng tim (như Na^+ , K^+ , Ca^{2+}). Là những thuốc làm đúng lại dòng điện sinh lý bất thường của nhịp tim rối loạn bằng sự khử tính tự động, giảm dẫn truyền và kéo dài thời kỳ chống kháng hoặc tạo ra sự kết hợp các yếu tố trên.



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Thuốc chống loạn nhịp tim được chia làm 4 nhóm phụ thuộc vào tác dụng và ảnh hưởng của chúng đối với điện tim.

Nhóm I: Gồm các thuốc có tính ổn định màng tế bào tim, can thiệp vào quá trình khử cực tế bào, cản trở ion Na^+ đi vào trong tế bào; trong nhóm này gồm 3 phân nhóm chính.

Phân nhóm IA: Nhóm thuốc phong bế kênh chuyển Na^+ . Thuốc của nhóm này làm giảm tính dẫn truyền của các tế bào chủ yếu thuộc hệ His - Purkinje, kéo dài điện thế hoạt động tế bào nhất là thời kỳ trơ có hiệu lực và làm giảm tính tự động, giảm sức co bóp cơ tim, tác động lên cả nhĩ lẫn thất. Nhiều thuốc trong nhóm này có tác dụng chống cholinergic.

Phân nhóm IB: ức chế kênh chuyển Na^+ nhưng ít cản trở ion Na^+ vào trong tế bào hơn nên ít làm giảm tính dẫn truyền, làm ngắn thời kỳ trơ có hiệu lực nhất là điện thế hoạt động tế bào, giúp cho thời kỳ trơ của các tổ chức đồng đều hơn và cũng giảm tính tự động của các tế bào đặc biệt trên sợi purkinje. Các thuốc này ít làm giảm co bóp của tim, tác động chủ yếu ở tâm thất.

Phân nhóm IC: có tác dụng phong bế kênh natri làm giảm tính tự động bởi sự khử cực chậm nên các thuốc này kéo dài thời gian trơ có hiệu lực mà ít làm thay đổi thời gian hoạt động điện thế của tế bào, làm giảm tính dẫn truyền, giảm nhẹ sức co bóp tim, tác động lên cả nhĩ và thất.

Nhóm II: Gồm các thuốc phong bế beta adrenergic và thuốc liệt giao cảm. Tác dụng chủ yếu đối với các rối loạn

tim có vai trò của hệ giao cảm, làm giảm tính tự động của các ổ tạo nhịp, làm giảm tính dẫn truyền của nút nhĩ - thất, giảm nhẹ sức co bóp cơ tim. Bretylium được xếp vào nhóm này vì có tác dụng liệt giao cảm.

Nhóm III: Gồm các thuốc có tác dụng chủ yếu là kéo dài điện thế hoạt động tế bào và thời kỳ trơ có hiệu lực. Không làm thay đổi tốc độ tối đa khử cực do cản trở ion K^+ thoát ra ngoài. Ảnh hưởng tới thời gian trơ của tâm thất và sợi purkinje đưa đến tác dụng chống rung. Giảm kích thích của tế bào, giảm tính tự động của nút xoang.

Nhóm IV: Gồm các thuốc phong bế dòng calci chậm, ảnh hưởng kéo dài thời gian trơ đặc biệt trên nút AV (Tuy nhiên không phải các chất phong bế calci đều có tác dụng chống loạn nhịp tim). Thuốc thường được dùng là verapamil làm giảm tính kích thích, tính dẫn truyền của nút nhĩ - thất, tính tự động của nút xoang và giảm sức co bóp tim.

Sự phân loại như trên được nhiều tài liệu công bố nhưng còn thiếu những thuốc chữa nhịp tim chậm chưa xếp được (digitalis, atropin, adenosin...), các thuốc mới xếp theo cơ chế tác dụng được lý được xếp thành một nhóm riêng: Nhóm các thuốc khác.

Công dụng:

Thuốc được dùng điều trị và ngăn chặn rối loạn nhịp tim với mục đích trị liệu xúc tiến sự bình thường nhịp xoang với sự đáp ứng điều hoà của buồng thất. Đạt kết quả nhịp xoang bình thường thể hiện qua điện tim đồ, không còn biểu hiện lâm sàng của rối loạn nhịp tim.

Liều và đường dùng:

Mặc dầu thuốc chống rối loạn nhịp tim được xếp thành nhóm nhưng các thuốc này có tác dụng khác nhau do vậy liều và đường dùng cũng rất khác nhau. Hầu hết các thuốc được dùng theo đường uống, trừ trường hợp nguy kịch mới dùng theo đường tiêm. Các thuốc atropin, bretylium và lidocain chỉ dùng đường tiêm tĩnh mạch.

Lưu ý: Dùng đường tiêm với bất cứ loại thuốc rối loạn nhịp tim nào, bệnh nhân phải được kiểm tra tim và sẵn sàng xử lý khi cần thiết.

Trong quá trình dùng thuốc nhiều thay đổi lâm sàng có thể xảy ra cho nên xét nghiệm thăng bằng acid - base, điện giải cần theo dõi. Lựa chọn thuốc thích hợp cho loại bệnh, theo dõi tình trạng sức khoẻ để hiệu chỉnh liều thích hợp.

Chống chỉ định: Nhạy cảm với thuốc và thuốc liên quan với tim, suy thận, suy gan và sốc tim. Dùng rất cẩn thận với người tiểu đường và cao huyết áp.

Tác dụng phụ: mẫn cảm, đỏ da, khó thở, tăng quá mức tác dụng phụ. Trở nên xấu hơn rối loạn nhịp tim, rối loạn nhịp kiểu mới, hạ huyết áp, thay đổi điện tim đồ. Hoa mắt, chóng mặt, nhức đầu nhẹ, lo sợ, buồn nôn.

Điều dưỡng khi dùng thuốc:

Có thể chẩn đoán điều dưỡng mức độ thương tổn.

- Báo cáo ngay nếu có hiện tượng bất thường về cung cấp oxy tim, cân bằng acid - base, chất điện giải (đặc biệt hạ kali). Kiểm tra tất cả bệnh nhân về mức độ giảm kali máu một cách chặt chẽ.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- Giữ lại liều và báo cáo nếu sau uống thuốc mà xảy ra áp lực máu biến động, nhịp tim chậm, loạn nhịp mới.
- Kiểm tra chặt chẽ hiện tượng hoa mắt, chóng mặt hay đau đầu nhẹ. Cần giữ bệnh nhân ở giường nằm.
- Theo dõi trạng thái nghỉ và hoạt động.
- Kiểm tra trạng thái tim như áp lực máu, nhịp tim, tốc độ thở cứ 4 giờ 1 lần trong giai đoạn điều chỉnh liều sử dụng.
- Hướng dẫn bệnh nhân và gia đình cách dùng thuốc, theo dõi trong quá trình sử dụng: đúng thời gian, đúng liều, không được lặp lại liều. Thuốc có thể gây tác dụng phụ. Biết theo dõi mạch, huyết áp và báo cáo với thầy thuốc khi có triệu chứng bất thường.

2.7. THUỐC KHÁNG CHOLINERGIC, HUỖ PHÓ GIAO CẢM (Anticholinergics, parasympatholytics)

Atropin sulfat

Benztropin mesylat

(Cogentin)

Biperiden (Akineton)

Glycopyrrolat (Robinul)

Ipratropium bromid

(Atrovent)

Procyclindin hydroclorid

(Kemadrin)

Propanthelin bromid

(Pro-Pantheline,

Panthelin, Propanthel)

Scopolamin

Trihexyphenidyl

hydroclorid (Artane).



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Tác dụng:

Đối kháng cạnh tranh với acetylcholin ở receptor của hệ muscarinic; với liều cao và tiêm vào động mạch thì mới thấy tác dụng đối kháng này trên hạch và bản vận động cơ vân. Kháng acetylcholin tác dụng lên cơ vân, cơ tim và sự bài tiết, tác dụng trên hệ thống cơ quan như sau:

- *Mắt*: làm giãn đồng tử và mất khả năng điều tiết, do đó chỉ nhìn được xa. Do làm cơ mi giãn ra nên các ống thông dịch nhãn cầu bị ép lại, làm tăng nhãn áp, cho nên không được dùng atropin cho người bị tăng nhãn áp.

- *Thần kinh trung ương*: Đối với người lớn, vài loại kháng acetylcholin (ví dụ: atropin) có một ít ảnh hưởng nhưng loại khác (như Scopolamin) có tác dụng an thần và gây buồn ngủ ở liều điều trị. Atropin kích thích nhẹ hành tủy đặc biệt là nhân phế vị gây chậm nhịp tim và tác động an thần. Liều độc atropin và scopolamin gây kích thích, bồn chồn, ảo giác, hôn mê. Scopolamin có tác dụng chống rối loạn tiền đình và say tàu xe.

- *Hệ hô hấp*: làm giãn phế quản nhất là khi bị co thắt do vì cường phó giao cảm. Giảm tiết dịch đường hô hấp nên làm khô niêm mạc đường hô hấp, kích thích trung tâm hô hấp, được dùng để cắt cơn hen.

- *Đường tiêu hoá*: giảm bài tiết nước bọt, dịch vị. Ít tác động trên nhu động bình thường nhưng làm giảm co thắt ruột khi tăng tiết acetylcholin hay chất cường phó giao cảm khác.



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- *Tim mạch*: tăng tốc độ và nhịp tim do ức chế thần kinh phế vị. Ở liều thích hợp, atropin có thể làm mất nhiều phản xạ, chậm tim do thần kinh phế vị. Ít ảnh hưởng trên mạch vì cholinergic ít phân phối trên mạch nhưng nếu mạch bị giãn do cường phó giao cảm thì atropin làm co.

- *Hạch tiết*: làm giảm tiết nước bọt, mồ hôi, dịch ở mũi - miệng - hầu - phế quản. Ít gây giảm tiết dịch tụy và mật. Giảm tiết dịch làm khô miệng và da.

- *Bàng quang và tử cung*: Giảm co thắt cơ trơn bàng quang nhưng ít tác động trên cơ trơn tử cung.

- *Trên da*: Giãn mạch da nhất là ở môi trường nóng vì thuốc không làm tiết mồ hôi được, nên mạch càng giãn ra để chống với xu hướng tăng nhiệt.

Công dụng:

- Dùng trong nhãn khoa để làm giãn đồng tử trong soi đáy mắt, ít ding, trừ khi cần tác động kéo dài và kèm liệt điều tiết. Ngăn sự dính mống mắt và viêm mống mắt.

- Trị hen suyễn như loại atrovent tuy kém hiệu quả hơn chất chủ vận β adrenergic nhưng ít gây loạn nhịp tim hơn và ít tác động kháng muscarin do hấp thu kém và chuyển hoá nhanh.

- Trong gây mê làm thuốc tiền mê do giảm tiết nước bọt và dịch phổi. Tránh ngừng tim do phản xạ của dây thần kinh số X.

- Chống những cơn đau do co thắt cơ trơn như đau túi mật, đau thận, đau dạ dày, đau bụng.

- Đối với tim hiện nay ít dùng những thuốc có tác dụng làm chậm nhịp tim và ngắt do phản xạ xoang cổ, truy tim

mạch, nhồi máu cơ tim cấp do quá độ phế vị, rối loạn dẫn truyền như tắc nhĩ thất hoặc tim chậm nhịp do ảnh hưởng của dây X. Điều trị ngộ độc nấm loại muscarin và ngộ độc các thuốc phong toả cholinesterase.

Liều và đường dùng:

Phụ thuộc thuốc, chỉ định dùng, sự đáp ứng theo tuổi, trọng lượng, tình trạng sức khỏe. Trẻ em và người già yêu cầu liều thấp.

Thuốc có thể dùng đường uống, tiêm. Uống trước khi ăn 30 đến 60 phút vì thức ăn ảnh hưởng đến hấp thu của thuốc.

Chống chỉ định:

Mẫn cảm đối với thuốc. Tăng nhãn áp, đặc biệt tăng nhãn áp góc đóng, tiền sử phì đại tuyến tiền liệt, thiếu máu cơ tim cục bộ, tăng năng tuyến giáp, tắc bàng quang, viêm ruột. Dùng cẩn thận với người già và trẻ em.

Tác dụng phụ:

Mẫn cảm: phát ban, khô khè khó thở; mở rộng đồng tử, kém nhạy cảm ánh sáng, giảm tiết nước mắt. Phổi bị tràn đầy chất nhầy. Nhịp tim nhanh, loạn nhịp tim, hạ huyết áp. Giảm nhu động ruột, miệng khô. Bí tiểu tiện. Cơ yếu.

Điều dưỡng khi dùng thuốc:

- Căn dặn người bệnh uống thuốc trước bữa ăn 30-60 phút.
- Trước khi dùng bất cứ thuốc kháng cholinergic nào cũng hỏi tiền sử có glôcôm không và không dùng thuốc mà cần hỏi lại thầy thuốc.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- Kiểm tra chặt chẽ nhu động ruột, mức tiểu tiện.
- Giảm khô miệng bằng nước.
- Giáo dục và hướng dẫn bệnh nhân cách dùng thuốc hợp lý, chú ý những tác dụng phụ như khô miệng, không dùng quá liều đã cho.

2.8. THUỐC CHỐNG ĐÔNG MÁU, ENZYM TIÊU HUYẾT KHỐI (Anticoagulant, thrombolytic enzym)

THUỐC CHỐNG ĐÔNG MÁU

Heparin calci (Calciparine,
Calcilean, Caprin)

Warfarin natri (Coumadin,
Warfilone I sodium)

Heparin natri (Heparin
Lock Flush Solution
Hepalean Uniparin)

THUỐC TIÊU HUYẾT KHỐI (Enzym)

Alteplese-tPA (Activase,
Actilyse)
Anistreplase (Eminase)

Streptokinase (Streptase)
Urokinase (Abbokinase,
Ukidan)

Tác dụng:

Thuốc chống đông máu và enzym tiêu huyết khối gây nguy hiểm chảy máu, chúng có tác dụng khác nhau.

Thuốc chống đông máu làm chậm trễ sự đông vón và hình thành huyết khối bởi thuốc làm kìm hãm sự hình thành thrombin trực tiếp trong máu hay thông qua kìm hãm tổng hợp prothrombin ở gan.

+ Heparin tác dụng chống đông trực tiếp nhanh chóng do sự kết hợp với alpha globin (là heparin cofactor) tạo thành antithrombin. Ở liều cao heparin ức chế ngưng tụ tiểu cầu.

+ Warfarin tác dụng gián tiếp bởi sự kìm hãm yếu tố đông máu (II, VII, và X) phụ thuộc vitamin K dạng khử. Chỉ sau 16-48 giờ quá trình đông vón mới có ý nghĩa tác dụng.

Heparin gây tăng một phần thời gian thromboplastin (PTT) còn warfarin gây tăng thời gian prothrombin (PT). Sự tăng PTT hay PT giảm nguy hiểm hình thành khối huyết nhưng rủi ro làm chảy máu. Vì lý do đó phải kiểm tra chặt chẽ PTT và PT tránh nguy hiểm tạo huyết khối hay chảy máu.

Enzym tiêu huyết khối trực tiếp làm tan huyết khối bởi sự phân huỷ fibrin và chuyển plasminogen thành plasmin. Enzym giáng hoá trực tiếp fibrin.

Thuốc làm tiêu huyết khối tác dụng trong cơ thể nên rất dễ gây chảy máu nhất là gây xuất huyết não và xuất huyết ở những nơi khác khá trầm trọng.

Công dụng:

- Thuốc chống đông máu dùng để điều trị nguy cơ nghẽn mạch hay tắc mạch như viêm tĩnh mạch huyết khối, tắc mạch phổi, viêm động mạch vành. Heparin dùng trong trường hợp nguy kịch, ngược lại warfarin dùng ngăn sự tạo thành khối huyết lâu dài.

Mục đích điều trị là ngăn cản tắc nghẽn mạch máu. PTT (heparin) và PT (warfarin) từ 1,5-2 lần so với giá trị bình thường.

Liều thấp heparin có tác dụng duy trì làm thông mạch dòng máu:

- Enzym tiêu huyết khối dùng trong những bệnh cảnh đặc biệt như hoà tan huyết khối ở động mạch, điều trị huyết khối mạch vành khẩn cấp, nghẽn mạch phổi, huyết khối tĩnh mạch ở sâu. Thuốc nên sử dụng sớm trong vòng trước 6 giờ có triệu chứng tắc nghẽn, đạt kết quả tốt. Dùng đường tĩnh mạch tốt hơn động mạch.

Liều dùng và đường dùng:

Thuốc chống đông có thể uống như warfarin hoặc đường tiêm heparin. Heparin tiêm tĩnh mạch hay dưới da. Vì heparin cực kỳ gây kích thích tế bào cho nên tiêm dưới da cần đặc biệt lưu ý điều dưỡng dùng thuốc. Giới hạn liều phụ thuộc vào chỉ định dùng, đường dùng, đáp ứng của bệnh nhân. Liều xác định bởi sự kiểm tra PTT cho heparin và PT cho warfarin.

Thuốc tiêu khối huyết nghẽn được tiêm tĩnh mạch có thể vào thẳng mạch vành tim (bởi thầy thuốc). Liều đặc biệt và phương pháp sử dụng phụ thuộc tình trạng lâm sàng nguy cấp của bệnh nhân. Thường enzym tiêu khối huyết dùng để giải toả tắc nghẽn còn heparin dùng để ngăn chặn sự hình thành sự tắc nghẽn mới. Sử dụng thuốc chống đông máu nhất là thuốc tiêu khối huyết phải chăm sóc và có kinh nghiệm do thầy thuốc, y tá đã được huấn luyện đào tạo có trình độ cao đảm nhiệm.

Chống chỉ định:

Thuốc chống đông máu: Loét da dày có thể gây chảy máu, bệnh gây chảy máu, có khuynh hướng chảy máu, giảm

tiểu cầu, tăng huyết áp không kiểm soát được, chảy máu não, bệnh nhân mới mổ, bệnh gan thận tiến triển. Dễ chảy máu do thiếu hụt các yếu tố đông máu, rối loạn thẩm thấu qua mạch. Viêm màng trong tim nhiễm khuẩn cấp. Dùng cẩn thận với người già, phụ nữ có thai và cho con bú.

Thuốc tiêu khối huyết: Dị ứng hoặc không dung nạp enzym này; Nhiễm liên cầu khuẩn mới xảy ra và các chống chỉ định như trạng thái chảy máu đã biết hoặc tiềm tàng. Bệnh vớng mạc nặng do đái tháo đường. Những chống chỉ định thuốc chống đông máu cần chú ý khi dùng thuốc enzym tiêu khối huyết vì cùng chung sự chống chỉ định.

Tác dụng phụ:

Thuốc chống đông máu: Mẫn cảm thuốc như sốt, run, đau đầu, buồn nôn, nôn, đỏ da, chảy nước mắt, phản vệ, chảy máu.

Thuốc tiêu huyết khối: Mẫn cảm thuốc gây đau đầu, buồn nôn, đau cơ, khó thở, sốc phản vệ, chảy máu. Để giảm bớt tác dụng phụ trước khi dùng streptokinase hay urokinase thường dùng diphenhydramin.

Điều dưỡng khi dùng thuốc:

- Xác định tiền sử chảy máu trước khi dùng liều đầu tiên.
- Kiểm tra giá trị PTT và PT trước khi dùng liều đầu tiên và kiểm tra giới hạn thuốc hàng ngày cho đến khi ổn định.
- Căn cứ vào giá trị PTT và PT mà định liều phù hợp.
- Trước khi cho liều tiếp phải xem xét giá trị PTT và PT có ở trong giới hạn thuốc điều trị về khả năng

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

tạo khối huyết (nếu giới hạn điều trị thấp) hay chảy máu (nếu giới hạn điều trị cao).

- Ghi lại lượng thuốc chống đông đã điều trị, tránh hiện tượng dùng quá mức, thường xuyên kiểm tra PTT và PT để có liều an toàn.
- Kiểm tra chặt chẽ hiện tượng chảy máu ở da, dạ dày, xuất huyết.
- Xem xét, báo cáo dấu hiệu sốt, đỏ da.
- Đối với thuốc tiêu huyết khối phải có bác sĩ, thầy thuốc chuyên khoa mới được sử dụng.
- Chú ý phản ứng dị ứng khi dùng streptokinase hay urokinase.
- Giữ bệnh nhân nằm ở giường.
- Kiểm tra chặt chẽ dấu hiệu xuất huyết não và nơi khác.
- Giáo dục gia đình và bệnh nhân những hiểu biết khi dùng thuốc, điều dưỡng dùng thuốc.
- Giải thích cho người bệnh hiểu là aspirin, salicylat, ibuprofen dùng có tác dụng chống đông máu nên cấm dùng.
- Chú ý dùng thuốc đúng liều, đúng thời gian. Nếu quên uống thì uống ngay sau đó.
- Khi có dấu hiệu bất thường như máu trong nước tiểu, phải báo cáo ngay cho thầy thuốc điều trị.
- Dùng bàn chải đánh răng mềm, dao cạo chạy điện để không làm tổn thương.
- Khi dùng thuốc enzym tiêu huyết khối phải kiểm tra kỹ những dấu hiệu hoạt động, điện tim. Luôn

luôn có y tá, người chăm sóc thông báo những dấu hiệu mới lạ, nếu cần phải xử lý kịp thời.

- Những chống chỉ định không dùng thuốc phải tuân thủ nghiêm túc.

2.9. THUỐC CHỐNG CO GIẬT (anticonvulsant)

BARBITURAT

Mephobarbital (Mebaral)

Phenobarbital (Luminal)

Primidon (Mysoline,

Sertan)

BENZODIAZEPIN

Clonazepam (Klonopin)

Diazepam (Valium)

Lorazepam (Ativan)

HYDANTOIN

Ethotoin (Peganone)

Mephentyoin (Mesantoin)

Phenytoin (Dilatin)

SUCCINIMID

Ethosuximid (Zarontin)

Methsuximid (Celontin)

Phensuximid (Milontin)

CÁC THUỐC KHÁC

Acetazolamid natri

(Diamox)

Carbamazepin (Tegretol,

Mazepine, Tetril)

Magnhe sulfat

Paraldehyd (Paral)

Phenacemid (Phenurone)

Valproic acid (Depakene)

Valproat natri (Epilim)

Divalproex natri (Depakote,

Epival, Valcote)



THƯ VIỆN
Y HỌC

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Tác dụng:

Thuốc chống co giật ngăn chặn trạng thái xuất hiện cơn (nâng mức ngưỡng lên cơn) hay khử mức độ xuất hiện cơn bởi sự giảm điện thế thần kinh bị kích động. Mặc dầu thuốc chống co giật không trị được nguyên nhân gây bệnh nhưng nó giới hạn sự xuất hiện cơn bởi nhiều cách tác dụng: giảm kích thích vỏ não vận động, thay đổi hàm lượng chất dẫn truyền thần kinh hoặc ổn định màng tế bào thần kinh bằng sự kiểm tra dòng ion Na^+ qua màng tế bào.

Barbiturat và benzodiazepin có tác dụng giảm kích thích thần kinh trung ương. Phenytoin có tác dụng chống loạn nhịp. Carbamazepin thường dùng điều trị động kinh và có tác dụng hướng tâm thần nên được chỉ định các cơn động kinh có rối loạn vận động - tâm thần, cơn động kinh kiểu lớn, các thể động kinh hỗn hợp, động kinh khu trú.

Công dụng:

Điều trị các thể động kinh như sau:

THUỐC SỬ DỤNG	DẠNG ĐỘNG KINH				
	1	2	3	4	5
Hydantoin:					
Ethotoin	•			•	
Mephenytoin	R		R	R	
Phenytoin	★		•	•	★



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Barbiturat:					
Mephobarbital	•	•			
Phenobarbital	★		•	•	•
Primidon	•		•	•	
Succinimid:					
Ethosuximid		★			
Methosuximid		R			
Phensuximid		R			
Benzodiazepin:					
Clonazepam		•			
Diazepam					★
Loại khác:					
Acetazolamid	•	•			
Carbamazepin	★				
Phenacemid				R	
Valproic acid	•	•		•	

Ghi chú:

• Dùng thuốc

★ Thích hợp, ưu tiên dùng

R Sử dụng dài dài (khi lên cơn không kiểm soát được bởi thuốc khác).

Các dạng động kinh

1 = Trương lực - Giật rung

2 = Vắng ý thức

3 = Động kinh cục bộ

4 = Động kinh toàn bộ

5 = Động kinh liên tục



Magnesi sulfat ($MgSO_4$): chứng kinh giật, sản giật, phù não, phù phổi.

Paraldehyd: ngủ, an thần, dùng cho say rượu có liên quan đến sự xuất hiện cơn giật.

Liều dùng và đường dùng:

- Giới hạn liều và đường dùng phụ thuộc mức độ bệnh, cá thể người bệnh về sự đáp ứng thuốc, tuổi, chiều cao, trọng lượng.
- Chọn thuốc đúng dạng bệnh.
- Chọn thuốc có tác dụng phụ ít nhất và thường sử dụng thuốc với liều thấp nhất, xác định nồng độ thuốc trong máu.
- Hầu hết các thuốc chống co giật sử dụng bằng đường uống nhưng có thể dùng đường tiêm bắp hay tiêm tĩnh mạch nhưng cần kiểm tra đặc tính riêng của thuốc.
- Nhiều thuốc khác làm thay đổi ngưỡng xuất hiện cơn và có thể giảm tác dụng chống co giật. Vì lý do đó, không bao giờ dùng chung với một loại thuốc khác. Bệnh nhân được kiểm tra cẩn thận về sự rủi ro của sự xuất hiện cơn.

Chống chỉ định:

Quá mẫn cảm với thuốc; rối loạn dẫn truyền nhĩ thất; bloc nhĩ thất, kết hợp với IMAO; lupus ban đỏ toàn thân; tiền sử có rối loạn chuyển hoá porphyrin giai đoạn cấp tính; tiền sử có ức chế tủy. Dùng cẩn thận với người bệnh thận, bệnh gan, phụ nữ có thai, người già và trẻ em vì nhiều rủi ro có thể xảy ra.

Tác dụng phụ:

Tác dụng phụ quá mức gây ít hay nhiều phát ban trên da. Buồn ngủ, chóng mặt, chán ăn, buồn nôn, tiêu chảy, táo bón, khô miệng, rối loạn điều tiết, nhược cơ, mệt mỏi. Dị ứng mề đay, phát ban. Giảm số lượng bạch cầu (dao động, thoáng qua), giảm Na^+ máu trong một số hiếm trường hợp. Trường hợp cá biệt có hội chứng Stevens- Johnson.

Điều dưỡng khi dùng thuốc:

- Ghi nhận chi tiết tiền sử xuất hiện cơn, loại cơn, chu kỳ, thời gian xảy ra, mức độ cần được đánh giá.
- Lịch trình liều điều trị để duy trì hàm lượng thuốc trong huyết thanh.
- Theo dõi hàm lượng thuốc trong huyết thanh, báo cáo mức độ không ở trong giới hạn điều trị.
- Kiểm tra màng nhầy niêm mạc miệng để đánh giá.
- Quan sát trạng thái tinh thần và những vấn đề liên quan, báo cáo những tác dụng phụ biểu hiện không an toàn.
- Điều trị dài ngày cần kiểm tra chức năng gan, công thức máu, báo cáo dấu hiệu tác dụng phụ (lở loét họng, sốt, nhiễm khuẩn).
- Kiểm tra cẩn thận đối với phụ nữ có thai vì mức tăng rủi ro khi xuất hiện cơn (có thể yêu cầu liều cao hơn), sau khi sinh, quan sát tác dụng phụ như rủi ro chảy máu.
- Theo dõi và ghi chép những biểu hiện hoạt động của bệnh nhân trước và sau khi dùng thuốc.



THƯ VIỆN

Y HỌC

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- Giáo dục bệnh nhân và gia đình biết điều dưỡng tốt khi dùng thuốc.
- Nhắc nhở dùng thuốc đúng giờ qui định để đạt nồng độ thuốc trong máu ổn định, có thể uống thuốc với thức ăn hoặc không ăn.
- Không ngừng thuốc đột ngột mà phải giảm liều dần.
- Hướng dẫn bệnh nhân biết yêu cầu và giúp đỡ khi lên cơn như thở, gọi người giúp đỡ phục vụ.
- Chú ý: rượu làm giảm tác dụng của thuốc.

2.10. THUỐC CHỐNG TRẦM CẢM (Antidepressant)

THUỐC CHỐNG TRẦM CẢM BA VÒNG (tricyclic antidepressant)

Amitriptylin hydroclorid
(Elavil, Levate)

Amoxapin (Asendin)

Desipramin hydroclorid
(Norpramin)

Doxepin hydroclorid
(Sinequan, Triadopin)

Imipramin hydroclorid
(Tofranil, Impril)

Imipramin pamoat
(Tofranioil-PM)

Maprotilin hydroclorid
(Ludiomil)

Nortriptylin hydroclorid
(Avetyl)

Protrptylin hydroclorid
(Vivactil, Triptil)

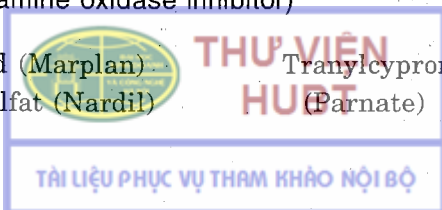
Trimipramin maleat
(Surmontil, Apo - Trimip)

IMAO (Monoamine oxidase inhibitor)

Isocarboxazid (Marplan)

Phenelzin sulfat (Nardil)

Tranlycypromin sulfat
(Parnate)



THUỐC CHỐNG TRẦM CẢM KHÔNG ĐIỂN HÌNH (Atypical antidepressant)

Bupropion hydroclorid
(Wellbutrin)

Clomipramin hydroclorid
(Anafranil)

Fluoxetin hydroclorid
(Prozac)

Lithi
Trazodoen hydroclorid
(Desyrel)

Tác dụng:

Các thuốc chống trầm cảm làm giảm trầm cảm bởi tác dụng tăng hàm lượng các amin dẫn truyền thần kinh như norepinephrin, serotonin và dopamin ở não. Cơ chế tác dụng của thuốc chống trầm cảm chưa thật rõ nhưng trầm cảm là do mất cân bằng phối hợp giữa các chất dẫn truyền thần kinh. Thuốc này được chia làm ba nhóm chính.

- Thuốc chống trầm cảm 3 vòng (TCA) vì cấu trúc hoá học có 3 vòng. Chúng có tác dụng làm giảm hấp thu nên tăng hàm lượng các chất dẫn truyền thần kinh ở synap.

- IMAO kìm hãm sự thoái hoá chất dẫn truyền thần kinh nên cùng tăng nồng độ các chất này.

- Các thuốc chống trầm cảm khác không điển hình thường có mối quan hệ chặt chẽ về cơ chế tác dụng như TCA hơn là IMAO, nhưng cấu tạo hoá học và tác dụng phụ thì không tương tự.

Liều và đường dùng:

Liều và đường dùng phụ thuộc vào thuốc, chỉ định dùng, đáp ứng riêng, tuổi, chiều cao, trọng lượng, tình trạng dinh dưỡng.

Liều của tất cả các thuốc chống trầm cảm được chuẩn xác cẩn thận với sự kiểm tra chặt chẽ về sự đáp ứng liều (liều đáp ứng hoàn toàn đầy đủ có thể không xảy ra từ 2-4 tuần).

Hầu hết các dạng thuốc là viên nén hay viên nhộng, một vài loại là dung dịch, dùng đường uống. Amitriptylin và imipramin dùng đường tiêm dưới da.

Cần chú ý IMAO nguy hiểm, có thể gây tử vong khi có sự tương tác giữa thuốc với thuốc, thuốc với thức ăn. Vì vậy khi dùng một thuốc trầm cảm khác mà thất bại thì phải kiểm tra tác dụng được lý trước khi cho thuốc đó với bất kỳ thuốc nào khác. Nếu thuốc mới có sự tương tác với IMAO thì phải ngừng IMAO ít nhất hai tuần trước khi dùng liều đầu tiên của thuốc mới đó. Không sử dụng thức ăn có nhiều tyramin.

Chống chỉ định:

Quá mẫn cảm với thuốc. Chống chỉ định khi dùng TCA: Tâm thần phân liệt kèm kích động, glôcôm, bí đái, bệnh tuyến tiền liệt, động kinh, phối hợp với IMAO (2 loại thuốc này phải dùng cách nhau ít nhất 15 ngày). Giai đoạn hồi phục sau cơn nhồi máu cơ tim, suy tim sung huyết cấp tính. Phụ nữ có thai và cho con bú. Trẻ em dưới 12 tuổi. Không uống rượu trong thời kỳ dùng thuốc. Thận trọng khi dùng cho người có tiền sử bệnh tim mạch hay có nguy cơ mắc bệnh, người già. Cường giáp hay đang dùng thuốc tuyến giáp. Tiền sử co giật, bí tiểu tiện, glôcôm góc hẹp hoặc tăng áp lực nội nhãn. Tiền sử suy gan, thận, rối loạn tạo máu.



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Chống chỉ định khi dùng IMAO:

Bệnh gan tiến triển, bệnh u tế bào ưa crôm. Kết hợp với IMAO khác. Các cường giao cảm khác, levodopa vì hạ huyết áp đột ngột, sốt cao, co giật. Kết hợp gây tê tại chỗ, pethidin (gây rối loạn thần kinh nặng). Thức ăn nhiều tyramin, tryptophan, cà phê gây tăng huyết áp. Không dùng khi có thai và cho con bú.

Tác dụng phụ:

Khi bắt đầu điều trị có thể có những phản ứng khó chịu như hồi hộp, căng thẳng thần kinh, lo âu, bồn chồn, mất ngủ (nhất là khi dùng thuốc buổi tối). Hoa mắt, suy nhược, nhức đầu, ù tai, xuất hiện triệu chứng ngoại tháp. Một kích động hưng phấn nhẹ. Thay đổi huyết áp, nhịp tim nhanh, đánh trống ngực, ngất. Buồn nôn, nôn, chán ăn, rối loạn thượng vị, ợ chua, đau bụng, tiêu chảy. Đau dạ dày, khô miệng. Thuốc có thể gây bệnh gan do dị ứng. Dùng thuốc dài ngày làm tăng nguy cơ suy nhược thể chất và tinh thần do tình trạng mệt mỏi. Phản ứng da (mụn trứng cá).

Điều dưỡng khi dùng thuốc:

- Thuốc phải nuốt, không được ngậm.
- Kiểm tra sự hạ huyết áp tư thế đứng, mức độ hoa mắt, chóng mặt, ngái ngủ. Giám sát sự đi lại cho đến khi ổn định.
- Theo dõi mức độ tiểu tiện, chú ý bí tiểu tiện.
- Kiểm tra và ghi chú xu hướng tự tử, tăng trầm cảm, uể oải quá mức. Có thể yêu cầu thay đổi thuốc.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- Ngăn chặn táo bón bằng sự kiểm tra nhu động ruột, uống đủ nước, ăn rau có chất xơ.
- Hướng dẫn bệnh nhân và gia đình chú ý:
 - + Nhấn mạnh thuốc làm giảm sự trầm cảm, sức khoẻ thay đổi dễ dàng thấy tốt hơn.
 - + Giải thích tác dụng phụ có thể xảy ra ngay khi dùng thuốc nhưng thường giảm bớt sau vài tuần.
 - + Chỉ rõ vai trò ăn uống thích hợp, tập thể dục và ngủ đối với điều trị.
 - + Nêu bật tác dụng xấu của rượu khi dùng thuốc.
 - + Khi bệnh nhân vẫn tiếp tục trầm cảm thì nên báo với thầy thuốc để tăng liều điều trị (thường tăng tác dụng phụ) hoặc ngừng thuốc (bệnh tái phát).
 - + Giảm bớt khô miệng nên dùng nước đá, kẹo, kẹo gôm, chú ý chăm sóc miệng tốt.
 - + Cảnh báo đối với trường hợp phụ nữ có thai.

2.11. THUỐC CHỐNG TIỂU ĐƯỜNG (ANTIDIABETIC)

Thuốc uống chữa tiểu đường

Acarbose	Metformin
Acetohexamid (Dymelor)	Glyburid (Micronase)
Clorpropamid (Diabinese)	Tolazamid (Tolinase)
Glipizid (Glucotrol)	Tolbutamid (Orinase)
Pioglitazone	Rosiglitazone (Avandia)
Voglibose	Hasanbest (có nhiều hoạt chất)



THƯ VIỆN
HUYẾT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Thuốc tiêm chữa tiểu đường

INSULIN

Tác dụng nhanh (Rapid – Acting)

Regular insulin (Novolin R)

Prompt zinc suspension
insulin (Semilente)

Tác dụng trung bình (Intermediate-Acting)

Isophan insulin suspension
/ NPH (NPH iletin I)

Protamin zinc suspension/
PZI (Protamine Zinc and
PZI)

Insulin zinc suspension
(Humulin L)

Extended zinc suspension
(Ultralente)

Tác dụng hỗn hợp (Insulin Mixture)

Sophan insulin suspension
(Novolin 70/30)

Tác dụng:

Thuốc chống tiểu đường làm giảm nồng độ đường cao trong máu và điều hoà chuyển hoá glucid, protein, và lipid theo hai cách khác nhau.

Thuốc chống hạ đường huyết (Sulfonylurea)

Kích thích tế bào beta của tụy bài xuất insulin, tác dụng của thuốc chỉ khi tụy vẫn còn chức năng hoạt động của tế bào beta. Dạng thuốc này được dùng để trị liệu tiểu đường typ II hoặc tiểu đường không phụ thuộc insulin (NIDDM: non insulin dependent diabetes mellitus).

Insulin là nguồn ngoại sinh sử dụng khi tụy không sản xuất đủ insulin để chuyển hoá đường.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Insulin dùng để điều trị tiểu đường typ I hoặc tiểu đường phụ thuộc insulin (IDDM: insulin dependent diabetes mellitus) và cho tiểu đường typ II khi dùng thuốc uống hạ đường huyết không còn tác dụng, trong những yêu cầu của phụ nữ có thai, phẫu thuật, ốm khi cần thiết. Mặc dù không mắc bệnh tiểu đường nhưng cũng có trường hợp yêu cầu bổ sung insulin liên quan đến dinh dưỡng và chuyển hoá vì insulin là hormon cần thiết cho sự sống. Mặc dù cơ chế tác dụng của insulin chưa rõ nhưng có ba tác dụng chủ yếu:

- + Chuyển hoá carbohydrat thành năng lượng bởi việc đưa glucose từ dòng máu đi vào tế bào, tăng cường oxy hoá glucose và chuyển glucose thành glycogen để dự trữ.
- + Xúc tiến tăng tổng hợp protein bằng cách chuyển acid amin vào tế bào.
- + Ngăn chặn thoái hoá mỡ như là nguồn năng lượng và tăng cường chuyển glucose thành chất béo dự trữ.

Bởi vì insulin giữ vai trò quan trọng trong sự sống của nhiều chuyển hoá nên nó như là chìa khoá năng lượng giúp cho tế bào có năng lượng để hoạt động. Thiếu insulin tế bào sẽ chết vì đói. Dược động học của thuốc chống tiểu đường như sau:



THUỐC UỐNG HẠ ĐƯỜNG HUYẾT	THỜI GIAN BẢN THẢI (GIỜ)	THỜI GIAN TÁC DỤNG (GIỜ)
Acetohexamid	4 - 6	6 - 12
Clorpropamid	36	>60
Glipizid	3 - 4	12 - 24
Glyburid	10	24
Tolazamid	7	36
Tolbutamid	4 - 6	6 - 12

LOẠI INSULIN	THỜI GIAN BẮT ĐẦU TÁC DỤNG (GIỜ)	TÁC DỤNG CAO NHẤT (GIỜ)	THỜI GIAN TÁC DỤNG (GIỜ)
Regular insulin	1/2 - 1	2-5	5-8
Prompt insulin zinc suspension	1 - 2	5-10	12-16
Isophan insulin suspension/NPH	1-2	4-12	24-28
Insulin zinc suspension	1-3	6-15	24-28
Protamin zinc insulin/PZI	4-8	14-24	>36
Extended	4-8	10-30	>36
Insulin zinc suspension			
Isophan insulin suspension			
Regular insulin (Human)	1/4 - 1	2-8	24



THƯ VIỆN
Y HỌC

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Công dụng:

Điều trị tiểu đường và đường huyết cao.

Glyburid: dùng cho tiểu đường không nhiễm ceton, không phụ thuộc insulin.

Metformin: tiểu đường typ II, không đáp ứng chế độ ăn và các thuốc khác nhưng không bị nhiễm ceton. Điều trị hỗ trợ tiểu đường phụ thuộc insulin.

Clorpropamid: tiểu đường, đái tháo nhạt.

Glibenclamid: tiểu đường ở người trưởng thành, không chế tiểu đường không có biến chứng, ổn định mức độ nhẹ hoặc nặng vừa phải, không nhiễm ceton, khởi phát trên người trưởng thành, không kiểm soát được hoàn toàn bằng chế độ ăn.

Liều và đường dùng:

Liều phụ thuộc vào tính cá thể và thể bệnh, loại thuốc và đường dùng thuốc, tuổi, trọng lượng, chiều cao bệnh nhân cũng như mức độ chức năng hoạt động của tuyến tụy, chế độ dinh dưỡng (tăng calor thì cần tăng yêu cầu insulin).

Insulin dùng bằng đường tiêm dưới da hoặc tĩnh mạch bởi vì nó bị phá hủy bởi đường tiêu hoá. Chỉ có insulin điều hoà dùng đường tĩnh mạch (liều được điều chỉnh thích hợp). Vì insulin kích ứng tế bào nên tiêm insulin ở những vị trí đặc biệt (hình 2 trang 119) với kỹ thuật đặc biệt. Người dùng insulin thường xuyên phải tiêm cho nên vị trí tiêm phải được thực hiện như hướng dẫn ở hình 2, vị trí tiêm dành riêng khoảng 1 inch (chứng 2,5cm). Nên đánh dấu trên giấy trong hay tấm nhựa mỏng trong những vùng tiêm. Tất cả

các vùng tiêm trên cơ thể người bệnh ở hai cánh tay, hai chân và vùng bụng trước và sau được đánh dấu thứ tự từ 1 đến 8 kèm chữ A, B, C, D, G, F và H. Nên tiêm lần lượt từ số 1 trở đi. Tuyệt đối không tiêm một chỗ mà thường sau 4 - 6 tuần mới lặp lại chỗ cũ. Nếu ở bệnh viện thì nên yêu cầu thầy thuốc tiêm ở vị trí mà bình thường khó thực hiện mũi tiêm.

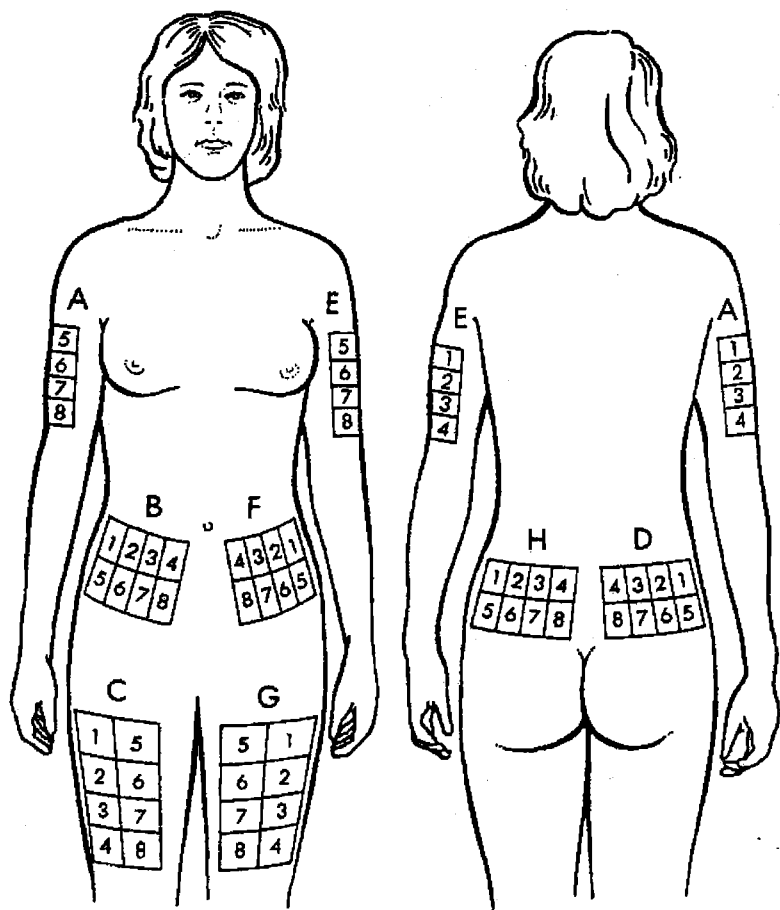
Nồng độ thường dùng là U - 40, U - 100 và U - 500 (khi cần thiết). Insulin có nhiều nguồn như loại tách chiết từ tụy của bò, lợn nhưng ngày nay chủ yếu là sản xuất bằng công nghệ tái tổ hợp ADN, sử dụng tế bào nấm men làm cơ thể sinh sản.

Actrapid HM là dung dịch trung tính insulin người sinh tổng hợp tiêm dưới da, tiêm bắp hay tiêm tĩnh mạch. bắt đầu tác dụng sau 30 phút tác động tối đa 1 đến 3 giờ và kéo dài 8 giờ.

Insulatard HM là hỗn hợp insulin người sinh tổng hợp trung tính loại isophan. Tiêm dưới da, bắt đầu tác động sau 1 giờ 30 phút và đạt đỉnh tác dụng cao 4 đến 12 giờ, kéo dài tác dụng 24 giờ.

Mixtard các loại như mixtard 30 HM ; 50HM ; 30HM penfill; - 50 HM penfill là hỗn dịch hỗn hợp của insulin người sinh tổng hợp, dạng insulin hoà tan và insulin isophan, tiêm dưới da bắt đầu có tác dụng sau 30 phút, đỉnh cao 2 - 8 giờ và kéo dài 24 giờ.





Trước mặt

Sau lưng



**THƯ VIỆN
Y HỌC**

Hình 2. Sơ đồ hướng dẫn vị trí tiêm insulin

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Monotard HM là hỗn dịch kèm insulin trung tính của người sinh tổng hợp vô định hình và kết tinh ở tỷ lệ 3: 7, tiêm dưới da, bắt đầu có tác dụng sau 2 giờ 30 phút, đỉnh cao là sau 7-15 giờ, kéo dài 24 giờ.

Một số thuốc làm thay đổi yêu cầu insulin của người bệnh như rượu, thuốc chống viêm không steroid, salicylat, thuốc phong bế beta, tetracyclin, hormon thyroid, steroid, lợi tiểu v.v... Vì lý do đó nên phải kiểm tra đường máu chặt chẽ khi dùng thêm một loại thuốc khác.

Trong nhiều trường hợp, liều lượng insulin thay đổi hàng ngày cho nên cần phải kiểm tra đường huyết.

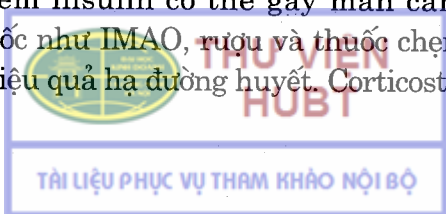
Chống chỉ định:

Quá mẫn cảm với thuốc hay thành phần trong thuốc (như insulin tách chiết từ lợn, bò) và hạ đường huyết.

Thuốc uống chống tiểu đường chống chỉ định với phụ nữ có thai do nhu cầu insulin, suy tế bào gan, suy thận, nghiện rượu, hôn mê do tiểu đường, tiểu đường typ I, tiền sử dị ứng với sulfamid, tiểu đường có biến chứng sốt, chấn thương hay hoại thư, tổn thương nghiêm trọng chức năng tuyến giáp hay tuyến thượng thận, rối loạn tiêu hoá và hấp thu (glucobay).

Tác dụng phụ:

Tác dụng phụ với insulin và thuốc uống hạ đường huyết là tăng insulin gây ra giảm kali huyết, hạ đường huyết. Khi tiêm insulin có thể gây mẫn cảm tại chỗ, đỏ da. Một số thuốc như IMAO, rượu và thuốc chẹn thụ thể β có thể làm tăng hiệu quả hạ đường huyết. Corticosteroid, hormon



tuyến giáp, thuốc ngừa thai, thuốc lợi tiểu có thể làm tăng nhu cầu insulin.

Thuốc uống chống tiểu đường gây tác dụng phụ phản ứng loại mẫn cảm (hội chứng Lyell) vàng da ứ mật, giảm bạch cầu và tiểu cầu, chán ăn, buồn nôn, đau thượng vị, suy nhược, ngứa, mề đay, phát ban dạng mẩn sẩn. Tiêu chảy thường gặp khi mới điều trị bằng metformin.

Điều dưỡng khi dùng thuốc:

Có thể chẩn đoán chăm sóc mức độ bệnh tật, chế độ dinh dưỡng yêu cầu.

- Kiểm tra glucose máu trước khi dùng liều đầu tiên sau đó kiểm tiếp trước mỗi bữa ăn 30 phút để biết là tăng hay giảm glucose huyết.
- Kiểm tra thức ăn, thông báo cho thầy thuốc khi bệnh nhân không ăn.
- Lưu ý sự mất cân bằng điện giải, tổn thương thận, bệnh tim mạch. Triệu chứng dạ dày - ruột (nôn, buồn nôn, đi lỏng).
- Nếu có dấu hiệu hạ đường huyết như toát mồ hôi lạnh, tim đập nhanh, tình trạng kích động hay run rẩy thì phải lưu ý đo lượng đường máu và sau đó cho một lượng đường uống để chống hạ đường huyết.
- Nếu thấy có hiện tượng tăng đường huyết, hôn mê phải báo ngay thầy thuốc, kiểm tra đường huyết và truyền nhỏ giọt tĩnh mạch insulin.
- Chú ý tiểu đường typ I nhất là trẻ em phải luôn luôn kiểm tra ceton khi đường máu lớn hơn 240 mg/dl.

- Giáo dục và hướng dẫn người bệnh, gia đình người bệnh chăm sóc khi điều trị.

- + Giải thích thuốc hạ đường huyết điều chỉnh glucose máu nhưng không chữa được bệnh tiểu đường cho nên cần thận điều hoà chế độ ăn và thuốc sử dụng dựa trên cơ sở kiểm tra glucose máu, ngăn chặn những bệnh khác lâu dài sinh ra.
- + Chỉ cho bệnh nhân biết giảm đường huyết xảy ra khi ăn thiếu carbonhydrat.
- + Nhấn mạnh cần thiết ăn mọi thứ trong bữa ăn nhất là carbohydrat nhưng không ăn đường.
- + Khi tiêm insulin phải đúng vị trí như đã hướng dẫn.
- + Nói rõ tăng nồng độ insulin có thể cần thiết trong khi ốm.
- + Giải thích cho bệnh nhân, người chăm sóc biết dấu hiệu triệu chứng giảm đường huyết và tăng đường huyết phải làm gì khi xảy ra.
- + Hướng dẫn sử lý tác dụng phụ như nôn, buồn nôn khi dùng thuốc.
- + Chuẩn bị một vài dạng carbonhydrat tác dụng nhanh, phòng khi giảm đường huyết.
- + Không uống rượu khi dùng thuốc.

Trước khi dùng thuốc phải hiểu những thông tin và loại thuốc đó.



THƯ VIỆN
HUYẾT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

2.12. THUỐC CHỐNG NÔN (Antiemetic)

Clorpromazin hydroclorid
(Thorazine)

Dimenhydrinat
(Dramamine)

Dronabinol (Marinol)

Meclizin hydroclorid
(Antivert)

Metoclopramid hydroclorid
(Reglan)

Prochlorperazin
(Compazine)

Scopolamin
(Transderm - Scop)

Trimethobenzamid
hydroclorid (Tigan)

Kháng histamin và barbiturat cùng có tính chất chống nôn.

Tác dụng:

Thuốc chống nôn làm giảm nhẹ triệu chứng buồn nôn và nôn bằng một trong ba cách (cơ chế chính xác chưa thật rõ).

- Kìm hãm vùng phát động hoá thụ thể nên ức chế trung tâm gây nôn ở hành tủy.
- Giảm bớt ảnh hưởng vận động trên trung tâm nôn (trung tâm gây nôn chịu tác động kích thích từ thần kinh trung ương và tiền đình).
- Xúc tiến làm rỗng dạ dày và di động hệ thống dạ dày - ruột.

Công dụng:

Dùng điều trị buồn nôn và nôn. Điều trị nôn khi trị liệu bằng phóng xạ hay hoá chất mạnh. Chấn thương đầu,



viêm tai trong gây nôn. Giảm co bóp dạ dày. Mục đích trị liệu ngăn chặn buồn nôn và nôn.

Liều và đường dùng:

Liều phụ thuộc vào thuốc, đường dùng, đáp ứng riêng, trạng thái sức khoẻ, dinh dưỡng và chuyển hoá.

Thuốc chống nôn không sử dụng cho đến khi xác định được nguyên nhân gây nôn bởi vì có những dấu hiệu triệu chứng cần điều trị như tắc ruột, dùng thuốc quá liều gây nôn.

Thuốc dùng đường uống, tiêm bắp hay tiêm mạch.

Thí dụ dimenhydrinat uống hay thuốc đạn nạp điều trị buồn nôn, chóng mặt quay cuồng do rối loạn tiền đình ; Clorpromazin uống, tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch liều không quá 150 mg/giờ.

Chống chỉ định:

Quá mẫn cảm với thuốc, tắc ruột, ngộ độc cấp do rượu, các barbiturat, suy gan, glôcôm góc đóng, ứ nước do rối loạn niệu đạo, tuyến tiền liệt.

Tác dụng phụ:

Mẫn cảm đỏ da, ngứa. Hoa mắt, chóng mặt, uể oải.

Điều dưỡng khi dùng thuốc:

- Xác định triệu chứng gây nôn trước khi dùng thuốc; Liều đầu tiên dùng thuốc không phải do tắc ruột, hay dùng thuốc quá liều.
- Trước và sau khi dùng thuốc kiểm tra hiện trạng mức buồn nôn, nôn và mức độ đau.
- Theo dõi lượng nước uống vào và thải ra.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- Khi bệnh nhân có thể dung nạp chất lỏng thì lúc đầu với một cốc nước đá nhỏ, tiếp sau là nước, nước lỏng và cuối cùng thức ăn.
- Dùng thuốc dài ngày nên ghi trọng lượng hàng ngày và sự mất trọng lượng.
- Giáo dục giúp đỡ gia đình và bệnh nhân những hiểu biết cần thiết.
 - + Mức độ buồn nôn và nôn.
 - + Giải thích cho bệnh nhân không dùng thức ăn có mỡ, ăn rất ít, thường thức ăn làm mất buồn nôn.
 - + Chỉ sự cần thiết uống nước sạch, khi buồn nôn giảm chậm uống đủ nước tiếp đó dùng thức ăn.
 - + Không dùng rượu và thuốc ức chế thần kinh.
 - + Không hoạt động để tâm thần ổn định trở lại bình thường.
 - + Chăm sóc tốt miệng nhất là khi không uống nước bằng miệng. Trước khi dùng thuốc phải biết các thông tin và đặc tính riêng của thuốc.

2.13. THUỐC KHÁNG HISTAMIN (Antihistamine)

THUỐC KHÁNG RECEPTOR H_1

Dẫn chất ethylendiamin

Tripelennamin citrat
(PBZ)

Tripelennamin hydroclorid
(PBZ-SR)



Dẫn chất ethanolamin (aminoacyl ether)

Carbinoxamin maleat

(Clistin)

Clemastin Fumarat

(Tavist)

Diphenhydramin

hydroclorid (Benadryl)

Doxylamin succinat

(Unisom)

Dẫn chất propylamin (alkylamin)

Bromphenramin maleat

(Dimetane)

Clorpheniramin maleat

(Chlor-Trimeton)

Dexchlorpheniramin maleat

(Polaramin)

Triprolidin hydroclorid

(Actidil)

Dẫn chất phenothiazin

Methdilazin hydroclorid

(Dilosyn, Tacaryl)

Promethazin hydroclorid

(Histanil, Phenergan)

Trimeprazin tartrat

(Phenectyl, Temaril)

NHỮNG LOẠI KHÁC KHÁNG RECEPTOR H_1

Astemizol (Hismanal)

Azatadin maleat

(Optimine, Zadine)

Cyproheptadin

hydroclorid (Periactin)

Terfenadin (Seldan, Teldan)

THUỐC ỨC CHẾ GIẢI PHÓNG HISTAMIN

Cromolyn natri (Intal,

IntalSpincaps, Opticrom)



Tác dụng:

Kháng histamin ngăn chặn nhưng không làm đảo lộn đáp ứng trung gian của histamin. Tác động chủ yếu bởi sự cạnh tranh tại vị trí receptor H_1 với histamin (chỉ có thuốc điều trị hen xuyên kìm hãm sự phóng thích histamin). Hầu hết sự đáp ứng trung gian của histamin là phản ứng kháng nguyên - kháng thể biểu hiện sự mẫn cảm hay dị ứng. Histamin chủ yếu ở tế bào mast và được phóng thích khi mẫn cảm, phản vệ và viêm. Do sự khác nhau về cấu trúc hoá học nên ảnh hưởng trên hệ thần kinh cũng khác nhau, một vài loại có tác dụng chống nôn, gây ngủ và kháng cholinergic. Nên tác dụng và cách dùng có đặc điểm riêng. Terfenadin và astemizol là thuốc kháng histamin nhưng không qua được hàng rào máu não, nên ít gây tác động gây ngủ. Vài thuốc kháng histamin như diphenhydramin có tác dụng chống ngứa và tê.

Công dụng:

Dùng điều trị phản ứng quá mẫn cảm mạn tính và cấp tính. Kháng histamin H_1 thường được chỉ định dùng trong phản ứng dị ứng biểu hiện ở hiện tượng dịch rỉ. Triệu chứng mẫn cảm vừa phải như sổ mũi, chảy nước mắt, đỏ da, ngứa, mề đay và mẫn cảm nặng khó thở, hạ huyết áp, phản vệ.

Thuốc được dùng để ngăn chặn hoặc huỷ bỏ tác hại của sự mẫn cảm, viêm mủ dị ứng, da dị ứng thể sẩn và phù nề, mề đay cấp tính, phù nề ban đỏ, ngứa do dị ứng, phù Quincke.

Liều và đường dùng:

Phụ thuộc mức độ trầm trọng của bệnh, loại thuốc, đường dùng thuốc, đáp ứng riêng, tuổi, cân nặng, chiều cao người bệnh.

Trẻ em và người già dùng liều thấp.

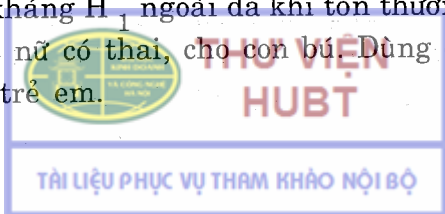
Một số thuốc dùng đường uống dạng viên, nhũ dịch hay sirô. Dạng khác dùng đường tiêm bắp hay tĩnh mạch trong trường hợp cấp tính.

Kháng histamin điều trị hen thường dùng dạng phun sương.

Thời gian dùng thuốc dưới 1 tuần. Một vài thuốc uống với sữa hoặc với thức ăn để giảm kích ứng dạ dày, một dạng khác nên uống khi đói với nước (phụ thuộc đặc tính riêng của thuốc). Chọn thuốc điều trị dị ứng mạn tính thay đổi theo đáp ứng riêng, có ít tác dụng phụ. Terfenadin và astemizol rất hay được dùng trong điều trị dị ứng mạn tính vì nó ít hoặc không gây ngủ. Trong trường hợp phản ứng cấp tính kháng histamin ít tác dụng thường dùng diphenhydramin cùng với epinephrin và dexamethason.

Chống chỉ định:

Mẫn cảm với thuốc, glôcôm góc hẹp, nguy cơ ứ nước tiểu do rối loạn niệu đạo, tuyến tiền liệt phì đại, nghẽn ống tiêu hoá và đường tiết niệu, nhược cơ, khi dùng IMAO. Không dùng kháng H₁ ngoài da khi tổn thương da. Không dùng cho phụ nữ có thai, cho con bú. Dùng cẩn thận với người già và trẻ em.



Tác dụng phụ:

Phát ban trên da, uể oải, buồn ngủ, mất thăng bằng, cơ không tự chủ hoạt động, nhịp tim nhanh, hạ huyết áp, khô miệng, chán ăn, táo bón hay tiêu chảy, đái rắt hay bí tiểu tiện.

Điều dưỡng khi dùng thuốc:

- Xác định loại dị nguyên gây dị ứng để dùng thuốc tốt.
- Kiểm tra tiếng phổi, tăng khò khè hay thở gấp.
- Kiểm tra mức tăng đờm giải, mủ và mùi đờm.
- Cung cấp nước uống, ghi nhận số lượng uống hàng ngày.
- Nếu dùng thuốc ngoài đường tiêu hoá cần kiểm tra mệt mỏi và sự hạ huyết áp.
- Báo cáo mức độ yên tĩnh, mất thăng bằng, tình trạng lẫn lộn sợ hãi có thể đánh giá nhiễm độc hay phản ứng không mong muốn của thuốc gây ra.
- Nếu tiểu tiện không bình thường, đái rắt, bí đái thì không dùng thuốc.
- Gia đình và bệnh nhân cần hiểu biết để dùng thuốc tốt khi điều trị, giữ môi trường sạch không có dị nguyên, bụi bẩn.

Chú ý trường hợp mẫn cảm cấp cần báo thầy thuốc để xử lý kịp thời, chú ý đến dấu hiệu, triệu chứng viêm có thể là dấu hiệu của viêm nhiễm.



2.14. THUỐC ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP (Antihypertensive)

CHỦ VẬN ADRENERGIC

Clonidin (Catapres,
Dixarit)

Guanabenz acetat
(Wytensin)

Guanfacin hydroclorid
(Tenex)

Methyldopa (Aldomet,
Dopamet)

PHONG BẾ HẠCH

Trimethaphan camsylat
(Arfonad)

GIẢM TÁC ĐỘNG CATECHOLAMIN NGOẠI BIÊN

Guandrel sulfat (Hylorel)

Guanethidin monosulfat
(Ismelin)

Reserpin (Serpasil)

PHONG BẾ α ADRENERGIC

Prazosin hydroclorid
(Minipress)

Terazosin hydroclorid
(Hytrin)

PHONG BẾ KÊNH CALCI

Diltiazem hydroclorid
(Cardizem)

Nicardipin hydroclorid
(Cardene)

Nifedipin (Procardia)
Verapamil hydroclorid
(Calan)
Amlodipine

PHONG BẾ BÊTA

Acebutolol hydroclorid
(Sectral, Monitan)

Metoprolol tartrat
(Lopressor, Betaloc)



Atenolol (Tenormin,
Noten)
Carteolol hydroclorid
(Cartrol)
Labetalol (Trandate,
Presolol)

Nadolol (Corgard)
Penbutolol sulfat (Levatol)
Pindolol (Visken)
Propranolol hydroclorid
(Inderal)
Timolol maleat (Blocadren,
Apo-Timol)

GIẢM TRƯỞNG LỰC MẠCH CƠ TRƠN

Diazoxid (Hyperstat)
Hydralazin (Apresolin,
Novo- Hylazin, Supres)

Minoxidil (Loniten)
Natri nitroprussid (Nipride)

ỨC CHẾ MEN CHUYỂN (ACE)

Captopril (Capoten)
Enalapril maleat (Vasotec,
Amprace)

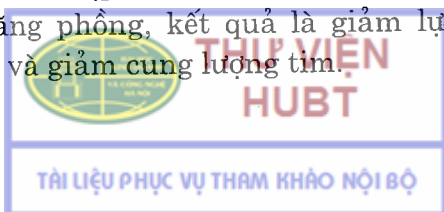
Lisinopril (Prinivil)
Perindopril
Ramipril

THUỐC LỢI TIỂU (Xem phần lợi tiểu)

Tác dụng:

Thuốc điều trị tăng huyết áp làm giảm áp lực máu bằng một trong những cách sau:

- Giảm tốc độ, sức co bóp và công suất tim (giảm bớt lực lưu thông của máu đi lên thành mạch).
- Khử bớt nhịp của tim làm cho mạch máu giảm áp lực căng phồng, kết quả là giảm lực ép lên thành mạch và giảm cung lượng tim.



- Giảm thể tích máu lưu thông bởi sự ngăn chặn hấp thu trở lại nước và chất điện giải của thận.

Thuốc điều trị tăng huyết áp có thể chia làm 9 nhóm, phụ thuộc vào cơ chế tác dụng.

a. Chất chủ vận adrenergic

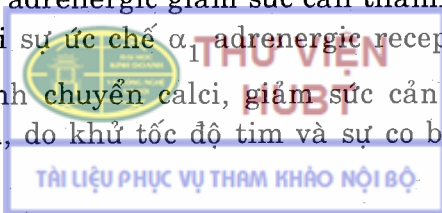
Kích thích các cảm thụ α trung ương ở não để làm giảm trương lực ngoại vi. Kích hãm lực co bóp tim bởi sự kích thích trung tâm vận mạch não làm giảm sức chảy dòng máu nên giảm lực ép thành mạch. Tốc độ tim giảm.

b. Phong bế hạch khử kích thích thần kinh giao cảm của tim và mạch máu. Tuy nhiên sự giảm áp lực máu chỉ được áp dụng trong sự lên cơn.

c. Giảm tác động catecholamin ngoại biên bằng sự khử nhịp mạch, khử kích thích thần kinh giao cảm của mạch máu, giảm sự kháng và áp lực máu bởi ngăn chặn thu nhận và phóng thích norepinephrin, huỷ tác dụng bởi MAO. Chẳng hạn reserpin kích thích sợi thần kinh giao cảm hậu hạch làm cho các hạt dự trữ noradrenalin giải phóng vào bào tương để MAO chuyển hoá thành chất không có hoạt tính tim mạch. Reserpin còn ngăn cản không cho noradrenalin được trở lại thành hạt dự trữ, làm giảm serotonin, 5 hydroxy tryptamin có tác dụng an thần và giảm tiết adrenalin ở thượng thận.

d. Phong bế α adrenergic giảm sức cản thành mạch và áp lực máu bởi sự ức chế α_1 adrenergic receptor.

e. Ức chế kênh chuyển calci, giảm sức cản ngoại vi, co bóp cơ trơn, do khử tốc độ tim và sự co bóp.



- g. Phong bế bêta, ức chế dẫn truyền của sự kích thích thụ thể bêta adrenergic của thần kinh giao cảm, giảm bài tiết renin thận.
- h. Giảm trương lực mạch cơ trơn, giãn mạch máu do nở lỏng cơ vân của thành mạch, tác dụng trực tiếp lên tiểu động mạch ngoại biên.
- i. Ức chế men chuyển ACE (Angiotensin converting enzyme) là một dạng khác về thuốc trị cao huyết áp, kìm hãm enzym chuyển angiotensin, ngăn chặn chuyển angiotensin I thành angiotensin II, có thể năng co mạch, khử bài xuất aldosteron (làm cho thận tái hấp thu nước và chất điện giải), ngăn chặn giữ nước và muối, giảm sức cản mạch ngoại vi, áp lực trung tâm não, mạch phổi,
- k. Thuốc lợi tiểu tác động trên ống thận xúc tiến đào thải natri và nước, kết quả giảm thể tích trong mạch nên giảm áp lực máu.

Công dụng:

Trị tăng huyết áp. Ổn định áp lực máu trong giới hạn bình thường và huyết áp được chấp nhận ở người bệnh (một số bệnh nhân cần huyết áp khác bình thường cho sự hoạt động của cá nhân). Áp lực máu tâm trương <90mmHg nhưng không có triệu chứng sốc (công suất nước tiểu >25ml/giờ, mạch ngoại vi ổn định).

Liều và đường dùng:

Phụ thuộc thuốc, đường dùng, tình trạng mức độ cao huyết áp tình trạng sức khỏe, tác dụng phụ. Dùng kèm theo thuốc khác, ảnh hưởng đến áp lực máu có thể ảnh

hưởng đến giới hạn liều. Để tìm liều thích hợp tối ưu nhất cần dùng thuốc lúc huyết áp tăng chắc chắn, liều bắt đầu từ thấp và được kiểm tra huyết áp và tác dụng phụ. Thuốc giảm huyết áp thường dùng đường uống. Cơn tăng huyết áp dùng đường tiêm tĩnh mạch để hạ huyết áp.

Chống chỉ định:

Mẫn cảm với thuốc như phản ứng gây phù nề ở mắt; tăng kali huyết; suy thận cấp hay mạn tính; bệnh não, xơ gan, vô niệu; bloc tim độ 2 hoặc 3, sốc do suy tim. Phụ nữ có thai, cho con bú.

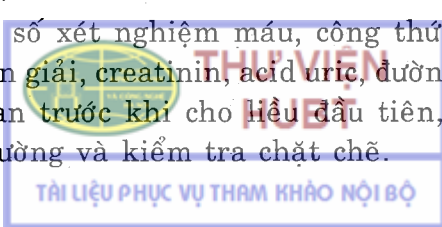
Mỗi loại thuốc còn chống chỉ định riêng.

Tác dụng phụ:

Nổi mắt, ngứa, đỏ bừng mặt, phản ứng nhạy cảm ánh sáng, rối loạn tiêu hoá, nhức đầu, yếu cơ, phù mạch, nhịp tim nhanh, đau ngực, buồn nôn, hạ huyết áp thể đứng, mệt mỏi, mất ngủ, chán ăn, khô miệng, giảm hay mất vị giác, giảm bạch cầu đa nhân trung tính, phù thần kinh mạch (ngừng dùng thuốc).

Điều dưỡng khi dùng thuốc:

- Tình trạng tinh thần, nhịp tim, huyết áp (cả thể đứng và nằm) ở hai tay. Kiểm tra trước và sau uống thuốc đến lúc đáp ứng ổn định.
- Xác định giới hạn liều điều trị, huyết áp (thầy thuốc phải thực hiện theo dõi cẩn thận).
- Các chỉ số xét nghiệm máu, công thức hồng, bạch cầu, điện giải, creatinin, acid uric, đường huyết, chức năng gan trước khi cho liều đầu tiên, báo cáo bất bình thường và kiểm tra chặt chẽ.



- Kiểm tra huyết áp và sự rối loạn, mệt mỏi, hạ huyết áp, loạn nhịp. Nếu xảy ra phải ngừng thuốc và báo cáo ngay.
- Theo dõi trọng lượng hàng ngày tăng hay giảm, mức cân bằng.
- Thuốc có thể làm khô miệng nên cần chăm sóc răng miệng.
- Giáo dục bệnh nhân và gia đình hiểu biết khi dùng thuốc.
 - + Giải thích tầm quan trọng chống tăng huyết áp, cần dùng thuốc như y lệnh trong đơn thuốc.
 - + Dạy cách kiểm tra mạch, huyết áp.
 - + Hướng dẫn hoạt động ít để chống mệt mỏi.
 - + Không uống rượu và không uống thêm một loại thuốc nào khi chưa có lệnh của thầy thuốc.
 - + Thuốc có thể làm thay đổi khả năng sinh dục nên cần chú ý.
 - + Tạo điều kiện môi trường tốt như chỗ ăn nghỉ yên tĩnh, ánh sáng vừa phải để tinh thần được ổn định.



2.15. THUỐC KHÁNG KHUẨN, KHÁNG NẤM VÀ KHÁNG VIRUS (antiinfective, antifungal, antiviral)

KHÁNG SINH

+ Penicillin

Amdinocilin (Coactin)
Amoxicilin (Polymox)
Ampicilin natri/ sulbactam
natri (Unasyn)
Ampicilin trihydrat
(Principen)
Azlocilin natri (Azlin)
Amoxicilin/ Clavulanat
kali (Augmentin)
Bacampicilin hydroclorid
(Spectrobid)
Carbenicilin dinatri
(Geopen)
Carbenicilin indanyl natri
(Geocilin)
Cloxacilin natri (tegopen)
Cyclacilin (Cyclapen-W)
Dicloxacilin natri
(Dynapen)

Methicilin natri
Mezlocilin natri (Mezlin)
Nafcilin natri (Unipen)
Oxacilin natri (Prostaphlin)
Penicilin G, Benzathin
(Bicilin L-A)
Penicilin G kali (Pfizerpen)
Penicilin G, procain
(Wycillin)
Penicilin G natri (Cystapen)
Penicilin V kali (Pen-Vee K)
Piperacilin natri (Pipracil)
Ticarcilin dinatri (Ticar)
Ticarcilin dinatri
clavulanat kali (Timentin)

+ Cephalosporin

Cefaclor (Ceclor)
Cefadroxil monohydrat
(Duricef)

Cefazolin natri (Ancef)
Cefonicid natri (Monocid)



Cefamandol napat
(Mandel)
Cefotaxim natri (Claforan)
Cefoteran natri (Cefotan)
Cefoxitin natri (Mefoxin)
Ceftazidim (Fortaz)
Ceftizoxim natri (Cefizox)
Ceftriaxon natri
(Rocephin)
Cefatetan natri (cefotan)

Cefoperazon natri
(Cefobid)
Ceforanid (Prevef)
Cefuroxim acetyl (Ceftin)
Cefuroxim natri (Zinacef)
Cephalexin monohydrat
(Keflex)
Cephalothin natri (Keflin)
Cephapirin natri (Cefadyl)
Cephradin (Anspor)
Moxalactam (Moxam)

+ Sulfonamid

Co-trimoxazol
(sulfamethoxazole/-
trimethoprim) Bactrim)
Sulfacetamid natri 10%
(Bleph-10 Liquifilm
Ophthalmic)
Sulfacetamid natri 15%
(Isopto Cetamide
Ophthalmic)

Sulfacetamid natri 30%
(Natri Sulamyd 30%
Ophthalmic)
Sulfadiazin (Microsulfon)
Sulfamethoxazol (Gantanol)
Sulfasalazin (Azulfidine)
Sulfisoxazol (Gantrisin)

+ Tetracyclin

Demeclocyclin hydroclorid
(Declomycin)
Doxycyclin hyclat monohy-
drat (Vibramycin)

Minocyclin hydroclorid
(Minocin)
Oxytetracyclin
(Terramycin)



Tetracyclin hydroclorid
(Achromycin)

+ Thuốc đường niệu (urinary tract drugs)

Cinoxacin (Cinobac)

Methenamin hippurat
(Urex)

Methenamin mandelat
(Mandelamin)

Nalidixic acid (NegGram)

Nitrofurantoin
(Macrochantin)

Norfloxacin (Noroxin)

Ofloxacin (Floxin)

+ Aminoglycosid

Amikacin sulfat (Amikin)

Gentamicin sulfat
(Garamycin)

Kanamycin sulfat
(Kantrex)

Neomycin sulfat
(Mycifradin)

Streptomycin sulfat

Tobramycin suflat (Nebcin)

+ Thuốc chống lao (antitubecular)

Capreomycin sulfat
(Capastat)

Cycloserin (Seromycin)

Ethambutol hydroclorid
(Myambutol)

Isoniazid (Nydrazid)

Pyrazinamid (Tebrazid)

Rifampin (Rifadin)

+ Các thuốc khác (Miscellaneous drugs)

Aztreonam (Azactam)

Chloramphenicol
(Chloromycetin)

Mupirocin (Bactroban)

Pentamidin isethionat
(Pentam 300)



Ciprofloxacin (Cipro)
Clindamycin (Cleocin)
Erythromycin (Erythrocin)
Imipenem/ cilastatin
Natri (Primaxin)

Spectinomycin dihydrochlorid (Trobicin)
Trimethoprim (Proloprim)
Vancomycin hydrochlorid
(Vancocin)

KHÁNG NẤM (Antifungal)

Amphotericin B
(Fungizone)
Fluconazol (Diflucan)
Flucytosin (Ancobon)
Grieofulvin (Fulvicin-U/F)

Ketoconazol (Nizoral)
Miconazol (Monistat)
Nystatin (Nilstat)

KHÁNG VIRUS (Antiviral)

Acyclovir natri (Zovirax)
Amantadin hydrochlorid
(Symmetrel)

Gancyclovir (Cytovene)
Zidovudin (Retrovir)

Tác dụng:

Tác dụng diệt khuẩn (bactericidal action) hoặc kìm hãm sự phát triển (bacteriostatic action) bởi sự tương tác với thành màng hay với chuyển hoá trong tế bào. Chất kháng khuẩn có phổ rộng tác dụng lên nhiều loại vi khuẩn còn loại phổ hẹp chỉ tác dụng lên một vài vi khuẩn riêng biệt. Tác dụng của chất kháng khuẩn phụ thuộc vào sự nhạy cảm, nồng độ và miễn dịch của cơ thể.

Công dụng:

Điều trị hoặc ngăn chặn quá trình nhiễm khuẩn. Tác dụng kháng khuẩn tối ưu nhất phải được biết từ sự nuôi



cấy. Một khi kết quả của sự nhạy cảm đã có thì đặc tính kháng khuẩn được xác định.

Liều và đường dùng:

Phụ thuộc trạng thái nhiễm khuẩn, thể năng của thuốc, đường dùng, tuổi, chiều cao, trọng lượng, tình trạng sức khỏe của bệnh nhân. Bệnh nhân suy thận, yêu cầu phải giảm liều sử dụng, kiểm tra nồng độ thuốc trong quá trình điều trị, nhất là một số thuốc có giới hạn điều trị hẹp, gây độc (như vanomycin, aminoglycosid).

Chống chỉ định:

Tiền sử quá mẫn cảm với thuốc (chú ý gây dị ứng sốc phản vệ) suy gan, thận yếu.

Tác dụng phụ:

Đỏ da, khó thở, ngứa, nôn, buồn nôn, chán ăn.

Điều dưỡng khi dùng thuốc:

- Cấy vi khuẩn, xác định kháng khuẩn đặc trưng đối với vi khuẩn.
- Xét nghiệm máu, điện giải, chức năng gan.
- Xác định nếu dùng thuốc có phản ứng, nhạy cảm thì không dùng loại thuốc đó, cần thay thuốc. Hỏi bệnh nhân tiền sử dùng thuốc.
- Cho liều thuốc theo thời gian, quan sát đồng hồ để dùng đúng.
- Khi tiêm tĩnh mạch phải kiểm tra các dấu hiệu về tim, nhịp, sắc thái da, sự thay đổi trạng thái sức khỏe.
- Tiêm dưới da, tiêm vùng cơ lớn.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- Nếu phản ứng mẫn cảm xảy ra phải ngừng thuốc, ghi triệu chứng và chú ý đến “dị ứng”.
- + Nếu điều trị dài ngày cần chú ý phản ứng phụ như sốt, loét họng, tiêu chảy.
- Kiểm tra chức năng gan thận AST, ALT, LDH, phosphatase kiềm.
- Bảo quản thuốc nhũ dịch trong tủ lạnh, lắc trước khi dùng.
- Kiểm tra nồng độ tối đa và tối thiểu của thuốc trong huyết thanh để biết khả năng trị liệu và độc tính.
- Hướng dẫn bệnh nhân và gia đình hiểu biết cách dùng thuốc, chú ý khi có hiện tượng mẫn cảm thuốc cần báo ngay với thầy thuốc điều trị, ngừng dùng thuốc. Nếu có dấu hiệu mới về triệu chứng như sốt, tiêu chảy thì cần thay đổi kháng sinh, uống nước đầy đủ khi dùng thuốc.

2.16. THUỐC CHỐNG TĂNG LIPID HUYẾT (Antilipemic)

THUỐC HẠ CHOLESTEROL HUYẾT

Cholestyramin (Questran)

Colestipol hydroclorid

(Colestid)

Dextrothyroxin natri

(Choloxin)

Lovastatin (Mevacor)

Probucol (Lorelco)

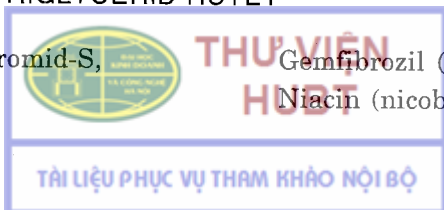
THUỐC HẠ TRIGLYCERID HUYẾT

Clofibrat (Atromid-S,

Claripex)

Gemfibrozil (Lopid)

Niacin (nicobid)



Tác dụng:

Hạ cholesterol máu hay hạ triglycerid máu bởi nhiều cơ chế khác nhau. Chẳng hạn cholestyramin và colestipol kết hợp với acid mật (tiền chất của cholesterol) thành phức hợp không hấp thu, được đào thải theo phân còn những loại thuốc khác có nhiều kiểu tác dụng đối với lipoprotein.

Công dụng:

Hạ lipid máu khi đã điều trị bằng chế độ ăn đơn thuần không có kết quả nhằm duy trì hàm lượng lipid máu ở mức bình thường. Điều trị liên tục trong vòng 3 tháng, hàm lượng triglycerid và LDL - cholesterol trong máu sẽ ở giới hạn bình thường với sự tăng tỷ lệ HDL - cholesterol. Nếu sau 3 tháng thuốc không có tác dụng thì phải thay thuốc.

Khi sử dụng cholestyramin và colestipol gây giảm hấp thu tất cả các thuốc khác vì vậy nếu uống thêm thuốc khác cần phải sau 1-4 giờ khi sử dụng hai thuốc trên.

Chống chỉ định:

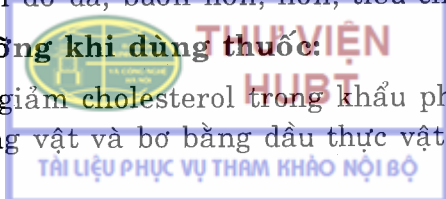
Mẫn cảm với thuốc, chống chỉ định từng loại thuốc riêng. Dùng cẩn thận đối với người suy gan, thận, u xơ dạ dày.

Tác dụng phụ:

Ngứa, ban đỏ da, buồn nôn, nôn, tiêu chảy.

Điều dưỡng khi dùng thuốc:

- Chú ý giảm cholesterol trong khẩu phần ăn. Thay mỡ động vật và bơ bằng dầu thực vật.



- Kiểm tra cholesterol, triglycerid máu, chức năng gan.
- Kiểm tra trạng thái hoạt động bình thường hay bất bình thường đường dạ dày - ruột.
- Báo cáo dấu hiệu nhịp tim nhanh, chứng vàng da.
- Hướng dẫn bệnh nhân và gia đình: thuốc giảm lipid máu làm giảm rủi ro bệnh tim mạch; làm giảm những yếu tố nguy hiểm khác về bệnh tim mạch như không: hút thuốc, béo quá, ăn thức ăn nhiều cholesterol. Uống đầy đủ nước, ăn nhiều rau có chất xơ ngăn chặn táo bón. Dùng thuốc đúng liều và thời gian.

2.17. THUỐC CHỐNG KHỐI U (Antineoplastic)

THUỐC ALKYL HOÁ (Alkylating agent)

Busulfan (Myleran)	Lomustin / CCNU
Carboplatin (Paraplatin)	(CeeNU)
Carmustin (BiCNU)	Meclorethamin hydroclorid
Clorambucil (Leukeran)	/ nitrogen mustard
Cisplatin / cis - platinum	(mustargen)
(Platinol)	Melphalan (Alkeran)
Cyclophosphamid	Streptozocin (Zanosar)
(Cytozan)	Triethylenethiophos-
Dacarbazin / DTIC (DTIC -	phoramid (Thiotepa)
Dome)	Uracil mustard (Uracil
Ifosfamid (Ifex)	Mustard)



THƯ VIỆN
HUYẾT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

KHÁNG SINH CHỐNG KHỐI U (Antitumor antibiotic)

Bleomycin sulfat (Blenoxane)	Mitomycin (Mutamycin)
Dactinomycin / actinomycin D (Cosmegen)	Mitoxatron hydroclorid (Novantrone)
Daunorubicin hydroclorid (Cerubidine)	Plicamycin / mithramycin (Mithracin)
Doxorubicin hydroclorid (Adriamycin)	Procarbazin hydroclorid (Matulane)

THUỐC CHỐNG CHUYỂN HOÁ (Antimetabolite)

Cytarabin / ara - C/ cytosin arabinosid (Cytosar - U)	Hydroxyurea (Hydrea)
Fluorouracil / 5 - fluorouracil 5-FU (Adrucil)	Mercaptopurin (6-MP)
Floxuridin (FUDR)	Methiotrexat (Folex)
	Thioguanin / 6-thioguanin / 6-TG (Lanvis)

THUỐC KIỂU HORMON (Hormonal agent)

Aminoglutethimid (Cytadren)	Megestrol acetat (Megace)
Cortison acetat (Cortone Acetate)	Methylprednisolon natri succinat (Solu-Medrol)
Dexamethason (Decadron)	Mitotan (Lysodren)
Flutamid (Eulexin)	Prednison (Cortalon)
Hydrocortison natri succinat (Solu-Cortef)	Tamoxifen citrate (Nolvadex)
Leuprolid acetat (Lupron)	Testolacton (Teslac)
	Trilostan (Modrastane)

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

ALCALOID THỰC VẬT (Plant alkaloid)

Vinblastin sulfat (Velban)

Vincristin sulfat (Oncovin)

Vindesin sulfat (Eldisine)

NHỮNG THUỐC KHÁC (Miscellaneous agent)

Amsacrin / m-AMSA

(Amsidyl)

Asparaginase / L-asparaginase (Elspar)

Erwinia asparaginase / porton asparaginase

Etoposid / VP-16 (VePesid)

Interferon alfa - 2a

(Roferon - A)

Interferon alfa - 2b

(Intron A)

Levamisol (Ergamisol)

Teniposid / VM - 26

(Vumon)

Tác dụng:

Tất cả các thuốc chống khối u trừ hormon đều tác dụng lên chu trình tế bào với hàng loạt quá trình hoá sinh từ giai đoạn hình thành đến giai đoạn phân chia. Thuốc làm thay đổi sự phát triển tế bào nhất là ở pha chu trình tế bào gọi là CCS (Cell cyclespecific) thuốc chống khối u. Thuốc chống khối u CCNS (cell cycle nonspecific) tác dụng ở bất kỳ điểm nào trong chu trình tế bào để phá huỷ sự lớn và tồn tại của tế bào. Tất cả thuốc chống khối u là chất độc tế bào (cytotoxic), phá huỷ cả tế bào bình thường và không bình thường, ngăn cản sự phát triển của tế bào, cho nên được dùng để điều trị ung thư ở giai đoạn đầu bởi vì tế bào ung thư phát triển rất nhanh ở thời kỳ bắt đầu gây bệnh. Thuốc chống khối u gồm 6 nhóm.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

1. Thuốc alkyl hoá:

Thuốc được biết đầu tiên chống ung thư, tác dụng lên tất cả các pha của chu trình tế bào, ngăn chặn sự phát triển tế bào do làm tổn thương ADN. Thuốc nhóm này gọi là alkyl hoá vì nó làm tổn hại tế bào bởi sự alkyl hoá vào ADN, ARN, protein và đại phân tử.

2. Kháng sinh chống khối u

Phá huỷ khối u tế bào bởi sự ngăn cản sinh tổng hợp ADN, ARN hay cả hai loại. Những kháng sinh này không dùng để điều trị nhiễm khuẩn bởi vì chúng có độc tính cao.

3. Thuốc kháng chuyển hoá

Đầu tiên ảnh hưởng vào pha S (pha tổng hợp ADN) của chu trình tế bào khi tổng hợp ADN. Thuốc này kết hợp với ADN hay ARN thành một khối, thay thế purin và pyrimidin trong con đường chuyển hoá bình thường của acid nucleic để thành phân tử mà không có khả năng tổng hợp protein cho tế bào. Thuốc kháng chuyển hoá được chia làm ba loại: kháng purin, kháng pirimidin và kháng folat. Chúng ảnh hưởng rất nhanh đến sự phát triển khối u.

4. Thuốc kiểu hormon:

Gồm loại:

- + Hormon như estrogen, progestin, androgen.
- + Kháng hormon như antiestrogen, antiadrenal
- + Adrenocorticosteroid

Những thuốc này làm giảm tốc độ phát triển khối u, mặc dầu hormon không có tác dụng trực tiếp là chất độc tế

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

bào và không điều trị được ung thư. Sự lựa chọn thuốc được xác định dạng hormon môi trường thuận lợi cho khối u phát triển, thay thuốc trị liệu là chuyển môi trường thuận lợi thành bất lợi cho sự phát triển. Nếu ung thư phát triển cần estrogen thì được thay bằng antiestrogen hoặc androgen.

Adrenocorticosteroid chống lại ung thư một phần nào đó như loại ung thư bạch cầu, Hodgkin và vài loại ung thư vú, bởi ngừng tổng hợp ARN, phân chia tế bào, tổng hợp protein.

5. *Alkaloid thực vật*: thuốc tác dụng lên chu trình tế bào loại CCS chủ yếu ở pha S. Tác dụng của chúng đối với pha G và S có giới hạn. Mỗi một loại thuốc có cách dùng khác nhau.

6. *Những loại thuốc khác* là thuốc thăm dò và biến đổi đáp ứng sinh học. Mỗi thuốc có tính chất khác nhau.

Công dụng:

Dùng điều trị các loại ung thư. Sử dụng thuốc đơn độc hay phối hợp với thuốc khác, phẫu thuật, kết hợp điều trị chiếu tia xạ. Ngăn chặn hoặc làm giảm sự phát triển khối u.

Liều và đường dùng:

Thuốc điều trị ung thư thường là loại carcinogen (trừ thuốc hormon) cho nên chuẩn bị thuốc và sử dụng thuốc cho bệnh nhân phải có thầy thuốc, y tá chuẩn bị cẩn thận an toàn không chỉ cho người bệnh mà cả y tá như mang găng trong quá trình chuẩn bị thuốc.

Liều phụ thuộc vào thuốc, mức độ bệnh, tình trạng sức khỏe, trọng lượng, chiều cao, loại ung thư, khối u, giai

doạn ung thư. Do thuốc độc với cả tế bào bình thường cũng như tế bào ung thư cho nên cần xác định đúng liều thích hợp. Thuốc có thể dùng đường uống, đường tiêm tĩnh mạch, dưới da do thầy thuốc chỉ định.

Chống chỉ định:

Quá mẫn cảm với thuốc, không chịu được độ độc của thuốc

Tác dụng phụ:

Kích ứng, ban đỏ, sốt, khó thở, phản vệ, mệt mỏi, nôn, buồn nôn, mạch nhanh, suy thận, suy giảm miễn dịch tăng nguy cơ nhiễm khuẩn, virus. Rụng tóc, chán ăn, suy nhược cơ thể.

Điều dưỡng khi dùng thuốc:

- Trước khi dùng kiểm tra phác đồ điều trị, y lệnh, kết quả xét nghiệm, cho liều theo thứ tự đã tính toán.
 - + Chức năng tủy xương: Hemoglobin, hematocrit, RBC, WBC, tiểu cầu.
 - + Chức năng thận: Serum BUN, creatin, thanh thải creatinin.
 - + Chức năng gan: Serum bilirubin, LDH, AST, ALT, phosphatase kiềm.
 - + Nghiên cứu thăng bằng chất điện giải: Na^+ , K^+ , Cl^- , Ca^{2+} , Mg^{2+}
- Nếu nghiên cứu thấy các chức năng không bình thường thì không dùng thuốc, báo cáo lại với thầy thuốc.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- Trạng thái hoạt động, trọng lượng tăng hay giảm.
- Theo dõi phác đồ điều trị, y lệnh để ngăn chặn và trị liệu phản ứng nôn, buồn nôn, tăng huyết áp.
- Theo dõi trong và sau khi dùng thuốc chống khối u.
 - + Theo dõi sự hoạt động, trạng thái sinh lý, dấu hiệu đầu tiên về triệu chứng phản ứng không mong muốn.
 - + Số liệu lấy nhiệt độ hàng ngày.
 - + Tạo môi trường tốt, chống kích thích làm giảm triệu chứng nôn, buồn nôn. Dùng thuốc vào thời gian hợp lý vào bữa ăn để giảm nôn do thuốc gây ra.
 - + Cung cấp đầy đủ nước dinh dưỡng.
 - + Tiêu chảy, dùng thuốc chống tiêu chảy.
 - + Khi WBC thấp phải chú ý đến nhiễm khuẩn.
 - + Khi tiểu cầu thấp, ngăn chặn rủi ro chảy máu, không tiêm, chăm sóc miệng không dùng bàn chải để đánh răng gây chảy máu.
 - + Quan sát da phải khô, giữ da sạch.
- Giáo dục hướng dẫn bệnh nhân và gia đình
 - + Duy trì mục đích trị liệu, điều trị hoá chất gây nặng nề cho cơ thể về trí lực tâm thần.
 - + Giải thích rõ cho người bệnh khi dùng thuốc chống khối u thì có phản ứng phụ vì thuốc không chỉ ảnh hưởng đến tế bào ung thư mà cả tủy xương, tóc.

- + Cung cấp một bảng triệu chứng khi xảy ra cần báo cáo ngay: sốt, mệt mỏi, nhất là ban đêm, nổi ban đỏ, chảy máu, bồn chồn khó chịu.
- + Vệ sinh miệng bằng vải mềm, không dùng bàn chải gây tổn thương nhất là khi tiểu cầu giảm.
- + Chỉ rõ việc cần thiết kiểm tra trọng lượng.
- + Giải thích lý do rụng tóc cho bệnh nhân rõ.
- + Giải thích cho bệnh nhân biết dùng hoá trị liệu, cơ thể có thay đổi nhưng sẽ ổn định sau khi điều trị.

2.18. THUỐC TRỊ BỆNH PARKINSON (Antiparkinson)

TIỀN CHẤT DOPAMIN (Dopamine precursor)

Levodopa (Levopa)

Carbidopa-levodopa
(Sinemet)

THUỐC GÂY TIẾT DOPAMIN (Dopamine - releasing agent)

Amantadin hydroclorid

(Symmetrel, Amantadine
HCl)

CHỦ VẬN DOPAMIN RECEPTOR (Dopamine receptor agonist)

Bromocriptin mesylat
(Parlodel)

Selegilin hydroclorid
(Eldepryl)

Pergolid mesylat (Permax)

Piribedin (Trivastal)



THUỐC CHỐNG TIẾT CHOLIN

Trihexyphenydydyl (Trihexy)

Tác dụng:

Thuốc trị bệnh Parkinson điều chỉnh hội chứng liệt rung Parkinson và triệu chứng ngoại tháp bởi sự xúc tiến cân bằng giữa acetylcholin và dopamin trong hệ thống thần kinh trung ương (thiếu hụt dopamin dẫn đến tác động quá mức của acetylcholin). Triệu chứng của bệnh, Parkinson có thể gây ra do sự thiếu hụt dopamin. Chuyển hoá levodopa thành dopamin ở trung tâm ngoại tháp của não làm đảo ngược sự thiếu hụt dopamin. Carbidopa làm giảm số lượng levodopa yêu cầu, ngăn chuyển hoá levodopa ngoại vi. Amantadin tăng sự bài xuất dopamin từ tiền synap tế bào thần kinh, trì hoãn thu nhận dopamin vào tế bào nên có thể có tác dụng kháng cholinergic. Bromocriptin, pergolid, và selegilin trực tiếp kích thích receptor dopamin ở trung tâm ngoại tháp và vùng dưới đồi.

Kháng cholinergic cũng có tác dụng chống hội chứng liệt rung Parkinson. Như vậy sự kìm hãm acetylcholin dẫn đến khử tỷ lệ cholinergic với dopaminergic.

Công dụng:

Điều trị Parkinson và điều chỉnh hội chứng ngoại tháp do thuốc gây ra. Bình thường chức năng vận động. Phòng và điều chỉnh tăng trương lực và run giật ở các cơ. Cải thiện triệu chứng bất động và có tác dụng kích thích

tâm thần. Chứng lão suy ở tế bào não. Tai biến mạch máu não.

Liều và đường dùng:

Liều thay đổi theo cá thể, thể bệnh, phụ thuộc vào thuốc, đáp ứng của người bệnh, tuổi, chiều cao, trọng lượng. Một số thuốc kháng tác dụng của levodopa như pyridoxim, IMAO, benzodiazepin, phenytoin, phenothiazin, và haloperidol.

Chống chỉ định:

Mẫn cảm với thuốc, glôcôm góc hẹp, suy tuần hoàn, nhồi máu cơ tim cấp tính. Trẻ em dưới 15 tuổi, phụ nữ có thai và cho con bú.

Thận trọng khi dùng cho người trên 60 tuổi, bệnh tim, gan, thận, suy hô hấp, nhược cơ, tổn thương thực thể ở não.

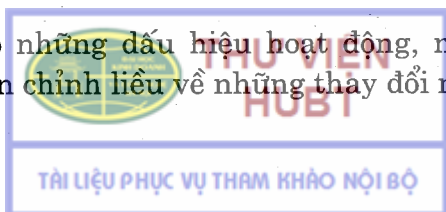
Tác dụng phụ:

Mẫn cảm thuốc, ban đỏ da, chứng đỏ bừng, viêm da, hạ huyết áp tư thế đứng. Buồn nôn, nôn. Miệng khô, bí tiểu tiện, mắt nhoà, tâm thần lẫn lộn, nhầm lẫn. Nhịp tim nhanh, giãn đồng tử, tăng nhãn áp, nhức đầu. Vận động không tự chủ, bất thường. Giảm bạch cầu và tiểu cầu nhẹ.

Điều dưỡng khi dùng thuốc:

Trạng thái hoạt động, mức độ bệnh tật.

- Dấu hiệu phản ứng không mong muốn khi dùng thuốc.
- Ghi báo những dấu hiệu hoạt động, nhất là trong giai đoạn chỉnh liều về những thay đổi nổi bật.



- Báo cáo tác dụng phụ, chú ý dấu hiệu quá liều sử dụng.
- Giám sát đi lại ổn định hay không.
- Giúp đỡ bệnh nhân và gia đình chăm sóc điều dưỡng.
 - + Giải thích điều trị nhiều tháng mới có tác dụng tối đa.
 - + Không ăn nhiều thức ăn có hàm lượng protein cao ở một bữa ăn (levodopa cạnh tranh với acid amin chuyển vào não).
 - + Chú ý phải dùng thuốc liên tục không dừng đột ngột có thể gây Parkinson nguy hiểm.
 - + Nếu bệnh nhân cảm thấy mất ngủ kéo dài thì uống thuốc liều cuối cùng trong ngày sớm hơn.
 - + Chú ý di chuyển đi lại chậm tránh hạ huyết áp thể đứng và choáng váng.
 - + Tránh lái xe, hoạt động khác khi cơ thể chưa ổn định thăng bằng.
 - + Chống táo bón, hàng ngày uống đủ nước, ăn rau có chất xơ. Trước khi dùng thuốc phải biết các thông tin và đặc tính của thuốc.



2.19. THUỐC CHỐNG LOẠN TÂM THẦN (Antipsychotic)

PHENOTHIAZIN

Acetophenazin maleat
(Tindal)

Clorpromazin hydroclorid
(Thorazine,
Clorpromanyl)

Fluphenazin decanoat
(Prolixin)

Mesoridazin besylat
(Serentil)

Perphenazin (Trilafon,
Phenazine)

Thioridazin hydroclorid
(Mellaril, Apo-Thiori-
dazine)

Trifluoperazin hydroclorid
(Stelazine, Calmazine)

THIOXANTHEN

Clorprothixen
(Taractan, Tarasan)

Thiothixen hydroclorid
(Navane)

BUTYROPHENON

Haloperidol (Haldol,
Peridol)

DIBENZOXAZEPIN

Loxapin hydroclorid và
succinat (Loxitane,
Loxapac)

DIBENZODIAZAPIN

Clozapin (Clozaril)



DIHYDROINDOLON

Molindon hydroclorid
(Moban)

Tác dụng:

Thuốc chống loạn tâm thần làm giảm nhẹ hội chứng loạn tâm thần liên quan đến sự bất bình thường tác dụng của dopaminergic hay alpha adrenergic hệ thần kinh trung ương. Lý do gây ra triệu chứng chưa rõ ràng, do vậy cơ chế tác dụng của thuốc không hiểu tường tận nhưng có thể chất đối kháng hay chất tương tác với dopamin dẫn truyền vào thần kinh trung ương. Các thuốc chống loạn tâm thần loại mới không điển hình như olanzapin, quetiapin, risperidon có ái lực cao với receptor serotonin $5HT_{2a}$ hơn receptor dopamin D_2 ;

Thuốc chống loạn tâm thần có thể chia làm 6 loại, có cấu trúc khác nhau tạo nên thế năng, thời gian tác dụng khác nhau cũng như tác dụng phụ rất khác nhau. Ở liều sử dụng, thế năng chống loạn tâm thần của phenothiazin thấp nhưng làm trấn tĩnh giảm đau nhưng ít gây tác dụng phụ ngoại tháp. Thế năng chống loạn tâm thần của haloperidol, butyrophenon thì ít trấn tĩnh giảm đau nhưng nhiều tác dụng phụ ngoại tháp, thể hiện sớm trong quá trình điều trị.

Công dụng:

Dùng điều trị loạn tâm thần và bệnh thần kinh. Tâm thần phân liệt, các hội chứng não cơ năng với biểu hiện loạn tâm thần, hưng cảm. Chống buồn nôn và nôn.

Liều và đường dùng:

Liều dùng phụ thuộc vào thuốc, mức độ bệnh, tính chất của cá thể dùng thuốc như chiều cao, trọng lượng, cân nặng. Yếu tố chọn thuốc phụ thuộc vào sự đáp ứng với thuốc, tác dụng phụ. Liều cao có thể sử dụng lúc đầu trong điều trị. Liều duy trì là liều thấp mà vẫn có tác dụng.

Chống chỉ định:

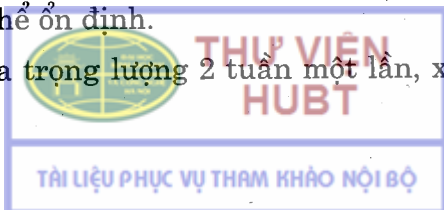
Mẫn cảm với thuốc. Phì đại tuyến tiền liệt. Bí tiểu tiện, u tế bào ưa crôm, tổn thương nặng ở gan thận, hôn mê, trầm cảm nặng. Ngộ độc cấp do rượu, thuốc ngủ. Phụ nữ có thai, cho con bú.

Tác dụng phụ:

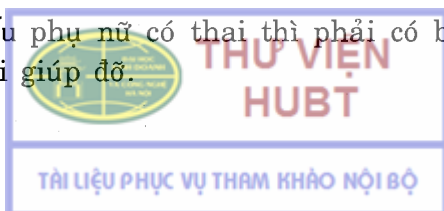
Đỏ da, nhạy cảm với gan, rối loạn máu, hạ huyết áp tư thế đứng, hay tăng huyết áp, buồn ngủ, uể oải, phản ứng ngoại tháp (tiền Parkinson), rối loạn nhìn, chảy nước mũi, khô miệng, tiêu chảy, giảm trọng lượng, da nhạy cảm với ánh sáng, vết xanh đen, sốt.

Điều dưỡng khi dùng thuốc:

- Kiểm tra máu, công thức hồng, bạch cầu, creatinin, chức năng gan trước khi dùng liều thuốc đầu tiên.
- Thuốc phải nuốt, không được ngậm.
- Kiểm tra huyết áp tư thế đứng, hoa mắt, chóng mặt, choáng váng, buồn ngủ, uể oải cho đến khi trạng thái cơ thể ổn định.
- Kiểm tra trọng lượng 2 tuần một lần, xem tăng hay giảm.



- Chăm lo miệng, tránh loét miệng.
- Ngăn chặn táo bón, uống đủ nước, ăn rau có chất xơ.
- Kiểm tra tiểu tiện, báo cáo khi bí tiểu.
- Báo cáo các phản ứng phụ xảy ra nếu có.
- Giúp bệnh nhân và gia đình hiểu biết các giai đoạn sử dụng thuốc và chăm sóc dùng thuốc cho người bệnh.
 - + Giải thích yêu cầu dùng thuốc cho đến khi có kết quả tốt.
 - + Giải thích đi đứng chậm, tránh hoa mắt, chóng mặt.
 - + Nhấn mạnh ảnh hưởng rượu, thuốc giảm đau có thể năng tác dụng.
 - + Cần chú ý báo với thầy thuốc khi tự dùng thuốc hay quá liều thuốc, cần phải ngừng dùng thuốc.
 - + Cung cấp một số tin về tác dụng phụ của thuốc để biết và phòng tránh.
 - + Không tăng liều dùng hay dùng thuốc nếu chưa có sự kiểm tra của thầy thuốc.
 - + Không lái xe hoặc hoạt động khác khi cơ thể chưa ổn định và thăng bằng.
 - + Chú ý chống khô miệng bằng nước, kẹo, kẹo gôm - gìn giữ răng miệng sạch.
 - + Nếu phụ nữ có thai thì phải có biện pháp theo dõi giúp đỡ.



2.20. THUỐC CHỐNG HO, LONG ĐỜM (Antitussives, expectorants)

THUỐC CHỐNG HO (Antitussive)

Benzonatat (Tessalon)	Diphenhydramin
Codein	hydroclorid (Benadryl)
Dextromethorphan hydro- bromid (Benylin DM)	Hydrocodon bitartrat (Vicodin)

THUỐC LONG ĐỜM TIÊU NHẢY (Expectorant, mucolytic)

Acetylcystein (Mucomyst, Parvolex)	Iodinated glycerol (Organidin)
Ammoniclorid	Potassium iodid (SSKI)
Guaifenesin (Robitussin)	Terpin hydrat

Tác dụng:

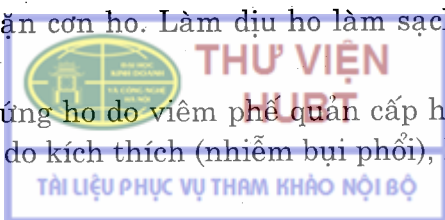
- Thuốc chống ho ngăn cản trung tâm ho bằng cách ức chế trung tâm gây ho hành tủy hay ngoại vi như kìm hãm sự duỗi ra của phổi nên giảm tác động lên trung tâm ho.

- Thuốc long và tiêu đờm làm dễ dàng sự tống đờm ra ngoài bằng cách khử độ nhớt của đờm, chất dính và sự căng bề mặt, thúc đẩy bài tiết từ màng nhầy.

Công dụng:

- Ngăn chặn cơn ho. Làm dịu ho làm sạch đường phổi sau khi ho.

Trị các chứng ho do viêm phế quản cấp hay mạn tính, viêm phổi, ho do kích thích (nhiễm bụi phổi), ho gà.



- Thuốc long đờm tiêu nhầy (acetylcystein) làm giảm dịch nhầy đường hô hấp. Làm lành tổn thương ở mắt. Hội chứng tăng tiết dịch đường hô hấp kèm ứ tiết dịch nhầy, bệnh nhầy nhớt, loét giác mạc do chấn thương.

Liều lượng và đường dùng:

Liều phụ thuộc vào thuốc, tình trạng bệnh nhân: mức độ ho, tuổi, chiều cao, trọng lượng.

Uống thuốc chống ho sau khi ăn, còn dùng thuốc long đờm tiêu nhầy trước khi ăn giúp bệnh nhân ho khạc bỏ nhiều đờm giải ra ngoài (ho lúc ăn no có thể gây nôn).

Chống chỉ định:

Mẫn cảm với thuốc. Phụ nữ có thai hay cho con bú. Trẻ em dưới 7 tuổi. Suy hô hấp. Đối với acetylcystein, chống chỉ định bơm khí và nhỏ tại chỗ khi đang có cơn hen, đang dùng kháng sinh liều cao kèm tổn thương niêm mạc đường hô hấp. Chống uống acetylcystein khi mẫn cảm thuốc, loét dạ dày- tá tràng.

Tác dụng phụ:

Ghi riêng cho từng loại thuốc.

Điều dưỡng khi dùng thuốc:

- Kiểm tra tiếng phổi, đờm (số lượng tăng giảm, mùi).
- Ghi nhiệt độ, mạch và sự thở.
- Cung cấp đủ nước, ít nhất 2000 ml/ngày.
- Bàn với thầy thuốc về việc sử dụng máy duy trì độ ẩm.
- Chăm sóc miệng sau khi dùng thuốc tiêu đờm.
- Giúp bệnh nhân và gia đình chú ý dùng thuốc chống ho sau bữa ăn, hướng dẫn dùng thuốc long, tiêu đờm,

làm sạch đường hô hấp trước khi ăn, hướng dẫn cách hô loại đờm, duy trì đủ lượng nước dùng, sử dụng máy duy trì độ ẩm, không hút thuốc cho đến khi kết quả tốt hoàn toàn.

2.21. THUỐC PHONG BẾ BÊTA ADRENERGIC (Beta-adrenergic blocker)

THUỐC PHONG BẾ LỰA CHỌN BÊTA (Selective beta-blocker)

Acebutolol (Sectral)

Metoprolol tartrat

Atenolol (Tenormin)

(Lopressor)

Esmolol hydroclorid

(Brevibloc)

THUỐC PHONG BẾ KHÔNG LỰA CHỌN BÊTA (Nonselective beta-blocker)

Carteolol hydroclorid

(Cartrol)

Penbutolol sulfat (Levatol)

Pindolol (Visken)

Labetalol hydroclorid

(Normodyne)

Propranolol hydroclorid

(Inderal)

Nadolol (Corgard)

Timolol maleat

(Blocadren)

Tác dụng:

Thuốc phong bế β adrenergic kìm hãm sự đáp ứng hệ thần kinh giao cảm nên khử tốc độ và lực co bóp của tim, giảm áp lực máu bởi sự ức chế tác động của norepinephrin và epinephrin. Thuốc phong bế β adrenergic ức chế cạnh tranh với norepinephrin và epinephrin ở vị trí ad-

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

renergic receptor làm mất tác dụng của norepinephrin và epinephrin làm tim đập nhanh, co bóp mạnh, tăng áp lực máu. Phong bế beta làm giảm co bóp tim, mạch tim nên giảm yêu cầu oxy của tim. Propranolol có tính ổn định màng liên quan tới tác dụng chống loạn nhịp tim. Giảm sự bài tiết renin của thận, ngăn chặn hình thành angiotensin II (chất có thể năng co mạnh) và giảm bài tiết aldosteron. Thông qua tác dụng như vậy, phong bế beta ngăn chặn hấp thu muối, nước ở thận, có tác dụng chống tăng huyết áp.

Chất ức chế beta được phân loại theo vị trí phong bế:

- Phong bế lựa chọn beta 1 (β_1) chỉ phong bế receptor ở tế bào tim.

- Phong bế không lựa chọn beta 2 (β_2) phong bế receptor ở cả tế bào tim và tế bào khác (chủ yếu phổi, mạch cơ vân, dạ con).

Ức chế lựa chọn β_1 ở tim phụ thuộc liều. Ở liều thấp chất ức chế β_1 chủ yếu phong bế β_1 của tim nhưng ở liều cao sự phong bế xảy ra ở cả vị trí β_1 và β_2 receptor gây co thắt phế quản và kìm hãm sự co mạch máu ngoại vi. Các chất phong bế cảm thụ beta có tác dụng làm giảm tính tự động ở nút xoang và ổ tạo nhịp tiềm tàng, nhất là nút xoang do kéo dài quá trình khử cực tâm trương chậm, nhịp tim bị chậm lại, nhất là khi đứng và khi gắng sức. Làm nhẹ tính dẫn truyền ở nhĩ và thất nhưng giảm nhiều ở nút nhĩ - thất do giảm tốc độ phát triển và biên độ của nhánh lên, làm tắt các mạch "vào lại". Làm giảm

tính kích thích, nâng cao ngưỡng khử cực tự phát, thời kỳ trơ có hiệu lực của nút nhĩ - thất kéo dài nhưng các sợi Purkinje bị ngăn lại, ở các sợi này tái cực cùng xảy ra nhanh hơn làm ngắn thời gian của điện thế hoạt động tế bào. Nâng cao ngưỡng rung thất. Ngoài ra còn ức chế tác dụng của hệ thần kinh giao cảm lên các cảm thụ β .

Công dụng:

Dùng điều trị tăng huyết áp, loạn nhịp tim, chứng hoảng hốt, nhức nửa đầu, cơn đau thắt ngực. Tác dụng tốt với nhịp nhanh xoang do cường giao cảm và do cường giáp. Tác dụng hạn chế trong ngoại tâm thu nhĩ, rung nhĩ, cuồng nhĩ. Có hiệu lực trong cơn nhịp nhanh kịch phát trong bệnh Bouveret, cơn nhịp nhanh hội chứng WPW thuốc tham gia cắt mạch "vào lại" ở khu vực nút nhĩ - thất làm tắt cơn nhịp nhanh kịch phát. Loạn nhịp thất thường được chỉ định trong ngoại tâm thu thất có liên quan cường giao cảm. Dự phòng rối loạn nhịp tim nhất là sau nhồi máu cơ tim.

Liều và đường dùng:

Liều dùng phụ thuộc vào thuốc và đường dùng, đáp ứng của người bệnh, tình hình sức khỏe, tuổi, chiều cao, cân nặng. Chức năng thận gan có thể thay đổi liều. Đo nhịp tim, huyết áp để tính liều phù hợp. Đa số thuốc phong bế beta dùng ngày 2 lần, nhưng có loại dùng 1 lần. ít dùng đường tiêm tĩnh mạch.

Chống chỉ định:

Mẫn cảm với thuốc.



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Suy tim, nguyên tắc không chỉ định vì thuốc làm mất cơ chế bù trừ để duy trì cung lượng tim và làm giảm sức co bóp cơ tim, nên chọn thuốc khác. Nhịp chậm <60 lần/phút, hội chứng yếu nút xoang. Bloc nhĩ - thất độ II và III. Huyết áp tâm thu <90mmHg. Hen phế quản, bệnh phế quản mạn tính tắc nghẽn. Loét dạ dày - tá tràng. Nhiễm toan chuyển hoá. Hạ glucose máu, hội chứng Raynaud. Phụ nữ có thai. Nghỉ thuốc đột ngột.

Tác dụng phụ:

Mẫn cảm với thuốc gây ngứa, đỏ da. Hạ huyết áp. Giảm lực co bóp tim, nhịp tim chậm, bloc dẫn truyền. Làm tăng triglycerid và giảm HDL - C. Cơ hen phế quản do ức chế β_2 làm co thắt phế quản. Đôi khi có cảm giác lạnh đầu chi kiểu Raynaud hoặc rối loạn tiêu hoá nhẹ. Giảm phân huỷ glycogen ở gan và ức chế tiết glucagon làm nặng thêm cơn hạ đường huyết ở bệnh nhân tiểu đường. Đau dạ dày, buồn nôn, nôn, tiêu chảy, suy nhược lúc khởi đầu điều trị, mất ngủ, ác mộng, dị cảm các chi. Rối loạn thị giác. Phản ứng da dạng vẩy nến, làm nặng thêm bệnh vẩy nến.

Điều dưỡng khi dùng thuốc:

- Tình trạng sức khoẻ, tinh thần: mạch, huyết áp (tư thế nằm, ngồi và đứng ở cả hai tay).
- Xác định giới hạn huyết áp và nhịp tim điều trị.
- Xét nghiệm và theo dõi công thức máu, điện giải, BUN, creatinin, chức năng gan trước khi dùng liều đầu tiên. Báo cáo khi bất thường.
- Kiểm tra phản ứng triệu chứng lẫn lộn, mệt mỏi, hạ huyết áp, nếu xảy ra ngừng thuốc báo cáo ngay.

- Nếu dùng thuốc đường tiêm tĩnh mạch, phải để bệnh nhân nằm ở giường và luôn luôn theo dõi đến khi ổn định.
- Theo dõi trạng thái lúc hoạt động và lúc nghỉ.
- Kiểm tra cân nặng tăng hay giảm.
- Giúp đỡ bệnh nhân và gia đình bệnh nhân hiểu và thực hiện tốt:
 - + Dùng thuốc chính xác như y lệnh trong đơn, không tự ý thay đổi thuốc.
 - + Thuốc có tác dụng tốt thể hiện sự thay đổi mạch, hoạt động tim.
 - + Biết kiểm tra mạch, huyết áp. Cần báo ngay khi có biến động huyết áp tăng hay giảm, mệt mỏi khó chịu.
 - + Không uống rượu khi dùng thuốc.
 - + Nếu có cảm giác lạnh tay, chân phải báo ngay khi có biến động huyết áp tăng hay giảm, mệt mỏi khó chịu.
 - + Chú ý đi lại chậm để khỏi choáng váng.
 - + Chú ý khi có tác dụng phụ cần báo thầy thuốc để xử lý và giúp đỡ bệnh nhân.

2.22. THUỐC GIÃN PHẾ QUẢN (Bronchodilator)

Albuterol (Proventil)

Aminophyllin (Corophyllin)

Bitolterol mesylat
(Tornalate)

Ephedrin hydroclorid

(Fedrine)

Ephedrin sulfat (Ephed II)

Epinephrin (Bronchaid)



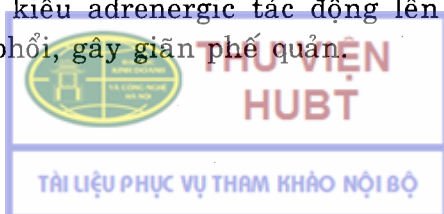
Epinephrin bitartrat (AsthmaHaler)	Ketotifen hydrogen fumarat (Zaditen)
Epinephrin hydroclorid (Sus-Phrine)	Ipratropium bromid (Atrovent)
Ethylnorepinephrin hydroclorid (Bronkephrin)	Isoetharin hydroclorid (Bronkosol)
Salbutamol sulfat (Volmax)	Isoetharin mesylat (Bronkometer)
Beclometason dipropionat (Becotide)	Isoproterenol (Isuprel)
Fluticason propionat (Flixotide)	Isoproterenol hydroclorid (Isuprel Hydrochloride)
Pimethixen (Calmixene)	Isoproterenol sulfat (Medihaler-iso)
Formoterol fumarat (Foradil)	Metaproterenol sulfat (Alupent)
Ketotifen fumarat (Ketasma)	Pirbuterol acetat (Maxair)
Salmeterol xinafoate (Serevent)	Terbutalin sulfat (Brethine)
	Theophylin (Theo-Dur)

Tác dụng:

Thuốc giãn phế quản ngăn chặn hoặc làm giãn co thắt phế quản bởi tác động giãn nở cơ vân phế quản.

- Aminophylin và theophylin nâng nồng độ adenosin mono phosphat vòng (AMPC), làm giãn phế quản.

- Thuốc kiểu adrenergic tác động lên β_2 adrenergic receptor ở phổi, gây giãn phế quản.



Thuốc giãn phế quản kích thích tim và trung ương thần kinh vì tác dụng của giao cảm.

Công dụng:

Điều trị co thắt phế quản, hen phế quản, hen tim, viêm phế quản mạn tính, rối loạn tuần hoàn do xơ cứng động mạch. Phòng ngừa và điều trị khó thở trong hen phế quản, viêm phế quản tắc nghẽn mạn tính, viêm phế quản kèm khí phế thũng, bệnh phế quản phổi do co thắt hay do quá mẫn cảm mạn tính ở phế quản.

Liều và đường dùng:

Liều dùng phụ thuộc vào thuốc sử dụng, đường dùng, tình trạng sức khỏe của người bệnh, chiều cao, tuổi, cân nặng, tình hình dinh dưỡng và chuyển hoá, phản ứng phụ. Thuốc dùng đường uống, tiêm bắp, tĩnh mạch, dưới da, dạng phun sương.

Chống chỉ định:

Mẫn cảm với thuốc. Loạn nhịp nhanh, bệnh nhân lao phổi thể hoạt động hay tiềm ẩn, bệnh cơ tim tắc nghẽn phì đại, nhạy cảm amin, cường giao cảm, phụ nữ có thai, trẻ em dưới 3 tuổi.

Tác dụng phụ:

Nhức đầu, buồn nôn, mất ngủ, đánh trống ngực, co giật, ban xuất huyết, chuột rút, đau cơ, loạn nhịp, kích ứng miệng hầu, nhiễm khuẩn miệng hầu.

Điều dưỡng khi dùng thuốc:

- Nghe phổi trước và sau khi dùng thuốc, xem mức độ đờm giải.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- Kiểm tra nhịp tim nhanh và loạn nhịp, nếu thấy rõ, ngừng thuốc và báo cáo.
- Nếu thấy bệnh nhân chóng mặt, hoa mắt thì giữ nằm tại giường.
- Giúp đỡ bệnh nhân điều trị, gia đình bệnh nhân hiểu được những yêu cầu cần thiết trong chăm sóc người bệnh.
- + Giải thích nguyên nhân gây hen như môi trường, nhiễm bệnh để bệnh nhân tự biết cách xử lý, an tâm điều trị.
- + Hướng dẫn cách dùng thuốc và dùng đúng hướng dẫn.
- + Khi có khó khăn thở, cảm thấy mệt nhọc cần gọi thầy thuốc, y tá đến giúp đỡ.
- + Chăm lo ăn uống và mọi sinh hoạt để bệnh nhân có môi trường điều trị tốt.

2.23. THUỐC KÍCH THÍCH NÃO (Cerebral stimulant)

Amphetamin sulfat
Cafein (Vivarin)
Dextroamphetamin sulfat
(Dexedrine)

Methamphetamin
hydroclorid (Desoxyn)
Methylphenidat
hydroclorid (Ritalin)
Pemolin (Cylert)

Tác dụng:

Kích thích trung tâm thần kinh trung ương phóng thích norepinephrin dự trữ dẫn đến kích thích hô hấp,

tăng năng lượng, tăng trạng thái tinh thần. Đối với người lớn gây nên tác dụng kích thích nhưng ở trẻ em bị bệnh ADDH (Attention deficit Disorders with Hyperactivity) thì tác dụng ngược lại làm dịu. Cafein là chất kìm hãm phosphodiesterase, kích thích thần kinh trung ương và hô hấp.

Công dụng:

Trị mệt mỏi, suy nhược do lao lực, để trung hoà tác dụng quá mức của thuốc an thần. Amphetamin và methylphenidat được dùng để điều trị cơn ngủ kịch phát. Ngăn chặn cơn ngủ từng chạng từng hồi. Xoa bỏ hay giảm cơn ngủ đoạn hay hồi của sự ngủ kịch phát.

Đối với trẻ em >6 tuổi, amphetamin, methylphenidat và pemolin được dùng để điều trị ADDH.

Chú ý dùng amphetamin vì đây là loại thuốc chất ma túy.

Liều và đường dùng:

Liều tác dụng của những thuốc này mang đặc tính riêng cao nên giới hạn liều phụ thuộc vào thuốc, đáp ứng riêng. Tuổi, chiều cao, trọng lượng người bệnh, trạng thái sức khỏe. Trẻ em và nhiều người lớn rất nhạy cảm với sự kích thích thần kinh. Để ngăn chặn mất ngủ, liều cuối cùng trong ngày nên uống trước bữa trưa và thường trước 6 giờ khi đi ngủ.

Chống chỉ định:

Mẫn cảm với thuốc, tăng huyết áp, bệnh tim mạch, hyperthyroid, glôcôm, tiền sử dùng thuốc lạm dụng. Chống chỉ định cho trẻ em dưới 6 tuổi, phụ nữ có thai, cho con

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

bú. Chỉ dùng cho người già bị cơn ngủ kịch phát và dùng cẩn thận.

Tác dụng phụ:

Mẫn cảm với thuốc, ngứa, ban đỏ da. Khó ngủ, đau đầu, mạch nhanh, buồn nôn, nôn, táo bón.

Điều dưỡng chăm sóc:

- Kiểm tra nồng độ thuốc trong khoảng thời gian dùng thuốc liên quan đến trạng thái sức khỏe biến đổi, cần điều chỉnh liều thuốc.
- Kiểm tra huyết áp trong quá trình điều trị nhất là khi bắt đầu điều trị.
- Tư liệu hàng ngày về trọng lượng, mức ăn uống.
- Ngăn chặn táo bón, ăn uống đủ nước, rau hoa quả.
- Kiểm tra giấc ngủ, không dùng thuốc sau 6 giờ khi đi ngủ.
- Giải thích cho bệnh nhân và gia đình những chỉ dẫn dùng thuốc, tự theo dõi biến diễn bệnh khi dùng thuốc, những tác dụng phụ của thuốc để có biện pháp khắc phục hay báo cáo với thầy thuốc điều trị. Không dùng nước uống, thức ăn có chứa cafein trong khi điều trị.

2.24. THUỐC CƯỜNG PHÓ GIAO CẢM (cholinergics)

Amibenonium clorid
(Mytelase)

Edrophonium clorid
(Tensilin)

Bethanecol clorid
(Urecholine)

Methacholin clorid
(Provocholine)



Neostigmin bromid
Neostigmin methylsulfat
(Prostigmin)

Physostigmin salicylat
(Antilirium)
Pilocarpin (Isopto Carpine)
Pyridostigmin bromid
(Mestinon)

Tác dụng:

Cholinergic (thuốc giống phó giao cảm) làm tăng nồng độ acetyl cholin dẫn truyền thần kinh ở receptor cuối hạch thần kinh phó giao cảm hoặc kích thích trực tiếp receptor tạo nên tác dụng thần kinh cơ. Nếu nồng độ acetylcholin rất lớn so với yêu cầu hay rất nhỏ thì trương lực và chức năng cơ bị giảm, thậm chí bị liệt. Acetylcholin là chất trung gian hoá học có nhiều nơi trong cơ thể, cho nên tác dụng rất phức tạp, phụ thuộc vào liều thuốc cường phó giao cảm tác dụng trực tiếp hoặc gián tiếp.

- Tác dụng trực tiếp kích thích cholinergic receptor.
- Tác dụng gián tiếp ngăn chặn sự phá huỷ acetylcholin bằng sự kìm hãm cholinesterase ở vùng tiếp giáp thần kinh cơ.

Thuốc cường phó giao cảm giả mạo hệ thống thần kinh phó giao cảm gây ra tác động lên các cơ quan:

+ *Trên mắt*: co thất đồng tử (do kích thích co thất cơ vòng mỏng mắt), giảm nhãn áp gây chảy nước mắt, giảm nhìn ánh sáng tối.

+ *Trên phổi*: tăng bài tiết dịch, co thất phế quản gây cơn hen.



+ *Trên hệ thống tim mạch*: làm chậm nhịp tim, giãn mạch, hạ huyết áp, giảm co bóp tim, giảm độ dẫn truyền ở nút xoang - nhĩ và nhĩ thất.

+ *Trên hệ tiêu hoá*: tăng nhu động ruột, tăng tiết dịch tiêu hoá như nước bọt, dịch dạ dày.

+ *Trên đường tiết niệu*: cơ cơ bài niệu và giãn cơ vòng kích thích bài niệu.

Công dụng:

Thuốc cường phó giao cảm có nhiều cách dùng khác nhau như để chống bí tiểu tiện (bethanecol và neostigmin), glôcôm (pilocarpin), chứng nhược cơ nặng (ambenonium clorid, pyridostigmin bromid, neostigmin, edrophonium clorid chỉ để chẩn đoán). Đối kháng tác dụng chẹn thần kinh cơ không khử cực, bí tiểu hậu phẫu, liệt ruột, táo bón, trướng bụng, đầy hơi. Độc thần kinh khi dùng quá liều thuốc kháng cholinergic và thuốc trầm cảm ba vòng.

Liều và đường dùng:

Liều và đường dùng phụ thuộc vào thuốc, chỉ định và đáp ứng riêng, tuổi, chiều cao, trọng lượng và trạng thái sức khỏe. Đường dùng uống, tiêm dưới da, tiêm bắp, tiêm tĩnh mạch, khí dung, hít. Không phải các thuốc cường phó giao cảm dùng các đường như trên mà tùy từng loại thí dụ betanecol clorid không bao giờ được tiêm bắp hay hay tiêm tĩnh mạch. Khi dùng thuốc phải chú ý đúng thời gian sử dụng vì giới hạn điều trị và độc hẹp. Luôn luôn có atropin để dự phòng phản ứng xấu xảy ra. Thuốc uống vào bữa ăn.



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Chống chỉ định:

Mẫn cảm với thuốc. Bệnh mạch máu não, tắc nghẽn phổi, block tim, tăng năng tuyến giáp, tắc nghẽn ruột, tắc nghẽn cơ học đường tiết niệu, bệnh Parkinson.

Thận trọng dùng cho người già, hen phế quản, chậm nhịp tim, mới nghẽn mạch vành, hạ huyết áp, loét tá tràng, tăng trương thần kinh phó giao cảm.

Phản ứng phụ:

Mẫn cảm da, chảy nước mắt, buồn nôn, nôn, tăng tiết nước bọt, tiêu chảy, co cứng bụng, mệt mỏi, nhức đầu nhẹ, mạch tim nhanh, hạ áp.

Điều dưỡng khi dùng thuốc:

- Bệnh nhân không dùng thuốc cường phó giao cảm khác có thể tăng rủi ro hay thuốc kháng cholinergic gây giảm tác dụng điều trị.
- Quan sát mức độ mệt mỏi, đau đầu nhất là sau khi dùng thuốc cần theo dõi để lấy lại cân bằng.
- Mạch và huyết áp đo hàng ngày, báo cáo khi bất thường.
- Báo cáo những dấu hiệu tác động của cholinergic.
- Giúp bệnh nhân ăn uống tốt và môi trường điều trị tốt.
- + Uống thuốc vào bữa ăn hay ngay sau khi ăn để tránh kích ứng dạ dày.
- + Dùng thuốc đúng thời gian, như y lệnh. Ngăn chặn tác dụng phụ.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- + Nói rõ những tác dụng phụ cho bệnh nhân biết như đau ngực, khó thở, tiêu chảy.
- + Trước khi dùng thuốc phải biết tính chất riêng và thông tin về thuốc.

2.25. THUỐC LỢI TIỂU (Diuretics)

THUỐC ỨC CHẾ CARBONIC ANHYDRAT (Carbonic anhydrase inhibitor)

Acetazolamid (Diamox)

Methazolamid (Neptazane)

Diclorphenamid (Daranide)

THUỐC LỢI TIỂU QUAI [LOOP (High ceiling) diuretic]

Bumetanid (Bumex)

Furosemid (Lasix)

Ethacrynic acid (Edecrin)

THUỐC LỢI TIỂU THẨM THẤU (Osmotic diuretic)

Mannitol (Osmitrol)

Urea (ureaphil)

THUỐC LỢI TIỂU TIẾT KIÊM KALI (Potassium-sparing diuretics)

Amilorid hydroclorid
(Midamor)

Spironolacton (Aldactone)
Triamteren (Dyrenium)

THUỐC LỢI TIỂU THIAZID (Thiazide diuretics)

Benzthiazid

Methyclothiazid (Enduron)

(Exna, Aquatag)

Polythiazid (Renese)

Clorothiazid (Diuril)

Triclometiazid (Aquazide)



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Cyclothazid (Anhydron)

Hydrochlorothiazid

(Hydro DIURIL)

THUỐC LỢI TIỂU GIỐNG THIAZID (Thiazide - like diuretics)

Clorthalidon (Hygroton)

Indapamide (Lozol)

Metolazon (Duilo)

Quinethazone (Hydromox)

Tác dụng:

Thuốc lợi tiểu kích thích bài xuất nước, Na^+ và chất điện giải khác bởi sự nâng mức hoạt động của thận. Như vậy thuốc không kích thích thận hư được nhưng nó có thể nâng cao một phần chức năng hoạt động của thận. Thận có 3 chức năng chủ yếu:

- Bài tiết nước, chất cặn bã và tái hấp thu.
- Duy trì cân bằng acid - kiềm.
- Duy trì cân bằng muối - nước.

Khi chức năng thận bị thương tổn thì cân bằng muối bị phá vỡ và gây ứ nước.

Thuốc lợi tiểu được phân thành 5 nhóm.

- *Nhóm ức chế carbonic anhydrase (CAI)*

Là loại lợi tiểu trung bình có thời gian tác dụng ngắn. Trên mắt ức chế AC nên giảm tạo thủy dịch do đó làm giảm nhãn áp ở người bị tăng nhãn áp. Trên thận tăng bài tiết bicarbonat, Na^+ , K^+ và nước. Do tăng đào thải bicarbonat nên làm nước tiểu có pH kiềm. Trên thần kinh trung ương CAI ức chế động kinh, giảm tạo dịch não tủy, dị cảm, buồn ngủ.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- Nhóm lợi tiểu quai

Tăng cường bài xuất Na^+ , Cl^- , K^+ , chất điện giải khác và nước bởi sự kìm hãm tái hấp thu Na^+ và Cl^- ở phần đáy nhánh lên của quai Henle. Do sự giảm tái hấp thu nên tăng sự mất K^+ ở ống lượn xa.

- Nhóm lợi tiểu thẩm thấu

Tăng cường bài xuất Na^+ , Cl^- , K^+ và nước bởi tăng áp lực thẩm thấu của tiểu cầu thận. Loại thuốc này bị lọc bởi thận nhưng kém tái hấp thu; tạo ra áp lực thẩm thấu trong ống thận nên gây ra sự bài xuất nước. Ảnh hưởng về thẩm thấu xảy ra đến dòng máu, hút nước từ tế bào đi vào máu như vậy giảm áp lực mắt và nội sọ.

- Nhóm lợi tiểu tiết kiệm kali

Tăng cường bài xuất Na^+ và nước bởi sự kìm hãm cơ chế trao đổi K^+ và Na^+ trong ống lượn xa. Chúng thường được sử dụng kết hợp với các thuốc khác.

- Nhóm thuốc lợi tiểu thiazid và giống thiazid

Tăng cường bài xuất Na^+ , Cl^- , K^+ , và nước bởi sự giảm mạnh tái hấp thu ở ống lượn xa.

Công dụng:

Có nhiều sử dụng. Nâng cao hiệu suất làm việc của thận, lấy lại cân bằng muối - nước khi chức năng thận tổn thương hay quá tải. Giảm nhãn áp, giảm áp lực nội sọ. Giảm huyết áp; Phù; Phù do suy tim sung huyết, phù trước khi có kinh; phù do thuốc (corticosteroid). Đa niệu trong đái tháo nhạt.

Liều dùng và đường dùng:

Liều dùng phụ thuộc vào mức độ chức năng tim và thận, đường dùng thuốc, loại thuốc và tình trạng sức khỏe bệnh tật của người bệnh, tuổi, chiều cao, trọng lượng và chuyển hoá. Tất cả các thuốc lợi tiểu đều có thể dùng đường uống, tiêm tĩnh mạch, tiêm bắp. Con đường hay dùng nhất là uống và tiêm tĩnh mạch. Để có tác dụng tốt hơn, thỉnh thoảng có sự kết hợp sử dụng với nhau. CAI dùng có giới hạn và dùng ngày xen kẽ để giảm rủi ro về acid chuyển hoá và nên điều trị sớm.

Trẻ em sử dụng cẩn thận, nhiều loại chống chỉ định cho trẻ em. Người già dùng liều thấp lúc đầu vì có thể có nhiều rủi ro do điều trị. Nếu liều thấp ít tác dụng thì có thể tăng liều nhưng phải chăm sóc điều dưỡng cẩn thận.

Tác dụng phụ:

Mẫn cảm với thuốc: mẩn da, mày đay. Giảm kali máu kèm toan huyết chuyển hoá. Tiểu đường. Tăng acid uric với cơn gout cấp tính, rối loạn chuyển hoá calci, sỏi thận. Mất cân bằng muối - nước và điện giải. Khô miệng, khát nước, yếu sức, ngủ lịm, chóng mặt, bồn chồn, đau hoặc co rút cơ, mệt mỏi cơ, hạ huyết áp, tim đập nhanh hoặc loạn nhịp, buồn nôn, nôn, chán ăn, nhức đầu, mỡ hoá tuyến vú, rối loạn kinh nguyệt, bất lực.

Chống chỉ định:

Suy gan, thận hay tuyến thượng thận. Có tiền sử sỏi thận. Vô niệu. Quá mẫn cảm với sulfonamid. Bệnh não do gan. Không được dùng cho phụ nữ có thai, cho con bú.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Thận trọng dùng trong xơ gan cổ trướng, hôn mê gan, bệnh thận nặng, chức năng gan suy kém, huyết áp thấp, tiểu đường tiềm tàng.

Điều dưỡng khi dùng thuốc:

- Xét nghiệm công thức máu, Na^+ , Cl^- , K^+ , pH, Ca^{+2} , Mg^{+2} , BUN, creatinin, acid uric, chức năng gan trước khi dùng thuốc và không bình thường sau khi dùng thuốc.
- Cho liều sáng sớm hoặc trước buổi trưa (nếu có thể), ngăn chặn chứng tiểu đêm.
- Kiểm tra và ghi nhận áp lực máu hàng ngày.
- Kiểm tra và báo cáo dấu hiệu nước quá tải.
- Chú ý hạ K^+ máu và các dấu hiệu hạ K^+ .
- Theo dõi chế độ ăn: ít muối, thức ăn nhiều kali như ăn nhiều hoa quả.
- Chú ý theo dõi người già hạ huyết áp thể đứng.
- Hướng dẫn bệnh nhân và gia đình bệnh nhân chăm sóc tại nhà:
 - + Giải thích khi dùng liều đầu tiên tăng lượng nước tiểu và số lần tiểu tiện.
 - + Sử dụng thuốc chính xác như đơn thuốc đã ghi.
 - + Giải thích thuốc lợi tiểu tăng sức làm việc của thận.
 - + Ghi nhớ uống thuốc vào buổi sáng sớm hoặc trước bữa trưa để ngăn chặn chứng đái đêm.

- + Chú ý vận động chậm chạp, tránh choáng váng mệt nhọc.
- + Chú ý báo cáo khi bị quá mệt, choáng váng, thở ngắn, phù tay chân.
- + Giải thích việc dùng ít muối cho bệnh nhân bị phù khi dùng thuốc.

2.26. THUỐC KHÁNG HISTAMIN H_2 (Histamine 2 antagonists)

Cimetidin (Tagamet)

Ranitidin hydroclorid

Famotidin (Pepcid)

(Zantac)

Nizatidin (Axid)

Tác dụng:

Kháng histamin H_2 giảm sự bài xuất acid clohydric ở dạ dày bởi sự ức chế tác động của histamin tại receptor H_2 .

Công dụng:

Điều trị loét dạ dày tá tràng tiến triển; loét dạ dày tá tràng lành tính; hội chứng Zollinger - Ellison, viêm thực quản trào ngược, viêm thực quản thứ phát; loét tá tràng tiến triển; phòng ngừa vết loét tái phát; các tình trạng tăng tiết dịch vị bệnh lý. Điều trị nâng đỡ bệnh nhân có nguy cơ cao xuất huyết đường tiêu hoá, điều trị xuất huyết do loét dạ dày - tá tràng hoặc do tổn thương đường tiêu hoá trên. Loét do NSAID. Rối loạn tiêu hoá từng cơn mạn tính.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Liều và đường dùng:

Liều phụ thuộc: loại thuốc, chỉ định, đường dùng, trạng thái sức khỏe, tuổi, chiều cao, trọng lượng người bệnh.

Có thể dùng đường uống, tiêm bắp, tiêm tĩnh mạch.

Thời gian điều trị tùy loại bệnh, thông thường từ 4-8 tuần. Uống thuốc nên uống vào bữa ăn.

Chống chỉ định:

Quá mẫn cảm với thuốc. Phụ nữ có thai và cho con bú.

Tác dụng phụ:

Tiêu chảy, đau cơ, choáng váng, phát ban da đôi khi trầm trọng, tình trạng sốt, nhức đầu, nôn, buồn nôn, mệt mỏi, nổi mẩn da, ngứa, mày đay, phù thần kinh mạch, đau khớp, tổn thương tế bào gan, giảm bạch cầu đa nhân trung tính có hồi phục, giảm tiểu cầu.

Điều dưỡng khi dùng thuốc:

- Uống thuốc vào bữa ăn.
- Nếu tiêm ven thì tiêm chậm, tránh hạ huyết áp và kích ứng.
- Theo dõi sự thay đổi tâm thần, nhất là ở người già dùng cimetidin.
- Xét nghiệm chức năng gan và thận, báo cáo kết quả bất thường.
- Hướng dẫn bệnh nhân và người nhà chăm sóc tại nhà.



- + Nếu uống thuốc kháng acid thì uống cách thuốc kháng histamin H_2 1 giờ.
- + Khi dùng thuốc điều trị loét dạ dày, tá tràng tiến triển phải dùng thời gian 4-6 tuần mặc dù triệu chứng đã giảm hết.
- + Đối với loét tiến triển cần phải không hút thuốc và uống cà phê khi điều trị.

Trước khi dùng thuốc phải đọc kỹ về thông tin và đặc tính của thuốc.

2.27. THUỐC ỨC CHẾ MIỄN DỊCH (Immunosuppressants)

Azathioprin (Imuran)

Cyclosporin (Sandimmune)

Cyclophosphamid

Muromonab – CD3

(Orthoclone OKT3)

Methotrexate

Tác dụng:

Ngăn chặn đáp ứng miễn dịch.

Corticosteroid và thuốc chống khối u cũng có tác dụng ức chế miễn dịch nhưng tác dụng theo con đường khác.

Công dụng:

Ghép các cơ quan đặc (tim, thận...) ghép tuỷ xương.
 Điều trị bệnh tự miễn: viêm màng mạch nhỏ nội sinh, bệnh Behcet, hội chứng thận hư viêm khớp dạng thấp nặng, bệnh vẩy nến, viêm da dị ứng, lupus ban đỏ hệ thống, ban xuất huyết tiêu cầu vô căn, thiếu máu tan huyết, viêm gan mạn tính tiến triển.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Liều và đường dùng:

Muromonab -CD3 điều trị không tiếp nhận ghép - thời gian 10-14 ngày. Azathioprin và cyclosporin dùng điều trị dài ngày, có trường hợp đến 6 tháng. Thuốc dùng dạng uống (azathioprin, cyclosporin) và dạng tiêm ven (muromonab - CD3). Cho thuốc hàng ngày với cùng thời gian giống nhau để ổn định nồng độ thuốc trong máu.

Chống chỉ định:

Mẫn cảm với thuốc.

Tổn thương ở gan, tiền sử bệnh gan, phụ nữ có thai.

Dùng cẩn thận với trẻ em và người già, phụ nữ có thai nguy hiểm đến bào thai.

Tác dụng phụ:

Ức chế tủy xương, xuất hiện nguyên hồng cầu khổng lồ, hồng cầu khổng lồ, buồn nôn, chán ăn, nôn, đôi khi có phản ứng dị ứng và nhiễm độc gan ứ mật (có thể phục hồi), suy thận, rối loạn chức năng gan, cao huyết áp, rậm lông, phì đại nướu răng, run, mệt mỏi, rối loạn tiêu hoá, cảm giác nóng tay chân, nhức đầu, nổi mẩn.

Điều dưỡng khi dùng thuốc:

- Kiểm tra báo cáo dấu hiệu nhiễm khuẩn như sốt, họng đau...
- Thực hiện đúng phác đồ điều trị, chú ý tiêm tĩnh mạch.
- Chăm sóc vệ sinh miệng.
- Giáo dục bệnh nhân, người nhà chăm sóc điều dưỡng.

- + Nhắc nhở người bệnh uống thuốc đúng thời gian, thực hiện chính xác y lệnh.
- + Giữ gìn vệ sinh tránh viêm nhiễm.
- + Chú ý triệu chứng phổi bất thường.

Trước khi dùng thuốc phải biết các thông tin và đặc tính về thuốc.

2.28. THUỐC NHUẬN TRÀNG (Laxatives)

THUỐC NHUẬN TRÀNG KÍCH THÍCH (Stimulant laxatives)

Bisacodyl (Dulcolax)	Senna (Senokot)
Cascara sagrada (Cascara)	Phenolphthalein (Modane, Boldolaxine)

THUỐC NHUẬN TRÀNG THẨM THẤU (Hyperosmotic laxatives)

Lactulose (Cephulac)	Magnhe sulfat (Epsomsalts)
Magnhe citrat	

THUỐC NHUẬN TRÀNG LÀM MỀM (Stool softeners)

Docusat calci (Surfak)	Docusat natri (Colace)
Docusat kali (Dialose)	

THUỐC NHUẬN TRÀNG TẠO KHỐI (Bulk - forming laxatives)

Psyllium (metamucil)	Methylcellulose (Citrucel)
----------------------	----------------------------

Tác dụng:

Thuốc nhuận tràng gây tăng nhu động và kích thích ruột tổng phân ra ngoài. Thuốc nhuận tràng chia làm 4 nhóm tùy theo cách tác dụng của chúng.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- Nhóm nhuận tràng kích thích:

Kích thích nhu động ruột và làm tăng tái hấp thu nước và chất điện giải vào lòng ruột để tổng phân ra ngoài.

- Nhóm nhuận tràng thẩm thấu:

Làm tăng thể tích phân do sự hút nước từ các mao mạch của ruột nên tăng nhu động ruột đưa phân ra ngoài.

- Nhóm nhuận tràng làm mềm:

Làm giảm hoạt động bề mặt, tăng hấp thu nước vào lòng ruột, do đó phân trở nên mềm, dễ tổng ra ngoài.

- Nhóm nhuận tràng tạo khối:

Là các chất có khả năng hút nước tạo một khối gel, làm mềm phân rồi kích thích nhu động ruột tổng phân ra ngoài.

Công dụng:

Điều trị táo bón mạn tính hay táo bón do thói quen.

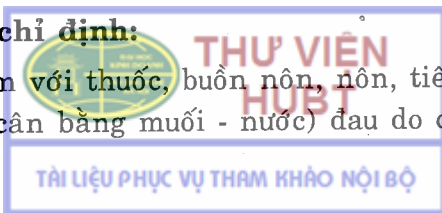
Điều trị các giai đoạn của bệnh náo do hệ thống của giai đoạn cấp và điều trị phòng ngừa. Chuẩn bị cho các xét nghiệm nội soi trực tràng và đại tràng.

Liều và đường dùng:

Chọn thuốc và liều dùng phụ thuộc vào chỉ định đáp ứng riêng, tuổi, chiều cao, trọng lượng, trạng thái sức khỏe. Thuốc thường dùng đường uống nhưng có thể đường trực tràng như thuốc thụt hay thuốc đạn.

Chống chỉ định:

Mẫn cảm với thuốc, buồn nôn, nôn, tiêu chảy (bởi vì rủi ro mất cân bằng muối - nước) đau do co bóp dạ dày.



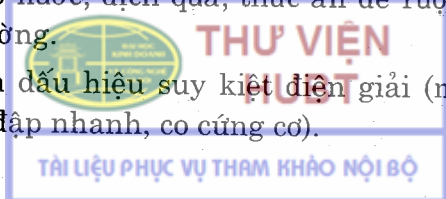
Đang ăn kiêng galactose, bắt dùng nạp galactose. Viêm kết tràng. Hội chứng đau bụng không rõ nguyên nhân, thuốc nhuận tràng kích thích và thẩm thấu chống chỉ định với phụ nữ có thai và cho con bú, người già trừ khi có thấy thuốc theo dõi sử dụng. Tất cả các thuốc nhuận tràng dùng cẩn thận cho trẻ em (vì rủi ro mất cân bằng nước - chất điện giải), cần có thấy thuốc theo dõi.

Tác dụng phụ:

Mẫn cảm với thuốc. Kích ứng, đỏ da, triệu chứng hô hấp, gây sinh hơi, đầy bụng, gò ruột nhẹ và thoáng qua. Liều quá cao có thể gây tiêu chảy, nôn, chán ăn và khát nước. Dùng thuốc lâu ngày có thể gây ra cảm giác nóng và rát hậu môn và hiếm gặp hơn là viêm trực tràng sung huyết.

Điều dưỡng khi dùng thuốc:

- Đánh giá mức bài tiết của ruột, yêu cầu chống táo bón.
- Xem xét người bệnh đã dùng thuốc nhuận tràng trước đây chưa và sự đáp ứng khi dùng.
- Cho thuốc nhuận tràng vào thời kỳ không ảnh hưởng đến hoạt động và giấc ngủ.
- Kiểm tra và ghi theo dõi hoạt động của ruột, kết quả dùng thuốc nhuận tràng, thụt.
- Cung cấp nước, dịch quả, thức ăn để ruột hoạt động bình thường.
- Kiểm tra dấu hiệu suy kiệt điện giải (mệt mỏi, lẫn lộn, tim đập nhanh, co cứng cơ).



- Hướng dẫn giúp bệnh nhân, gia đình bệnh nhân chăm sóc tại nhà.
- + Thuốc nhuận tràng dùng không có lợi khi đang bị cảm lạnh hay mắc bệnh khác.
- + Giải thích sự cần thiết chống táo bón; uống nước ăn chất có xơ thì có thể không cần dùng thuốc nhuận tràng.
- + Dùng thuốc nhuận tràng tạo khối chỉ cho táo bón đơn giản không đáp ứng cho mọi loại táo bón.
- + Chú ý phản ứng không mong muốn như ức chế nhu động ruột, tăng rủi ro mất cân bằng nước - điện giải.
- + Dùng thuốc nhuận tràng gây giảm hấp thu thuốc khác ở ruột cho nên phải lựa chọn thời gian phù hợp dùng thuốc.

Trước khi dùng thuốc phải biết các thông tin và tính cách riêng của thuốc.

2.29. THUỐC TÊ TẠI CHỖ (Local anesthetics)

Lidocain	Lidocain hydroclorid
Procain	(Xylocaine)
Bupivacain hydroclorid	Mepivacain hydroclorid
(Marcain)	(Carbocaine)
Cloroprocain hydroclorid	Procain hydroclorid
(Nesacaine)	(Novocain)
Etidocain hydroclorid	Tetracain hydroclorid
(Duranest)	(Pontocaine)



THƯ VIỆN
Y HỌC

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Tác dụng:

Thuốc tê tại chỗ làm mất cảm giác đau do sự ức chế dòng Na^+ di chuyển qua màng tế bào nên ngăn chặn sự khử cực vì vậy luồng thần kinh không thể dẫn truyền được.

Công dụng:

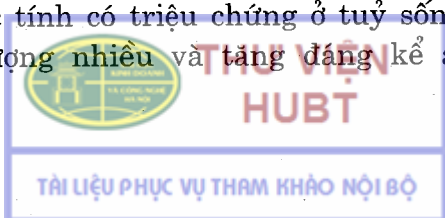
Thuốc gây tê tại chỗ dùng trong nha khoa, tai mũi họng và phẫu thuật tại chỗ. Gây tê tại chỗ, phong bế thần kinh hay phong bế ngoài màng cứng. Điều hoà nhịp tim: rung thất, ngoại tâm thu, loạn nhịp tim do nhiễm độc Digitalis. Dạng khí dung gây tê tại chỗ da và niêm mạc. Gây tê ngón tay, ngón chân. Phong bế thần kinh liên sườn. Vô cảm trong sản khoa (sinh thường và sinh hút). Gây tê tuỷ sống trong phẫu thuật.

Chống chỉ định:

Mẫn cảm với thuốc hoặc thuốc tương tự. Block nhĩ thất độ II và III, chậm nhịp tim, shock do tim, suy gan nặng, glôcôm. Bệnh lý hệ não tuỷ.

Thận trọng không tiêm ở vùng nhiễm khuẩn và viêm.

– Chống chỉ định dùng kết hợp với adrenalin trong nhiễm độc tuyến giáp hay bệnh tim nặng, đặc biệt là nhịp tim nhanh. Dị ứng hay mẫn cảm với thuốc tê nhóm amid. Thiếu máu ác tính có triệu chứng ở tuỷ sống. Tràn dịch màng phổi lượng nhiều và tăng đáng kể áp lực trong khoang bụng.

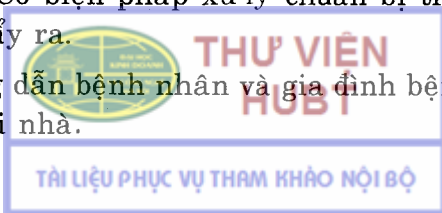


Tác dụng phụ:

Ngứa, ban đỏ, hạ huyết áp, phản vệ, nhức đầu, buồn ngủ, bồn chồn, ù tai. Quá liều gây nhạy cảm: hôn mê, co giật, run rẩy. Cảm giác nóng tại chỗ phun. Ước chế cơ tim làm chậm nhịp tim, tê lưỡi, chóng mặt, hoa mắt, run rẩy kèm theo co giật (hiếm).

Điều dưỡng khi dùng thuốc:

- Trước khi gây tê cần tìm hiểu tiền sử dị ứng và chiều cao, trọng lượng của bệnh nhân.
- Nhắc nhở không gây tê với adrenalin ở vùng cuối động mạch như ngón tay chân, mắt, mũi... vì gây rủi ro cho tế bào.
- Kiểm tra sự hoạt động, báo cáo ngay khi có phản ứng mẫn cảm với thuốc.
- Gây tê hay gây mê cần chú ý sự hoạt động và tư thế bệnh nhân khi không bình thường cần nằm tại giường.
- Kiểm tra vùng gây tê về diện tích tê, mức độ mất cảm giác, chức năng vận động.
- Cho đơn thuốc giảm đau, khi cảm giác đau trở lại,
- Gây tê tại chỗ cho những vùng đặc biệt như tuỷ sống phải thực hiện đúng kỹ thuật, đúng liều lượng thuốc gây tê và theo dõi cẩn thận các quá trình diễn biến. Có biện pháp xử lý chuẩn bị trước hội chứng xấu xảy ra.
- Hướng dẫn bệnh nhân và gia đình bệnh nhân chăm sóc tại nhà.



- + Giải thích vùng gây tê mất cảm giác.
- + Khuyên dùng liều thuốc thấp để giảm độc tính.
- + Gây mê đường họng, mũi không ăn và uống được sau 1 giờ.
- + Khuyên không nên dùng thuốc tê ở mắt lâu, không cần thiết và gây tác hại không mong muốn.
- Trước khi dùng thuốc phải biết đầy đủ các thông tin và tính chất riêng của thuốc. Cần chú ý việc dùng cocain là thuốc loại ma túy dễ gây nghiện.

2.30. THUỐC GIẢM ĐAU GÂY NGỦ VÀ THUỐC GIẢM ĐAU KHÔNG GÂY NGỦ (Narcotics and non narcotics analgesics)

THUỐC GIẢM ĐAU GÂY NGỦ (Narcotic analgesics)

Alfentanil hydroclorid (Alrenta)	Morphin sulfat (Duramorph)
Buprenorphin hydroclorid (Buprenex)	Nalbuphin hydroclorid (Nubain)
Codein (Paveral)	Oxycodon hydroclorid (Roxicodone)
Fentanyl citrat (Sublimaze)	Oxymorphon hydroclorid (Numorphan)
Hydromorphon hydroclorid (Dilaudid)	Pentazocin (Talwin)
Levorphanol tartrat (Levo-Dromoran)	Propoxyphen hydroclorid (Darvon)



THƯ VIỆN
HỒ CHÍ MINH

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Meperidin hydroclorid
(Demerol)

Metadon hydroclorid
(Methadose)

Morphin hydroclorid
(Morphitec)

Propoxyphen napsylate
(Darvocet - N)

Sufentanil citrat (Sufenta)

THUỐC GIẢM ĐAU HẠ SỐT KHÔNG GÂY NGỦ (Nonnarcotic analgesics and antipyretics)

Salicylat

Aspirin (acetylsalicylic
acid, ASA)

Cholin magnesi
trisalicylat (Trilisate)

Cholin salicylat
(Arthrophan)

Magnesi salicylat (Doan's)

Salsalat (Mono - .Gesic)

Natri salicylat (Uracel-5)

Natri thiosalicylat
(Asproject)

CÁC LOẠI THUỐC KHÁC (Miscellaneous agents)

Acetaminophen (Tylenol)

Diflunisal (Dolobid)

Ibuprofen (Motrin)

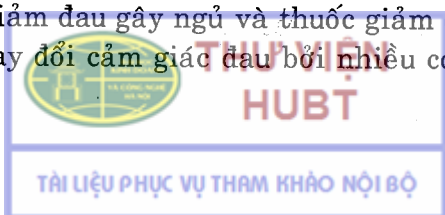
Ketorolac (Toradol)

THUỐC GIẢM ĐAU ĐƯỜNG NIỆU (Urinary tract analgesics)

Phenazopyridin hydroclo-
rid (Pyridium)

Tác dụng:

Thuốc giảm đau gây ngủ và thuốc giảm đau không gây ngủ làm thay đổi cảm giác đau bởi nhiều cơ chế tác dụng khác nhau.



1. Thuốc giảm đau gây ngủ

Làm mất cảm giác đau bởi sự liên kết (binding) với opiat receptor ở nhiều vị trí trong thần kinh trung ương (vỏ não, thân não và tuỷ sống). Mặc dầu cơ chế chưa thật hiểu tường tận nhưng thuốc giảm đau gây ngủ đã giảm bớt sự truyền xung lực đau bởi sự khử khả năng thấm của màng đối với natri (Na^+) và thay đổi sự phóng thích chất dẫn truyền thần kinh từ thần kinh cảm nhận cảm giác đau. Thuốc không chỉ làm giảm tiết chế cảm giác đau mà còn tác động lên thần kinh trung ương gây cảm giác: khoan khoái, mơ màng, ngái ngủ, thay đổi trạng thái, tâm thần hoang tưởng. Giảm hô hấp, giảm huyết áp. Một vài thuốc như codein còn có tác dụng giảm ho. Những thuốc này được biết là gây nghiện (addiction – trạng thái cơ thể phụ thuộc vào thuốc) và dung nạp (tolerance – cơ thể yêu cầu liều thường xuyên và cao hơn). Cần chú ý, thuốc có thể năng cao về lạm dụng cho nên được xếp vào loại bảng A. Gây nghiện, nên cần được kiểm tra, theo dõi chặt chẽ.

2. Thuốc giảm đau không gây ngủ: (Trừ phenazopyridin)

Tác động lên hệ thống thần kinh ngoại vi, khử cảm giác đau bằng cách kìm hãm sự hình thành hay tác động của prostaglandin (chất trung gian của quá trình gây viêm kích thích thần kinh cảm giác). Chúng là loại trung bình tiết chế cảm giác đau không gây nghiện và dung nạp. Trừ phenazopyridin và acetaminophen, chúng còn thêm tác dụng chống viêm. Aspirin và acetaminophen còn có tác

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

dụng chống sốt, hạ nhiệt do hai thuốc này kích thích vùng dưới đồi gây giãn mạch trên bề mặt của da. Salicylat có tác dụng chống tiêu cầu.

Công dụng:

Thuốc giảm đau gây ngủ: Trị cơn đau mà thuốc giảm đau không gây ngủ không có tác dụng, thí dụ: phẫu thuật, ung thư, nhồi máu cơ tim, bỏng, đau thần kinh do tổn thương, bệnh viêm ruột. Mục đích dùng để khử đáp ứng stress quá mạnh.

Alfentanil, fentanyl và sufentanil được dùng phụ thêm trong gây mê. Methadon dùng để điều trị cai nghiện heroin, ngăn chặn các triệu chứng nghiện.

Thuốc giảm đau không gây ngủ: (trừ phenazopyridin)

Tác dụng mức trung bình, làm dịu cơn đau thần kinh hay đau cơ. Aspirin và acetaminophen dùng để hạ sốt, đưa về nhiệt độ bình thường (37°C).

Liều và đường dùng:

- *Thuốc giảm đau gây ngủ* (Narcotic).

Liều phụ thuộc thể năng thuốc, đường dùng thuốc, mức độ đau, đáp ứng riêng, áp lực máu, hô hấp, chiều cao, trọng lượng và tình trạng sức khỏe. Trẻ em, người già yêu cầu liều thấp.

Thuốc dùng đường uống, tiêm dưới da, tiêm bắp, và tiêm tĩnh mạch.

Vì thuốc nguy hiểm đến hô hấp nên khi dùng phải theo dõi và có thuốc đối kháng sử dụng khi cần. Nguyên tắc sử dụng: Khi thuốc giảm đau không gây ngủ (nonnar-

cotic) không có tác dụng thì mới dùng loại giảm đau gây ngủ (narcotic). Thường có thể kết hợp hai loại như codein kết hợp với acetaminophen nâng tác dụng giảm đau cả hai thuốc, giảm liều ngủ, khử rủi ro của dung nạp. Điều cần ghi nhớ cần dùng liều thấp, không nên dùng liều cao.

– *Thuốc giảm đau không gây ngủ (nonnarcotic)*

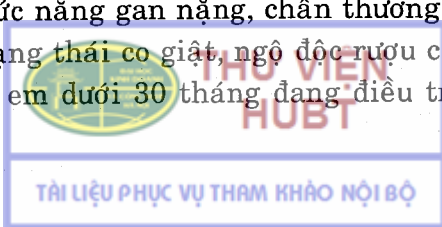
Liều phụ thuộc vào chỉ định, thuốc, tuổi, trọng lượng và tình trạng sức khoẻ bệnh nhân. Những thuốc này thường dùng đường uống, aspirin và acetaminophen có thể dùng thuốc đạn đặt trực tràng. Hạ sốt, aspirin và acetaminophen thay đổi kết quả tối đa. Vì ibuprofen, aspirin và acetaminophen có thể mua tự do nên y tá, dược sĩ cần hướng dẫn cách sử dụng các thuốc này cẩn thận.

Liều cao ibuprofen gây tổn thương thận, aspirin ảnh hưởng đông máu, acetaminophen quá liều gây tổn thương gan và tử vong. Uống aspirin hay ibuprofen vào lúc ăn no để chống kích ứng dạ dày và dùng lâu hai thuốc này cần kiểm tra chảy máu đường tiêu hoá.

Chống chỉ định:

Mẫn cảm với thuốc. Ức chế trung tâm thần kinh và hô hấp, hạ áp. Chống chỉ định khi dùng morphin.

Suy hô hấp, triệu chứng đau bụng cấp không rõ nguyên nhân. Suy chức năng gan nặng, chấn thương đầu, tăng áp lực nội sọ, trạng thái co giật, ngộ độc rượu cấp tính, sáng rượu cấp, trẻ em dưới 30 tháng đang điều trị với IMAO.



Chống chỉ định khi dùng aspirin và ibuprofen:

Loét dạ dày tá tràng tiến triển, xuất huyết do thể trạng, phenylketo niệu, 3 tháng cuối thời kỳ có thai. Tiền sử quá mẫn cảm với ibuprofen, aspirin và các thuốc chống viêm không steroid (NSAID).

Tác dụng phụ:

– *Thuốc giảm đau gây ngủ (Narcotics)*

Gây táo bón, lú lẫn, nôn, buồn nôn, an thần hay hưng phấn, tăng áp lực nội sọ, tăng áp suất trong ống mật chính, bí tiểu, ức chế hô hấp nhẹ. Gây lệ thuộc tâm thần và thể chất.

– *Thuốc giảm đau không gây ngủ (nonnarcotics)*

Mẫn cảm với thuốc, ù tai, giảm thính lực và nhức đầu, ợ nóng, loét dạ dày, xuất huyết đường tiêu hoá rõ ràng hay tiềm ẩn, đau bụng, giảm tiểu cầu. Hội chứng xuất huyết (chảy máu cam, xuất huyết lợi, ói ra máu, tiểu ra máu).

Buồn nôn, nôn, ăn không tiêu. Nổi mẩn, phát ban, ngứa, sần, phù, có khả năng xuất hiện cơn hen đối với bệnh nhân dị ứng với aspirin và NSAID.

Điều dưỡng khi dùng thuốc:

Có thể chẩn đoán chăm sóc khi biết được mức độ đau, mức tổn thương, mệt mỏi, biểu hiện tinh thần kinh.

- Xác định lý do đau, biểu hiện đau của bệnh nhân về mức độ và tốc độ, trước và sau khi dùng thuốc.
- Thực sự đồng cảm làm việc với bệnh nhân, xây dựng được chương trình điều trị để giảm nhẹ đau cho bệnh

nhân, lắng nghe ý kiến của bệnh nhân và người nhà bệnh nhân.

- Để có kết quả tốt, cho thuốc giảm đau trước khi đau.
- Chú ý hướng dẫn về thuốc giảm đau gây ngủ.
- Kiểm tra dấu hiệu ngủ cho mỗi liều theo y lệnh.
- Xác định mức độ giảm đau kém, dùng thuốc giảm đau không gây ngủ không có tác dụng thì dùng loại thuốc giảm đau gây ngủ.
- Kiểm tra mức đau, sự giảm đau và bàn với thầy thuốc kết hợp hai loại thuốc giảm đau.
- Đo mạch, nhịp thở, huyết áp trước khi dùng thuốc và sau khi dùng thuốc 1 giờ cho đến khi đáp ứng được xác định. Duy trì liều và báo cáo khi huyết áp hạ hay khó thở.
- Kiểm tra trạng thái tinh thần khi bệnh nhân nằm ở giường và khi đi khỏi giường.
- Giảm đau tăng lên khi chuyển động, ho, chỗ phẫu thuật, báo cáo phần nào tổn thương.
- Báo cáo chính xác tình trạng mơ màng hay hôn mê với thầy thuốc để có thể giảm liều hay thay đổi thuốc.
- Có chương trình tích cực trong thời kỳ giảm đau tốt nhất và tình trạng uể oải ít nhất.
- Nếu buồn nôn, nôn, rất mệt mỏi, huyết áp hạ thì để bệnh nhân nằm ở giường, đầu chúc xuống, giảm bớt các triệu chứng đó.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- Sau thời gian điều trị lâu, kiểm tra và báo cáo các dấu hiệu về dung nạp, yếu tố phụ thuộc, thảo luận với thầy thuốc về liều dùng như thấp trong ngày, cao lúc ăn. Chú ý rủi ro khi tăng liều.
- Hướng dẫn bệnh nhân và người nhà chăm sóc tại nhà:
 - + Nhấn mạnh việc cần thiết chẩn đoán và điều trị nguyên nhân đau. Không được dùng thuốc giảm đau mua không cần đơn nếu không có ý kiến của thầy thuốc điều trị.
 - + Giải thích vì sao uống thuốc giảm đau trước khi đau.
 - + Hướng dẫn dùng thuốc giảm đau gây ngủ.
 - * Trước khi cho thuốc, thảo luận về dung nạp và nghiện thuốc, chú ý dùng thời gian ngắn.
 - * Giải thích dùng thuốc trong trạng thái cấp tính để khử kích thích quá mạnh, đặc biệt với bệnh nhân tim.
 - * Giảm tối thiểu yêu cầu thuốc gây ngủ giảm đau bằng thuốc giảm đau không gây ngủ, ban ngày dùng thuốc yếu, ban đêm dùng thuốc mạnh hơn.
 - * Không lạm dụng thuốc, cần dùng liều như y lệnh, nếu đau không giảm thì mới tăng liều do thầy thuốc chỉ định, để ngăn chặn sự phụ thuộc và dung nạp thuốc.
 - * Báo trước dùng rượu và thuốc trầm cảm thần kinh trung ương có thể gây ra sự dị cảm đau quá nhiều.

Trước khi dùng phải biết các thông tin và tính chất riêng của thuốc.

2.31. THUỐC CHỐNG VIÊM KHÔNG STEROID (Nonsteroidal antiinflammatory drug - NSAID)

Aspirin (acetylsalicylic acid ASA)	Ketorolac (Toradol)
Diclofenac natri (Voltaren)	Meclofenamat natri (Meclomen)
Fenoprofen calci (Nalfon)	Mefenamic acid (Ponstel)
Flurbiprofen (Ansaid)	Naproxen (Naprosyn)
Flurbiprofen natri (Ocufen)	Naproxen natri (Anaprox)
Ibuprofen (Motrin)	Oxyphenbutazon (Oxalid)
Indomethacin (Indocin)	Phenylbutazon (Butazolidin)
Indomethacin natri trihydrat (Indometh)	Piroxicam (Feldene)
Ketoprofen (Orudis)	Sulindac (Clinoril)
	Tolmetin natri (Tolectin)

Tác dụng:

NSAID chống viêm và giảm đau bằng cách làm giảm sinh tổng hợp prostaglandin - là chất trung gian của quá trình viêm và những chất trung gian khác của sự đau. Cho nên NSAID có tác dụng chống viêm và giảm đau. NSAID cũng có tác dụng hạ nhiệt khi bị sốt bởi sự kích thích vùng dưới đồi gây giãn mạch ngoại vi trên bề mặt của da.

Công dụng:

Điều trị viêm và đau, bệnh viêm khớp cấp và mạn tính. Đau lưng, đau vai, viêm rễ thần kinh. Đau thần kinh tọa, đau răng. Nhức đầu. Các tình trạng sốt, hội chứng cảm cúm thông thường. Viêm đa khớp dạng thấp, viêm

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

cứng khớp cột sống. Điều trị ngắn hạn các cơn đau bụng kinh. Viêm sưng sau chấn thương hoặc hậu phẫu. Viêm và đau dây thần kinh như hội chứng cổ, đau phần dưới lưng, đau dây thần kinh hông. Cơn đau quặn thận và quặn mật. Rối loạn cơ xương cấp. Cơn thống phong cấp. Viêm đường hô hấp trên. Gout cấp.

Liều và đường dùng:

Liều dùng phụ thuộc vào chỉ định, thuốc, đường dùng thuốc, đáp ứng riêng, tuổi, chiều cao, trọng lượng, tình trạng sức khỏe. Liều thấp dùng cho người bệnh thận.

Thuốc dùng chủ yếu đường uống dạng viên nén và viên nang. Piroxicam và diclofenac ngoài dạng viên nén dùng đường uống, còn dạng ống tiêm bắp.

Chống chỉ định:

Quá mẫn cảm với thuốc. Loét dạ dày - tá tràng, tạng dễ xuất huyết. Suy tế bào gan nặng. Suy thận nặng. Cơn suyễn, nổi mề đay, viêm mũi dị ứng. Suy tim, huyết áp cao không kiểm soát. Bệnh tuyến giáp. Phụ nữ có thai 3 tháng cuối.

Tác dụng phụ:

Rối loạn tiêu hoá, chóng mặt, nhức đầu, bồn chồn. Nổi mẩn, ngứa, ù tai. Chán ăn, phù giữ nước, mờ mắt. Buồn nôn, đau dạ dày, trướng hơi, táo bón, tiêu chảy, mất máu tiềm tàng qua đường tiêu hoá, loét dạ dày - tá tràng. Khó thở, nhịp nhanh, hạ huyết áp.

Điều dưỡng khi dùng thuốc:

- Trước khi dùng liều đầu tiên nên kiểm tra các giá trị xét nghiệm: công thức máu, chất điện giải, thời

gian prothrombin, urê máu, creatinin, chức năng gan trước điều trị và trong quá trình điều trị.

- Ấn định liều thuốc uống ít nhất trước 1 giờ có mức cao nhất.
- Tính trước sự giảm liều đối với người già và bệnh nhân có chức năng thận giảm.
- Kiểm tra triệu chứng dạ dày - ruột, đánh giá viêm loét dạ dày (nôn, đau, phân đen).
- Số liệu về cân nặng mỗi ngày, báo cáo có phù hay không.
- Quan sát để báo cáo sự thay đổi thị lực và thính giác.
- Đối với bệnh nhân tiểu đường cần kiểm tra đường máu chặt chẽ (yêu cầu cho insulin hay thuốc uống chống tiểu đường khác có thể thay đổi).
- Hướng dẫn bệnh nhân và gia đình bệnh nhân chăm sóc điều trị tại nhà:
 - + Chỉ rõ sự cần thiết sử dụng thuốc với thức ăn để giảm triệu chứng xấu về dạ dày - ruột (chú ý hiện tượng, triệu chứng chảy máu).
 - + Giải thích cho bệnh nhân biết khi có phản ứng phụ xảy ra như chóng mặt, phát ban, thay đổi nghe, nhìn, cân nặng tăng đột ngột, phù thì dừng dùng thuốc, báo cáo với thầy thuốc.
 - + Không dùng rượu, aspirin và thuốc khác (trừ khi được thầy thuốc cho dùng vì tăng nguy cơ chảy máu dạ dày - ruột).

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- + Giải thích tầm quan trọng kiểm tra trọng lượng hàng tuần và báo cáo khi có trọng lượng tăng hoặc phù (Hướng dẫn cách kiểm tra phù tay, cổ chân, chân).
- + Giảm hoạt động đi lại cho đến khi cơ thể đáp ứng cân bằng tốt nhằm tránh choáng váng, uể oải mệt nhọc quá mức.
- + Nhấn mạnh cho bệnh nhân rõ tác dụng của thuốc không phải sau 2-3 ngày mà tác dụng đầy đủ thường 2-4 tuần cho nên bệnh nhân phải dùng thuốc thường xuyên đều đặn. (Nếu không có gì khó khăn thì sau 7 ngày bệnh nhân đến khám lại với thầy thuốc).
- + Giúp đỡ bệnh nhân chương trình hàng ngày, chỉ dẫn kiến thức điều trị sao cho tác dụng cao nhất được biểu hiện trong những thời kỳ đau giảm tối đa.
- + Đối với người tiểu đường giải thích tầm quan trọng của việc xét nghiệm đường máu.

Trước khi dùng thuốc cần biết nhiều thông tin và tính chất riêng của thuốc.

2.32. THUỐC KÍCH DỤC

- Hormon sinh dục

+ Hormon sinh dục nam:

Androgen tự nhiên: Testosteron

Androgen tổng hợp: Metylttestosteron, testosteron - propionat, testosteron cypionat, fluoxymesteron.

+ Hormon sinh dục nữ:

Các estrogen: Estradiol, estradiol valerat, estradiol cypionat, diethylstilbestrol.

Các progestin: Progesteron, hydroxyprogesteron caproat, Desogest, Norgestrel, Norethindron.

- **Viagra (Sildenafil); Tadalafil, Vardenafil**

Tác dụng

1. Hormon sinh dục

Androgen có tác động làm phát triển cơ quan sinh dục nam như túi tinh, mào tinh, tuyến tiền liệt, dương vật và bìu v.v...

Androgen gây nên các dấu hiệu của nam giới như làm mọc nhiều lông trên cơ thể, tiếng nói giọng trầm, phát triển cơ thể vai rộng, cơ lớn, da dày và nhiều mụn trứng cá do tuyến bã nhờn hoạt động mạnh dưới tác động của testosterone. Khi thiếu nó sẽ gây ra thiếu năng tinh hoàn như ỉn tinh hoàn, vú to nam giới, vô sinh, xuất tinh sớm, liệt dương, lão suy, trạng thái trầm cảm người đứng tuổi kèm theo giảm khả năng lao động trí óc.

Testosterone làm tăng cường vận chuyển acid amin vào các mô và hấp thụ nên thúc đẩy tổng hợp protein và tăng cân. Vào tuổi dậy thì phát triển hệ cơ xương.

Estrogen ở liều sinh lý làm phát triển cơ quan sinh dục nữ, tăng sinh nội mạc tử cung. Cùng với vai trò progesteron trong chu kỳ kinh nguyệt. Phát triển các đặc tính thứ phát của phái nữ như vai hẹp, hông nở, lông ít, tóc nhiều, làm tăng dục tính. Ở liều cao, estrogen gây ức

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

chế FSH, kháng androgen, nếu dùng lâu dài làm teo tinh hoàn, làm ngừng tạo tinh trùng và teo các cơ quan sinh dục nam bên ngoài, ức chế bài tiết sữa.

Progestin loại tự nhiên: Progesteron chỉ có tác động chuyên biệt trên nữ giới làm tăng sinh niêm mạc tử cung, chuẩn bị đón trứng thụ tinh làm tổ. Làm tăng thân nhiệt khoảng $0,3^{\circ}\text{C}$ cho biết thời điểm rụng trứng. Giữ Na^{+} và nước. Cùng estrogen làm tăng sinh tuyến vú.

2. Viagra (Sildenafil)

Là thuốc rối loạn cương của hãng Pfizer đã được bán ở hầu hết các nước châu Âu vào Pháp từ 14-10-1998, Tây Ban Nha từ 3-11-1998, Bồ Đào Nha 20-10-1998, Italia 14-10-1998, Thái Lan đã được bán trên thị trường thử nghiệm, Trung Quốc đang có kế hoạch thử nghiệm trên bệnh nhân. (Tất cả tư liệu trên tính từ năm 1998 về trước). Theo thông báo của thời kỳ đó, có 62% bệnh nhân dùng liều 25mg thấy cải thiện được cương, 74% ở liều 50mg và 82% ở liều 100mg.

Công dụng:

Hormon sinh dục nam được dùng khi suy sinh dục phái nam như dậy thì muộn, vô sinh, bất lực. Trị các rối loạn phụ khoa như giảm căng sữa sau khi sinh, trĩ chảy máu màng trong tử cung sau mãn kinh, u ở vú thời kỳ tiền mãn kinh. Giao hợp đau. Đau ở vùng chậu kinh niên và vô sinh. Trị loãng xương, kích thích tăng trưởng, trĩ ung thư vú.



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Hormon sinh dục nữ

Estrogen dùng điều trị khi thiếu estrogen, liều cao dùng để tránh thai kết hợp với progestin. Dùng trong suy buồng trứng, dậy thì muộn, trị các rối loạn sau mãn kinh ; cơn bốc hỏa, teo âm đạo, loãng xương, rối loạn kinh nguyệt.

Progestin là hormon chỉ tác động chuyên biệt trên nữ dùng để điều trị rối loạn kinh nguyệt, trị một số ung thư, phối hợp với estrogen để tránh thai và điều trị thay thế sau mãn kinh (thường dùng norethindron, norgestrol.

Viagra (Sildenafil)

Dùng để tăng cường sức cương của dương vật.

Liều dùng:

Liều dùng phụ thuộc vào tình trạng bệnh, loại thuốc, đường dùng, đặc tính riêng người bệnh, trọng lượng, chiều cao, tuổi, giới tính.

Hormon sinh dục được dùng theo đường uống và tiêm.

Viagra được dùng theo đường uống liều thường 1 viên 50mg hoặc 100mg, uống trước lúc giao hợp 1 giờ.

Chống chỉ định:

- Hormon sinh dục chống chỉ định dùng khi phụ nữ có thai, ung thư tuyến tiền liệt, ung thư vú. Không dùng estrogen trong các trường hợp ung thư nội mạc tử cung, chảy máu đường sinh dục không chẩn đoán được, bệnh gan, huyết khối tắc mạch, viêm thận.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- Viagra không dùng cho phụ nữ, đau tim, liệt dương, người đang dùng các thuốc nitrat. Thầy thuốc cần xem xét để sử dụng thuốc cho phù hợp, chống lạm dụng dùng thuốc.

Hiện nay viagra chưa được phép lưu hành ở nước ta.

Tác dụng phụ:

- Hormon sinh dục: tác động nam hoá hay nữ hoá, giữ nước và gây phù, buồn nôn, có ý kiến cho rằng dùng lâu estrogen có thể gây ung thư vú. Tăng LDL và giảm HDL nên tăng nguy cơ xơ vữa động mạch. Sử dụng lâu dài các progestin mạnh như Norgestrel làm giảm dung nạp glucose, làm tăng tích mỡ. Dùng liều cao androgen dài ngày có thể gây phù nề, ở nam giới gây giảm tiết tinh dịch, ở nữ gây nên một số triệu chứng nam tính, trứng cá ở mặt. Trẻ em phải dùng hết sức thận trọng.

- Viagra gây tác dụng phụ nhức đầu, đau cơ, rối loạn tiêu hoá, độc tính với gen, cương đau dương vật, viêm quanh khớp và ảnh hưởng của sự ức chế phosphodiesterase đối với thị giác.

Điều dưỡng khi dùng thuốc:

- Chẩn đoán mức độ, tình trạng bệnh, tình trạng sức khoẻ.
- Theo dõi và nhắc dùng thuốc đúng liều lượng, nếu dùng nhiều loại thuốc phải căn dặn bệnh nhân dùng đúng thứ tự sử dụng về liều và thời gian. - Thường xuyên theo dõi sự diễn biến về kết quả điều trị.
- Theo dõi các phản ứng có hại của thuốc, nếu thấy triệu chứng xấu thì phải báo cáo ngay với thầy thuốc.

- Đối với thuốc dùng ngoài như progesteron, thời gian dùng thuốc có ảnh hưởng đến kết quả điều trị. Chẳng hạn bôi ngày 4-8ml.

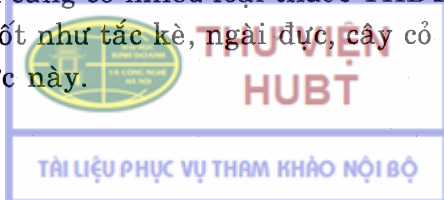
Tác dụng kháng bã nhờn: Tuần lễ thứ 3

Tác dụng trị mụn trứng cá: Tuần lễ thứ 6.

Tác dụng dùng làm chậm rụng tóc vào tháng thứ 4.

- Điều dưỡng dùng thuốc viagra cần phải hết sức chú ý vì đã có những trường hợp gây phản ứng không mong muốn đưa đến hậu quả xấu. Do vậy thầy thuốc cần xem xét tiền sử bệnh nhân và thăm khám về rối loạn chức năng cương, xác định nguyên nhân và cách điều trị phù hợp. Cảnh báo không được kê đơn cho người đang dùng các thuốc nitrat và chất giải phóng oxyd nitric và không được dùng quá một lần mỗi ngày. Những trường hợp chống chỉ định tuyệt đối không được dùng. Những người dễ mẫn cảm với thuốc, không nên sử dụng. Xác định huyết áp, nhịp tim người dùng thuốc.
- Hướng dẫn bệnh nhân các yêu cầu, cách dùng thuốc để bản thân có thể tự điều dưỡng khi dùng thuốc.

Thuốc kích dục hiện nay là vấn đề thời sự trong nước và thế giới, kết quả nghiên cứu đang được quan tâm để đưa nhiều loại thuốc kiểu viagra vào ứng dụng. Trên hướng này ở nước ta cũng có nhiều loại thuốc YHDT có khả năng có tác dụng tốt như tắc kè, ngài dục, cây cỏ tăng sinh lực trong lĩnh vực này.



2.33. THUỐC TĂNG LỰC (Tonics)

a. Dịch truyền hỗn hợp acid amin hay có vitamin

+ Hỗn hợp acid amin:

Alvesin 40, Aminoplasma 5%/10% B. Broun, Amiyu, Moriamin S-2, Morihepamin, Nutrisol S (8 loại acid amin cần thiết và 10 loại không cần thiết), Ornicetil.

+ Hỗn hợp acid amin và các vitamin:

Alovamin (thêm vit B₂, PP, P₆)

Amigreen - TPN (thêm vit B₂, PP, B₆)

Evasol - F (thêm vitamin toàn bộ 613, 1mg trong 500ml dịch truyền)

+ Dịch truyền dinh dưỡng và vitamin

Pantogen (dextrose, vit C, B₁, B₂, B₆, PP)

b. Thuốc uống hỗn hợp acid amin, vitamin, nguyên tố vi lượng:

ACTi 5, Activasol, Arphos, Asthenal, Astymin fort, Astymin liquid, Berocca, Calcium corbiere, Dynamisan, Polytonyl, Surfortan, Tonicalcium.

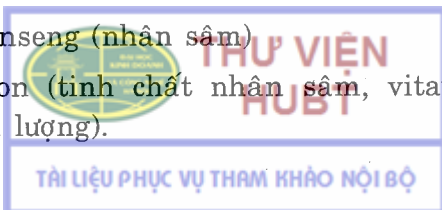
c. Chế phẩm thuốc có nhân sâm

Ginsana G 115 (tinh chất nhân sâm chuẩn hoá nồng độ cao)

Meko pharton (tinh chất nhân sâm vit B₁, B₆, B₁₂, C).

Panax ginseng (nhân sâm)

Pharmaton (tinh chất nhân sâm, vitamin các loại, nguyên tố vi lượng).



Revigin ginseng plus (tinh chất nhân sâm và hỗn hợp vitamin)

Supermilk (tinh chất nhân sâm gây lợi sữa)

d. Thuốc tăng lực y học cổ truyền: Rất nhiều loại, chủ yếu nhân sâm, tam thất, lộc nhung, lộc giác, yến, hải mã, tắc kè, các loại sâm nam như đảng sâm, sâm cau...

Chế phẩm từ nhung hươu: Pantocrin (Nga) (cao lỏng cồn nước bào chế từ 3 loại nhung hươu ở Nga) dạng ống tiêm, viên nén.

Tác dụng:

Thuốc tăng lực có tác dụng tăng cường sức lực của cơ thể, khi bị suy nhược hoặc cơ thể bình thường không mắc bệnh nhưng sức yếu không khoẻ mạnh, đồng thời có thể thuốc tăng lực làm cho sức khoẻ tốt hơn, khoẻ hơn. Thuốc tăng lực có tác dụng đa dạng như cung cấp nguyên liệu acid amin cho cơ thể tổng hợp protein, cung cấp vitamin là thành phần coenzym, cần thiết cho hoạt động enzym của tế bào. Nguyên tố vi lượng rất cần thiết cho sự phát triển của cơ thể, thiếu nó, nhiều enzym không hoạt động được vì nó tham gia vào cấu tạo enzym. Thiếu nguyên tố vi lượng dễ sinh ra nhiều bệnh tật hiểm nghèo.

Thuốc tăng lực có tác dụng nâng cao thể trạng bình phục sức khoẻ sau khi ốm về thể chất và tinh thần. Bên cạnh các loại thuốc tăng lực tân dược, nhiều loại thuốc y học cổ truyền có tác dụng tăng lực bồi dưỡng, nâng cao sức khoẻ rất có hiệu quả. Cơ chế của thuốc tăng lực y học cổ truyền chưa rõ nhưng các thành phần của thuốc có thể là những chất kích thích cũng như điều hoà các chuyển

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

hoá làm cho cơ thể khoẻ mạnh. Nhiều loại thuốc y học cổ truyền có tác dụng tăng lực nhưng nổi bật hơn cả là nhân sâm, nhung hươu, tam thất, sâm nam các loại, quy, thực. Tuy bổ như vậy nhưng cơ chế tác dụng của thuốc y học cổ truyền thể hiện trên từng cơ thể không phải hoàn toàn giống nhau.

Trong nhiều loại thuốc y học cổ truyền, tác dụng được lý nhân sâm được nghiên cứu kỹ, y học hiện đại đã chứng minh nhân sâm Triều Tiên có tác dụng được lý như sau:

1. Tăng sinh lực, tăng sức bền vận động, giảm mệt mỏi khi vận động. Nhân sâm kích thích sinh tổng hợp acid nucleic và protein làm bắp thịt rắn chắc. Ngăn cản hiện tượng giảm glycogen, ATP và ngăn ngừa tăng acid pyruvic, lactic trong tế bào cơ. Hoạt chất ginsenosid có tác dụng tăng lực gấp 10-100 lần cao nhân sâm toàn phần.

2. Nhân sâm có tác dụng điều hoà các chất dẫn truyền xung động thần kinh, tham gia tuần hoàn não, tăng trí nhớ, khả năng tập trung, tác dụng tốt đối với suy nhược thần kinh (Petkov, J. S. oh). Trên động vật thực nghiệm, nhân sâm làm tăng trọng, tác dụng hướng sinh dục như hiện tượng tình dục xuất hiện rõ, thời gian giao cấu kéo dài.

3. Nhân sâm có tác dụng rất tốt đối với stress như tia xạ, nóng, lạnh, các chất gây ung thư, các nhiễm khuẩn, nhiễm virus. Nhân sâm làm giảm tổn thương da do tia xạ, điều này có ích cho bệnh nhân ung thư được điều trị bằng tia xạ. Theo Brekhman nhân sâm như là một "phenomenon tăng sức đề kháng chung" và cho rằng nhân sâm tăng cường khả năng bảo vệ không đặc hiệu bằng cách

tăng sức đề kháng của cơ thể. Đó là tác dụng sinh thích nghi chống lại các điều kiện bất lợi của cơ thể.

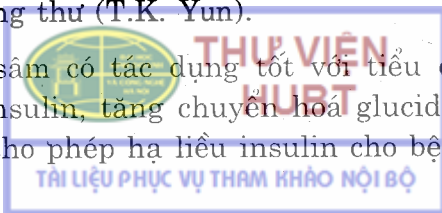
4. Nhân sâm có tác dụng bảo vệ gan khỏi tác nhân độc hại của môi trường và rượu. Nhân sâm tăng cường chuyển hoá glucid, lipid, protid ; kích thích tái tạo tế bào bị thương tổn, hiệu quả tốt đối với viêm gan ; loại trừ tình trạng say rượu. Theo C.N Joo (Đại học Yonsei) tinh chất nhân sâm (ginsengsaponin) tăng cường hoạt tính nhiều enzym liên quan đến chuyển hoá rượu. Nếu uống nhân sâm trước khi uống rượu trong bữa tiệc cuối tuần thì sẽ không mệt mỏi trong suốt buổi sáng ngày hôm sau.

5. Nhân sâm ngăn ngừa và cải thiện tình trạng lão suy, giảm trí nhớ, kém tập trung, phục hồi khả năng tình dục. Nhân sâm ức chế tác dụng có hại của gốc tự do ($O_2^{\bullet}$, O_2^- , $OH^{\bullet}$) có vai trò quan trọng trong sự thoái hoá não (C.W. Park).

6. Nhân sâm có tác dụng điều hoà huyết áp và tạo máu. Nhân sâm cải thiện chuyển hoá lipid nên ngăn ngừa xơ vữa động mạch. Yamamoto cho thấy nhân sâm làm giảm cholesterol máu, triglycerid, độ kết dính tiểu cầu và làm tăng HDL. Trên lâm sàng nhân sâm có tác dụng phục hồi thiếu máu.

7. Nhân sâm có hiệu quả rõ rệt hoạt hoá các tế bào diệt tự nhiên (killer cell) giúp cho tế bào có khả năng diệt tế bào ung thư (T.K. Yun).

8. Nhân sâm có tác dụng tốt với tiểu đường do tác dụng giống insulin, tăng chuyển hoá glucid, nên làm hạ đường máu, cho phép hạ liều insulin cho bệnh nhân tiểu



đường. Nhân sâm còn kích thích phóng thích insulin của tụy. Nhân sâm có tác dụng cải thiện khả năng hấp thu của hệ tiêu hoá, cũng như vết loét dạ dày do làm tăng cường tuần hoàn ở màng nhày, tăng bài tiết nước bọt và dịch tiêu hoá, kích thích ăn ngon miệng. Nhân sâm còn có tác dụng kháng histamin và cholin, chống viêm cấp và mạn tính, thải độc làm tiêu mụn nhọt, làm da mịn màng.

Ngoài nhân sâm được nhiều nhà khoa học nghiên cứu thì chế phẩm từ lộc nhung, mê nhung (sừng non của con hươu) nước ta cũng được nhiều người quan tâm vì là một loại thuốc tăng lực rất quý, lộc nhung có tác dụng tốt đối với toàn thân, nâng cao năng lực công tác, bệnh nhân ăn ngủ tốt hơn, hiện tượng mệt mỏi giảm bớt, vết thương chóng lành, tăng sức lợi niệu, tăng nhu động ruột và dạ dày, ảnh hưởng tốt đối với sự chuyển hoá protid và glucid. Liều lượng khác nhau của lộc nhung có tác dụng khác nhau đối với tim mạch. Liều cao gây biên độ co bóp của tim tăng, tim đập nhanh, kết quả làm cho lượng máu trong tim phát ra tăng lên. Lộc nhung được chế tạo thành thuốc uống và tiêm có tên pantocrin, ở Nga (Liên Xô cũ) dùng làm thuốc bổ, chữa mệt mỏi, làm việc quá sức; huyết áp thấp; cơ tim yếu, sau khi ốm dậy.

Lộc nhung là dạng thuốc bổ quý, dùng phổ biến nhiều nơi nhất là vùng nuôi hươu ở Nghệ An và Hà Tĩnh theo cách dùng cổ truyền của địa phương.

Công dụng:

Thuốc tăng lực thường được dùng cho người mới ốm dậy, sức khỏe yếu, suy nhược với mục tiêu đưa nhanh sức khỏe trở lại trạng thái bình thường. Trong nhiều trường

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

hợp thuốc tăng lực được dùng trong quá trình điều trị với mục đích nâng cao thể trạng người bệnh. Thuốc tăng lực cung cấp những nguyên liệu và vitamin cần thiết cho sự hình thành coenzym, chất kích thích để cơ thể nhanh chóng phục hồi thể lực. Một số loại thuốc tăng lực còn có công dụng làm cho người khoẻ mạnh lại càng khoẻ mạnh hơn.

Liều và đường dùng:

Phụ thuộc vào chỉ định của thầy thuốc, loại thuốc, tình trạng bệnh nhân, và tính chất riêng như chiều cao, tuổi, trọng lượng của từng người.

- Dịch tiêm truyền Evasol F thường dùng liều tối đa aminoacid 1-1,5g/kg/ngày truyền tĩnh mạch tốc độ không quá 10g/60 phút. Trẻ em, người già, bệnh nhân bỏng cần điều chỉnh liều và tốc độ truyền cho phù hợp với từng bệnh nhân. Ornicetil tiêm bắp sâu hoặc tiêm tĩnh mạch chậm. Nutrisol S dùng cho người lớn 20-500ml tiêm tĩnh mạch chậm hoặc nhỏ giọt tĩnh mạch 80-130 giọt / phút tương đương 10g amino acid /60 phút.

- Thuốc uống dạng nước, viên và viên nang. Liều lượng uống được dùng theo chỉ định của thầy thuốc. Thường dùng 1 đến 2 viên/ngày, sau hoặc trong bữa ăn.

Chống chỉ định:

Không truyền trong hôn mê gan, tiền hôn mê gan, suy thận nặng, rối loạn chuyển hoá nitơ, suy tim nặng, thiếu và vô niệu, kiềm chuyển hoá, toan chuyển hoá nặng, giảm thể tích tuần hoàn, tăng amoniác máu, không dung nạp fructose do truyền.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Thuốc uống các dạng: chống chỉ định dùng Asti 5 khi động kinh, tắc nghẽn đường mật, bệnh nhân đang điều trị giải độc rượu.

Activarol chống sử dụng khi bệnh nhân đang điều trị giải độc rượu ; trẻ em dưới 15 tuổi. Arphos không được dùng cho người sỏi thận hay sỏi calci. Berocca chống chỉ định dị ứng với thuốc, suy giảm chức năng thận hay sỏi đường niệu. Đối với chế phẩm thuốc uống có thành phần Ginseng và các loại thuốc khác kết hợp, không được dùng khi cơ thể có phản ứng quá mẫn cảm với thành phần trong thuốc đó.

- Nhân sâm không nên dùng cho trẻ em dưới 15 tuổi.

- Lộc nhung, mê nhung không được dùng đối với người tăng huyết áp, đi ỉa lỏng, tim hẹp, máu có độ đông cao, viêm thận nặng.

Tác dụng phụ:

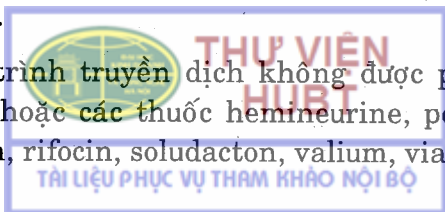
- Với dịch truyền phản ứng phụ có thể xảy ra quá mẫn, sốt, ớn lạnh, nôn, buồn nôn, rối loạn tiêu hoá, nặng ngực, hồi hộp, nóng bừng, nhức đầu, đau dọc tĩnh mạch truyền dịch. Truyền nhanh với số lượng lớn có thể gây toan huyết.

- Thuốc uống có thể có tác dụng phụ tiêu chảy.

Điều dưỡng khi dùng thuốc:

- Điều dưỡng chẩn đoán tình trạng sức khỏe cần dùng thuốc và đường dùng thuốc tăng lực.
- Kết hợp với yêu cầu và nguyện vọng người điều trị sử dụng thuốc với chỉ định hợp lý của thầy thuốc.

- Trường hợp suy nhược, sức khoẻ yếu, ăn uống chưa được tốt thì có thể truyền dịch số lượng dịch truyền cũng được thầy thuốc xem xét và định mức chính xác.
- Không lạm dụng con đường truyền dịch có thể có khả năng xấu xảy ra khi truyền như các phản ứng phụ, phản ứng không mong muốn.
- Khi truyền thận trọng với bệnh nhân suy thận nặng, suy tim ứ huyết, tổn thương gan nặng và tiến triển, tăng K^+ , Na^+ máu.
- Đối với trẻ em không được truyền tốc độ nhanh, nhất là trẻ sơ sinh, khi truyền tốc độ quá nhanh có thể gây tăng K^+ máu, ngộ độc amoniac.
- Phải tính đúng liều truyền vì dùng quá liều có thể gây dư nước, rối loạn điện giải, ngộ độc amino acid.
- Thường xuyên kiểm tra sự cân bằng nước, huyết thanh ion đồ, nồng độ glucose máu, pH máu, pCO_2 , tình trạng acid, base.
- Theo dõi thường xuyên quá trình truyền như tốc độ truyền vừa phải, không chệch ven, trạng thái tinh thần bệnh nhân ổn định. Đặc biệt cần chú ý phản ứng phụ xảy ra nhất là biến chứng xuất huyết tiêu hoá thì phải báo ngay thầy thuốc xử lý sốc trong truyền dịch.
- Trong quá trình truyền dịch không được phối hợp với atarax, hoặc các thuốc hemineurine, penthotal, pervincamin, rifocin, soludacton, valium, viatmin K_1 .



- Trường hợp không cần truyền dịch, nên khuyên và hướng dẫn bệnh nhân uống thuốc đúng liều lượng và thời gian dùng thuốc.
- Nhắc nhở bệnh nhân uống thuốc trước bữa ăn, ăn uống đủ chất, các thức ăn tươi sạch đảm bảo yêu cầu thực phẩm có hàm lượng dinh dưỡng cao.
- Hướng dẫn bệnh nhân và gia đình bệnh nhân biết chăm sóc khi dùng thuốc, dùng đúng thời gian. Tạo môi trường điều trị và ăn uống để bệnh nhân đạt kết quả điều trị tốt nhất, sức khỏe hồi phục nhanh nhất. Đối với thuốc uống có thành phần nhân sâm nên báo cho bệnh nhân và gia đình không uống thuốc vào buổi tối vì có thể gây khó ngủ.

3. CÁC TRƯỜNG HỢP CẦN LƯU Ý KHI DÙNG THUỐC

3.1. SỬ DỤNG THUỐC CHO NGƯỜI CAO TUỔI

3.1.1. SINH HỌC TUỔI GIÀ

Người cao tuổi ngày càng tăng trong đó số người già (trên 80 tuổi) tăng nhiều, chẳng hạn trên thế giới người 80 tuổi năm 1950 là 15 triệu sẽ tăng lên 111 triệu vào năm 2025.

Trong quá trình lão hoá, sự thích nghi với mọi biến đổi môi trường xung quanh như nóng lạnh, tâm lý v.v... trở nên yếu kém. Khác với người trẻ và khoẻ mạnh, các hằng số sinh học thường ở giới hạn hẹp đó là chỉ tiêu để đánh giá tình trạng sức khỏe thì người cao tuổi có nhiều sự biến đổi và thường thấy có nhiều khác biệt giữa những người cao tuổi ở cùng lứa tuổi.

Nghiên cứu mức độ phát triển tế bào người ta thấy sự hoá già của cơ thể không đều, có một số mô không già hoặc già rất ít do luôn được đổi mới nhưng sự đổi mới này không phải vô tận mà đến lúc nào đó dẫn đến sai lầm tổng hợp protein đưa đến sự chết của tế bào. Bên cạnh đó, có một số tế bào ít đổi mới sau khi đã hình thành như tế bào hạch của hệ thần kinh trung ương không gián phân. Ở những tế bào này các phân tử ADN không được đổi mới sẽ già đi làm rối loạn truyền tin và giải mã dẫn đến việc sản sinh các loại protein không thích hợp. Khi rối loạn liên quan đến nucleoprotein của nhân tế bào, thì tế bào sẽ chết.

Trong quá trình lão hoá, những sự biến đổi hình thái và chức năng của các mô và cơ quan khác nhau có thể biểu hiện khác nhau ở những vùng và khu vực khác nhau ở các thời gian khác nhau trong đời sống cá thể hay loài và xảy ra với tốc độ khác nhau. Điều này có ý nghĩa là tế bào chịu sự biến đổi khác nhau, cho nên khu vực này (tế bào, mô, cơ quan, hệ) có thể già sớm hơn khu vực khác. Tính chất sinh học về lão hoá này không chỉ phụ thuộc vào cá thể mà còn tùy thuộc vào dòng và loài.

3.1.2. SINH LÝ VÀ BỆNH LÝ TUỔI GIÀ

Sự biến đổi sinh lý trong quá trình lão hoá là hiện tượng thu teo "khối nạc" của cơ thể. Trọng lượng các nhóm cơ, phủ tạng như gan, thận, não giảm dần và càng thấy rõ khi tuổi càng cao. Ở vùng kinh tế phát triển, hiện tượng giảm sút khối lượng chuyển hoá hoạt động khó thấy hơn vì có lắng đọng mỡ. Sự thoái hoá của "khối nạc" cơ tiếp tục tiến triển một cách đều đặn, mặc dầu nhìn bên

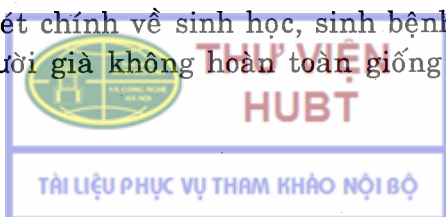
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

ngoài có thể không thấy gầy đi do có nhiều mỡ. Các yếu tố làm tăng hiện tượng thoái hoá khối nạc rõ rệt nhất khi bị bệnh mạn tính, chế độ ăn thiếu protid.

Thoái hoá chức năng đi song song cùng thoái triển khối chuyển hoá hoạt động của cơ thể. Thăm dò chức năng cho thấy rõ sự giảm sút này theo tuổi tác. Dựa vào các test thử chức năng, người ta có thể định tuổi sinh học của một loại động vật nhất định. Sự thoái triển các chức năng trong cơ thể với tốc độ không giống nhau theo thời gian, không bắt đầu đồng thời. Nhìn chung, các cơ quan thực hiện sẽ mau già hơn các hệ thống điều hoà phối hợp chức năng, nhất là các hệ thống đảm bảo sự hằng định nội môi. Để đánh giá chức năng của một cơ quan nhất định, người ta hay dùng các biện pháp động hơn là các nghiệm pháp tĩnh. Hậu quả quan trọng nhất đối với cơ thể của sự thoái triển chức năng là sự giảm sút khả năng thích nghi về thể chất cũng như tinh thần khi ta tuổi đã cao. Do vậy khi một stress hay một quá sức nào, cùng gây những hậu quả lớn hơn lúc còn trẻ.

Tuổi già thường kèm bệnh tật, theo thống kê gần đây cho thấy 13.392 cụ già từ 60 tuổi trở lên thì chỉ có 0,75% có sức khoẻ tốt, đa số xếp loại kém (62,71%) còn loại sức khoẻ trung bình là 36,52%. Tại bệnh viện Bạch Mai bệnh tim mạch chiếm 59,3%, bệnh tiêu hoá 39%, hô hấp 35,6%, tiết niệu sinh dục 10,8%, tinh thần 4,6%, máu và cơ quan tạo máu 4,1%, nội tiết dinh dưỡng 1,38%, các bệnh khác 15,6%.

Những nét chính về sinh học, sinh bệnh lý người già cho thấy người già không hoàn toàn giống người trẻ, do



vậy thuốc dùng cho người già không hoàn toàn giống như người trẻ.

3.1.3. THUỐC VỚI NGƯỜI GIÀ

Nguyên tắc chung về dược lý thì không có dược lý lão khoa vì mọi nguyên lý nguyên tắc chung về dược động học, dược lực học vẫn giữ nguyên giá trị khi áp dụng vào người cao tuổi, không khác biệt nguyên tắc giữa người già và người trẻ. Tuy vậy trong thực tế việc dùng thuốc cho người già có nhiều điểm khác hẳn khi sử dụng so với người trẻ bởi vì phần lớn người già sức yếu mang bệnh trong đó nổi lên bệnh tuổi già. Tai biến dùng thuốc ở lứa tuổi 60-70 tuổi thường gấp đôi so với lứa tuổi 30-40, tỷ lệ tai biến thuốc cao 1/20 và tỷ lệ ngộ độc cũng đến 1/20. Những tổn thương lưu cữu kinh điển của những quá trình bệnh lý kéo dài trong suốt cuộc đời đã giảm bớt số lượng các nhu mô và tế bào có hoạt tính có thể do sự thay đổi mật độ và tính chất của receptor, thay đổi thông tin thứ hai như adenosin monophosphat vòng, thay đổi những đáp ứng hoá sinh đối với nhiều chuyển hoá, làm người cao tuổi dễ nhạy cảm với độc tính của thuốc. Do vậy lời khuyên về nguyên tắc dùng thuốc ở người cao tuổi như sau:

- Để phòng và chữa bệnh có rất nhiều phương pháp nếu không cần dùng thuốc thì đừng dùng thuốc. Chẳng hạn có thể chữa bệnh bằng thể dục trị liệu, tâm lý liệu pháp, chữa bằng tắm nắng, tắm biển, chế độ làm việc nghỉ ngơi hợp lý, thư giãn, âm nhạc trị liệu... Ngày nay có nhiều phương pháp trị liệu không cần thuốc.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- Dùng thuốc mới chữa được bệnh thì nên dùng càng ít thuốc càng tốt, lựa chọn thuốc ít độc tính nhất và công hiệu nhất. Đối với người già trí nhớ kém, nếu dùng nhiều thuốc quá, có thể gây lộn, uống nhầm dễ bị ngộ độc. Trong trường hợp này phải chăm sóc việc sử dụng thuốc cho người cao tuổi.
- Con đường dùng thuốc phải được cân nhắc kỹ xem nên dùng đường nào để đảm bảo an toàn và công hiệu của thuốc.
- Liều lượng dùng thuốc phải được xác định thật kỹ, chọn liều thích hợp, tối ưu, đảm bảo vừa công hiệu vừa an toàn, không gây tai biến, cần tính đến tình trạng cơ thể, bệnh tật, khả năng khử độc của gan, thải trừ của thận.

Khi dùng thuốc dài ngày phải thực hiện đầy đủ các chế độ theo dõi kiểm tra, nhận định đánh giá kết quả từng thời gian và điều chỉnh liều lượng khi cần thiết.

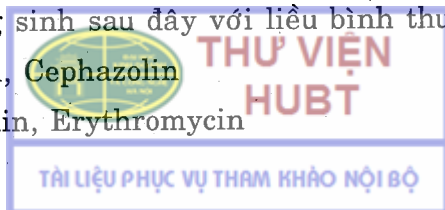
3.1.4. MỘT SỐ THUỐC HAY DÙNG CHO NGƯỜI CAO TUỔI CẦN ĐƯỢC LƯU Ý

- Thuốc kháng sinh

Người già trải qua nhiều bệnh nhiễm khuẩn, nên thường dùng nhiều loại kháng sinh. Cho nên, vi khuẩn gây bệnh trên người già dễ kháng lại thuốc kháng sinh. Ngoài ra nhiều yếu tố làm giảm tác dụng kháng sinh ở người già như làm thay đổi sự hấp thu, phân phối, chuyển hoá và thải trừ kháng sinh. Do vậy việc dùng kháng sinh phải cân nhắc khi dùng cho người cao tuổi:

- + Trước khi dùng kháng sinh phải tìm mọi biện pháp để xác định được vi khuẩn gây bệnh ở người già.
- + Nắm chắc phổ kháng sinh, cơ chế tác dụng kháng sinh trên vi khuẩn, hấp thu, chuyển hoá, phân bố, thải trừ, tai biến của kháng sinh đối với người già.
- + Đối với người già việc phối hợp kháng sinh chỉ khi cần thiết và phải tính đến đối kháng hay tính hợp đồng, kết hợp giữa các giai đoạn. Cần chú ý tránh tạo chủng vi khuẩn kháng thuốc và tác dụng không chọn lọc trên vi khuẩn gây bệnh. Dùng đơn độc kháng sinh cho người già là chủ yếu, hiệu quả và an toàn hơn.
- + Nắm vững cơ địa người bệnh, phải điều trị tích cực và sớm vì dấu hiệu lâm sàng về nhiễm khuẩn thường mờ nhạt ở người già. Tránh dùng kháng sinh ảnh hưởng xấu đến chức năng thận, nếu cần dùng thì phải giảm liều.
- + Trên người cao tuổi khi dùng kháng sinh luôn luôn kiểm tra kết quả điều trị. Nếu không có kết quả cần xem lại chẩn đoán, việc lựa chọn kháng sinh, liều lượng, tình trạng kháng kháng sinh của vi khuẩn.
- + Người cao tuổi dễ gặp suy thận nên dùng một số kháng sinh sau đây với liều bình thường:

Penicilin, Cephazolin
Doxycyclin, Erythromycin



Cloramphenicol, Lincomycin.

Một số kháng sinh sau đây không dùng cho người suy thận:

Streptomycin, Gentamicin

Kanamycin, Cefaloridin

Tetracyclin, Polymyxin, Sulfamid thải chậm.

Nếu bắt buộc phải dùng thì giảm liều và khoảng cách giữa hai lần thuốc phải dài gấp đôi.

+ Trường hợp suy gan hay gặp ở người cao tuổi không có chỉ định dùng sulfamid, tetracyclin liều cao. Nếu vàng da thì chống chỉ định dùng cloramphenicol, quinolon, sulfamid, thận trọng khi dùng erythromycin.

- Thuốc an thần, gây ngủ

Những loại thuốc gây ngủ, an thần khi sử dụng cho người già cần phải lưu ý vì ranh giới liều ngủ và liều hôn mê rất hẹp như dùng barbiturat ; hoặc gây tích lũy chất chuyển hoá vẫn còn hoạt tính như dùng benzodiazepin (BZD) ; kéo dài thời gian bán thải của thuốc ở người cao tuổi gấp 3-4 lần như dùng diazepam. Người cao tuổi dễ bị ngộ độc BZD do nhiều tương tác với BZD như thuốc chống toan ở dạ dày, cafein, theophyllin, theobromin, phenytoin, aminazin, rượu, thuốc lá, nước chè, cà phê cần được lưu ý khi sử dụng. Do vậy một số nguyên tắc sử dụng thuốc làm dịu, an thần ở người cao tuổi như sau:

+ Dùng thuốc làm dịu, an thần ở người cao tuổi mỗi đợt không quá 2-3 tuần. Cần có liều thăm dò 3-4 ngày đầu. Giữ liều duy trì 1-2 tuần. 3-4 ngày cuối, giảm liều đến khi ngừng thuốc.

- + Phải theo dõi sát tác dụng của thuốc trong quá trình sử dụng. Nếu có dấu hiệu đột xuất như rối loạn cảm xúc, rối loạn trí nhớ, sốt không cắt nghĩa do nhiễm khuẩn được, biến đổi huyết học và chức năng gan, thận, ở ngoài da, rối loạn ngoài bố tháp thì phải dừng thuốc tìm nguyên nhân.
- + Người đang dùng thuốc làm dịu, an thần tuyệt đối không được dùng rượu vì có thể xảy ra tai biến.
- + Cần thận trọng khi chỉ định dùng thuốc làm dịu, an thần ở người cao tuổi. Người già thường ngủ ít, nhiều người già bị mất ngủ nặng, trong trường hợp đã dùng nhiều biện pháp chữa mất ngủ nhưng không có kết quả thì phải dùng thuốc và nguyên tắc dùng như sau:
 - Đầu tiên nên dùng loại thuốc an thần thông thường như thuốc nhóm benzodiazepin trước khi đi ngủ. Cần giải thích cho người già dùng thuốc nên bình thường đi ngủ mà không nên thấp thỏm nằm đợi xem thuốc có ngủ được hay không vì làm như vậy sẽ căng thẳng thêm, lại càng khó ngủ.
 - Khi dùng thuốc an thần không có tác dụng thì phải dùng thuốc ngủ thật sự. Trong trường hợp này cần chú ý đến tính nhạy cảm của từng người già vì thuốc ngủ công hiệu người này mà không thích hợp người khác. Rất thận trọng dùng thuốc ngủ barbituric vì thải trừ chậm, dễ gây độc. Nên

chọn thuốc có thời gian bán thải ngắn, thải trừ nhanh. Lúc đầu dùng liều thăm dò, sau đó mới cho đúng liều cần thiết.

- Thuốc giảm đau chống viêm

+ Chế phẩm thuốc phiện

Không nên dùng cho người cao tuổi vì có thể gây suy giảm hô hấp, ỳ ruột, bí đại ngay cả khi dùng liều thấp. Khi cần thiết nên dùng pentazocin ít gây suy giảm hô hấp, làm hạ huyết áp không mạnh. Dùng codein cũng phải thận trọng, có thể gây táo bón, khô phế quản, co phế quản, ức chế hô hấp. Thuốc phiện có nhiều tương tác với thuốc ngủ và an thần cho nên cần chú ý những tương tác bất lợi như làm tăng suy giảm hô hấp của thuốc phiện.

+ Thuốc chống viêm, giảm đau, hạ sốt

Ở người cao tuổi hai triệu chứng đau và sốt rất phổ biến, cảm giác nhức mỏi thường hay gặp cho nên những thuốc chữa triệu chứng này rất hay được dùng.

+ Thuốc giảm đau hạ sốt có tác dụng chống viêm như aspirin cần chú ý đến người đau dạ dày, người cao tuổi dùng lâu bị ụt tai, liều cao gây điếc.

Phenylbutazon, người cao tuổi hay dùng để chống đau khớp xương. Thuốc tác dụng nhanh, thải trừ chậm nên cần chú ý hiện tượng tích lũy. Tác dụng phụ do phenylbutazon có thể xảy ra như buồn nôn, đau thượng vị, chảy máu dạ dày, thủng ổ loét, nổi mẩn da có tính dị ứng, viêm gan kiểu nhiễm độc. Indomethacin có tác dụng giảm đau mạnh hơn aspirin 12 lần, chống viêm mạnh hơn hydrocortison 2 lần nhưng có tác dụng phụ ở người già như rối

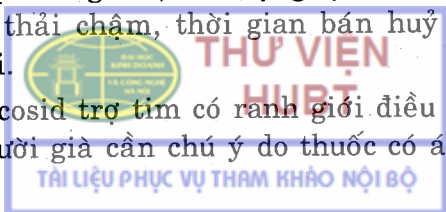
loạn thần kinh chóng mặt nhức đầu, ù tai, hoa mắt, run chi, mất ngủ, rối loạn tiêu hoá.

+ Thuốc giảm đau hạ sốt không có tác dụng chống viêm như paracetamol làm giảm đau, hạ sốt, gây sảng khoái nên nhiều người thích dùng hơn aspirin. Người già có những tác dụng phụ như mất ngủ, viêm thận kẽ, thiếu máu. Analgin (amidopyrin, pyramidon) tác dụng như aspirin nhưng độc tính cao, có thể gây viêm loét dạ dày tá tràng, viêm gan, hoại tử vô thương thận.

- Một vài loại thuốc khác

+ *Thuốc loại adrenergic* dễ gây rối loạn huyết áp, tai biến tim mạch cho nên hạn chế dùng adrenalin, noradrenalin, isoprenalin. Dùng ephedrin, isoprenalin lạm dụng sẽ làm giãn phế quản khó hồi phục. Do đó để kích thích thụ thể β_2 làm giãn phế quản thì nên dùng salbutamol vì thuốc này kích thích β_2 mà không tác dụng lên thụ thể β_1 . Cần chú ý ở người cao tuổi catecholamin dễ nhạy cảm như stress, tăng huyết áp, gây kích thích. Tuyệt đối không dùng thuốc nhỏ mắt loại phong toả beta để chữa tăng nhãn áp mạn tính ở người cao tuổi vì dễ xảy ra tai biến toàn thân.

- Loại kháng cholinergic có tác dụng mạnh ở người cao tuổi như đối với não, mắt.
- Cura và thuốc giãn cơ, ở người cao tuổi, chức năng nephron giảm, lưu lượng lọc kém nên thuốc giãn cơ thải chậm, thời gian bán hủy của thuốc kéo dài.
- Glycosid trợ tim có ranh giới điều trị hẹp đối với người già cần chú ý do thuốc có ái lực mạnh với



thụ thể ở tim người già, làm tăng độ nhạy cảm của tim hơn so với người trẻ.

- Thuốc chống đông máu nhạy cảm với người già, phải dùng liều thấp.
- Thuốc chống đái tháo đường được thải qua thận nên cần thận trọng ở người cao tuổi do chức năng thận hư và chính bệnh đái tháo đường làm tổn thương nephron. Nên dùng thuốc có thời gian bán thải ngắn, chuyển hoá được qua gan, tránh dùng liều cao từ đầu, luôn luôn lưu ý tình trạng sức khoẻ. Luôn đề phòng tương tác bất lợi thí dụ không phối hợp phenylbutazon với tolbutamid.

3.2. SỬ DỤNG THUỐC CHO TRẺ EM

3.2.1. ĐẶC ĐIỂM SINH LÝ TRẺ EM

Giải phẫu sinh lý trẻ em rất khác người trưởng thành. Tỷ lệ nước ở cơ thể trẻ em cao hơn người lớn nhiều. Da trẻ em mềm mại, mỏng, xốp và nhiều nước, nhiều mao mạch, sờ vào mịn như nhung, các sợi cơ đàn hồi phát triển ít. Da trẻ mỏng nên dễ xây sát, tổn thương và nhiễm khuẩn.

Hệ cơ phát triển dần đến tuổi trưởng thành, hệ cơ lớn (cơ đùi, cơ mông) phát triển trước, các cơ nhỏ phát triển sau và chậm như cơ bàn tay, cơ ngón tay.

Hệ xương trẻ em chưa phát triển nhiều sụn. Quá trình hình thành xương phát triển dần đến lúc 20-25 tuổi mới kết thúc.

Hệ thống hô hấp phát triển và hoàn thiện dần, nhịp thở giảm dần chẳng hạn trẻ sơ sinh số lần thở trong 1 phút là 40-60 lần, đến 6 tháng là 40-35 lần, 7 đến 12 tháng là 35-30 lần, 5 đến 6 tuổi là 25 lần, 7 đến 12 tuổi là 22-20 lần, 14-15 tuổi là 18-20 lần. Trẻ em khi bé thở cơ hoành (thở bụng), lớn lên thở hỗn hợp ngực bụng.

Tuần hoàn của trẻ em có nhiều đặc điểm như mạch của trẻ em nhanh hơn người lớn (sơ sinh 140-160 lần/phút, 1 tuổi 120-125 lần/phút, mạch trẻ 5 tuổi 100 lần/phút, mạch trẻ 7 tuổi 90 lần/phút, mạch trẻ 15 tuổi 80 lần/phút).

Huyết áp trẻ thấp hơn người lớn. Trẻ sơ sinh tối đa 76 mmHg, tối thiểu 45 mmHg ; trẻ từ 3 tháng đến 1 năm tối đa 75-90 mmHg, tối thiểu 50 mmHg; Trẻ trên 1 tuổi huyết áp được tính theo công thức: huyết áp tối đa = $80 + 2n$ (n = số tuổi). Khối lượng máu tuần hoàn cho 1 kg cơ thể trẻ em cao hơn người lớn, càng nhỏ tuổi càng lớn chẳng hạn sơ sinh 110 - 190 ml/kg ; dưới 1 tuổi 70-100ml/kg ; 6-7 tuổi 50-90ml/kg.

Trẻ nhỏ dưới 4 tuổi tất cả các tuỷ xương tạo máu, khác với trẻ trên 4 tuổi và người lớn sự tạo máu chủ yếu ở đầu xương dài, xương dẹt và xương ngắn. Sự tạo máu của trẻ em tuy mạnh nhưng không ổn định, các nguyên nhân gây bệnh ở trẻ em đều ảnh hưởng đến sự tạo máu.

Bộ máy tiêu hoá của trẻ cũng được phát triển dần về vị trí giải phẫu cũng như chức năng. Dạ dày của trẻ nằm cao, nằm ngang, khi trẻ biết đi thì dạ dày đứng dọc. Lúc mới đẻ dạ dày hình tròn, cuối năm dạ dày dài thêm, 7 tuổi dạ dày giống người lớn. Thể tích dạ dày cũng tăng

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

dần, trẻ sơ sinh 30-35ml, sau 3 tháng lên đến 100ml, đến 1 năm tuổi là 250ml. Cơ dạ dày phát triển yếu nhất là cơ thắt tâm vị, cơ thắt môn vị đóng rất chặt nên trẻ dễ nôn trớ. Độ pH trong dịch vị tùy theo lứa tuổi. Thời kỳ bú mẹ pH dịch vị 5,8-3,8 sau đó trẻ lớn lên pH giảm dần như pH dịch vị người lớn. So với chiều dài cơ thể, ruột trẻ em dài hơn, niêm mạc ruột có nhiều nếp nhăn, nhiều lông, nhiều mạch máu, do đó dễ hấp thu nhưng cũng dễ làm cho vi khuẩn xâm nhập. Mạc treo ruột dài nên dễ xoắn ruột, manh tràng di động nên vị trí ruột thừa không cố định. Trục tràng dài, niêm mạc lỏng lẻo nên trẻ dễ bị sa trực tràng. Gan trẻ sơ sinh chiếm 4,5% trọng lượng cơ thể và dễ di động, tổ chức gan chưa ổn định nên dễ bị thoái hoá khi bị nhiễm khuẩn hay nhiễm độc. Thận trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ có các thùy nên nhìn ngoài thấy nhiều múi, dễ di động vì tổ chức xung quanh thận chưa phát triển. Kích thước và trọng lượng thận tăng theo tuổi, chức năng lọc của cầu thận và chức năng tái hấp thu của ống thận còn kém do đó tỷ trọng nước tiểu trẻ sơ sinh rất thấp. Từ hai tuổi chức năng của thận đã có thể như người lớn. Từ những đặc điểm sinh lý của trẻ, chúng ta thấy rằng : "Trẻ em không phải là sự thu nhỏ của người lớn". Cho nên việc dùng thuốc cho trẻ phải đặc biệt chú ý chăm sóc theo dõi sử dụng đúng liều lượng và thời gian.

3.2.2. SỬ DỤNG THUỐC ĐỐI VỚI TRẺ EM

- Dược động học ở trẻ em

Đặc điểm về dược động học của trẻ em rất khác người lớn do cơ thể trẻ em phát triển chưa đầy đủ, nhiều chức

năng và giải phẫu chưa hoàn thiện. Nhiều dạng thuốc uống sử dụng cho trẻ em có sự hấp thu thuốc không bình thường như người lớn. Trẻ em niêm mạc dạ dày chưa trưởng thành, thiếu acid clohydric dịch vị, độ acid của dạ dày đạt giá trị như người lớn khi trẻ 20-30 tháng tuổi. Thời gian tháo sạch của dạ dày kéo dài không đều, chỉ đạt tiêu chuẩn của người lớn sau 6 tháng. Nhu động ruột thất thường, niêm mạc ruột chưa trưởng thành, vì vậy sự hấp thu thuốc ở ống tiêu hoá của trẻ sơ sinh và trẻ còn bú rất kém và sai lạc như đối với phenobarbital, paracetamol, phenytoin, carbamazepin, rifamicin v.v... Do thiếu acid ở dạ dày trẻ nên làm tăng hấp thu penicilin, ampicilin, nafcilin, erythromycin. Đường trực tràng, thuốc được hấp thu tốt, chẳng hạn thuốc đạn diazepam đạt nồng độ trong máu trẻ sơ sinh ngang với tiêm tĩnh mạch. Một số thuốc hấp thu chậm và thất thường khi tiêm bắp như gentamicin, phenobarbital, diazepam do lưu lượng máu và sự co bóp cơ vân kém, lượng nước nhiều trong khối cơ vân.

Da trẻ em rất nhạy cảm với thuốc bôi ngoài da dễ gây kích ứng hoặc dị ứng, có khi gây độc toàn thân. Long não bôi ngoài có thể kích thích thần kinh gây co giật. Tinh dầu cũng được hấp thu qua da của trẻ và gây độc.

Không được dùng băng dính chứa thuốc để dán cho trẻ nhỏ, hoặc bôi thuốc rồi băng chặt.

Nhiều loại thuốc thấm vào tế bào thần kinh của trẻ nhanh hơn người lớn do hàng rào máu - não trẻ em chưa

phát triển đầy đủ do đó tác dụng và độc tính của thuốc trên thần kinh trung ương tăng lên. Với các loại thuốc ngủ, an thần, chế phẩm thuốc phiện phải rất chú ý theo dõi khi sử dụng.

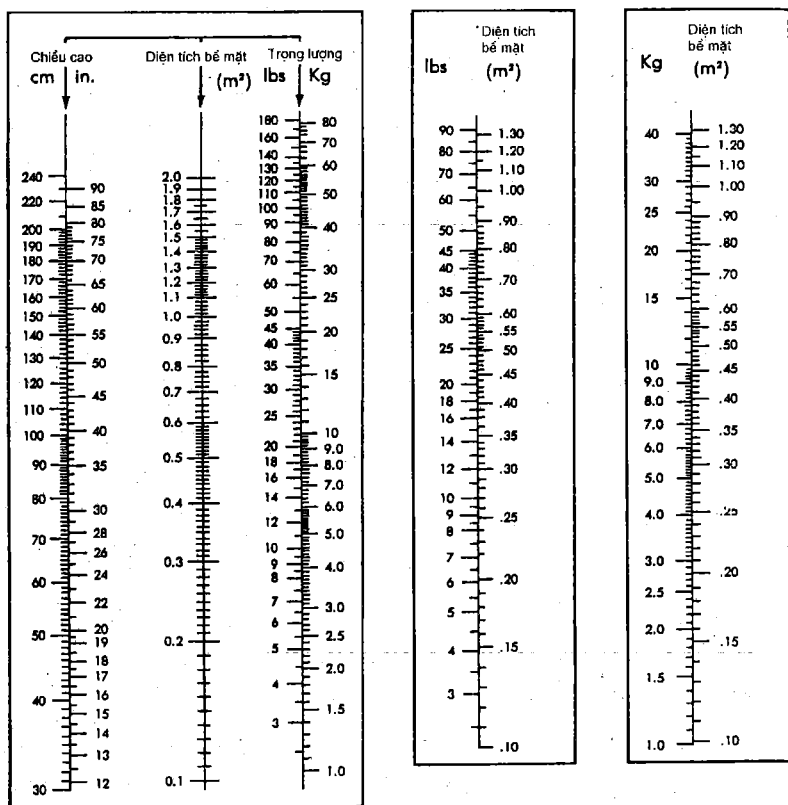
Chuyển hoá và thải trừ thuốc của trẻ khác người lớn do gan của trẻ sơ sinh chưa trưởng thành, nhiều thuốc khó chuyển hoá ở gan, thuốc bị tích tụ lại không thải được và gây độc như diazepam, phenobarbital, paracetamol, theophylin, cloramphenicol. Chức năng lọc của cầu thận và thải trừ thuốc qua ống thận yếu, lưu lượng máu qua thận kém. Do vậy thuốc nào thải trừ qua thận kém sẽ tích lũy trong cơ thể và gây độc. Cho nên phải rất thận trọng khi sử dụng các loại kháng sinh aminoglycosid, aspirin, sulfamid, penicilin, paracetamol, phenobarbital, furosemid.

Trẻ không chịu được thuốc làm giảm nước và thay đổi chất điện ly. Rất thận trọng khi dùng hormon sinh dục hoặc thuốc ảnh hưởng đến sự phát triển của trẻ.

- Liều lượng thuốc cho trẻ em

Mỗi loại thuốc dùng cho trẻ em có một liều lượng riêng căn cứ vào độ tuổi: trẻ sơ sinh (ở tháng đầu tiên mới sinh) trẻ dưới 1 năm ; 1-5 tuổi ; 6-12 tuổi. Nếu một số thuốc không ghi trong tài liệu liều cho trẻ ở giữa mỗi độ tuổi thì thầy thuốc phải tính ra liều thích hợp cho trẻ ít tuổi hơn hay nhiều tuổi hơn theo thể trạng hoặc theo diện tích bề mặt cơ thể ở hình 3 và bảng III.





Hình 3. Tương quan chiều cao, trọng lượng và diện tích bề mặt cơ thể (áp dụng theo châu Âu)



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Cách tính liều cho trẻ theo châu Âu có thể tính theo bảng về tuổi, thể trọng, diện tích bề mặt cơ thể tương ứng với tỷ lệ % so với liều người lớn

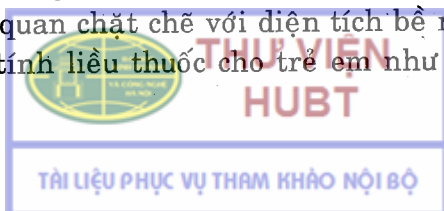
Bảng III:

SỰ LIÊN QUAN GIỮA THỂ TRỌNG VÀ DIỆN TÍCH CƠ THỂ

Tuổi (kể từ số ghi dưới đây trở lên)	Thể trọng (kg)	Diện tích cơ thể (m ²)	Tỷ lệ phần trăm so với liều người lớn
Vừa mới đẻ *	3,4	0,23	12,5
4 tuần lễ*	4,2	0,26	14,5
3 tháng*	5,6	0,32	18
6 tháng	7,7	0,40	22
1 năm	10	0,47	25
3 năm	14	0,62	33
7 năm	23	0,88	50
12 năm	37	1,25	75
Người lớn nam	65	1,8	100
nữ	56	1,60	100

* Ba số liệu này áp dụng cho trẻ đẻ đủ tháng, *không áp dụng cho trẻ đẻ non*. Nếu đẻ non, cần *giảm* liều lượng thuốc theo thể trạng bệnh nhi.

Cách tính liều cho trẻ dựa vào diện tích bề mặt cơ thể trẻ là đáng tin cậy nhất vì có nhiều hiện tượng cơ thể có liên quan chặt chẽ với diện tích bề mặt của cơ thể. Công thức tính liều thuốc cho trẻ em như sau:



$$\text{Liều cho trẻ em} = \frac{\text{Diện tích bề mặt cơ thể của bệnh nhi}}{1,7 \text{ (diện tích bề mặt cơ thể người lớn châu Âu)}} \times \text{Liều thuốc cho người lớn}$$

Công thức này cho phép tính liều gần đúng cho trẻ. Đối với trẻ dễ non công thức này không đáng tin cậy.

Liều thuốc cho trẻ còn có thể tính theo trọng lượng của trẻ như sau:

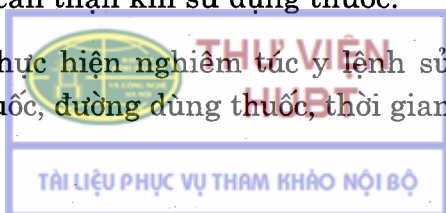
$$\text{Liều cho trẻ em} = \frac{\text{Thể trọng bệnh nhi}}{70 \text{ (người lớn châu Âu)}} \times \text{Liều thuốc cho người lớn}$$

Nhìn chung liều thuốc của trẻ em tính theo thể trọng cao hơn người lớn. Thông thường liều thuốc trên 1 kg thể trọng của trẻ em dưới 4 tháng gấp 2 lần ở người lớn, trẻ dưới 7 tuổi gấp 1,5 lần.

- Những điều cần chú ý khi dùng thuốc cho trẻ

+ Dùng thuốc cho trẻ dưới 1 tháng phải được tính toán cẩn thận về liều lượng vì trong thời kỳ này khi sử dụng thuốc thì độc tính của thuốc gia tăng do sự lọc của thuốc qua thận chậm, hệ thống giải độc chưa thích ứng, hệ enzym chưa hoàn chỉnh. Thời kỳ này rất nguy hiểm, phải hết sức cẩn thận khi sử dụng thuốc.

+ Phải thực hiện nghiêm túc y lệnh sử dụng thuốc: liều lượng thuốc, đường dùng thuốc, thời gian điều trị. Đặc



biệt quan trọng phải ghi liều lượng viên để cho trẻ uống đúng liều.

- Cha mẹ bệnh nhi không được trộn lẫn bất cứ thứ thuốc nào vào chai sữa hoặc bất cứ loại thức ăn nào cho trẻ vì thuốc có thể tương tác với sữa hoặc thức ăn, cháu có thể uống không hết sữa đó hay không ăn hết thức ăn làm cho liều lượng sử dụng thuốc thiếu hụt.

- Thuốc phải cất giữ cẩn thận ở chỗ cao hay tủ có khoá để trẻ không tự động lấy thuốc dùng gây tác hại xấu, nguy hiểm đến tính mạng.

3.3. SỬ DỤNG THUỐC ĐỐI VỚI PHỤ NỮ CÓ THAI

3.3.1. ĐẶC ĐIỂM SINH HỌC CỦA PHỤ NỮ CÓ THAI

Phụ nữ có thai là hiện tượng sinh học bình thường nhưng khi người phụ nữ mang thai có nhiều biến động giải phẫu - sinh lý và chức năng của người mẹ cũng như bào thai. Do vậy có thai đã trở nên rắc rối do bệnh mạn tính hay một bệnh mới phát sinh. Trước đây, nhiều chứng bệnh được xem là chống chỉ định có thai nhưng ngày nay nhờ sự tiến bộ của y học, nếu được chăm sóc tốt thì "mẹ tròn con vuông" không còn là ngoại lệ. Tuy vậy nhiều đặc điểm sinh học của phụ nữ có thai cần được lưu ý để sử dụng thuốc hợp lý và an toàn nhất.

- Những thay đổi sinh lý khi phụ nữ có thai

Hầu hết phụ nữ có thai trong giai đoạn đầu đều có sự rối loạn cơ thể, có người còn kéo dài ngày như nôn, ăn uống kém, mệt mỏi. Huyết áp tăng nhẹ, mức lọc cầu thận (GFR) tăng chừng 50% ở người phụ nữ có thai bình thường,

nên nếu giảm GFR ở mức nào đó sẽ phát khởi tiền sản giật mặc dù nồng độ nitơ - urê và creatinin trong máu vẫn ở mức bình thường. Tăng GFR trong khi có thai bình thường là do tăng lưu lượng huyết tương tới thận mà không tăng áp lực cầu thận. Tăng cung lượng tim khi có thai gây tăng quá mức tiêu thụ oxy của tim làm cho mức chênh lệch áp lực oxy giữa động và tĩnh mạch giảm xuống có thể gây tai hại cho phụ nữ có bệnh hẹp van hai lá. Bốn loại bệnh tim chịu ảnh hưởng xấu của thai nghén: Bệnh van tim ; tăng huyết áp phổi tiên phát ; hội chứng Eisenmenger, hội chứng Marfan. Khi có thai, các yếu tố đông máu đều tăng ngoài trừ yếu tố XI và XIII, kháng thrombin III, một số chất ức chế đông máu chính thì giảm. Theo quan điểm chuyển hoá, có thai giống như nhịn đói nghĩa là nồng độ đường và các acid amin thấp nhưng acid béo tự do, các thể ceton và triglycerid trong huyết tương lại cao. Chẳng hạn nồng độ glucose huyết tương thấp hơn 0,8 mmol/lit. Mặc dầu thai có nhu cầu glucose, song tình trạng có thai lại là một trạng thái đói tháo đường bởi vì có sự xuất hiện kháng insulin có thể do sự gia tăng nhiều hormon như progesteron, oestrogen, prolactin, lactogen nhau thai của người.

Trong khi có thai thể tích huyết tương tăng nhiều hơn so với khối cầu, thành thử nồng độ hemoglobin tụt xuống là việc bình thường. Hai khả năng thiếu máu khi có thai là thiếu hụt Fe (sắt) và acid folic vì thai lớn lên sử dụng các nguyên liệu này. Vào giữa kỳ thai, nồng độ protein huyết thành bình thường giảm đi khoảng 20% do giảm albumin, song quá trình tổng hợp các protein khác ở gan

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

vấn gia tăng. Tình trạng ứ mật trong gan khi có thai thường xảy ra trong 3 tháng đầu của thai kỳ với triệu chứng ngứa, nồng độ bilirubin cao hơn (6mg/dl).

Do sự thay đổi mạnh về giải phẫu - sinh lý khi có thai nên phụ nữ mang thai có thể mắc phải một số bệnh: nhiễm khuẩn; các bệnh nhiễm do virus, nhiễm HIV.

- Sinh lý thời kỳ mang thai

+ **Pha phân đoạn:** Giai đoạn 2 tuần đầu của kỳ thai, độc tính của thuốc có thể để lại di chứng hoặc phôi bào chết.

+ Thời kỳ phôi:

Kéo dài đến 75 ngày, phát triển nhanh, hầu hết các cơ quan được hình thành. Thời kỳ này, độ nhạy cảm với thuốc rất mạnh vì các tế bào đang nhân lên mạnh. Từ ngày 20 đến 40 hình thành tim ; từ ngày 15 đến 25 hình thành thần kinh trung ương, từ ngày 24 đến 36 hình thành chân tay. Những ngày tháng này rất đặc biệt nguy hiểm, vì khởi đầu thời kỳ mang thai nên người mẹ rất ít cảnh giác lại có những triệu chứng dễ mắc như mất ngủ, buồn nôn, nhức đầu, người mẹ dễ tự ý dùng thuốc. Ảnh hưởng thuốc gây quái thai ở giai đoạn này rất lớn.

+ Thời kỳ thai:

Thời gian trưởng thành và hoàn thiện các cơ quan, thai ít nhạy cảm hơn nhưng luôn luôn vẫn bị thuốc tấn công, gây độc cho thai. Nhạy cảm nhất là bộ phận sinh dục bên ngoài và thần kinh trung ương vì vẫn tiếp tục biệt hoá sau 3 tháng tuổi thai.

+ Thời kỳ sơ sinh:

Giai đoạn cuối của thai kỳ, vào tháng thứ 9 nhưng thực tế bắt đầu vào tháng thứ 6. Thời kỳ này thai bắt đầu tự chủ và cố gắng thích nghi với đời sống tương lai ở ngoài bụng mẹ. Nhưng rau thai biến chất dần, để lọt nhiều chất thấm qua ồ ạt trong khi đó gan thai chưa đủ khả năng chuyển hoá thuốc, thận chưa thải được thuốc, chính lúc trở dạ mà dùng thuốc cho mẹ có thể gây độc cho trẻ sơ sinh

3.3.2. SỬ DỤNG THUỐC KHI CÓ THAI

- Vận chuyển thuốc vào thai nhi

Thuốc có thể thấm vào rau thai, một hệ nhung mao được bao bọc bởi lớp hợp bào lá nuôi, lớp hợp bào này cùng với nhung mao đệm và nội mô các mao mạch rốn sẽ ngăn máu mẹ với máu thai. "Hàng rào rau thai" gồm 3 lớp dày đến mỏng dần từ 25 micromet đến 2 micromet từ đầu đến cuối thời kỳ thai. Bề mặt trao đổi chất rất mạnh vì rau có nhiều nhung mao, bề mặt hấp thu của rau khoảng $50m^2$. Hợp bào lá nuôi để lọt những chất ưa lipid như thuốc mê, thuốc giảm đau, thuốc liệt thần kinh, ngược lại chất phân cực mạch như D - tubocurarin, succinylcholin thì qua rau thai rất chậm. Chất có phân tử lượng nhỏ dễ đi vào rau thai còn phân tử lớn hơn như heparin qua rau thai không đáng kể. Rau thai còn để cho một số ion đi qua như calci, kẽm, iod nhưng giữ lại Hg, Pb, Cd, F. Lithi vào não khó nhưng vào thai dễ. Nhiều kháng sinh, kể cả những loại khó vào não như streptomycin cũng lọt vào thai một phần. Có chất bị tích lũy trong thai, gây độc như

hormon steroid, thuốc chống ung thư và ức chế miễn dịch. Thuốc vào thai được phân phối chọn lọc như phenytoin, progesteron, tập trung vào tuyến thượng thận của thai, tetracyclin tập trung ở xương và mầm răng, cloroquin, aminazin ở võng mạc mắt, thuốc kháng giáp ở tuyến giáp v.v...

- Dùng thuốc cho phụ nữ có thai

Thuốc có hại đến sự phát triển bào thai, giai đoạn đầu trong vòng 3 tháng một số thuốc có thể gây quái thai. Thời kỳ có nguy cơ lớn nhất là từ tuần lễ thứ 3 đến thứ 11 của thai. Một số loại thuốc đã có kết luận gây quái thai ở người, song không một loại thuốc nào được coi là chắc chắn an toàn ở thời kỳ đầu của thai. Từ tháng thứ 4 đến tháng thứ 9, thuốc có thể ảnh hưởng đến sự phát triển của thai, hoặc có tác dụng gây độc với thai. Các thuốc dùng thời điểm gần sinh hoặc trong khi trở dạ có thể gây hại cho thai sau này. Vì vậy chỉ nên kê đơn thuốc cho phụ nữ có thai khi nhận thấy phần có ích cho người mẹ lớn hơn nguy cơ cho thai. Trong ba tháng đầu nên tránh dùng thuốc nếu có thể. Nên ưu tiên dùng các thuốc đã quen dùng rộng rãi và an toàn cho người có thai hơn là các thuốc mới chưa được thử thách, nếu có dùng thì liều càng nhỏ, càng tốt trong phạm vi liều lượng có hiệu quả.

+ Một số thuốc gây quái thai và di tật

- Quinin gây điếc.
- Quinidin làm giảm thị lực



- Cloroquin gây điếc, phì đại nửa người
- Warfarin gây dị dạng xương, mù, dị tật thần kinh trung ương.
- Methotrexat (thuốc kìm tế bào) gây dị tật thần kinh trung ương.
- Mercaptopurin, Busulfan gây tật nhãn cầu nhỏ, đục giác mạc, giảm sản buồng trứng và giáp trạng.
- Các tetracyclin gây dị tật chân tay, đục thủy tinh thể, tập trung thuốc ở xương và mầm răng (từ tháng thứ 4 của thai)
- Kháng sinh aminoglycosid gây điếc, câm dẹt suốt thời kỳ mang thai.
- Androgen và các steroid làm đồng hoá gây lưỡng tính giả ở thai nữ
- Diethylstilbestrol gây ung thư âm đạo (sau 10 năm) ở thai nữ, u tinh hoàn ở thai nam. Không dùng thuốc này.
- Lithi gây dị tật ở tim, nguy khốn ở trẻ sơ sinh.
- Captopril gây cho một số ca rải rác về dị tật ở thai và chết lưu. Không dùng thuốc này.
- Phenytoin, phenobarbital, gây dị tật ở tim, khe môi và vòm miệng, có thể ảnh hưởng hệ xương, thần kinh trung ương, ống tiêu hoá.
- Natrivalproat gây tật nứt đốt sống, thiếu yếu tố đông máu (yếu tố II, VII, IX, X) phụ thuộc vitamin K.
- Penicilamin làm cho một số ca dị tật ở mô liên kết và các dị tật khác.

- Thalidomid gây quái thai ngắn chi, thiếu chi, thai giống hải bảo. Không dùng thuốc này.

+ Một số thuốc gây bất thường về chức năng ở thai và trẻ sơ sinh

- Thuốc ức chế beta: ức chế sự giãn tử cung. Có trường hợp gây giảm đường huyết và chậm nhịp xoang.
- Lợi niệu thiazid và lợi niệu quai gây rối loạn điện giải và giảm tiểu cầu ở trẻ sơ sinh. Nếu cần thiết thay lợi niệu ở ống lượn xa.
- Thuốc kháng vitamin K đe dọa chảy máu trong chuyển dạ, thai chết do tụ máu trong sọ thai nhi. Khi cần dùng heparin thay thế.
- Sulfamid đe dọa vàng da nhân não ở trẻ sơ sinh. Cấm dùng 3 tháng đầu của thai kỳ.
- Trimethoprim có thể gây quái thai. Cấm dùng suốt thời kỳ có thai.
- Rifampicin đe dọa chảy máu như thuốc kháng vitamin K. Nếu cần dùng thì phải cùng dùng với vitamin K.
- Cloramphenicol gây "hội chứng xám". Không dùng trong 3 tháng cuối của thai kỳ.
- Glucocorticoid có khi gây khe vòm miệng, nguy cơ suy thượng thận trẻ sơ sinh. Nếu bắt buộc thì dùng prednison.
- Kháng giáp tổng hợp gây suy giáp trạng và bướu giáp bẩm sinh do ức chế tổng hợp thyroxin.
- Sulfamid chống tiểu đường gây nguy cơ giảm đường huyết ở thai nhi. Nếu cần, thay bằng insulin.

- Thuốc giảm đau, thuốc ngủ, các benzodiazepin gây hội chứng cai, nguy khốn ở trẻ sơ sinh. Cấm dùng trong 3 tháng cuối của thai kỳ.
- Dẫn xuất của lã mạch (ergotamin, methylergometrin...) thuốc trợ đẻ làm dọa đẻ non, chuyển dạ tăng động, có thể gây thai chết lưu.
- Thuốc ức chế tổng hợp prostaglandin như aspirin gây nguy cơ khẹp ống động mạch trong tử cung, kéo dài chuyển dạ, làm chậm sinh đẻ. Không dùng trong những tuần cuối trước khi đẻ.

- Thuốc hạ huyết áp:

Diazoxid nếu dùng dài ngày có thể gây rụng tóc và giảm sự chịu glucose ở trẻ mới đẻ, ức chế co bóp tử cung khi đẻ.

Reserpin làm trẻ mới đẻ dễ bị tim đập chậm, lơ mơ buồn ngủ, tắc mũi.

- Thuốc tiêu fibrin (streptokinase, urokinase) sử dụng trong 18 tuần đầu có thể dẫn đến bong rau sớm. Về lý thuyết có thể gây chảy máu suốt thời kỳ có thai. Tránh dùng sau khi đẻ, gây chảy máu cho mẹ.
- Thuốc chữa tăng lipid huyết (clofibrat, probucol). Tránh dùng vì lý thuyết có thể gây cản trở phát triển của phổi do tác dụng chống cholesterol.
- Các thuốc chống đông uống gây dị dạng bẩm sinh, chảy máu bào thai và trẻ mới đẻ. Không nên dùng trong các tuần cuối của thai kỳ.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

+ Dùng kháng sinh và thuốc khi có thai

Trong quá trình mang thai 9 tháng, phụ nữ có thai khó tránh khỏi bị nhiễm khuẩn cho nên có trường hợp cần thiết cũng phải sử dụng kháng sinh và thuốc mặc dù không nên sử dụng.

. Một số kháng sinh và thuốc không dùng là cloramphenicol, Dapson, dehydroemetin, emetin, erythromycin, furazolidon, griseofulvin, mefloquin, nitrofurantoin, norfloxacin, ofloxacin, oxamniquin, primaquin, các sulfamid, các tetracyclin, co- trimoxazol, các quinolon, các nitroimidazol, trimethoprim.

. Một số kháng sinh và thuốc dùng thận trọng: các aminoglycosid, amphotericin B, clindamycin, ethambutol, fluconazol, imipenem, iodoquinol, isoniazid, ketoconazol, mebendazol, miconazol, pyrazinamid, piperazin, pyrimethamin, quinin, quinacrin, rifampicin, thiabendazol, vancomycin.

Một số loại thuốc đông y không được dùng khi có thai như ba đậu, cam toại, đại hoàng, đào nhân, đơn bì, hồng hoa, ích mẫu thảo, ngư tất, mã tiền (hạt), nhũ hương, nhục quế, nga truật, ngư tất, ô đầu, phụ tử, quế chi, xạ căn, xạ hương, xích thực, xa tiền tử. Một vài loại khác khi dùng phải rất thận trọng như bạch phụ tử, bán hạ, can khương, cà độc dược, chỉ thực, thiên hoa phấn, xuyên khung.



3.3.3. DÙNG THUỐC CHO NGƯỜI MẸ TRONG THỜI KỲ CHO CON BÚ

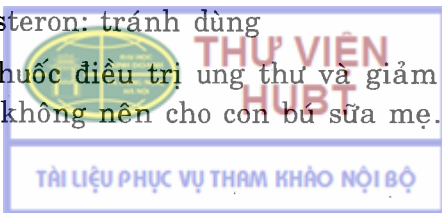
Sử dụng thuốc cho người mẹ đang trong thời kỳ cho con bú phải cân nhắc kỹ bởi vì thuốc được bài tiết qua sữa nên có thể gây độc cho đứa trẻ. Một số thuốc nếu dùng liều điều trị cho mẹ thì lại gây nồng độ thuốc trong sữa cao hơn trong huyết tương vì thế dễ gây ngộ độc cho con. Một số thuốc có tác dụng gây ức chế phản xạ bú của trẻ như phenobarbital. Có thuốc lại gây ức chế sự tiết sữa như bromocriptin, các oestrogen. Một số thuốc gây hiện tượng quá mẫn cho trẻ dù dùng liều thấp. Vì những lý do trên nên chỉ định dùng thuốc cho mẹ trong thời kỳ cho con bú phải xem xét đầy đủ các thông tin, tốt hơn cả chỉ nên dùng thuốc khi thật cần thiết.

- Một số thuốc dùng thận trọng hoặc nên tránh dùng trong thời kỳ cho con bú

- Atropin có thể gây độc đối với trẻ mẫn cảm.
- Các anthraquinon: tránh dùng liều cao, có thể tăng co thắt dạ dày, ỉa chảy, đặc biệt cascara và dantron.
- Phenolphthalein: tránh dùng vì gây tăng co thắt dạ dày, ỉa chảy, có thể phát ban.
- Clemastin gây hiện tượng ngủ lơ mơ, uể oải ở trẻ nhỏ.
- Cyproheptadin: có thể ức chế tiết sữa.
- Các benzodiazepin: tránh dùng liều lặp lại, trẻ có thể ngủ lịm, sút cân.
- Các bromid: tránh dùng để an dịu vì có thể gây phát ban ở trẻ.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- Diamorphin, morphin: liều điều trị không gây hại cho trẻ, nghiện thuốc ở mẹ gây cho con có triệu chứng như mẹ.
- Methadon: triệu chứng ở con giống ở mẹ, dùng đúng liều điều trị có thể cho con bú.
- Phenobarbital: tránh dùng vì thuốc có thể ức chế phản xạ bú, có trẻ bị methemoglobin.
- Primidon: tránh dùng.
- Các aminoglycozid: có thể gây độc thần kinh thính giác của trẻ.
- Metronidazol: làm cho sữa có vị đắng.
- Các penicilin có thể gây phản ứng quá mẫn.
- Các sulfonamid (và cotrimoxazol) nguy cơ nhẹ gây vàng da Kernic, có thể gây thiếu máu tiêu huyết ở trẻ suy giảm G₆PD, đặc biệt khi mẹ dùng sulfonamid chậm.
- Carbimazol và iod: ngừng cho bú khi dùng thuốc, nguy cơ gây suy tuyến giáp hoặc bướu cổ ở trẻ sơ sinh.
- Các corticosteroid dùng liên tục liều cao có thể gây giảm chức năng thận của trẻ.
- Cyproteron: thận trọng, có thể kháng androgen ở trẻ sơ sinh.
- Ethisteron: tránh dùng
- Các thuốc điều trị ung thư và giảm miễn dịch, khi dùng không nên cho con bú sữa mẹ.



- Carisoprodol tránh dùng vì làm cho trẻ suy nhược thần kinh.
- Colchicin thận trọng khi dùng vì gây độc cho trẻ.

Ngoài các thuốc trên còn nhiều thuốc khác khi dùng phải cẩn thận, để sử dụng thuốc an toàn trong thai kỳ cần xem phụ lục 2.

3.4. SỬ DỤNG THUỐC ĐỐI VỚI NGƯỜI BỊ BỆNH THẬN

3.4.1. SINH LÝ CHỨC NĂNG THẬN

Cơ thể người có hai thận, nặng khoảng 300g (chiếm khoảng 0,5% khối lượng cơ thể). Tuy chỉ chiếm một tỷ lệ rất bé của cơ thể nhưng lượng máu đi qua thận lại rất lớn. Trong 24 giờ lượng máu đi qua thận khoảng: 1.000 - 1.500 lit. Trong đó 90% máu để lọc và đào thải các chất, 10% để cung cấp năng lượng cho thận hoạt động. Điều đó chứng tỏ thận cần một năng lượng rất lớn để hoạt động.

Mỗi thận có khoảng 1 triệu đơn vị thận. Đơn vị thận (nephron) là nơi thực hiện nhiệm vụ lọc và bài tiết các chất để tạo thành nước tiểu.

Mỗi nephron bao gồm:

- Cầu thận: cầu thận gồm một bó mao động mạch hình cầu gọi là quần cầu thận, được bao bọc bằng túi hai màng gọi là bọc Bao-man (Bowman).
- Ống thận: các ống thận bao gồm: ống lượn gần nối với bọc Bao-man, quai Henle (Henlé) và ống lượn xa. ống lượn xa nối với ống góp và cuối cùng là bể thận.

Động mạch thận đi vào mỗi thận, phân thành những nhánh nhỏ thâm nhập vào các bộ phận thận, các nhánh nhỏ tạo thành quần cầu thận.

Thận là cơ quan quan trọng nhất bài xuất các chất có hại hay không cần thiết trong quá trình chuyển hoá ra ngoài cơ thể dưới dạng nước tiểu. Thận đóng vai trò tích cực trong điều hoà thăng bằng nội môi thông qua điều hoà chuyển hoá muối nước, bài tiết một số hormone. Thận còn tham gia vào một số khâu trong chuyển hoá các chất. Qua đó thận góp phần điều hoà hoạt động của cơ thể. Khi chức năng thận bị suy giảm sẽ ảnh hưởng tới chất lượng của máu, nước tiểu và sự hoạt động của cơ thể.

Những chức năng này liên quan đến sự bài xuất của thuốc khi sử dụng.

3.4.2. DÙNG THUỐC CHO NGƯỜI BỊ SUY THẬN

Nhiều lý do khiến cho việc sử dụng thuốc với người bị bệnh thận phải cẩn thận và cân nhắc, đó là sự giảm sút thải trừ thuốc và chất chuyển hoá của thuốc. Người suy thận kém chịu đựng nhiều loại thuốc có tác dụng phụ. Một số thuốc không còn hiệu lực khi chức năng thận suy. Do vậy dùng thuốc cho người suy thận cần phải điều chỉnh dựa vào việc đào thải của thuốc qua thận. Căn cứ vào độc tính và tác dụng phụ của thuốc. Trường hợp đối với thuốc có độc tính cao cần tính liều dùng dựa vào tốc độ lọc của thận. Với thuốc mà hiệu quả và độc tính đều có liên quan chặt chẽ đến nồng độ cao trong máu thì liều dùng được tính chỉ có tác dụng điều trị thăm dò, tiếp đó phải chỉnh lại liều, căn cứ vào xét nghiệm hoá sinh và nồng độ thuốc trong máu. Cách giảm liều duy trì hàng ngày có thể là giảm lượng thuốc hoặc tăng khoảng cách thời gian giữa các lần dùng thuốc.

Việc xác định liều thích hợp ở người suy thận, thường dựa vào tốc độ lọc của tiểu cầu thận, căn cứ vào một chất không bị hấp thu hay liên kết với protein huyết tương chỉ bị loại trừ bằng con đường lọc của tiểu cầu thận, không có sự can thiệp của nồng độ huyết tương. Một trong những chất đó là creatinin.

- Liều dùng cho người suy thận được tính như sau:

$$\text{Liều suy thận} = \text{Liều bình thường} \times \frac{\text{Cl}_{\text{suy thận}}}{\text{Cl}_{\text{bình thường}}}$$

Trong đó

- Liều bình thường là liều thuốc sử dụng cho người bình thường có độ thanh thải creatinin khoảng 100ml/phút.

- $\text{Cl}_{\text{bình thường}}$ là độ thanh thải ở người có chức năng thận bình thường

- $\text{Cl}_{\text{suy thận}}$ là độ thanh thải ở người suy thận.

Cần nhớ rằng độ thanh thải còn được tính ở những thuốc được thanh thải thêm phần ngoài thận bởi công thức:

$$\text{Cl} = \text{Cl}_{\text{thận}} + \text{Cl}_{\text{không phải thận}}$$

Từ đó tính liều cho người suy thận khi dùng thuốc.

Ngoài hệ số thanh thải creatinin được dùng, người ta còn dùng hệ số thanh thải inulin, manitol, urê. Hệ số thanh thải cho biết tổn thương trong sự lọc của tiểu cầu thận, trị số càng thấp thì tổn thương càng nặng. Tuy nhiên, trong những bệnh thận đã tiến triển rất nặng, mức lọc trong creatinin không tỷ lệ với sự lọc của tiểu cầu thận nữa. Thận hư có thể chia ba mức độ như sau:

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Độ thận hư	Tốc độ lọc của tiểu cầu thận	Creatinin trong huyết thanh (gần đúng)
Nhẹ	20-50ml/phút	150-300 micromol/l
Vừa	10-20 -	300-700 -
Nặng	<10 -	>700 -

Cần kiểm tra các chức năng thận trước khi kê đơn bất kỳ loại thuốc nào cho người thận hư, kể cả đối với bệnh thận hư nhẹ, để điều chỉnh cho thích hợp. Để tiện cho việc tra cứu, tính liều thuốc khi suy thận chúng tôi giới thiệu bảng điều chỉnh thuốc của Steven B. Miller như sau: (bảng IV).

Bảng IV:

ĐIỀU CHỈNH LIỀU THUỐC KHI SUY THẬN

Steven B. Miller

Tên thuốc	Đường thải thuốc	Khoảng liều được điều chỉnh (h) hoặc % theo liều MLCT (ml/phút)			Bổ sung thêm sau lọc máu
		>50	10-50	<10	
1	2	3	4	5	6
Nhóm aminoglycosid					
Amikain*	T	12	12-18	>24	TNT, TPPM
Gentamycin*	T	8-12	12	>24	TNT, TPPM
Netilmicin*	T	8-12	12	>24	TNT, TPPM
Tobramycin	T	8-12	12	>24	TNT, TPPM

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Tiếp bảng IV

1	2	3	4	5	6
Nhóm penicilin					
Ampicilin	T, G	6	6-12	12-6	TNT
Carbenicilin	T, G	8-12	12-24	24-48	TNT, TPPM
Dicloxacinil	T, G	K	K	K	K
Mezlocilin	T, G	4-6	6-8	8-12	TNT
Oxacilin	T, G	K	K	K	K
Penicilin G	T, G	K	75%	25-50%	TNT
Piperacilin	T, G	4-6	6-8	8	TNT
Ticarcilin	T	8	8-12	24	TNT
Nhóm cephalosporin					
Cefamandol	T	6	6-8	8-12	TNT
Cefazolin	T	8	12	24-48	TNT
Cefixime	T	12-24	75%	50%	K
Cefoperazon	T	K	K	K	K
Cefotaxim	T, G	6-8	8-12	24	TNT
Cefotetan	T	12	24	24	TNT, TPPM
Cefoxitin	T	8	8-12	24-78	TNT
Ceftazidim	T	8-12	24-48	48-72	TNT
Ceftizoxim	T	8-12	36-48	48-72	TNT
Ceftriaxon	T, G	K	K	24	K
Cefuroxim	T	K	12	24	TNT
Cephalexin	T	6	6	8-12	TNT, TPPM
Cephalothin	T	6*	6-8	12	TNT, TPPM



Tiếp bảng IV

1	2	3	4	5	6
Nhóm quinolon					
Ciprofloxacin	T	K	12-24	24	K
Norfloxacin	T	K	12-24	NT	K
Ofloxacin	T	K	12-24	24	K
Aztronam	T	K	50-75%	25%	TNT, TPPM
Cloramphenicol	T, G	K	K	K	K
Clindamycin	T	K	K	K	K
Doxycyclin	T, G	12	12-28	18-24	K
Erythromycin	T	K	K	K	K
Các thuốc kháng sinh khác					
Imipenem	T	K	50%	25%	TNT
Metronidazol	T, G	K	K	50%	TNT
Minocyclin	G	K	K	K	K
Pentamidin	?	K	K	24-48	K
Sulfamethoxazol	T, G	12	18	24	TNT
Sulfisoxazol	T	G	8-12	12-24	TNT, TPPM
Tetracyclin	T, G	12	12-18	18-24	K
Trimethoprim	T, G	12	18	24	TNT
Vancomycin*(TM)	T	24-72	72-240	240	K
Các thuốc chống nấm					
Amphotericin B	K	24	24	24-36	K
Flucosazol	T, G	K	50%	25%	TNT
Flucytosin	T	G	24	24-48	TNT, TPPM
Ketoconazol	G	K	K	K	K
Miconazol	G	K	K	K	K

Tiếp bảng IV

1	2	3	4	5	6
Thuốc kháng lao					
Ethambutol	T	24	24-36	48	TNT, TPPM
Isoniazid	T, G	K	K	K	TNT, TPPM
Pyrazinamid	T, G	K	K	50%	TNT, TPPM
Rifampin	G	K	K	K	K
Thuốc chống virus					
Acyclovir (TM)	T	8	24	48	TNT
Acyclovir (uống)	T	K	12-24	24	TNT
Amatadin	T	12-24	24-72	72-168	K
Ganciclovir	T	12	24	24	TNT
Zidovudin	G	K	K	K	TNT
Các thuốc chống viêm không phải steroid					
Acetaminophen	G	4	6	8	TNT
Aspirin	G, T	4	4-6	NT	TNT
Ibuprofen	G	K	K	K	K
Indomethacin	G, T	K	K	K	K
Ketorolac (TB)	G, T	K	K	50%	K
Naproxen	G	K	K	K	K
Piroxicam	G	K	K	K	K
Sulindac	G, T	K	K	50%	K
Các thuốc gây ngủ loại Opi					
Codein	G	K	75%	50%	K
Meperidin	G	K	75%	50%	K
Morphin	G	K	75%	50%	K

Tiếp bảng IV

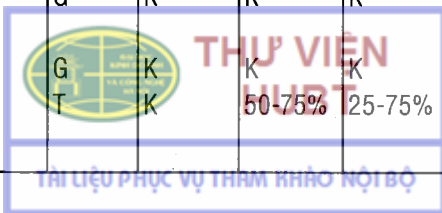
1	2	3	4	5	6
Các thuốc chống tăng huyết áp (xem các chất ức chế men chuyển Angiotensin, thuốc kháng beta adrenergic và chất chặn calci)					
Clonidin	T	K	K	K	K
Doxazosin	G	K	K	K	K
Guanfacin	G	K	K	K	K
Hydralazin (uống)	G	8	8	8-16	K
Methyldopa	T, G	8	8-12	12-24	TNT, TPPM
Minoxidil	G	K	K	K	TNT
Nitroprussid	G	K	K	K	K
Prazosin	G, T	K	K	K	K
Các chất ức chế men chuyển angiotensin					
Captopril	T, G	K	K	50%	TNT
Enalapril	G	K	K	50%	TNT
Fosinopril	T, G	K	K	K	K
Lisinopril	T	K	50%	25%	TNT
Ramipril	T, G	K	50%	50%	TNT
Các thuốc kháng beta adrenergic					
Acebutolol	T, G	K	50%	25%	K
Atenolol	T	K	50%	25%	TNT
Betaxolol	G, T	K	K	50%	K
Labetolol	G	K	K	K	K
Metoprolol	G	K	K	K	TNT
Nadolol	T	K	50%	25%	TNT
Pindolol	G, T	K	K	K	?
Propranolol	G	K	K	K	K
Timolol	G	K	K	k	K

Tiếp bảng IV

1	2	3	4	5	6
Chất chặn dòng calci					
Diltiazem	G	K	K	K	K
Isradipin	G	K	K	K	K
Nicardipin	G	K	K	K	K
Nifedipin	G	K	K	K	K
Verapamil	G	K	K	50-75%	K
Lợi tiểu					
Acetazolamid	T	6	12	NT	
Bumetanid	T, G	K	K	K	
Furosemid	T	K	K	K	
Indapamid	G	K	K	K	
Metolaon	T	K	K	K	
Spironolacton	T	6-12	12-24	NT	
Thiazid	T	K	K	NT	
Các thuốc chống loạn nhịp					
Aniodaron	6	K	K	K	K
Bretylum	T, G	K	25-50%	NT	?
Digoxin*	T	24	36	48	K
Disopyramid*	T, G	75%	25-50%	10-25%	TNT
Flecainid*	T, G	K	50%	50%	K
Lidocain*	G, T	K	K	K	K
Mexiletin	G, T	K	K	50-75%	TNT
Moricizin	G	K	K	50-75%	K
Procainamid*	T, G	4	6-12	12-24	TNT
Propafenon	G	K	K	50-75%	K
Quinidin*	G	K	K	K	TNT, TPPM
Tocainid*	T, G	K	K	50%	TNT

Tiếp bảng IV

1	2	3	4	5	6
<i>Các thuốc an thần</i>					
Alprazolam	G	K	K	K	K
Chlordiazepoxid	G	K	K	50%	K
Diazepam	G	K	K	K	K
Flurazepam	G	K	K	K	K
Lorazepam	G	K	K	K	K
Midazolam	G	K	K	50%	K
Temazepam	G	K	K	K	K
<i>Các thuốc chống trầm cảm</i>					
Amitriptylin	G	K	K	K	K
Doxepin	G	K	K	K	K
Fluoxetin	G	K	K	K	K
Imipramin	G	K	K	K	K
Nortriptylin	G	K	K	K	K
Trazodon	G	K	K	K	K
<i>Các thuốc vượg thần kinh khác</i>					
Buspiron	G, T	K	K	25-50%	TNT
Chlorpromazin	G	K	K	K	K
Haloperidol	G	K	K	K	K
Lithi*	T	K	50-75%	25-75%	TNT, TPPM



Tiếp bảng IV

1	2	3	4	5	6
<i>Các thuốc chống co giật</i>					
Carbamazepin*	G, T	K	K	75%	K
Ethosuximid*	G, T	K	K	75%	TNT
Phenobarbital*	G, T	K	K	12-16%	TNT, TPPM
Phenytoin*	G	K	K	K	K
Primidon*	G, T	8	K	12-24	TNT
Valproic acid*	G	K	K	75%	K
<i>Các thuốc tác dụng trên dạ dày, ruột</i>					
Cimetidin	T	6	8	12	K
Famotidin	T, G	K	K	50%	K
Metoclopramid	T, G	K	75%	50%	K
Misoprostol	T	K	K	K	K
Nizatidin	G	K	24	48	
Omeprazol	G	K	K	K	?
Ranitidin	T	K	18-24	24	TNT
Sucralfat	K	K	K	K	K
<i>Thuốc chống tăng lipid máu</i>					
Clofibrat	G	6-12	12-24	24-48	K
Gemfibrozil	T, G	K	50%	25%	K
Lovastatin	G	K	K	K	K
Probucol	?	K	K	K	K

Tiếp bảng IV

1	2	3	4	5	6
Thuốc làm hạ đường huyết					
Acetohexamid	G	12-24	NT	NT	K
Chlorpropamid	?	24-36	NT	NT	K
Glipizid	G	K	K	K	K
Insulin	G	K	75%	50%	K
Tolazamid	G	K	K	K	K
Tolbutamid	G	K	K	K	K
Glyburid	G	K	K	K	K
Các thuốc chống đông					
Heparin	G	K	K	K	K
Warfarin	G	K	K	K	K
Các thuốc khác					
Allopurinol	T	K	50%	10-25%	TNT
Colchicin	T, G	K	K	50%	K
Dipyridamol	G	K	K	K	K
Glucocorticoid	G	K	K	K	?
Nitrat	G	K	K	K	K
Terbutalin	G, T	K	50%	NT	?
Theophylin	G	K	K	K	TNT, TPPM

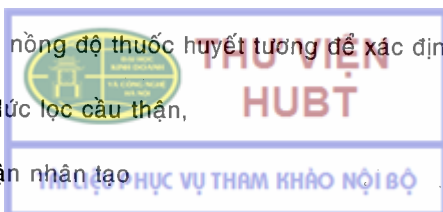
* Phải sử dụng nồng độ thuốc huyết tương để xác định liều chính xác.

Chữ viết tắt:

MLCT: Mức lọc cầu thận,

T: Thận

TNT: Thận nhân tạo



TPPM: Thẩm phân phúc mạc

G: Gan

K: Kháng thuốc

%: Phần trăm của liều bình thường

NT: Nên tránh

Nguồn gốc: Các tài liệu lấy từ G K McEvoy (ed) American Hospital Formulary. Service Drug Information. Bethesda: American Society of Hospital Pharmacists 1991: W M Bennet Guide to drug dosing in renal failure. Clin. Pharmacokinet 15. 3226. 1988, Rw Schrier và J. G, Gambertoglis. Handbook of Drug therapy in liver and Kidney Disease, Boston, Little. Brown 1991.

3.5. SỬ DỤNG THUỐC ĐỐI VỚI NGƯỜI BỊ BỆNH GAN

3.5.1. CHỨC PHẬN CỦA GAN

Gan là một cơ quan quan trọng về mặt chuyển hoá các chất. Gan nằm trong ổ bụng, dưới hạ sườn phải, có khối lượng khoảng 3% khối lượng cơ thể.

Máu tới gan do hai nguồn cung cấp: động mạch gan được tách ra từ động mạch chủ và tĩnh mạch cửa. Tĩnh mạch cửa bao gồm các tĩnh mạch từ dạ dày, ruột, lách, túi mật và mạc treo hợp thành. Hai nguồn này tới gan đều được phân chia thành hệ mao mạch dày đặc và cuối cùng trộn lẫn nhau đổ lên các tế bào gan. Huyết tương trực tiếp thẩm vào các tế bào gan. Các mao tĩnh mạch hợp thành tĩnh mạch trên gan đưa máu vào tĩnh mạch chủ dưới. Đi cạnh các mao mạch gan có các ống mật nhỏ dẫn dịch mật do tế bào gan tiết ra. Dịch mật được dự trữ ở túi mật và đổ vào tá tràng khi cần thiết.

Lượng máu lưu thông qua gan rất lớn, 1 - 2 lít/1 phút, khoảng 1/3 lượng máu lưu thông toàn cơ thể. Gan còn có khả năng dự trữ máu rất lớn.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Về cấu tạo theo Rappaport và Gotvin (1963) các đơn vị hoạt động nhỏ nhất là đơn nang. Đơn nang do nhiều tế bào gan nằm quay quanh một trục gồm tiểu tĩnh mạch cửa, tiểu động mạch gan, mạch bạch huyết, ống dẫn mật nhỏ và thần kinh. Hai ba đơn nang hợp thành nhóm nang. Xung quanh nhóm nang có tổ chức liên kết. Tổ chức liên kết còn bao quanh các thụ gan có các tế bào Kupffer làm nhiệm vụ thực bào và tạo γ globulin.

Gan có nhiều chức phận:

- Chuyển hoá các chất là chức phận quan trọng nhất.
- Khử độc: khử các chất độc ngoại sinh hay nội sinh.
- Tuần hoàn: vận chuyển máu từ hệ thống tĩnh mạch cửa sang hệ thống tuần hoàn chung, điều hoà thể tích máu.
- Tham gia quá trình đông máu và tạo máu ở thời kỳ bào thai.

3.5.2. SỬ DỤNG THUỐC ĐỐI VỚI NGƯỜI CÓ BỆNH GAN

Bệnh gan làm thay đổi đáp ứng của cơ thể đối với thuốc theo nhiều kiểu khác nhau, chức năng cơ bản giải độc bị suy giảm nghiêm trọng trong đó có chức năng đào thải thuốc.

- Bệnh gan làm suy giảm chuyển hoá thuốc

Chuyển hoá thuốc ở gan là con đường thải trừ và giải độc chủ yếu của nhiều loại thuốc. Sự hạn chế chuyển hoá thuốc ở gan do mắc bệnh gan là điều nghiêm trọng dẫn đến tác hại xấu khi dùng thuốc. Để hiểu được chức năng gan, các xét nghiệm về gan được tiến hành để đánh giá

mức độ suy giảm của gan từ đó suy đoán khả năng chuyển hoá thuốc đối với từng bệnh nhân cho từng loại thuốc một. Một vài loại thuốc như rifampicin, acid fusidic bị đào thải không thay đổi trong mật và có thể lại tích lũy khi người bệnh vàng da ứ mật. Trong thực tế khó tiên đoán tác dụng của bệnh gan trên sự biến hoá sinh học của thuốc tại gan. Trong viêm gan và xơ gan những sự thay đổi có thể từ suy yếu tới tăng sự thanh thải thuốc. Ngay cả trong bệnh tế bào gan tiến triển mức suy giảm thanh thải thuốc chỉ khoảng từ 3 đến 5 lần. Tuy nhiên phạm vi của những thay đổi này không thể đoán trước bằng xét nghiệm thông thường về chức năng gan được. Do đó khi nghi vấn sự thải trừ thuốc bị suy giảm trong bệnh gan cũng không có cơ sở định lượng để căn cứ vào đó mà điều chỉnh liều lượng thuốc ngoài đánh giá đáp ứng lâm sàng và nồng độ thuốc trong huyết tương.

- **Bệnh gan làm giảm protein huyết tương, gây tăng độc tính của thuốc**

Như đã biết trong cơ thể, gan là nơi duy nhất tổng hợp albumin, thành phần thường liên kết với thuốc. Khi bị bệnh gan nặng, protein huyết giảm nên lượng thuốc gắn vào đó giảm đi gây tăng độc tính của một số thuốc gắn nhiều với protein như phenytoin và prednison.

Bệnh gan làm cho sự tổng hợp yếu tố đông máu của gan giảm, biểu thị bằng thời gian prothrombin kéo dài sẽ làm tăng cảm ứng với các thuốc chống đông uống như Warfarin, phenindion.

Khi mắc bệnh gan nặng, một số thuốc có thể làm suy giảm chức năng sinh lý của não và thúc đẩy bệnh não -

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

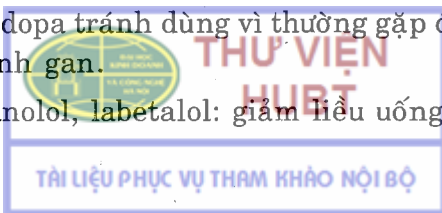
gan như các thuốc an thần, giảm đau, gây nghiện và các thuốc lợi tiểu gây giảm kali huyết.

Phù xơ gan (cổ trướng) có thể tăng do dùng những thuốc làm tăng thể tích dịch như các thuốc giảm đau chống viêm: phenylbutazol, indomethacin, corticosteroid, corticotropin, carbenoxolon.

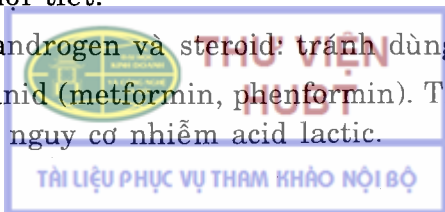
- Một số thuốc dùng cho người có bệnh gan

Với liều thấp hơn người bình thường nhưng vẫn gây độc cho gan. Một số thuốc tránh hoặc dùng thận trọng cho người có bệnh gan như sau:

- Carbenoxolon: gây hiện tượng giữ nước và giảm kali máu.
- Cimetidin: có thể gây trạng thái giảm trí nhớ.
- Diphenoxylat: có thể thúc đẩy quá trình hôn mê nhanh.
- Acid chenodeoxycholic: tránh dùng cho bệnh nhân viêm gan mạn tính.
- Acid dehydrocholic: chống chỉ định đối với bệnh nhân viêm gan cấp tính, tắc ống dẫn mật.
- Cholestyramin: cản trở sự hấp thu các vitamin tan trong dầu và có thể làm giảm hấp thụ, kết hợp với xơ gan mật nguyên phát.
- Lignocain, mexiletin, tocainid: tránh dùng hoặc giảm liều dùng.
- Metyldopa tránh dùng vì thường gặp đặc ứng ở người có bệnh gan.
- Propanolol, labetalol: giảm liều uống.



- Verapamil: giảm liều
- Natri nitroprusiat: tránh dùng nếu bệnh nhân viêm gan nặng
- Bezafibrat, clofibrat: tránh dùng nếu viêm gan nặng
- Aminophylin: giảm liều dùng
- Các thuốc chống nhiễm khuẩn:
 - + Bacampicilin, pivampicilin, talampicilin, tránh dùng khi mắc bệnh gan nặng do tăng tích lũy sản phẩm thủy phân este.
 - + Clindamycin: giảm liều.
 - + Erythromicin estolat: có thể gây độc đặc ứng với gan.
 - + Acid fusidic tránh dùng hay giảm liều do gây giảm bài tiết mật, có nguy cơ gây độc cho gan.
 - + Isoniazid, pyrazinamid: tránh dùng vì gây độc đặc ứng nếu bị bệnh gan.
 - + Niridazol làm tăng độc tính thần kinh ở bệnh nhân xơ gan.
 - + Rifampicin tránh dùng hoặc giảm liều vì làm giảm sự thải trừ, tăng độc tính cho gan.
 - + Ketoconazol: thuốc chống nấm, gây ra phản ứng giống như viêm gan. Bệnh nhân suy gan, thuốc có thể tích lũy.
- Thuốc nội tiết:
 - + Các androgen và steroid: tránh dùng vì gây độc.
 - + Biguanid (metformin, phenformin). Tránh dùng vì tăng nguy cơ nhiễm acid lactic.



- + Sulfonylurea (tolbutamid). Tránh dùng vì tăng nguy cơ giảm đường huyết và có thể gây bệnh vàng da.
- + Clomiphen tránh dùng nếu bệnh gan nặng.
- Thuốc ngừa thai: tránh dùng vì tăng nguy cơ ứ mật.
- Thuốc chữa bệnh cơ - xương và khớp loại dantrolen tránh dùng nếu viêm gan mạn, cấp. Thuốc gây suy gan nặng.
- Thuốc chống trầm cảm loại IMAO có thể gây đặc ứng với gan.
- Thuốc chống động kinh (phenobarbital và primidon) thúc đẩy hôn mê. Natri valproat gây suy gan.
- Thuốc ngủ, an thần và chống loạn tâm thần có thể thúc đẩy quá trình hôn mê. Nên dùng liều nhỏ diazepam và oxazepam để an toàn hơn. Cần giảm liều uống clormethiazol, clopromazin vì gây độc cho gan.

Những thí dụ trên về tác hại của thuốc khi người có bệnh gan cần sử dụng phải lưu ý và cân nhắc kỹ. Rất nhiều loại thuốc khác khi dùng cho bệnh nhân có bệnh gan phải lưu ý tác dụng xấu.

4. ĐIỀU DƯỠNG KHI DÙNG THUỐC TẠI NHÀ

Điều dưỡng sử dụng thuốc là một khâu quan trọng trong công tác điều trị bệnh tại nhà, trạm y tế, bệnh viện, nhằm làm sao cho người bệnh sử dụng thuốc đạt hiệu quả tác dụng cao nhất hạn chế tác dụng phụ cũng như tác dụng không mong muốn thấp nhất. Để làm tốt công việc

này phải có một chương trình đặt vạch ra cẩn thận và có sự kiểm tra của người thầy thuốc hay người khoẻ mạnh giúp đỡ người bệnh đang cần dùng thuốc. Như vậy người khoẻ mạnh giúp người ốm tự điều trị tại nhà phải am hiểu những kiến thức cơ bản về công việc này.

4.1. KIỂM TRA CHẤT LƯỢNG DƯỢC PHẨM

- Kiểm tra chất lượng, thời gian sử dụng trước khi dùng thuốc

Vì khí hậu nóng ẩm ở nước ta cùng với việc bảo quản kém, nhiều thuốc có thể hỏng ngay khi còn hạn dùng cho nên kiểm tra sơ bộ bằng cảm quan rất quan trọng, thuốc tốt cần đạt các yêu cầu sau:

- + Đối với thuốc tiêm yêu cầu thuốc còn giữ nguyên màu sắc, trong suốt, không vẩn đục khi lắc.
- + Đối với thuốc viên không đổi màu, mùi vị còn nguyên, không mốc, lắc kêu giòn trong lọ, không vỡ, không ẩm, không dính vào nhau.
- + Đối với thuốc nước dạng uống không đổi màu, mùi vị còn nguyên, trong suốt (trừ loại hỗn dịch do bản chất của dược phẩm).
- + Thuốc mỡ không đặc sệt lại, không lan chảy ra ngoài, không lổn nhổn từng cục, bao bì còn nguyên vẹn.

- Kiểm tra thời hạn dùng thuốc được qui định quốc tế và trong nước ghi trên thành phẩm

+ Thời hạn sử dụng của thuốc thường ghi trên thành phẩm số tháng và hai số cuối của năm hết hạn.

Ví dụ *SEP 98* là thuốc sẽ hết hạn vào tháng 9 năm 1998

Tên tháng viết tắt bằng 3 chữ đầu

Tháng giêng:	Jan	Tháng bảy	Jul
Tháng hai:	Feb	Tháng tám	Aug
Tháng ba:	Mar	Tháng chín	Sep
Tháng tư:	Apr	Tháng mười	Oct
Tháng năm:	May	Tháng mười một	Nov
Tháng sáu:	Jun	Tháng mười hai	Dec

+ Trước số đó, thường ghi bằng chữ Anh hoặc Pháp một câu có nghĩa là "phải dùng trước thời hạn ghi phía sau:

- Expiration date: Exp date: Exp: Expiry: Use before...
- A l'expiration: Perime le... Valabilite (còn viết tắt là Val hoặc V.)

+ Một số thuốc không ghi hạn dùng mà ghi ngày sản xuất.

- Việt Nam ghi SKS (số kiểm soát) sau đó là 6-7 chữ số gồm 2-3 số đầu là số lô mẻ sản xuất. 2 số giữa chỉ số tháng và 2 số sau chỉ năm sản xuất. Ví dụ: 1420896 (lô 142 sản xuất tháng 8 năm 1996)
- Anh ghi: Date of manufacture, viết tắt là Manuf. date hoặc Mfr.
- Pháp ghi: Date de fabrication: Fabrique le... Livraison: Date de production (viết tắt là Prod hoặc P.)

Thông thường sau 2 đến 3 năm là thuốc quá hạn dùng.

Cách bảo quản, nhận định và xử lý thuốc

Sự giảm chất lượng thuốc thể hiện một số tính chất của chế phẩm giảm mà người dùng thuốc có thể phát hiện để có biện pháp xử lý thích hợp. Nếu chất lượng kém thì tuyệt đối không dùng thuốc đó bởi vì tác dụng chính của thuốc đó đã mất hay giảm mà tác dụng không mong muốn cũng như độc tính của thuốc có thể tăng lên. Dưới đây là cách nhận định bằng cảm quan và biện pháp xử lý, đánh giá chất lượng thuốc (bảng V).

Khi kiểm tra chất lượng thuốc không đảm bảo thì hủy bỏ thuốc đó, không nên chuyển thuốc đó cho người khác sử dụng.

Bảng V:

CÁCH BẢO QUẢN, NHẬN ĐỊNH VÀ XỬ LÝ MỘT SỐ THUỐC

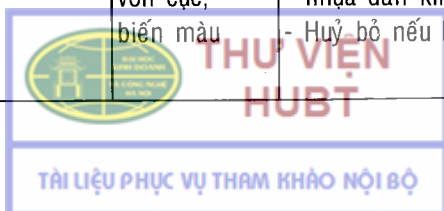
TT	Loại thuốc	Tính chất giảm phẩm chất	Bảo quản và xử lý
1	Viên bọc đường	Dễ chảy nước	- Tránh nóng và ẩm. - Khi thuốc chớm chảy, để nguyên lọ, mở nút, sấy vôi.
2	Viên nén	Thuốc dễ mốc	- Để trong lọ kín. - Nếu chớm mốc, xát nhẹ bằng khăn vải mềm, sấy vôi hoặc sấy ở nhiệt độ từ 40°C đến 70°C.



THU VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

3	Viên nang gelatin	Dễ mốc, chảy nhão	- Để trong lọ kín. - Khi chớm mốc, lau bằng cồn 70°. hong khô hoặc sấy ở nhiệt độ thấp 30-40°C
4	Viên nhộng	Dễ chảy nhão hoặc vỡ	- Cho vào vôi hút ẩm, để cách xa mặt vôi 20 cm, tránh để quá gần, vôi hút ẩm quá mạnh làm vỡ, biến dạng viên.
5	Thuốc tiêm các loại	Thuốc đổi màu hoặc vẩn đục	- Để nơi mát, dưới 25°C, tránh ánh sáng. - Nếu kém phẩm chất, phải huỷ.
6	Thuốc mỡ	Dễ bị chảy, phân lớp, đặc quánh	- Để nơi khô mát. - Huỷ bỏ nếu hỏng.
7	Xirô các loại	Mốc váng, kết tủa hoạt chất	- Đậy nút kín, để nơi khô mát, tránh ánh sáng. - Huỷ bỏ nếu hỏng.
8	Thuốc nước các loại	Vẩn đục, cặn đi, bay hơi, biến màu	- Đậy nút kín, để nơi mát, tránh ánh sáng. - Huỷ bỏ nếu hỏng
9	Thuốc bột	Ẩm mốc, vón cục, biến màu	- Để trong lọ nút kín hoặc túi nhựa dán kín. - Huỷ bỏ nếu hỏng



4.2. ĐƠN THUỐC - NỘI DUNG VÀ TẦM QUAN TRỌNG

Thuốc sử dụng cho người bệnh thường được ghi và chỉ dẫn trong đơn thuốc. Tuy vậy trong nhiều trường hợp đơn thuốc ghi chưa rõ, hay bệnh nhân chưa nắm được mục đích điều trị mà thầy thuốc đã ghi hoặc nhận thức của người bệnh chưa đầy đủ nên chưa thận trọng thực hiện y lệnh. Để đảm bảo an toàn và có hiệu quả điều trị việc kiểm tra đơn thuốc nhằm mục đích hiểu được căn cứ cách sử dụng thuốc đã ghi trong đơn điều trị ngoại trú. Thuốc có loại qui định bán theo kê đơn nhưng có loại không cần kê đơn OTC (over the counter). Quá trình sử dụng thuốc gồm:

- Thuốc kê đơn hiện đang được dùng. Bao gồm liều lượng, chế độ dùng thuốc đặc hiệu, thời gian dùng thuốc và vì lý do gì (để đánh giá sự hiểu biết và tuân thủ của bệnh nhân).
- Thuốc không cần kê đơn (OTC) đang được dùng.
- Thuốc bán theo đơn hoặc OTC đã dùng trước đây để hiểu rõ quá trình dùng thuốc của bệnh nhân.
- Sử dụng thuốc có tính chất xã hội như rượu, thuốc lá, cà phê, thuốc giải trí như cần sa và cocain (loại này cần quan tâm đến nghiện và quen thuốc), thuốc gia đình, dị ứng và các phản ứng độc hại của thuốc.

Các phần trong đơn phải viết đúng vì đó là y lệnh cho bệnh nhân. Việc kê đơn thuốc là mối tương tác quan trọng giữa bệnh nhân với thầy thuốc. Nếu không viết đúng gây sai lệch thông tin đến người bệnh và cả được

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

sĩ thì đơn thuốc có thể gây ra sai lệch ý đồ điều trị của thầy thuốc. Các đơn thuốc đúng cần phải viết rõ ràng dễ đọc. Nếu viết không rõ ràng thì nên đánh máy toàn đơn. Hãy dùng bút mực hay bút chì không tẩy được, nhất là khi viết loại thuốc phải quản lý. Chỉ viết một loại thuốc trong phần để trống để kê đơn. Các mục chính của đơn thuốc là:

A. Ngày: đây là điều đặc biệt quan trọng của kê đơn thuốc nhất là loại thuốc có khả năng gây lạm dụng cao, gây nghiện. Thuốc dùng trong vòng 72 giờ.

B. Tên và địa chỉ của bệnh nhân

Thông tin này được yêu cầu cho các đơn thuốc nói chung và đơn thuốc có dùng thuốc có khả năng lạm dụng cao. Nhưng điều quan trọng hơn là sẽ tránh được khả năng nhầm lẫn, nhất là trong các gia đình có nhiều người đang dùng thuốc.

C. Lệnh kê đơn: Được viết dưới ký hiệu R_x (chữ viết tắt recipe (hãy lấy)).

D. Nội dung đơn thuốc: Đây là phần chính của đơn thuốc gồm: Tên thuốc, nồng độ, hàm lượng, số lượng thuốc.

E. Lời dặn dược sĩ: Đây là lời dặn tới dược sĩ, kể chi tiết tổng số thuốc cần phân phối

F. Lời dặn bệnh nhân: Đây là nơi ghi chỉ dẫn cho bệnh nhân.

Ở nước ngoài chữ Latinh "SIG" hiện nay thay bằng chữ "Label". Dược sĩ được yêu cầu viết lại trực tiếp trong phần này những thông tin do thầy thuốc đã ghi. Để tránh nhầm lẫn không nên dùng các chữ viết tắt và tránh dùng

các thuật ngữ y học không quen biết với bệnh nhân. Các lời dặn gồm tổng số thuốc được dùng, thời gian và số lần dùng thuốc, đường dùng thuốc và thời gian điều trị. Các ghi chú như: *dùng theo chỉ dẫn* hoặc *dùng thuốc khi cần* sẽ gây nhầm lẫn cho bệnh nhân nên tránh. Các chỉ dẫn về cách dùng thường nên bắt đầu bằng động từ "uống", "tiêm", "bôi", "đặt" (hậu môn, âm đạo). Chỉ dẫn để nhắc bệnh nhân dùng thuốc như "để giảm đau" hay "để đỡ ngứa". Các thông tin khác như "lắc kỹ trước khi dùng", "để trong tủ lạnh", "uống lúc đói" cũng được ghi trong phần này.

G. Thông tin dùng lại đơn: ghi điều này vào đơn mỗi khi kê lại đơn. Nếu không được dùng lại thì khoanh tròn hay viết "không được dùng lại" để tránh cho sự giả mạo dùng thêm.

H. Ký tên thầy thuốc đầy đủ cũng như số đăng ký, địa chỉ khám bệnh.

Khi ghi trọng lượng và các đơn vị đo lường trong đơn thuốc dùng hệ mét. Các từ cổ như cốc nhỏ, hoặc ngay cả ounce không dùng nữa. Sự đo lường phổ biết là thìa cà phê (5ml) tuy nhiên kích thước có thể thay đổi không đáng kể. Có thể dùng bơm tiêm để đo lường chính xác hơn.

Thầy thuốc có thể kê đơn thuốc theo tên thương mại hoặc theo tên gốc. Thuốc có giới hạn điều trị hẹp thường được theo dõi bằng nồng độ trong huyết thanh như digoxin hoặc phenytoin. Thuốc có tác dụng đặc biệt như warfarin cũng được theo dõi nồng độ thuốc trong máu.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Đơn thuốc của trẻ em và người già có những đặc điểm riêng cho nên khi kê đơn thuốc phải lưu ý đến việc sử dụng thuốc an toàn thuận tiện.

4.3. CHĂM SÓC KHI DÙNG THUỐC

- Thuốc uống

Dạng thuốc hay dùng nhiều nhất, khi bệnh nhân uống thuốc cần theo dõi bệnh nhân đã uống hết thuốc chưa và nhắc bệnh nhân không được ngậm, dùng một lượng nước đủ để uống hết thuốc.

Dạng thuốc viên nén và viên nhộng không được bẻ ra vì có thể làm thay đổi liều, tác động nhiều với thức ăn khi cùng uống thuốc, gây kích ứng dạ dày.

Thuốc đặt dưới lưỡi phải để hấp thu hoàn toàn, trong lúc đặt thuốc không được uống một thứ gì trong vòng 30 phút (có thể ảnh hưởng đến hiệu lực và tác dụng của thuốc). Đối với thuốc viên ngậm đặt dưới lưỡi đến khi hấp thu hoàn toàn.

Dạng thuốc nước hỗn dịch cần nhắc người bệnh lắc đều lọ thuốc rồi mới uống và có thể pha thêm nước nếu thấy cần thiết để dễ uống.

Đối với dạng cồn ngọt thường có cồn để hoà tan được chất không tan trong nước, không được pha loãng bằng nước, làm cho hoạt chất thuốc tủa trở lại, giảm tác dụng khi uống.

Trong trường hợp đặc biệt thuốc uống có thể được dùng vào đường dẫn ống xông đưa thuốc vào dạ dày.



Thức ăn ảnh hưởng đến quá trình hấp thu thuốc, cho nên khi dùng thuốc cho người bệnh cần được lưu ý việc dùng thuốc trước, trong và sau bữa ăn (xem bảng sau).

ẢNH HƯỞNG CỦA THỨC ĂN ĐỐI VỚI THUỐC.

Thuốc	Dạng bào chế
CÁC THUỐC BỊ GIẢM HẤP THU DO THỨC ĂN	
Acetazolamid	Viên nén
Aminophylin	Viên nén
Phenobarbital	Viên nén
Cefradin	Viên nén
Erythromycin stearat	Viên nén
Sắt sulfat	Viên nén
Isoniazid	Viên nén
Levodopa	Viên nén
Ampicilin	Viên nang
Aspirin	Viên nén
Oxytetracyclin	Viên nang
Erythromycin base	Viên nang
Rifampicin	Viên nang
Metacyclin	Viên nang



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

CÁC THUỐC BỊ CHẬM HẤP THU DO THỨC ĂN

Acetaminophen
Digoxin
Furosemid

Viên nén
Viên nén
Viên nén

Muối Kali
Aspirin
Amoxicilin

Viên nén
Viên sỏi
Viên nang

Cephalexin
Cefradin

Viên nang
Viên nang

Sulfamilamid
Sulfadiazin

Hỗn dịch
Hỗn dịch

CÁC THUỐC KHÔNG BỊ THỨC ĂN GÂY
ẢNH HƯỞNG ĐẾN HẤP THU

Labetalol
Theophyllin
Prednisolon

Viên nén
Viên nén
Viên nén

Cloramphenicol
Ranitidin

Viên nén
Viên nén

Spiramicin
Digoxin
Augmentin

Viên bao
Cồn ngọt
Viên nang



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

CÁC THUỐC TĂNG HẤP THU NHỜ THỨC ĂN

Carbamazepin	Viên nén
Griseofulvin	Viên nén
Hydrochorothiazid	Viên nén
Lithi	Viên nén
Propoxyphen	Viên nén
Spirolacton	Viên nén
Riboflavin	Viên nén
Nitrofurantoin	Viên nang

- Thuốc tiêm

Thuốc tiêm có ưu điểm hấp thu nhanh, dùng khi khẩn cấp, liều dùng nhỏ hơn liều cho uống. Dùng đường này đối với thuốc có mùi khó chịu, không tan trong lipid dễ bị huỷ hoại khi uống nhất là những thuốc không thể dùng đường uống như insulin, globulin miễn dịch. Hơn thế nữa khi bệnh nhân bị nôn hay hôn mê không thể dùng đường uống được.

Tuỳ theo yêu cầu và chỉ định của thầy thuốc, bệnh nhân được tiêm thuốc theo con đường tĩnh mạch, dưới da, trong cơ.

+ **Tiêm dưới da** thuốc hấp thu qua mô dưới da được khuếch tán qua gian bào chất, sau đó thấm qua mô mao mạch. Vì vậy sự hấp thu của thuốc phụ thuộc vào độ nhớt của gian bào chất và tính thấm của mao mạch. Bằng con đường này tác dụng

thuốc với tốc độ không nhanh như đường tiêm tĩnh mạch.

Cần chú ý các thuốc gây kích thích mô, gây đau, hoại tử như calci clorid, uabain không dùng đường tiêm dưới da.

+ **Tiêm bắp** tác dụng thuốc nhanh hơn vì vào sâu hệ mao quản và ít đau hơn, vì ít thần kinh cảm giác. Thường tiêm bắp các dung dịch nước, dung dịch dầu, nhũ dịch dầu như kích tố sinh dục, các corticosteroid.

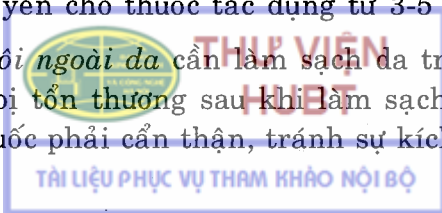
+ **Tiêm tĩnh mạch:** đưa thuốc trực tiếp ngay vào mạch máu nên tác dụng rất nhanh vì vậy được dùng khi khẩn cấp, liều chính xác và kiểm soát được. Dùng đường này khi không dùng đường tiêm khác được như thuốc gây đau, gây hoại tử tế bào, truyền máu, truyền dịch với lượng thể tích lớn. Đây là con đường rất hay dùng để cung cấp nước, điện giải và năng lượng cho những bệnh nhân nặng, nôn nhiều. Cần phải lưu ý khi dùng đường tĩnh mạch.

Khi truyền một lượng lớn từ 250 - 1000 ml cần phải lưu ý: sự đẳng trương với huyết tương và tiêm truyền với tốc độ chậm để tránh sự thay đổi cân bằng mức độ keo trong huyết tương và luôn luôn theo dõi phản ứng của bệnh nhân. Không dùng chất gây kích thích gây nghẽn mạch, viêm nội mô mao quản; không dùng các chất dầu hay chất không tan vì có thể gây tắc mạch, chất gây tiêu huyết, gây kết tủa phản ứng có hại cho tim. Cần chú ý bất lợi của con đường này vì có thể gây huyết khối, nhiễm khuẩn.

Khi sử dụng đường tiêm cần thực hiện đầy đủ các kỹ thuật tiêm như chọn kim phù hợp. Tiêm bắp phải tiêm vùng xác định nhiều cơ bắp, tiêm ven phải chuẩn bị thuốc tiêm trong bơm tiêm không có không khí và bơm thuốc tốc độ từ từ vào tĩnh mạch đồng thời luôn luôn kiểm tra kim tiêm có chệch ven hay không. Trước khi tiêm phải làm sạch nơi tiêm và sát khuẩn vị trí tiêm. Sau khi tiêm xong cũng phải sát khuẩn bằng dung dịch diệt khuẩn. Trong quá trình tiêm theo dõi tình trạng bệnh nhân để xử lý kịp thời

- Các con đường khác

- + *Đường nhỏ mũi*: Nằm hay ngồi nghiêng đầu. Nhỏ vào mỗi bên mũi vài giọt thuốc. Để yên sau 3-5 phút. Có thể dùng phun sương phun thuốc vào mũi, nhưng khi đường mũi tắc thì tác dụng phun này kém hiệu lực do thuốc không vào sâu được.
- + *Đường xông họng*: dùng dạng phun sương đưa thuốc vào họng và phế quản. Khi sử dụng chú ý đến mức độ vô khuẩn hoàn toàn.
- + *Thuốc mắt*: Thuốc tra mắt có tá dược dầu (vaselin), bơm thuốc vào khe mắt, chờ cho thuốc chảy ra đều cả mắt.
Thuốc nhỏ mắt khi dùng nên cầm gọn trong lòng bàn tay cho thuốc đủ ấm rồi nhỏ mỗi bên mắt vài giọt, để yên cho thuốc tác dụng từ 3-5 phút.
- + *Thuốc bôi ngoài da* cần làm sạch da trước khi bôi; nếu da bị tổn thương sau khi làm sạch, sát khuẩn dùng thuốc phải cẩn thận, tránh sự kích ứng. Hàng



ngày phải vệ sinh và thay thuốc mới đến khi vết thương lành.

- + **Thuốc đặt** thường dùng trong phụ khoa do viêm nhiễm bộ phận sinh dục nữ. Trước khi đặt thuốc phải vệ sinh và nên đặt thuốc vào tối trước khi đi ngủ.

Nhiều trường hợp thuốc đặt được dùng cho trẻ em và người già, thuốc đặt hậu môn chữa trĩ, hạ sốt, giảm đau, chữa viêm đại tràng có tác dụng tốt. Khi đặt thuốc đạn nên nằm nghỉ để cho thuốc được hấp thu hoàn toàn.

4.4. THEO DÕI THUỐC ĐIỀU TRỊ

Bất cứ một thuốc nào khi sử dụng cần phải theo dõi điều trị bởi vì nguy cơ phản ứng có hại của thuốc là hậu quả không tránh khỏi của việc dùng thuốc. Nhiều thuốc bất kể được dùng cẩn thận như thế nào, đều có thể gây ra những tác dụng có hại nghiêm trọng cho một số bệnh nhân. Do vậy tỷ lệ mắc các phản ứng có hại của thuốc tăng lên cùng với số lượng thuốc kê đơn. Các phản ứng có hại của thuốc có thể là do từ các yếu tố nguy cơ có sẵn trong sự đáp ứng của người bệnh như dị ứng, yếu tố di truyền và những thay đổi sinh lý, các yếu tố nguy cơ mắc phải của bệnh nhân như bệnh tật, các vấn đề của dạng thuốc và cách dùng thuốc hoặc do tương tác thuốc. Phản ứng phụ gây ra do sử dụng một lượng thuốc quá thừa, không phù hợp liều với cá thể, điều trị quá dài tích lũy tác dụng phụ ngày càng tăng, bệnh nhân quá trẻ hay quá già sự chuyển hoá thuốc không bình thường. Bệnh nhân có tiền sử dị ứng với nhiều loại thuốc, nhưng chính bản

thân thuốc là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất về các phản ứng thuốc.

Để ngăn ngừa các phản ứng có hại của thuốc hãy dùng các thuốc có mẫn cảm thấp. Chú ý tiền sử dùng thuốc, đặc biệt là các phản ứng có hại, dị ứng trước đó, nên làm phản ứng ngoài da. Trong nhiều trường hợp để theo dõi thuốc điều trị việc định lượng nồng độ thuốc trong huyết thanh là rất cần thiết để nhận biết sự thất bại trong đáp ứng điều trị, hiệu quả của các cơ chế thay đổi chuyển hóa hoặc thải trừ, xác minh độc tính nghi ngờ, xác định sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân, tối ưu hoá tác động điều trị với nồng độ huyết thanh trong phạm vi điều trị, theo dõi kiểm tra các chất chuyển hoá còn hoạt tính và định lượng các tương tác thuốc nghi ngờ. Trước khi quyết định định lượng nồng độ thuốc huyết thanh nên trả lời được các câu hỏi:

1. Thông tin gì nhận được từ sự định lượng này ?
2. Nồng độ nào của thuốc trong huyết thanh là liều điều trị; là liều độc ?
3. Thông tin này có chứng minh được nguyên nhân gây thương tích cho bệnh nhân và phí tổn của nó là đúng hay không ?
4. Thử nghiệm được dùng có đặc hiệu như thế nào ?
5. Thông tin này sẽ thay đổi kế hoạch điều trị bệnh nhân như thế nào ?

Nếu còn lúng túng chưa chắc chắn về các câu trả lời cho những câu hỏi trên thì chưa nên lấy mẫu máu định lượng nồng độ thuốc trong máu. Thay vào đó, hãy tìm hiểu

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

thêm về cơ chế và nhận định về nồng độ dự định của thuốc trong huyết thanh. Hãy thử quyết định nếu nồng độ đó thực sự là thích hợp cho việc theo dõi tình trạng lâm sàng người bệnh. Trong thực tế, nhiều nồng độ thuốc trong huyết tương đã được xác định là không hợp lý cho điều trị.

Mẫu huyết tương được lấy để kiểm tra cần phải làm vào thời điểm sẽ cung cấp được thông tin có ích nhất. Trước khi lấy mẫu máu, cần phải đạt các điều kiện ổn định (nghĩa là 3-5 lần thời gian bán thải sau khi bắt đầu điều trị hay thay đổi liều). Một cách lý tưởng đối với các thuốc có thời gian bán thải ngắn như kháng sinh aminoglycosid, mức cao nhất (sau sự nhận thuốc và phân phối), và mức thấp nhất (ngay trước khi dùng liều tiếp theo) cần phải được xác định để có được ý tưởng tốt về mặt dược động học. Đối với thuốc có thời gian bán thải dài như digoxin hay phenytoin, mức thấp nhất là đủ. Nếu bệnh nhân thể hiện nhiễm độc (nghi đã dùng quá liều) hãy xác định mức STAT. Với việc kiểm tra theo dõi nồng độ thuốc trong huyết thanh, thầy thuốc có thể nhanh chóng điều chỉnh và tối ưu hoá việc dùng thuốc điều trị cho bệnh nhân.

Trong thực tế hiện nay ở nước ta, việc định lượng nồng độ thuốc trong máu, nhất là dược học của thuốc cho từng bệnh nhân chưa tiến hành thường qui được cho nên với bề dày kinh nghiệm lâm sàng của các giáo sư, chuyên gia, bác sĩ giỏi có thể tiên đoán và theo dõi sự diễn biến tác dụng sử dụng thuốc đối với người bệnh qua các chỉ tiêu phân tích lâm sàng huyết học, hoá sinh, X quang với nhận định về trạng thái sức khoẻ, tinh thần người bệnh cũng

cho những kết quả nhận định tốt, giúp bệnh nhân điều trị lành bệnh.

4.5. CHĂM SÓC GIÚP ĐỠ BỆNH NHÂN TRONG QUÁ TRÌNH SỬ DỤNG THUỐC

Chăm sóc và giúp đỡ bệnh nhân trong khi dùng thuốc hết sức cần thiết bởi vì người tự dùng được thuốc có lúc quên lãng hay dùng sai thuốc nếu như đơn thuốc có nhiều loại thuốc, nhiều các dùng khác nhau.

- Đối với bệnh nhân nhẹ, tự phục vụ được cho bản thân

- Nhắc nhở giải thích tác dụng các loại thuốc, cách dùng, thời gian dùng. Nhất là các thuốc đặc biệt có cách dùng riêng.
- Theo dõi diễn biến sức khỏe, trọng lượng, mạch tim, huyết áp.
- Tạo chế độ dinh dưỡng tốt, hợp lý.
- Vệ sinh răng miệng, dùng đủ nước uống.
- Phòng ngừa phản ứng phụ của thuốc như khô miệng, đi lỏng, mệt. Nếu có biểu hiện lâm sàng xấu phải báo ngay thầy thuốc.
- Người già tuy không bị bệnh nặng nhưng yếu sức hay quên cho nên gia đình cần lưu ý theo dõi nhắc nhở và kiểm tra sự dùng thuốc. Đặc biệt chú ý phản ứng của thuốc đối với người già.

- Đối với bệnh nhân nặng

Chăm sóc, phục vụ bệnh nhân nặng tại bệnh viện hay ở nhà là rất cần thiết.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- Dùng thuốc đường uống cần nhắc bệnh nhân nuốt, không ngậm vì bệnh nặng nuốt khó.
- Cho bệnh nhân uống thuốc đúng liều dùng, đúng thời gian và theo dõi phản ứng sau khi uống thuốc đến lúc ổn định.
- Nếu bệnh nhân dùng thuốc theo đường tiêm phải hết sức theo dõi phản ứng xảy ra. Sau khi tiêm tiếp tục theo dõi 10-30 phút cho đến lúc trở lại trạng thái cân bằng.
- Chăm sóc răng miệng, nhất là khô miệng.
- Thường xuyên hàng ngày đo nhịp tim, huyết áp, thăm hỏi mức độ đại tiểu tiện. Nếu có sự bất thường nhất là bất thường do thuốc gây ra phải ngừng dùng thuốc và báo ngay thầy thuốc điều trị
- Tạo cho bệnh nhân ăn, uống, nghỉ ngơi dưỡng bệnh tốt. Ăn đảm bảo chất, chú ý tránh táo bón. Môi trường dưỡng bệnh sạch sẽ, yên tĩnh, ánh sáng thích hợp.
- Tác dụng thuốc trị bệnh tốt cần phải có môi trường tốt, chăm sóc tốt thì công tác điều trị mới tốt được. Do vậy y tá và người trong gia đình chăm sóc có vai trò rất quan trọng trong đó có nhiệm vụ điều dưỡng khi dùng thuốc.





PHẦN II

TÁC DỤNG ĐỘC HẠI CỦA THUỐC



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ



5. TÁC DỤNG CÓ HẠI CỦA THUỐC

Thuốc có tác dụng điều trị bệnh tật nhưng chính thuốc cũng gây ra những tác dụng không mong muốn. Phản ứng có hại của thuốc (Adverse Drug Reaction ; ADR) là "Một phản ứng độc hại không được định trước và xuất hiện ở liều thường dùng". Trong những năm gần đây nhiều tài liệu nói về bệnh do thuốc mà không thể dùng thuật ngữ "tác dụng phụ", bởi vì nó không phản ánh được tất cả những biến đổi nghiêm trọng trong cơ thể con người, những biến đổi này có thể phát triển trong quá trình điều trị và thậm chí có thể dẫn đến tử vong. Trong bệnh sinh của bệnh do thuốc, bên cạnh những phản ứng dị ứng cần phải tính đến những quá trình tự miễn, những biến đổi thần kinh thể dịch, sự phát triển của những quá trình loạn dưỡng, loạn khuẩn do thuốc, sự rối loạn của những cơ chế bù trừ bảo vệ v.v... Do vậy khi sử dụng thuốc người thầy thuốc cũng như bệnh nhân cần hiểu sâu sắc vấn đề này. Những kết quả nghiên cứu hồi cứu bệnh nhân dùng thuốc ở bệnh viện cho thấy người bệnh khi dùng ít hơn 6 loại thuốc thì xác suất của phản ứng có hại là khoảng 5%, nhưng khi dùng đến 15 loại thuốc thì xác suất tăng lên 40%. Đối với những bệnh nhân ngoại trú, một số tác dụng có hại của thuốc ở 20% bệnh nhân. Tỷ lệ 2% đến 5% ốm do thuốc phải vào viện ở khoa nhi và khoa nội trong đó có những trường hợp gây ra tử vong.

Nguyên nhân gây các tác hại của thuốc thường là các phản ứng có hại do thuốc có thể xếp vào một trong hai

nhóm. Phổ biến nhất là các phản ứng kết quả của tác dụng dược lý quá mức dự báo trước của thầy thuốc. Các phản ứng có hại khác phát sinh từ những tác dụng độc trên các tế bào do những cơ chế không liên quan tới các tác dụng dược lý dự kiến. Do đó, những phản ứng này không đoán trước được và thường là nghiêm trọng. Một số cơ chế độc tính ngoài dược lý bao gồm độc tính tế bào trực tiếp, sự khởi đầu những đáp ứng miễn dịch bất thường và sự rối loạn các quá trình chuyển hoá ở những cá nhân có nguy cơ do những khuyết tật enzym mang tính di truyền.

5.1. TÁC DỤNG CÓ HẠI CỦA THUỐC DO VƯỢT MỨC TÁC DỤNG DƯỢC LÝ

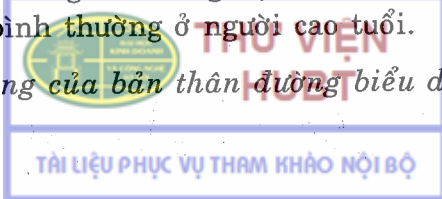
- Nồng độ thuốc cao bất thường tại nơi tác dụng

Do sự biến thiên dược động học có thể gây nên nồng độ cao của thuốc chẳng hạn sự giảm thể tích phân bố, tốc độ chuyển hoá hoặc tốc độ thải trừ tất cả dẫn đến nồng độ thuốc cao hơn dự kiến tại vị trí tiếp thu và do đó tăng tác dụng dược lý.

- Biến đổi đường biểu diễn đáp ứng liều

Trong một số trường hợp do sự tăng nhạy cảm của thụ thể sẽ làm tăng tác dụng của thuốc với cùng một nồng độ. Thí dụ sự đáp ứng quá mức đối với thuốc chống đông máu Warfarin bằng các nồng độ bình thường trong máu và thấp hơn bình thường ở người cao tuổi.

- Hình dạng của bản thân đường biểu diễn đáp ứng liều



Những thuốc có đường biểu diễn đáp ứng dốc có nhiều khả năng gắn liền hơn với độc tính, liên quan tới liều bởi vì chỉ tăng liều lên một ít cũng tạo ra một sự thay đổi lớn tác dụng dược lý. Chẳng hạn tăng liều của những thuốc có động học không tuyến tính như phenytoin có thể làm cho nồng độ thuốc trong máu tăng theo tỷ lệ lớn hơn dẫn đến độc tính của thuốc.

- Liệu pháp cho thuốc cùng một lúc

Dược động học có thể bị biến đổi do cạnh tranh tại các vị trí thụ thể, bằng cách cản trở thuốc tới vị trí tác dụng, hoặc do đối kháng hay tăng cường tác dụng dược lý của thuốc.

5.2. TÁC DỤNG CÓ HẠI CỦA THUỐC TRONG LÂM SÀNG

Rất nhiều loại thuốc có tác dụng xấu trong lâm sàng và có thể nói không có thuốc nào hoàn toàn không có tác dụng phụ mà điều quan trọng nên chú ý là một tác dụng phụ ở bệnh nhân này có thể là tác dụng mong muốn ở một bệnh nhân khác. Do tính chất phức tạp này nên cần chú ý phản ứng có hại của các thuốc.

Bảng VI hệ thống những nét chủ yếu tác dụng có hại của thuốc. Tác dụng có hại của thuốc gây ra nhiều hệ thống, cơ quan của cơ thể ảnh hưởng đến quá trình chuyển hóa, chức năng của tế bào. Nhiều trường hợp tác dụng có hại của thuốc dễ dàng được khử bỏ khi ngừng dùng thuốc nhưng có những trường hợp tác dụng có hại kéo dài và gây ra những tình trạng bệnh vô cùng nguy hiểm thậm chí gây tử vong.

Bảng VI

NHỮNG BIỂU HIỆN LÂM SÀNG DO CÁC PHẢN ỨNG CÓ HẠI CỦA THUỐC

I. Nhiều hệ thống

A. Sốt

Các penicilin	Các sulfamid
Novobiocin	Các iodid
Acid p - aninosalicylic	Thiouracil
Amphotericin B	Phenolphthalein
Các thuốc kháng histamin	Methyldopa
Các cephalosporin	Asparaginase
Các barbiturat	Bleomycin
Phenytoin	Procainamid
Quinidin	

B. Lupus ban đỏ do thuốc

Acebutolol	Procainamid
Hydralazin	Isoniazid

C. Bệnh huyết thanh

Aspirin	Các Sulfamid
Các penicilin	Propylthiouracil
Streptomycin	

D. Phản vệ

Bromsulphathalin	Các cephalosporin
Các penicilin	Streptomycin



THƯ VIỆN
Y HỌC

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Dextran

Dextran sắt

Procain

Insulin

Demeclocyclin

Các thuốc có iod hoặc thuốc cản quang
Lidocain

II. Nội tiết

A. Các rối loạn của các test chức năng tuyến giáp

Các thuốc uống tránh thụ thai

Acetazolamid

Bromsulphalein

Các muối vàng

Phenindion

Dimercaprol

Các iodid

Clofibrat

Tolbutamid

Các phenothiazin (lâu dài)

Chlorpropamid

Phenylbutazon

Lithi

Phenytoin

B. Hội chứng giống bệnh Addison

Busulfan

C. To vú ở đàn ông

Các estrogen

Methyldopa

Testosteron

Isoniazid

Spirolacten

Ethionamid

Digitalin

Griseofulvin

Reserpin

D. Chứng chảy sữa (còn có thể gây ra vô kinh)

Methyldopa

Các thuốc chống trầm cảm ba vòng

Các phenothiazin

Dexamphetamin

Reserpin



E. Rối loạn chức năng sinh dục

1. Xuất tinh giảm

Guanethidin

Bethanidin

Debrisoquin

Thioridazin

2. Ham muốn tình dục giảm và liệt dương

Các thuốc tránh thai

Lithi

Thuốc an thần

Methyldopa

Thuốc trấn tĩnh mạch

Clonidin

III. Chuyển hoá

A. Hạ natri - huyết

1. Làm loãng

Vincristin

Clorpropamid

Cyclophosphamid

Các thuốc lợi tiểu

2. Mất muối

Các thuốc lợi tiểu

Các thuốc thụt

Các corticosteroid (ngừng dùng thuốc)

Manitol

B. Tăng kali - huyết

Spironolacton

Succinylcholin

Triamteren

Quá liều digitalin

Amilorid

Các muối Kali của các thuốc

Các thuốc độc hại tế bào

Các chế phẩm kali kể cả những chế phẩm thay thế muối.

Các corticosteroid (ngừng dùng thuốc)

Lithi

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

C. Hạ kali - huyết

Các thuốc lợi tiểu	Các thuốc lợi tiểu thẩm thấu
Lạm dụng thuốc nhuận tràng	Carbenoxolon
Các corticosteroid	Gentamycin
Amphotericin B	Tetracyclin bị biến chất
Nhiễm kiềm do chất kiềm gây ra	Vitamin B ₁₂
Insulin	

D. Nhiễm acid do chuyển hoá

Paraldehyd (bị biến chất)	Spironolacton
Phenformin	Các salicylat
Acetazolamid	

E. Tăng calci - huyết

Các chất kháng acid với kali có thể hấp thu được	Vitamin D Các thiazid
---	--------------------------

F. Tăng acid uric - huyết

Các thiazid	Aspirin
Chlorthalidon	Các thuốc độc tế bào
Acid ethacrynic	Ăn uống quá nhiều
Furosemid	Fructose (tiêm tĩnh mạch)

G. Tăng đường huyết

Các corticosteroid	Các thiazid
Các thuốc uống tránh thai	Furosemid
Chlorthalidon	Diazoxid
Acid ethacrynic	Hormon tăng trưởng



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

H. Rối loạn chuyển hoá porphyrin trầm trọng

Các barbirurat	Chlorpropamid
Clodiazepoxid	Phenytoin
Meprobamat	Glutethimid
Các sulfamid	Griseofulvin
Các estrogen	Rifampin
Các thuốc viên tránh thai	

I. Tăng Bilirubin huyết

Rifampin
Novobiocin

IV. Thuộc về da

A. Viêm da tróc

Các penicilin	Phenylbutazon
Các sulfamid	Các muối vàng
Các barbituric	Quinidin
Phenytoin	

B. Hội tử bong biểu bì bọng nước nhiễm độc

Các barbiturat	Các phenicilin
Phenylbutazon	Allopurinol
Phenytoin	Các iodid
Các sulfamid	Các bromid
Phenolphthalein	Acid nalidixic



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

C. Ban đỏ đa dạng hoặc hội chứng Steven - Johnson

Các sulfamid	Phenytoin
Các barbiturat	Ethosuximid
Phenylbutazon	Các salicylat
Chlorpropamid	Các tetracyclin
Các thiazid	Codein
Các sulfon	Các penicilin

D. Ban đỏ nốt

Các penicilin	Các thuốc uống chống thụ thai
Các sulfamid	

E. Phát ban cố định do thuốc

Phenolphthalein	Phenylbutazon
Các barbiturat	Quinin
Các sulfamid	Captopril
Các salicylat	

F. Viêm da ánh sáng

Các tetracyclin đặc biệt demeclocyclin	Furosemid
Griseofulvin	Các phenothiazin
Các sulfamid	Acid nalidixic
Các sulfonylurea	Các thuốc uống tránh thai
Các thiazid	Chlodiazepoxid

G. Mày đay

Aspirin	Các sulfamid
Các penicilin	Các barbiturat



THƯ VIỆN
Y HỌC

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

H. Các ban không đặc hiệu

Ampicilin	Phenytoin
Các barbiturat	Methyldopa
Allopurinol	

I. Những thay đổi về sắc tố

ACTH	Các muối vàng
Busulfan	Chloroquin và các thuốc chống sốt rét khác
Phenothiazin	Cyclophosphamid
Tăng vitamin A	Bleomycin
Các thuốc uống tránh thai	

J. Rụng tóc, lông

Các thuốc độc tế bào	Heparin
Thionamid	Các thuốc uống tránh thai (ngừng dùng thuốc)

K. Ban xuất huyết

Các corticosteroid	Aspirin
--------------------	---------

L. Ban dạng Liken

Chlorpropamid	PAS
Các muối vàng	Methyldopa
Các thuốc chống sốt rét	Các phenothiazin

M. Eczema (viêm da tiếp xúc)

Các thuốc chống vi khuẩn bôi tại chỗ	Các chất bảo quản kem và thuốc xức
Các thuốc gây tê bôi tại chỗ	Lanolin
Các kháng histamin bôi tại chỗ	



N. Trứng cá

Các steroid đồng hoá và androgen

Các corticosteroid

Các bromid

Các iodid

Các thuốc tránh thai

Isoniazid

Troxidon

V. Huyết học

A. Giảm toàn thể huyết cầu (thiếu máu không tái tạo)

Chloramphenicol

Phenytoin

Mephenytoin

Trimethadion

Phenylbutazon

Oxyphenbutazon

Các muối vàng

Mepacrin

Quinacrin

Kali perchlorat

Các sulfamid

Các thuốc độc tế bào

B. Mất bạch cầu hạt

Chloramphenicol

Các sulfamid

Phenylbutazon

Các muối vàng

Indomethacin

Propylthiouracil

Methimazol

Carbimazol

Các phenothiazin

Các thuốc độc tế bào

Tolbutamid

Cotrimoxazol

Các thuốc chống trầm cảm ba vòng

Captopril



C. Giảm lượng tiểu cầu

Quinidin	Oxyphenbutazon
Quinin	Chlorpropamid
Furosemid	Acetazolamid
Cholorthalidon	Phenytoin và các hydantoin khác
Thiazid	Methyldopa
Các muối vàng	Carbamazepin
Cotrimoxazol	Digitoxin
Aspirin	Novobiocin
Indomethacin	Carbenacilin
Phenylbutazon	

D. Thiếu máu hồng cầu khổng lồ

Các chất đối kháng folat	Phenobarbital
Cotrimoxazol	Triamteren
Phenytoin	Trimethoprim
Primidon	Các thuốc uống tránh thai

E. Thiếu máu tan huyết

Methyldopa	Các cephalosporin
Levodopa	Insulin
Acid mefenamic	Quinidin
Mephalan	Chlorpromazin
Isoniazid	Phenacetin
Rifampin	Acid P. aminosalicylic
Sulfamid	Dapson
Các penicilin	Procainamid



**THƯ VIỆN
Y HỌC**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

F. Thiếu máu tan huyết (trong thiếu G6 PD)

Các thuốc chống sốt rét như trimaquin	Phenacelin Acid P. aminosalicilic
Chloramphenicol	Quinidin
Dapson	Vitamin C
Acid nalixidic	Vitamin K
Nitrofurantoin	Cotrimoxazol
Các sulfamid	Probenecid
Aspirin	Procainamid

G. Bệnh hạch bạch huyết

Phenytoin	Primidon
-----------	----------

H. Tăng bạch cầu

Lithi	Các corticosteroid
-------	--------------------

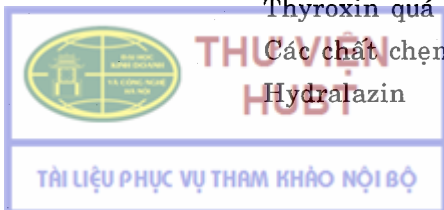
I. Tăng bạch cầu ưa eosin

Erythromycin estolat	Imipramin
Các sulfamid	Nitrofurantoin
Chlorpropamid	Procarbazin
Acid p-amino salicylic	Methotrexat

VI. Tim mạch

A. Chứng đau thắt tăng lên

Vasopressin	Ngừng dùng propranolol
Oxytocin	Thyroxin quá mức
Ergotamin	Các chất chẹn alpha (α)
Methysergid	Hydralazin



B. Bệnh cơ tim

Emetin

Các chất tác dụng giống thần kinh giao cảm

Các phenothiazin

Lithi

Các sulfamid

Daunorubicin

Adriamycin

C. Viêm màng ngoài tim

Procainamid

Hydralazin

Metylsergid

Emetin

D. Tích dịch hay suy tim sung huyết

Các estrogen

Các steroid

Carbenoxolon

Phenylbutazon

Indomethacin

Propanolol

Mannitol

Diazoxid

Minoxidil

Verapamil

E. Loạn nhịp tim

Các chất tác dụng giống thần kinh giao cảm

Hormon tuyến giáp

Digitalin

Quinidin

Procainamid

Verapamil

Atropin

Propanolol

Guanethidin

Emetin

Các khí đẩy trong khi dùng

Các thuốc chống trầm cảm ba vòng

Các phenothiazin, đặc biệt thioridazin

Lithi

Các kháng cholinesterase

Papaverin

Daunomycin

Adriamycin

Lincomycin (tiêm tĩnh mạch)



THƯ VIỆN
HUYT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

F. Hạ huyết áp

Nitroglycerin

Các phenothiazin

Morphin

Các thuốc lợi tiểu

Máu có citrat

Levodopa

Nifedipin

Verapamil

G. Tăng huyết áp

Các thuốc uống tránh thai

Các thuốc tác dụng giống thần
kinh giao cảm

Ngừng thuốc clonidin

Các chất ức chế monoamin -
oxidase với các chất tác dụng
giống thần kinh giao cảm

Các chất chống trầm cảm ba
vòng với các chất tác dụng
giống thần kinh giao cảm

Các corticosteroid

ACTH

Phenylbutazon

H. Bệnh huyết khối tắc mạch

Các thuốc uống tránh thai

VII. Hô hấp

A. Sung huyết mũi

Reserpin

Guanethidin

Isoproterenol

Các thuốc uống tránh thai

Lạm dụng thuốc tan huyết

B. Ức chế hô hấp

Các aminoglucozid

Các polymixin

Trimethaphan

Các thuốc an thần

Các thuốc ngủ



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

C. Tác đường dẫn khí ra (co thắt phế quản, hen)

Các thuốc chẹn beta

Tartrazin (thuốc có phẩm màu vàng)

Các thuốc chống viêm không steroid như aspirin, indomethacin

Các penicilin

Streptomycin

Các thuốc tiết cholin

Pentazocin

D. Các thâm nhiễm phổi

Amiodaron

Busulfan

Nitrofurantoin

Melphalan

Methysergid

Cyclophosphamid

Bleomycin

Azothioprin

Clorambucin

Methotrexat

BCNU

Mitomycin C

Procarbazin

Các sulfamid

E. Phù phổi

Heroin

Propoxyphen

Methadon

Chất cản quang

Hydrochlorothiazid

VIII. Dạ dày, ruột

A. Loạn màu răng

Tetracyclin

B. Tăng sản lợi

Phenytoin



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

C. Loét miệng

Aspirin	Paneratin
Isoproterenol (dưới da)	Tím gentian
Các thuốc độc tế bào	

D. Rối loạn vị giác

Penicillamin	Lithi
Các biguanid	Rifampin
Griseofulvin	Captopril
Metronidazol	

E. Khô miệng

Các thuốc kháng cường cholin	Clonidin
Levodopa	Methyldopa
Các thuốc chống trầm cảm ba vòng	

F. Viêm tấy tuyến nước bọt

Phenybutazon	Bretylium
Guanethidin	Clonidin
Bethanidin	Các iodid

G. Loét dạ dày hoặc chảy máu

Aspirin	Acid ethacrynic
Phenylbutazon	Reserpin (liều cao)
Indomethacin	

H. Loét ruột

Kali clorid bọc đường



I. Buồn nôn hoặc nôn

Digitalin	Kali clorid
Các thuốc dạng thuốc phiện	Sắt II sulfat
Các estrogen	Aminophylin
Levodopa	Các tetracylin

J. Ỉa chảy hoặc đau bụng

Lincomycin	Methyldopa
Clindamycin	Reserpin
Các kháng sinh có phổ rộng	Digitalin
Magnesi trong các thuốc kháng acid	Colchicin
Guanethidin	Các thuốc tẩy
Debrisoquin	Các tá dược lactose

K. Táo bón hoặc tắc ruột

Các chất chẹn hạch	Nhôm hydroxyd
Các thuốc chống trầm cảm ba vòng	Calci carbonat
Các phenothiazin	Bari sulfat
Các thuốc dạng thuốc phiện	Các nhựa trao đổi ion
	Sắt II sulfat

L. Hấp thụ kém

Các kháng sinh có phổ rộng	Các biguamid
Neomycin	Phenytoin
Cholestyramin	Primidon
Colchicin	Phenobarbital
Acid p. aminosalicilic	Các thuốc độc tế bào



M. Viêm tụy

Các corticosteroid

Các thiazid

Azathioprin

Các thuốc uống tránh thai

Các sulfamid

Các thuốc dạng thuốc phiện

Furosemid

Acid ethacrinic

N. Tổn thương tế bào gan lan toả

Halothan

Methoxyfluran

Methyldopa

Isoniazid

Rifampin

Acid P. aminosalicilic

Ethionamid

Phenytoin và các hydantoin khác

Acetaminophen (paracetamol)

Các salicylat

Allopurinol

Các sulfamid

Các tetracyclin

Erythromycin estolat

Ketoconazol

Propylthiouracil

Methimazol

Oxyphenisatin

Methotrexat

Pyridium

Propoxyphen

Các chất ức chế monoamin oxydase

Natri valproat

Nitrofurantoin

Apridin

O. Vàng da ứ mật

Các phenothiazin

Các androgen

Các steroid đồng hoá

Các thuốc uống tránh thai

Erythromycin estolat

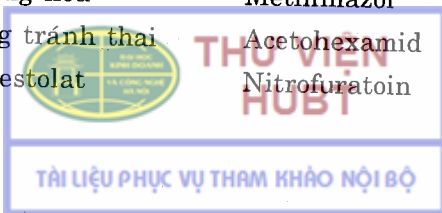
Chlorprofamid

Các muối vàng

Methimazol

Acetohexamid

Nitrofurantoin



IX. Thận

A. Hội chứng thận hư

Penicillamin

Các muối vàng

Phenindion

Probenecid

Captopril

B. Hoại tử cầu thận

Amphotericin B

Các aminoglucozid

Các polymixin

Các cephalosporin

Colistin

Các sulfamid

Chất iod phóng xạ cản quang

Methoxyfluran

Cyclosporin

C. Viêm thận kẽ

Các penicilin, đặc biệt
methicilin

Các sulfamid

Phenindion

Các thiazid

Allopurinol

D. Các bệnh thận

Do các thuốc giảm đau (như
phenacetin)

E. Khuyết tật cô đặc với đa niệu (hoặc đái tháo nhạt sinh suy thận)

Lithi

Demeclocyclin

Methoxyfluran

Vitamin D

F. Nhiễm acid ống thận

Tetracyclin bị biến chất

Amphotericin B

Acetazolamid



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

G. Sỏi

Acetazolamid

Vitamin D

H. Bệnh thận tắc nghẽn

Trong thận: các thuốc độc tế bào

Ngoài thận : methysergid

I. Viêm bàng quang chảy máu

Cyclophosphamid

J. Loạn chức năng bàng quang

Các kháng cường cholin

Các thuốc chống trầm cảm ba vòng

Các chất ức chế monoamin oxydase

Disopyramid

X. Sinh dục

A. Carcinom âm đạo

Diethylstilbestrol (cho người mẹ)

B. Giảm sinh tinh trùng hoặc sinh trứng

Các thuốc độc tế bào

XI. Thần kinh

A. Bệnh thần kinh ngoại biên

Isoniazid

Streptomycin

Hydralazin

Polymixin, colistan

Nitrofurantoin

Clioquinol

Vincristin

Phenelzin



Các thuốc chống trầm cảm ba vòng

Cloramphenicol

Procarbazin

Ethambutol

Ethionamid

Glutethimid

Demeclocyclin

Acid nalidixic

Tolbutamid

Chlorpropamid

Methysergid

Phenytoin

Metronidazol

Clofibrat

Cloroquin

Perhexilin

Disopyramid

B. Nhược cơ tăng lên

Các aminoglycozid

Các polymyxin

C. Các tác dụng ngoại tháp

Các butyrophenon, như haloperidol

Methyldopa

Levodopa

Các phenothiazin

Reserpin

Các thuốc chống trầm cảm ba vòng

Metoclopramid

Các thuốc uống tránh thai

D. Các cơn động kinh

Các amphetamin

Các thuốc hồi sức

Các phenothiazin

Isoniazid

Lidocain

Theophylin

Lithi

Các penicilin

Acid nalidixic

Physostigmin

Các thuốc chống trầm cảm ba vòng

Vinoristin



E. Đột quy

Các thuốc tránh thai

F. U não giả (hoặc tăng huyết áp nội sọ)

Các corticosteroid

Các tetracyclin

Các thuốc tránh thai

Quá liều vitamin A

G. Nhức đầu

Hydralazin

Ergotamin (ngừng dùng thuốc)

Các bromid

Indomethacin

Glyceryl trinitrat

XII. Mắt

A. Đục giác mạc

Vitamin D

Chloroquin

Mepacrin

Indomethacin

B. Phù giác mạc

Các thuốc uống tránh thai

C. Đục thủy tinh thể

Các phenothiazin

Busulfan

Các corticosteroid

Clorambucil

D. Tăng nhãn áp

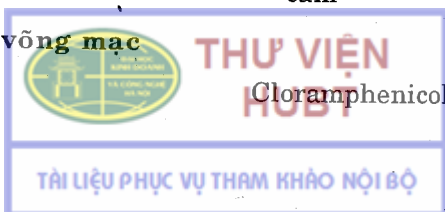
Các thuốc giãn đồng tử

Các thuốc giống thần kinh giao cảm

E. Bệnh võng mạc

Cloroquin

Cloramphenicol



F. Viêm dây thần kinh mắt

Cloroquin	Cloramphenicol
Streptomycin	Các phenothiazin
Isoniazid	Penicilamin
Ethambutol	PAS
Quinin	Phenybutazon

G. Rối loạn nhìn màu

Troxidon	Các barbiturat
Các sulfamid	Digitalin
Streptomycin	Các thiazid
Methaqualon	

XIII. Tai

A. Các rối loạn tiền đình

Các aminoglycosid	Mustin
Quinin	

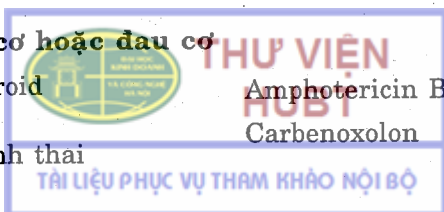
B. Điếc

Các aminoglycosid	Bleomycin
Acid ethacrynic	Mustin
Furosemid	Aspirin
Quinin	Nortriptylin

XIV. Bộ cơ xương

A. Bệnh cơ hoặc đau cơ

Các corticosteroid	Amphotericin B
Clofibrat	Carbenoxolon
Các thuốc tránh thai	



B. Các rối loạn xương

1. Loãng xương

Các corticosteroid

Heparin

2. Nhuyễn xương

Các thuốc chống co giật

Nhôm hydroxyd

Glutethimid

XV. Các rối loạn tâm thần

A. Các phản ứng giống tâm thần phân liệt hoặc dạng hoang tưởng (paranoia)

Các amphetamin

Các thuốc ức chế tế bào đơn
nhân - amin oxydase

Acid lysergic

Levodopa

Các bromid

Các thuốc chống trầm cảm ba
vòng

Các corticosteroid

B. Trầm cảm

Các thuốc chống tăng huyết áp
tác dụng lên thần kinh
trung ương

Các corticosteroid

Ngừng thuốc amphetamin

Levodopa

Propanolol

C. Hưng cảm nhẹ, thao cuồng hoặc các phản ứng kích thích

Levodopa

Các chất ức chế MAO

Các thuốc giống thần kinh giao
cảm

Các thuốc chống trầm cảm ba
vòng

Các corticosteroid



D. Các trạng thái ảo giác

Amantadin	Levodopa
Các thuốc ngủ, thuốc mê	Các thuốc chống trầm cảm ba vòng
Pentazocin	Meperidin
Propanolol	

E. Các trạng thái mê sảng hoặc lú lẫn

Digitalin	Isoniazid
Các thuốc kháng cường cholin	Levodopa
Các bromid	Amantadin
Các thuốc an thần và thuốc ngủ	Các penicilin
Các phenothiazin	Aminophylin
Các thuốc chống trầm cảm	Methyldopa
Các corticosteroid	

F. Các rối loạn giấc ngủ

Các thuốc gây chán ăn	Các thuốc ức chế monoamin oxydase
Levodopa	Các thuốc giống giao cảm

G. Tình trạng ngủ gà

Các thuốc chữa lo âu	Các thuốc kháng histamin
Các thuốc an thần mạnh	Methyldopa
Các thuốc chống trầm uất ba vòng	Clomidin
	Reserpin



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

6. BỆNH DO THUỐC TRONG LÂM SÀNG

6.1. DỊ ỨNG THUỐC

Một trong những biến chứng nặng nhất của bệnh do thuốc là sốc phản vệ. Trong y văn mô tả 1500 trường hợp sốc phản vệ dẫn đến tử vong chủ yếu điều trị bằng penicilin và đặc biệt khi cho thuốc lặp lại (P.N. Alexan-drop, 1969). Sốc là biểu hiện nặng nhất của dị ứng thuốc.

Dị ứng thuốc là trạng thái khác thường của cơ thể khi tiếp xúc với thuốc, biểu hiện bệnh lý quá mẫn với thuốc. Tổ chức Y tế Thế giới (1966) cho biết ở châu Âu, 1% dân số bị sốc phản vệ do thuốc. Cứ 10 vạn mũi tiêm kháng sinh, có 49 người bị sốc phản vệ, nguy cơ tử vong là 2/1.000.000. Tại bệnh viện Bạch Mai trong các năm 1981-1990 khoa dị ứng có 227 trường hợp bị dị ứng cấp tính và sốc phản vệ do kháng sinh.

Dị ứng thuốc có khi xuất hiện rất sớm, tức thì, ngay và sau khi tiêm, có thể xảy ra muộn hơn tùy theo loại đáp ứng miễn dịch - dị ứng của cơ địa người dùng thuốc. Thể nhẹ thường gặp nhất, biểu hiện ngoài da như nổi ban đỏ, nổi mề đay khu vực, mẩn ngứa, ngứa gan bàn tay bàn chân, buồn nôn, nôn, đau bụng, ỉa chảy, có thể có phù Quincke ở mặt, đau đầu, choáng váng nhẹ. Những biểu hiện lâm sàng giảm dần sau khi ngừng thuốc. Điều cần lưu ý nếu dùng lại thuốc đó lần sau có thể phản ứng xảy ra nặng hơn, nguy hiểm hơn. Thể nặng có một số biểu hiện lâm sàng riêng như nổi mề đay toàn thân, hồng ban da dạng eczema, ngứa, phù Quincke ở mặt, môi có khi ở thanh quản làm nghẹt thở. Khó thở do co thắt

phế quản, người tím tái, hốt hoảng, vật vã. Viêm xuất tiết nhiều, chảy nước mắt, nước mũi, xuất tiết trong phế quản, dạ dày, và mô hôi. Mạch nhanh, yếu, huyết áp giảm. Sốt, tổn thương gan, tăng các enzym gan, viêm gan cấp có khi ở thể tiến triển đột ngột, rất nặng. Tổn thương thận, có protein niệu, viêm thận. Tổn thương các tế bào máu: Thiếu máu tan máu, nhược tuỷ, suy tuỷ do giảm bạch cầu, hội chứng chảy máu do giảm tiểu cầu.

- Các loại thuốc có thể gây dị ứng

Nhiều loại thuốc có thể gây dị ứng nhưng thuốc kháng sinh đứng hàng đầu về dị ứng thuốc. Thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới ở 17 nước cho thấy dị ứng với kháng sinh là nhiều nhất. Trung tâm theo dõi phản ứng có hại do thuốc của nước ta (trung tâm ADR) năm 1996 thấy 39,1% do ampicilin rồi đến penicilin 21%, các thuốc lao 15,1%, cephalosporin các thể hệ và quinolin 6,3%, tetracyclin 6,3%, lincomycin 4,2%. Dưới đây là một số loại thuốc thường gặp có thể gây dị ứng ngoài những kháng sinh đã nêu ở trên.

- + Vaccin, huyết thanh.
- + Thuốc giảm đau, hạ sốt, chống viêm như indomethacin, aspirin, analgin, glafenin, paracetamol...
- + Vitamin (B_1 , B_{12} , C...) loại tiêm.
- + Thuốc tê như lidocain, procain
- + Một số thuốc khác như colchicin, heparin



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- Thể đặc biệt dị ứng thuốc

+ **Sốc phản vệ:** Nhiều thuốc có thể gây nên sốc phản vệ nhất là penicilin, ampicilin, streptomycin, quinolon, vaccin, huyết thanh, một số vitamin tiêm tĩnh mạch, thuốc tê như lidocain, procain, thuốc chống viêm không steroid. Sốc thường xảy ra khi tiêm tĩnh mạch, nhưng cũng có thể xảy ra khi dùng thuốc theo đường uống, nhỏ mắt, bôi ngoài da. Trên lâm sàng dễ gặp sốc phản vệ tức thì ngay sau khi tiêm kháng sinh, kể cả khi làm test trong da.

Người bị sốc phản vệ đang tiêm hoặc sau khi tiêm thấy choáng váng, nôn nao khó chịu, da nhợt nhạt, mạch nhanh huyết áp giảm. Nặng hơn nữa thì vã mồ hôi, khó thở như co thắt, mạch nhanh nhỏ khó bắt, huyết áp tụt rồi mất, người bệnh nhanh chóng mất tri giác, có thể có co giật toàn thân. Ở thể nặng, tử vong xảy ra ngay nếu không được cấp cứu kịp thời.

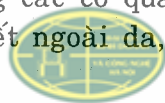
+ **Hội chứng Stevens - Johnson:** Bệnh ngoại bì trợt nhiều lỗ. Khởi phát đột ngột với những tổn thương ngoài da kiểu hồng ban phồng đa dạng, có trợt da nhiều chỗ, kèm theo là những tổn thương niêm mạc lan toả gây viêm loét ở các hốc tự nhiên như viêm loét chảy máu trong miệng, viêm kết mạc, chảy máu dưới kết mạc, loét giác mạc, viêm đường sinh dục tiết niệu. Triệu chứng toàn thân nặng, dễ bị viêm phổi không điển hình, biến chứng mù.

+ **Hội chứng Lyell:** Hội chứng bong biểu bì tối cấp, khởi phát đầu tiên là các mảng ban đỏ toàn thân thâm nhiễm. Sau đó rất nhanh chóng xuất hiện các bong nước to làm bong hoại tử từng mảng lớn biểu bì như bị bỏng.

Tổn thương lan tới niêm mạc, làm mô viêm sưng to và nứt, loét miệng, viêm kết mạc. Triệu chứng toàn thân rất nặng, bội nhiễm nhiễm độc gây rối loạn muối nước, người bệnh trong tình trạng bán hôn mê. Tiên lượng rất nặng, tỷ lệ tử vong rất cao, do vậy cần điều trị tại các trung tâm hồi sức cấp cứu chống bội nhiễm, giải quyết tình trạng nhiễm độc, cân bằng nước điện giải...

6.2. MẤT BẠCH CẦU HẠT DO THUỐC

Trong số những biểu hiện khác nhau của bệnh do thuốc phát sinh trong quá trình điều trị bằng nhiều loại thuốc, những tổn thương ở cơ quan tạo máu cần được đặc biệt chú ý đến. Sở dĩ như vậy vì những năm gần đây số lượng những biến chứng tương tự thuộc loại này tăng lên đáng kể, mặt khác vì tính chất trầm trọng của chúng. Sự tổn thương cơ quan tạo máu do thuốc như phản ứng đặc thù kiểu dị ứng phản vệ của nó, phát sinh trên một cơ thể đã cảm ứng trong khi dùng thuốc. Những tổn thương khác nhau của cơ quan tạo máu trên những bệnh nhân có biểu hiện của bệnh do thuốc thường hay gặp hơn cả là chứng mất bạch cầu hạt do thuốc. Nhiều loại thuốc gây ra sự mất bạch cầu hạt như sulfamid, co-trimoxazol, syntomycin, biomycin, cloramphenicol, phenylbutazol, indometacin, amidopyrin, analgin, aminazin, các thuốc chữa lao. Điều đáng chú ý về sự tiến triển trầm trọng của chứng mất bạch cầu hạt do thuốc với những triệu chứng nhiễm độc và tổn thương các cơ quan tạo máu rõ rệt như sốt cao, ban xuất huyết ngoài da, sưng hạch bạch huyết, gan to, lách to.



THƯ VIỆN
HUYẾT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Thuốc còn gây ra nhiều phản ứng xấu về máu như các loại thuốc chữa ung thư, thuốc tâm thần kinh, thuốc giảm đau chống viêm, thuốc chữa sốt rét... Thuốc gây giảm ba dòng huyết cầu như sulfamid, cloramphenicol, phenylbutazon. Thuốc gây giảm tiểu cầu như Co - trimoxazol, phenylbutazon, indometacin. Thuốc gây thiếu máu tan huyết như sulfamid, co-trimoxazol, phenacetin, insulin, kháng sinh nhóm β -lactam, rifampicin, INH. Thuốc gây thiếu máu tan máu ở người giảm G₆PD như sulfamid, co-trimoxazol, cloramphenicol, phenacetin.

6.3. RỐI LOẠN TIM MẠCH DO THUỐC

Rối loạn tim mạch do thuốc tuy không gặp nhiều nhưng rối loạn thường xuất hiện dưới dạng cấp cứu, diễn biến nhanh chóng, xử lý không kịp thời có thể dẫn đến tử vong. Thuốc làm thay đổi quá mức hoạt động sinh lý của tim mạch như hạ nhanh hoặc tăng quá mức huyết áp, nhịp tim, sốc rồi dẫn đến suy tim, đau thắt ngực, ngất.

Thuốc lợi tiểu như furosemid, acid ethacrinic làm tụt huyết áp do thải nhiều nước và muối.

Thuốc ức chế enzym chuyển dạng angiotensin và thuốc chẹn kênh calci gây giãn mạch và hạ huyết áp nhiều.

Nhiều loại thuốc gây tăng huyết áp đưa huyết áp lên cao bắt buộc phải giảm liều hay ngừng dùng thuốc. Cá biệt có trường hợp tăng huyết áp nặng phải điều trị như với cơn tăng huyết áp. Những loại thuốc này là thuốc co mạch, giữ natri, thuốc gây tăng nhịp tim, thuốc chống viêm phi steroid, ciclosporin... Đối với người có bệnh tim, tác dụng có hại của thuốc rất rõ rệt khi sử dụng các loại

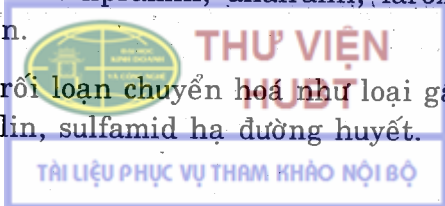
thuốc và liều lượng thuốc phải cẩn thận trong việc chăm sóc được lâm sàng những loại thuốc đó.

6.4. TÁC DỤNG CỦA THUỐC ĐỐI VỚI HỆ THẦN KINH

Rất nhiều loại thuốc gây phản ứng có hại đối với hệ thần kinh, đó là những thuốc có thể gây ảo giác, gây co giật, rối loạn ngoại tháp, viêm thị thần kinh, gây độc đối với thính giác, gây bệnh thần kinh ngoại biên, làm nặng bệnh nhược cơ, gây nhức đầu. Nhìn chung hầu như rất nhiều loại thuốc là nguyên nhân có hại với hệ thần kinh do tác dụng dược lý quá mức và do dùng nhiều loại thuốc phối hợp làm tăng được động học và dược lực của các thuốc với nhau. Càng dùng nhiều loại thuốc cùng một lúc, càng dễ có tác dụng có hại.

Thuốc có thể gây bệnh não biểu hiện hội chứng thần kinh tâm thần nhưng nổi lên hàng đầu về rối loạn ý thức, từ lú lẫn bán mê đến hôn mê. Ý thức lú lẫn biểu hiện ý thức mù mờ, tư duy chậm chạp, mất định hướng không gian và thời gian, vẻ mặt ngơ ngác, xa lạ, không nhận ra người quen, quên tên mình. Khoảng 50 loại thuốc gây ra bệnh não chủ yếu một vài loại như sau:

- + Thuốc tác dụng trực tiếp vào hệ thần kinh trung ương như barbiturat, dẫn xuất phenothiazin như clopromazin, các benzodiazepin, thuốc chống trầm cảm loại ba vòng như imipramin, anafranil, laroxyl, các loại thuốc phen.
- + Thuốc gây rối loạn chuyển hoá như loại gây hạ đường huyết insulin, sulfamid hạ đường huyết.



- + Thuốc gây rối loạn tuần hoàn não chẳng hạn thuốc hạ huyết áp gây ngã, ngã, do hạ huyết áp tư thế. Một số thuốc có thể gây co giật và giật cơ như khi tiêm tĩnh mạch kháng sinh nhóm beta-lactam liều cao hoặc sử dụng thuốc dừng đột ngột cũng gây co giật như người bệnh đang chữa rối loạn kinh bằng garde-nal, các loại chống động kinh khác muốn ngừng thuốc phải hạ liều dần dần rồi mới ngừng hẳn. Nếu ngừng đột ngột có thể gây trạng thái động kinh có thể dẫn đến tử vong.

Một số thuốc có thể gây hội chứng parkinson như butyrophenon, phenothiazin, metopimazin, thietylperazin, veraliprid, acepromazin, aceprometazin, alimenazin, sulpirid, α - methyldopa, thuốc chẹn kênh calci.

Nhiều biểu hiện tác dụng có hại của thuốc đối với hệ thần kinh trong đó biểu hiện triệu chứng nhưc đầu do thuốc gồm nhiều loại có thể thấy ở nhiều loại thuốc điều trị như thuốc chống viêm không steroid (indometacin, phenylbutazon, diclofenac, ibuprofen, ketoprofen, naproxen); thuốc giãn mạch (amyl nitrit, cyclandelat, nifedipin, perhexilin); thuốc chữa tăng huyết áp (clonidin, hydralazin, prazosin, propranolol, bromocriptin, glycosid trợ tim); thuốc làm tăng áp lực nội sọ (acid nalidixic); thuốc chống lao (rifampicin); kháng sinh như tetracyclin, thuốc gây nhưc đầu khi cai thuốc (amphetamin, benzodiazepin, clonidin, mythylsergid); ngoài ra có những thuốc khác như propranolol, theophylin, tamoxifen; thậm chí có cả tác dụng gây nhưc đầu như vitamin A.

6.5. PHẢN ỨNG CÓ HẠI CỦA THUỐC ĐỐI VỚI GAN, THẬN, PHỔI, MẮT VÀ BỘ MÁY TIÊU HOÁ

- *Đối với gan*

Thuốc gây tổn thương gan rất đa dạng, thuốc trở thành một nguyên nhân quan trọng trong bệnh lý về gan mà hậu quả là viêm gan do thuốc. Các thuốc có thể gây viêm gan cấp tính hoặc hoại tử như paracetamol liều cao, α -methyldopa, amitriptylin, halothan, isoniazid khi phối hợp với rifampicin, ketoconazol. Thuốc có thể gây viêm gan cấp tính ứ mật như các chất chống thụ thai đường uống, phenothiazin, imipramin, ajmalin, muối vàng. Một số thuốc có thể gây viêm gan thể hỗn hợp có cả hoại tử tế bào gan và ứ mật như amitriptylin, azathioprin, phenytoin, imipramin, erythromycin, phenylbutazon, các thuốc chống viêm không steroid có cấu trúc acrylcanoic, sulindac, troleandomycin. Thuốc có thể gây viêm gan mạn tính như clometacin, acid tienilic, α -methyldopa, perhexilin, amiodaron, paracetamol, aspirin, dantrolen, halothan, isoniazid, papaverin. Đặc biệt methotrexat gây bệnh cảnh xơ nhiều hơn viêm. Tác dụng gây độc do thuốc đối với gan tăng lên khi phối hợp các thuốc với nhau thí dụ dùng riêng rifampicin ít độc cho gan nhưng kết hợp với isoniazid thì dễ hình thành các chất chuyển hoá độc như 22-35% tăng enzym gan, 5-8% viêm gan

- *Đối với thận:* Bệnh thận do thuốc rất hay gặp vì thuốc vào cơ thể dù theo đường nào cũng đều qua thận với số lượng đáng kể vì 1/4 lượng máu của cơ thể được đưa qua thận. Do chức năng tái hấp thu của thận làm cho nồng độ thuốc cao trong ống thận nên dễ gây độc. Nhu

mô thận rất nhạy cảm với nhiều chất khác nhau, đặc biệt khi thận có bệnh từ trước thì khả năng gây độc của thuốc sẽ tăng lên. Bệnh thận do thuốc thường gồm 3 loại bệnh chính: suy thận cấp, suy thận mạn, hội chứng thận hư. Tác dụng gây độc của thuốc có thể trước thận làm giảm lưu lượng máu đến thận, tại thận gây độc hoặc phản ứng miễn dịch - dị ứng ở nhu mô.

+ Tác dụng xấu của các kháng sinh đối với thận

- Aminoglycosid là nguyên nhân phổ biến gây suy thận cấp, chiếm tỷ lệ 10-15%, 10% số người dùng aminoglycosid có hàm lượng creatinin tăng. Trong nhóm này, neomycin có độc tính cao nhất, sau đến gentamicin, tobramycin, ít độc hơn cả là streptomycin. Suy thận thường xuất hiện sau 7-10 ngày dùng thuốc.
- Cephalosporin thế hệ 1 như cefadroxyl, cefalexin, cefalotin, cefazolin có thể gây bệnh thận nhiễm độc, còn thế hệ 2 và 3 ít độc với thận hơn.
- Amphotericin B, kháng sinh chống nấm có thể gây nhiễm độc lên lipid màng tế bào biểu mô ống thận. Thuốc gây suy thận cấp, nhiễm toan do ống thận, đái tháo nhạt do thận.
- Kháng sinh polypeptid như polymixin, colistin có độc tính cao với thận.
- Rifampicin có thể gây bệnh thận miễn dịch - dị ứng.
- Các penicilin (penicilin G, methicilin, oxacilin, ampicilin, amoxicilin, carbenicilin, nafcilin) gây bệnh thận miễn dịch - dị ứng.

- Các sulfamid gây kết tủa trong ống thận nhưng riêng Co-trimoxazol chưa thấy có hiện tượng này.

+ *Tác dụng xấu của thuốc hạ sốt, giảm đau đối với thận:*

Các thuốc hạ sốt, giảm đau như phenacetin dùng một mình hoặc phối hợp với aspirin, paracetamol lâu ngày liều cao có thể gây suy thận mạn tính.

+ *Tác dụng xấu của thuốc chống viêm không steroid đối với thận:*

Nhiều loại thuốc chống viêm không steroid, các pyrazol, thuốc giảm đau có thể gây bệnh thận miễn dịch - dị ứng. Quá trình này xảy ra muộn, có khi tới 18 tháng sau khi dùng thuốc và kèm theo hội chứng thận hư. Những loại thuốc chống viêm không steroid thường gặp là: indometacin, phenylbutazon, diflunisal, mefenamat, tolmetin, acid niflumic, fenoprofen, zomepirac, sulindac.

- **Đối với phổi:** có khoảng 148 thuốc khác nhau có thể gây phản ứng hay tổn thương cho phổi chủ yếu là viêm và thâm nhiễm tế bào, phù mô kẽ cuối cùng gây xơ mô kẽ phổi. Thuốc có thể gây hen phế quản như propranolol, aspirin, penicilin, cephalosporin, tetracyclin, thuốc chống viêm không steroid. Thuốc gây thâm nhiễm phổi như thuốc chống loạn nhịp tim, giãn mạch vành amiodaron, còn gây thâm nhiễm phổi có tăng bạch cầu ái toan thì do sulfamid kể cả co - trimoxazol, penicilin, nitrofurantoin, methotrexat. Thuốc gây xơ phổi kể như nitrofurantoin, busulfan, bleomycin, cyclophosphamid. Thuốc gây phù phổi: nếu dùng aspirin liều cao lâu dài ở người cao tuổi,

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

chất ma túy (cocain, heroin và chế phẩm thuốc phiện) có thể gây phù phổi tổn thương còn propranolol thì gây phù phổi do tim. Nhiều thuốc gây tràn dịch và dính màng phổi như methylsergid (dẫn xuất của ergotamin), bromocriptin, nitrofurantoin, practolol, amiodaron, hoá chất chống ung thư, các thuốc chữa cao huyết áp. Một số thuốc có thể gây bệnh mạch máu phổi như thuốc ngừa thai tổng hợp; bệnh tích lipid ở phổi, hội chứng chảy máu phế nang.

- **Đối với mắt:** Nhiều thuốc điều trị toàn thân gây phản ứng có hại đến mắt nhưng trực tiếp là những thuốc được đưa thẳng vào mắt. Thuốc điều trị tại mắt thường là thuốc nhỏ mắt, thuốc mỡ, thuốc tiêm dưới kết mạc, cạnh nhãn cầu, sau nhãn cầu, vào tiền phòng, vào buồng dịch kính. Thuốc hấp thu ít nên thường nồng độ cao 1-2%, có loại 10-15% như neosynephryn.

Gentamicin tiêm dưới kết mạc, cạnh nhãn cầu có thể gây hoại tử kết mạc.

Neomycin dung dịch nhỏ mắt 0,5-1% có thể gây viêm da mi, bờ mi dị ứng, viêm biểu mô giác mạc.

Nhóm corticosteroid như corticoid đơn thuần hay kết hợp kháng sinh có thể gây ra tai biến làm nặng thêm loét giác mạc nhất là loét do virus herpes, viêm giác mạc do nấm, có thể dẫn đến thủng giác mạc. Làm nặng thêm những bệnh do virus herpes và nấm tại mắt. Dùng lâu làm đục thủy tinh thể. Dexamethason và betamethason là hai loại dễ gây tai biến nhất.

- **Đối với bộ máy tiêu hóa:**

+ Thuốc đưa vào cơ thể bằng bất cứ đường nào đều có thể tác động lên bộ máy tiêu hoá với nhiều phản ứng có

hại như buồn nôn, nôn thường là nhẹ, thoáng qua và bớt dần trong quá trình dùng thuốc hoặc tự hết sau khi ngừng thuốc. Nôn nặng thường phản ánh phản ứng của cơ thể do thuốc quá liều. Những thuốc gây phản ứng buồn nôn, nôn thường là thuốc tiết dopamin, nhóm thuốc phen, glycosid trợ tim, thuốc chống ung thư, theophyllin, thuốc cường β_2 . Thuốc gây rối loạn tiêu hóa như ỉa chảy tiêu, hồi lưu dạ dày - thực quản, thậm chí đau thượng vị giả tạo loét, khi dùng nhóm thuốc phen, glycosid trợ tim, thuốc kích thích β_2 adrenergic, thuốc kháng cholinergic, các thuốc tâm thần. Thuốc gây ỉa lỏng, đây là phản ứng thông thường nhất chiếm 7% các phản ứng do thuốc nói chung. Thuốc gây ỉa chảy thực tổn (viêm hồi tràng, viêm hồi - đại tràng, viêm trực - đại tràng) là các kháng sinh nhóm β - lactam (ampicilin), moxalactam, ceftriaxon, cefoperazon gây ỉa chảy trong khoảng 1/4 ca. Các tetracyclin gây ỉa chảy đơn thuần hay triệu chứng toàn thân thường gặp mấy ngày đầu. Nhóm lincosamid (lincomycin, clindamycin) và các macrolid cũng gây ỉa chảy. Glycosid trợ tim, α - metyldopa, oestrogen, progesteron, muối vàng, thuốc chữa ung thư gây ỉa lỏng thực tổn. Nhiều thuốc gây ỉa lỏng cơ năng như sau:

- Thuốc tim mạch: glycosid trợ tim, propranolol, guinidin, guanethidin, α - methyldopa, captopril, ticlopidin.
- Thuốc lợi tiểu: hydroclorothiazid, loại kháng aldosteron (spironolacton, triamteren).
- Thuốc chữa thấp khớp: muối vàng, thuốc chống viêm không steroid như indometacin.
- Thuốc tâm thần: Lithi, clopromazin, fenfluramin.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- Vài loại hormon: thyroxin, flutamid
- Hoá chất chữa ung thư: 5 - fluorouracil, methotrexat, cisplatin, vindesin.

Thuốc tác dụng có hại đối với đường tiêu hoá thường hay kể đến là aspirin, thuốc chống viêm steroid và không steroid gây viêm loét dạ dày và chảy máu dạ dày.

• *Aspirin*: Tác dụng phụ nhẹ (6-33%) của aspirin như ợ nóng, ợ chua, buồn nôn và nôn, nóng rát trong dạ dày nhưng hai phản ứng quan trọng đáng lưu ý là chảy máu dạ dày và viêm loét dạ dày. Chảy máu tiêu hoá xảy ra khi dùng aspirin liều 1,5-3,0g/ngày. Có khi với liều 0,5g/ngày. Nhìn chung lượng máu chảy tăng theo số lần và số lượng aspirin uống. Biến cố chảy máu tiêu hoá thường xảy ra ở người bị loét dạ dày tá tràng, hoặc xơ gan có giãn tĩnh mạch thực quản nhưng cũng có thể xảy ra ở người bình thường do aspirin gây ra một viêm xước dạ dày chảy máu cấp tính. Biến cố này thường hết sau khi ngừng thuốc nhưng cũng có đến 5% tử vong do chảy máu, tỷ lệ có thể lên tới 15% ở người cao tuổi. Sở dĩ aspirin có tác dụng xấu như vậy là do aspirin ức chế mạnh sự tổng hợp prostaglandin nội sinh là yếu tố rất cần cho bảo vệ niêm mạc dạ dày chống lại các yếu tố tấn công do prostaglandin kích thích bài tiết chất nhầy, bicarbonat, duy trì lưu lượng máu đến niêm mạc, hạn chế tiết HCl. Aspirin còn tác động lên yếu tố đông máu, ức chế hoạt tính của tiểu cầu, làm giảm sự bền vững của mao mạch, kéo dài thời gian chảy máu, làm tăng sự tiêu fibrin.

Aspirin gây loét dạ dày khi dùng nhất thời với liều 1g/24 giờ có thể gây ra các bệnh tích ở niêm mạc dạ dày mà rất ít khi ở tá tràng. Nếu aspirin dùng kéo dài có thể

gây loét dạ dày chứ không bao giờ gây loét hành tá tràng, bệnh loét này có thể có nhiều ổ và dễ chảy máu, có khi có biến chứng thủng, thường ở hang vị. Hiện nay người ta có xu hướng cho rằng aspirin có thể kết hợp với vai trò của *Helicobacter pylori* trong bệnh lý dạ dày.

• *Thuốc chống viêm không steroid*: Thuốc chống viêm không steroid là nhóm thuốc thường có những phản ứng có hại về tiêu hoá, có khi rất nặng, thường do 4 cơ chế: ức chế tổng hợp prostaglandin nội sinh, độc tính liên quan đến liều, quá mẫn liên quan với từng cá thể, sự phát sinh các chất chuyển hoá trung gian. Giống như aspirin, tác dụng phụ có thể rất nhẹ như ợ nước, buồn nôn, chán ăn, rối loạn tiêu hoá hoặc đau vùng thượng vị kiểu nóng rát tăng lên sau mỗi lần uống kèm theo nôn. Những biến cố nặng xảy ra như chảy máu tiêu hoá và thủng ống tiêu hoá.

Nguy cơ chảy máu tiêu hoá ở người dùng thuốc chống viêm không steroid thường gấp đôi nhóm chứng và gấp 4 lần người bệnh có cơ địa xấu. Nguy cơ gây chảy máu tùy thuộc loại thuốc sử dụng như azapropazon (23,4 - 31,5%); piroxicam (4,2-19,1%); indomethacin (3,8-13,9%); naproxen (2,7-7,9%); diclofenac (1,7-7,9%); ibuprofen (0,7-6,3%). Thuốc chống viêm không steroid có thể gây thủng cũng như chảy máu dạ dày có thể là biến chứng của một ổ loét sẵn có hoặc đã không được biết đến khi dùng thuốc. Trong thực tế khó xác định mối nhân quả giữa dùng thuốc với thủng dạ dày nhưng cũng nhiều tác giả nêu lên mối liên quan này với tỷ lệ gây bệnh khác nhau. Ngoài những phản ứng có hại ở dạ dày, thuốc chống viêm không steroid có

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

thể gây viêm lợi, viêm thực quản có khi loét thực quản, đôi lúc gây loét hồng tràng, viêm ruột non khi dùng lâu, rối loạn chức năng ruột già dưới dạng ỉa chảy, đau bụng.

- Thuốc chống viêm steroid (các corticoid): đã có nhiều báo cáo nêu lên mối liên quan giữa loét dạ dày tá tràng với việc dùng corticosteroid. Mặc dầu đề xuất này được nhiều người chấp nhận nhưng chưa có số liệu chắc chắn để kết luận mối quan hệ này. Tuy vậy cũng nên thận trọng trong việc dùng corticoid cho người đã bị loét dạ dày tá tràng và cũng không nên dùng lâu liều cao. Đối với ruột, corticoid có thể gây tai biến thủng ruột trong khi điều trị bệnh Crohn và bệnh viêm loét đại trực tràng chảy máu.

- Một số thuốc khác: Nhiều loại thuốc khác như thuốc trung hoà HCl, ức chế tiết HCl, thuốc bao niêm mạc dạ dày cũng có những phản ứng có hại về tiêu hoá. Do đó khi sử dụng cần chú ý về liều lượng thuốc.

6.6. NHỮNG BỆNH HỆ THỐNG KIỂU BỆNH COLAGEN DO THUỐC

Nhiều báo cáo về các thể bệnh do thuốc đặc thù của bệnh collagen khác nhau. Những tổn thương mô liên kết và hệ thống mạch của dưới dạng viêm mao quản hoại tử lan rộng trong những phản ứng dị ứng đã biết từ lâu. Sự biến đổi ở mô liên kết - các sợi collagen phình to ra, ứ đọng, phù, xuất huyết, hoại tử và những biểu hiện thoái hoá khác là do những biến đổi dạng fibrin không chỉ thấy trong bệnh collagen mà còn cả trong những phản ứng dị ứng kiểu tức thì. Bệnh collagen phản ứng được nghiên cứu

về lâm sàng trong khi điều trị dài ngày bằng thuốc chứa iod, sunfanilamid, kháng sinh, butadion và những thuốc khác. Bệnh lupus ban đỏ do thuốc ở bệnh nhân được điều trị bằng procainamid, novocainamid kéo dài.

Một trong những bệnh hệ thống kiểu bệnh collagen do thuốc là tai biến da do thuốc. Tai biến da do thuốc ngày càng nhiều trong đó có cả những loại mỹ phẩm. Tai biến da do thuốc theo đường toàn thân như ban đỏ, thương tổn thường xuất hiện trong tuần đầu sau khi dùng thuốc như penicilin và dẫn xuất, INH, sulfamid, thuốc ngủ, nitrofurantoin, cloramphenicol, erythromycin, tetracyclin, streptomycin v.v...

- Thuốc gây hồng ban nhiễm sắc cố định là thuốc ngủ, sulfamid, tetracyclin, trimethoprim, phenolphthalein, aspirin, codein, nitrofurantoin, dapson (DDS), quinin, paracetamol, phenacetin. Biểu hiện trên lâm sàng là một tổn thương da đơn độc, tiến triển thành một mảng phù có thể xuất hiện những mụn nước, bóng nước và những vảy tiết. Sau giai đoạn cấp là xạm da tồn lưu thay đổi từ màu mầu đến màu đen. Tại vùng da bị thương tổn kèm theo cảm giác nóng rát và ngứa. Lần tái phát sau thường ở vị trí cũ, di chứng xạm da tăng lên. Nơi xuất hiện thường ở môi, thân mình, chân, tay, bàn tay, bộ phận sinh dục. Thời gian tiến triển trung bình 1 đến 2 tuần nhưng có trường hợp dài hơn.

- Thuốc gây phản ứng chậm hoá là kháng sinh nhóm aminoglycosid (gentamycin, kanamycin), procain, sulfa-



mid, xuất hiện ở người bệnh mà trước đó đã mẫn cảm với thuốc bôi như neomycin hay benzocain.

- Thuốc gây đỏ da toàn thân như cimetidin, isoniazid, nitrofurantoin, streptomycin, sulfamid, cloroquin, penicilin, và dẫn xuất cephalosporin, thạch tín, thủy ngân, thuốc ngủ, aspirin, codein, quinidin v.v...

- Thuốc còn gây phản ứng có hại như hoại tử biểu bì nhiễm độc, viêm mao mạch xuất huyết, mẫn cảm ánh sáng, xạm da, bệnh da bong nước, vẩy nến (như thuốc chống sốt rét, thuốc phong bế beta, indometacin, phenylbutazol, quinidin), mụn trứng cá, viêm nang lông (brôm, iod, isoniazid, vitamin B₁₂, cyclosporin, quinidin, các loại corticoid).

6.7. LOẠN KHUẨN DO THUỐC VÀ NHIỄM KHUẨN NỘI SINH

Loạn khuẩn do thuốc là sự phát sinh rối loạn đa dạng trong hệ vi khuẩn của cơ thể. Ngoài xét nghiệm vi khuẩn, sự phát hiện rối loạn khuẩn dựa vào những dấu hiệu lâm sàng xuất hiện những triệu chứng không thuộc về đặc tính của bệnh chính. Để phát hiện những thể tiến triển tiềm tàng của loạn khuẩn cần phải tiến hành xét nghiệm vi khuẩn nhiều lần trên bệnh nhân trong quá trình điều trị. Với mục đích phát hiện những biến đổi trong thành phần vi khuẩn chỉ ở những bệnh nhân có những biểu hiện khác nhau của bệnh do thuốc. Theo tài liệu *Bệnh do thuốc trong lâm sàng bệnh truyền nhiễm* của tác giả Gracheva (1978) thì trong số bệnh nhân theo dõi có 156 nữ và 175 nam, thường ở tuổi trên 40 (86,9%) 15,1% phát hiện thấy vi

khuẩn trong máu không đặc hiệu; 13,5% là tụ cầu khuẩn, có bệnh nhân loạn nấm hoặc loạn khuẩn hỗn hợp.

Bảng VII nêu ra đặc điểm của loạn khuẩn do thuốc phát hiện thấy ở bệnh nhân nghiên cứu, tùy thuộc vào thể và loại của nó.

Bảng VII:

**ĐẶC ĐIỂM CỦA LOẠN KHUẨN DO THUỐC
Ở 149 BỆNH NHÂN ĐƯỢC KHÁM**

Những thể lâm sàng của loạn khuẩn do thuốc	Loại loạn khuẩn do thuốc			Số bệnh nhân
	Loạn khuẩn tụ cầu	Loạn khuẩn nấm (men, mốc)	Loạn khuẩn hỗn hợp (tụ cầu, liên cầu, proteus, nấm mốc)	
Thể tiềm tàng	28	12	10	50
Thể khu trú:				
a) với tổn thương ở niêm mạc, da	1	37	-	38
b) Với tổn thương ở các nội tạng	5	6	-	11
Loạn khuẩn tiến triển có vi khuẩn trong máu	20	1	2	23
Loạn khuẩn tiến triển có vi khuẩn trong máu và những ổ nhiễm khuẩn nội sinh	22	-	-	22
Loạn khuẩn tiến triển với những biểu hiện nhiễm khuẩn mủ huyết rõ ràng	5	-	-	5
Tổng số bệnh nhân	81	56	12	149

Hiện nay, tuyệt đại đa số những trường hợp mắc bệnh tụ cầu là hậu quả của loạn khuẩn do thuốc phát triển trên cơ địa tính phản ứng của cơ thể bị biến đổi và giảm chức năng hàng rào hệ nội mô đại thực bào. Tính chất loạn khuẩn tụ cầu do thuốc còn có thể ẩn không có triệu chứng lâm sàng. Loạn khuẩn tụ cầu do thuốc thể hiện tổn thương cư trú ở nội tạng và ngoài da, viêm phổi tụ cầu, viêm tiểu đại tràng tụ cầu, tổn thương mủ ngoài da. Nhiều loại thuốc có thể gây loạn khuẩn trong đó cần chú ý kháng sinh mạnh tiêu diệt phần lớn các vi khuẩn gây bệnh nhưng có những vi khuẩn tồn tại là những chủng kháng mạnh với những kháng sinh đó, nên tiêu diệt chúng rất khó khăn chẳng hạn phát sinh chủng *clostridium difficile* tiết độc tố được phát hiện từ cấy phân có tỷ lệ 50% do dùng kháng sinh nhóm β - lactam. Kháng sinh còn phát sinh ra nấm như loại *Candida albicans* do môi trường sinh thái đảo lộn. Dùng corticoid và thuốc chống ung thư có thể tạo điều kiện loạn khuẩn đặc biệt đối với phổi gây nhiễm khuẩn phát triển như lao, nấm phổi.

7. NGỘ ĐỘC THUỐC - XỬ LÝ ĐIỀU TRỊ

Hầu hết các thuốc là chất độc đối với cơ thể cho nên nhiều trường hợp ngộ độc thuốc trong đó có những trường hợp tử vong. Do đó khi bị ngộ độc thuốc phải xử lý kịp thời, nếu ngộ độc nhẹ, tại chỗ thì sau khi ngừng thuốc, cơ thể hồi phục trở lại. Nhưng khi ngộ độc nặng bắt buộc phải đưa bệnh nhân vào bệnh viện cấp cứu.

7.1. CÁC BIỆN PHÁP CHUNG CẤP CỨU NGỘ ĐỘC

7.1.1. SUY GIẢM CHỨC NĂNG HÔ HẤP

Chức năng hô hấp của bệnh nhân bị suy giảm mạnh, hôn mê có thể kéo lưỡi rụt vào gây tắc thở. Trong trường hợp này phải kéo lưỡi, tháo gỡ hàm giả, hút các chất bài xuất ở miệng, giữ hàm ra phía trước, lồng ống thông. Đặt bệnh nhân nằm nghiêng, đầu thấp để các chất nôn dờm giải không bị chảy vào. Bệnh nhân nặng cần đặt ống thông nội khí quản cho thở oxy. Không nên dùng chất kích thích hô hấp vì có khả năng gây nguy hiểm.

7.1.2. HẠ HUYẾT ÁP

Ngộ độc barbiturat nặng huyết áp giảm, huyết áp tâm thu dưới 80mmHg có thể dẫn đến tổn thương não không hồi phục và hoại tử thận, cần cho thở oxy, tiêm truyền dịch.

- Tiêm truyền máu toàn phần, hoặc truyền huyết tương, tiêm dịch truyền dextran trong trường hợp sốc giảm thể tích máu.
- Hiệu chỉnh rối loạn thăng bằng nước và điện giải trong các rối loạn nặng, thứ phát sau nôn và ỉa chảy.
- Hiệu chỉnh thiếu oxy mô trong trạng thái suy hô hấp.
- Chữa triệu chứng giảm huyết áp bằng cách dùng thuốc kiểu giao cảm một cách cẩn thận, kiểm tra thường xuyên áp lực động mạch.

7.1.3. HẠ THÂN NHIỆT

Người có tuổi bị hôn mê sâu thường hạ thân nhiệt sau vài giờ bị ngộ độc barbiturat hoặc phenothiazin, có thể bị bỏ qua; lấy nhiệt độ ở hậu môn. Cách giải quyết cấp cứu hạ thân nhiệt tốt nhất là đắp chăn để giữ thân nhiệt.

7.1.4. LOẠN NHỊP TIM

Ngộ độc cấp có thể gây loạn nhịp tim nhất là khi dùng các thuốc chống trầm cảm ba vòng, đôi khi do sự điều chỉnh tình trạng giảm oxy - mô cơ bản hoặc nhiễm acid. Nếu loạn nhịp tâm thất dai dẳng đe dọa tính mạng mà điện tâm đồ cấp tốc khẳng định thì cần điều trị bằng lidocain hydroclorid 50 đến 100mg tiêm tĩnh mạch. Loạn nhịp trên thất ít khi nguy hiểm ngay đến tính mạng và có thể tạm không dùng thuốc cho đến lúc bệnh nhân tới bệnh viện.

7.1.5. KHỬ CHẤT ĐỘC KHỎI DẠ DÀY

Vấn đề khử chất độc ở dạ dày được tranh cãi vì sự nguy hiểm của việc tháo ruột dạ dày phải được cân nhắc so với độc tính của chất độc đã dùng, cần xét về số lượng chất độc đã dùng, mức độ nghiêm trọng của sự nhiễm độc, thời gian đã trôi qua từ khi ngộ độc. Có thể không cần hành động nếu ngộ độc nhẹ hoặc bệnh nhân đến quá chậm. Giá trị của việc hút tháo dạ dày bằng phương pháp rửa dạ dày hoặc dùng thuốc gây nôn ít hiệu quả nếu dùng thuốc độc đã quá 4 giờ. Tuy nhiên việc hút tháo dạ dày có giá trị với salicylat trước 24 giờ, các thuốc chống trầm cảm 3 vòng trước 8 giờ. Nguy hiểm chủ yếu của việc rút tháo và rửa dạ dày là thức ăn lạc vào khí đạo. Do vậy

không nên làm đối với bệnh nhân bán hôn mê hay hôn mê, trừ khi phản xạ còn tốt hoặc đã bảo vệ đường hô hấp bằng ống thông vén. Không nên đặt ống thông nếu bị ngộ độc bằng chất ăn mòn do nguy cơ gây thủng.

Dùng thuốc gây nôn như ipecacuanha thì có lợi cho trẻ em và cũng có tác dụng đối với người lớn. Cách làm này an toàn nếu người bệnh còn ý thức nếu chất độc không phải là chất ăn mòn và không phải sản phẩm của dầu mỡ.

7.1.6. CÁC THUỐC HẤP PHỤ ĐƯỜNG UỐNG

Chất hấp phụ là than hoạt an toàn và đặc biệt có ích để ngăn ngừa sự hấp thu các chất độc ở liều nhỏ. Thí dụ các chất chống trầm cảm. Liều dùng than hoạt thường là 5-10g uống với nước. Uống nhắc lại sau mỗi khoảng cách thời gian cho tới tổng liều 50g hay hơn nữa. Nên dùng công thức pha chế than hoạt sủi bọt. Thuốc giải độc thường dùng 2 phần than, 1 phần acid tanic, 1 phần magnesi oxyd, dùng giải độc acid, alcaloid, một số muối kim loại nặng. Cách khác pha 50-100g than hoạt với nước sorbitol, cho uống càng sớm càng tốt.

Than hoạt có đặc tính hấp thụ hầu hết các loại thuốc, ngăn cản thuốc hấp thu thêm ở ống tiêu hoá. Trừ các trường hợp chất kiềm, cyanua, sulfat sắt và các acid vô cơ. Cũng có một số thuốc như theophylin, phenobarbital, carbamazepin có thể ngược trở lại vào từ máu vào ruột. Không nên cho uống than hoạt cùng chất đối kháng vì than hoạt vô hiệu hoá chất đối kháng. Không nên dùng than hoạt cùng một lúc với ipeca vì khó phân biệt với

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

chất nôn và không nên dùng than hoạt nếu định soi ống mềm.

7.1.7. LOẠI TRỪ THUỐC ĐÃ HẤP PHỤ CHỦ ĐỘNG

Phương pháp này chỉ tiến hành ở bệnh viện đối với một số ít bệnh nhân bị ngộ độc nặng với một số loại chất độc mà thôi.

- Bài niệu kiềm hoá bắt buộc đưa pH nước tiểu đạt 7,5-9,0 gây tăng thải trừ các thuốc là acid yếu như salicylat, barbitat, phenobarbitat. Dung dịch natri bicarbonat 50-100mEq pha với 1 lít dung dịch NaCl 0,45% truyền với tốc độ 200-250ml/giờ trong 1-2 giờ đầu. Theo dõi sát để tránh thừa nước nhất là ở người già. Dùng dung dịch kiềm và thuốc lợi tiểu sao cho duy trì lượng nước tiểu 2-3ml/kg/giờ. Trong ngộ độc salicylat bổ sung kali luôn luôn cần thiết.

- Bài niệu toan hoá bắt buộc ngày nay không dùng cho bất cứ trường hợp nào.

Hiện nay các phương pháp lọc máu ngoài cơ thể để loại trừ chất độc đặc biệt như phương pháp chạy thận nhân tạo và phương pháp hấp phụ máu. Lọc màng bụng hoặc thận nhân tạo có hiệu quả cao nhất với độc tố hoà tan trong nước có phân tử lượng nhỏ, gắn yếu ới với protein của huyết tương như lithi, methanol, salicylat. Phương pháp hấp phụ máu thải trừ độc tố nhờ hấp phụ trực tiếp có hiệu quả hơn lọc màng bụng và thận nhân tạo. Phương pháp này có tác dụng trong ngộ độc barbiturat, thuốc an thần gây ngủ, thuốc tan trong mỡ nhưng ít tác dụng trong thuốc chống trầm cảm có nhân vòng.

7.2. NGỘ ĐỘC CÁC LOẠI THUỐC

7.2.1. NGỘ ĐỘC CÁC THUỐC AN THẦN KINH

Các thuốc chính: clopromazin, fluphenazin, haloperidol và các thuốc tương tự.

Độc tính: tử vong với liều giữa 15 và 150mg/kg clopromazin (2-4 lần liều điều trị hằng ngày); liều 2g mỗi ngày đôi khi phải đạt tới ở những bệnh nhân tâm thần, có thể gây chết ở một thanh niên dùng liều này một cách ngẫu nhiên để tự sát.

Triệu chứng

- Nhiễm độc cấp: giảm huyết áp, nhịp tim nhanh, mất điều hoà, bí tiểu tiện, hôn mê, đôi khi chết đột ngột do loạn nhịp tâm thất.

Điều trị: giữ thông suốt các đường hô hấp, hô hấp hỗ trợ nếu cần; rửa dạ dày nếu vừa mới uống; truyền dung dịch natri clorid đẳng trương hay máu trong trường hợp giảm huyết áp nặng, tránh dùng các chất giống giao cảm; hội chứng ngoại tháp được điều trị bằng tiêm tĩnh mạch chậm một thuốc kháng histamin (dexclopheniramin) hay một thuốc chống Parkinson kháng tiết cholin (biperiden); người ta khuyên dùng phenytoin bằng đường tĩnh mạch trong trường hợp loạn nhịp tâm thất nguy hiểm.

7.2.2. NGỘ ĐỘC ATROPIN VÀ CÁC THUỐC TỔNG HỢP CHỐNG TIẾT CHOLIN

Các thuốc chống tiết cholin chính: atropin và các thuốc chống tiết cholin.



THƯ VIỆN
Y KHOA

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Độc tính: tử vong ở trẻ em được thông báo từ 10mg atropin. Các dẫn xuất tổng hợp ít độc hơn; liều gây chết ước tính thay đổi giữa 10 và 100mg/kg.

Triệu chứng: giãn đồng tử, nhịp tim nhanh, khô niêm mạc, sốt cao, kích động vận động, co giật, suy giảm hô hấp, hôn mê.

Điều trị:

- Rửa dạ dày (sau khi luôn ống) với than hoạt rồi thuốc tẩy muối. Vì các thuốc chống tiết cholin làm chậm nhu động ruột cũng nên rửa dạ dày ngay cả nhiều giờ sau khi uống chất độc.

- Physostigmin: thuốc chống trầm cảm. Tiêm tĩnh mạch chậm dưới sự theo dõi thường xuyên lâm sàng và điện tâm đồ; khi có biến chứng (co thắt phế quản, giảm huyết áp kèm theo chậm nhịp tim), tiêm atropin trở lại (1-2mg).

- Các biện pháp khác: đặt ống thông nước tiểu; phenytoin tĩnh mạch trong trường hợp co giật; đắp lạnh và tiêm corticoid tĩnh mạch với liều thông thường nếu có sốt cao (pretnisolon); điều chỉnh các rối loạn nước - điện giải; thẩm phân lọc máu không có hiệu quả.

7.2.3. NGỘ ĐỘC MUỐI BISMUT

Các thuốc chính: các muối tan được của bismut trước đây được dùng trong điều trị giang mai; các muối không tan được (nitrat basic, carbonat, salicylat) đã được dùng nhiều để chống đại tiện lỏng và "bảo vệ niêm mạc ruột". Bây giờ chúng đã bị rút khỏi thị trường.

Độc tính: dùng lâu ngày các muối không tan được của bismut gây các tổn thương hệ thần kinh trung ương.

Triệu chứng: rối loạn tâm thần, các cơn co giật thường thuộc loại giật cơ, bệnh não. Xuất hiện bismut trong huyết tương; nếu vừa mới uống, xuất hiện chất cản quang trong đại tràng.

Điều trị: ngừng thuốc; thuốc chống co giật, thuốc làm dịu; tác dụng của một chelator như edetat canxic disodic, đang được bàn cãi trong ngộ độc bismut.

7.2.4. NGỘ ĐỘC BROMID

Các thuốc chính: các loại thuốc làm dịu này hiện nay ít dùng; ở dưới dạng muối natri, kali hay calci bromid, còn có calci bromo - galacto - gluconat (calcibronat). Các bromid thường được kết hợp với các thuốc làm dịu thứ yếu khác và bán ra không cần đơn. Bromisoval và carbomal cũng có chứa brom.

Độc tính: tử vong rất hiếm; triệu chứng nặng từ 6-8g một muối tan được. Brom tích lũy trong cơ thể và dùng lâu ngày ngay cả với liều điều trị, cũng có thể gây ngộ độc mạn tính.

Triệu chứng:

– Nhiễm độc cấp tính: buồn nôn, nôn, đau bụng, kích động tâm thần – vận động, tiếp theo là trầm cảm và hôn mê.

– Nhiễm độc mạn tính: trúng cá, rối loạn tâm thần (mất trí nhớ, rối loạn hành vi, dễ bị kích thích), rối loạn thần kinh (run, mất điều hòa, loạn vận ngôn). Tỷ lệ bromid trong máu trên 0,5g/l.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Điều trị:

- Dùng natri clorid: 1g trong nước, từng 30-60 phút hay tiêm tĩnh mạch (dung dịch đẳng trương 2-3 lít). Có thể kết hợp cùng một thuốc lợi tiểu loại thiazid.

- Các biện pháp khác: hô hấp hỗ trợ nếu suy giảm hô hấp; thẩm phân lọc máu có hiệu quả trong các trường hợp nặng.

7.2.5. NGỘ ĐỘC CÁC THUỐC CHỐNG ĐÔNG MÁU

Độc tính

- Các dicumarin, phenindion và các dẫn xuất của nó (warfarin): rất thay đổi; xuất huyết nặng giữa 10 và 100mg/ngày. Uống 1 lần duy nhất ngay cả một liều lớn, thường không gây chết.

- Heparin: hội chứng xuất huyết từ 30.000 đ.v. (khoảng 300mg) trong vài giờ.

Triệu chứng: tạng xuất huyết hay hội chứng xuất huyết khu trú (tiêu hoá, não, tiết niệu, phổi v.v...) kéo dài thời gian protrombin với những thuốc chống đông máu dùng uống.

Nhưng nguy cơ xuất huyết không phải bao giờ cũng tỷ lệ với kéo dài thời gian protrombin; kéo dài thời gian đông máu với heparin. Có nhiều thuốc và nhất là acid acetylsalicylic và những thuốc chống viêm, làm tăng tác dụng của những thuốc chống đông máu dùng uống (warfarin). Các xuất huyết tiêu hoá và tiết niệu do các thuốc chống đông máu thường biểu lộ bệnh lý đã có từ trước (loét, ung thư, sỏi).

Điều trị

- Truyền máu, truyền huyết tương tươi, hay phần gây đông của huyết tương (P.P.S.B) trong xuất huyết nặng.

- Thuốc giải độc

a) Quá liều thuốc chống đông máu dùng uống: dùng phytomenandion (vitamin K1), 20 - 100mg tiêm tĩnh mạch chậm. Phytomenadion không có tác dụng tức thì và không thể thay thế truyền máu tươi trong trường hợp xuất huyết nguy kịch.

b) Quá liều heparin dùng protamin sunfat 50mg tiêm tĩnh mạch chậm, nhắc lại sau 15 phút nếu cần.

7.2.6. NGỘ ĐỘC THUỐC CHỐNG LOẠN NHỊP

- **Ajmalin:** triệu chứng ngộ độc: bloc nhĩ - thất, rối loạn dẫn truyền nội tâm thất, suy tim

Điều trị: thuốc kích thích tim, điều trị triệu chứng suy tim.

- **Amiodaron:** triệu chứng ngộ độc: nhịp tim xoang cực chậm, biến dạng sóng T, sóng U có biên độ lớn, rối loạn nhịp, đặc biệt là "xoắn các đỉnh".

Điều trị: isoprenalin.

- **Procainamid:** *nhễm độc cấp tính:* loạn nhịp trầm trọng (nhịp tim nhanh hoặc rung tâm thất, sau đó ngừng tim) có thể xảy ra từ 200 - 300mg tiêm quá nhanh qua đường tĩnh mạch. Điều trị: ngừng tuần hoàn - hô hấp.

Nhiễm độc mạn tính: hội chứng của lupus ban đỏ, có thể hồi phục sau khi ngừng thuốc, mất bạch cầu hạt. Điều trị theo triệu chứng.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- **Quinidin** loạn nhịp trầm trọng có thể xảy ra với những liều điều trị: ù tai, rối loạn thị giác, nhức đầu, chóng mặt, rung giật nhĩ cầu, đại tiện lỏng, giảm huyết áp, chậm nhịp tim, rối loạn nhịp và dẫn truyền; đôi khi ban xuất huyết giảm tiểu cầu.

Điều trị: than hoạt, rửa dạ dày; dopamin (hay dobutamin) trong trường hợp giảm huyết áp trầm trọng; thuốc kích thích tim trong trường hợp nhịp tim chậm đáng lo ngại hoặc bloc nhĩ - thất; tiêm tĩnh mạch dung dịch natri lactat 1/6 phân tử gam (18,6g/l hay 166 mmol natri và lactat mỗi lít) làm hạ tỷ lệ quinidin huyết tương tự do; bài niệu bắt buộc; thẩm phân lọc máu không hiệu quả.

7.2.7. NGỘ ĐỘC THUỐC CHỐNG TRẦM CẢM

Các thuốc chống trầm cảm chính: đại diện của các dẫn xuất ba vòng (tricyclic) là amitriptylin; các chất tương tự, đặc biệt là imipramin, desipramin, nortriptylin, dibenzepin và những chất họ hàng khác gây những tác dụng phụ tương tự như của amitriptylin.

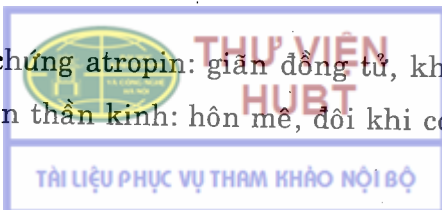
Độc tính: với amitriptylin, triệu chứng nghiêm trọng từ 1,5g và tử vong từ 5g ở người lớn, 1g ở trẻ em.

Triệu chứng

- Rối loạn tim: nhịp tim nhanh, ngoại tâm thu, bloc nhĩ - thất và (hay) nội tâm thất, ngoại tâm thu nhiều ổ, có thể chuyển thành nhịp tim nhanh và rung tâm thất, sốc do tim.

- Triệu chứng atropin: giãn đồng tử, khô niêm mạc.

- Rối loạn thần kinh: hôn mê, đôi khi có kèm co giật.



- Chẩn đoán và tiên lượng của nhiễm độc có thể xác định bằng cách đo phổ quang của các chất ba vòng trong máu.

Điều trị

- Giữ thông suốt đường hô hấp, hô hấp hỗ trợ.
- Rửa dạ dày (sau khi luồn ống) với than hoạt.
- Physostigmin tiêm tĩnh mạch chậm với liều 0,03mg/kg, nhắc lại 10-15 phút sau nếu các dấu hiệu kháng tiết cholin không thuyên giảm.

- Rối loạn nhịp: kiểm hoá dưới sự kiểm tra thường xuyên của điện tâm đồ; dung dịch ưu trương natri hydrocarbonat 50mmol, nhắc lại tùy theo sự tiến triển (pH động mạch không được quá 7,5) và vừa điều chỉnh tình trạng giảm kali huyết nếu có. Các thuốc chống loạn nhịp thường khó sử dụng và có hiệu quả đáng ngờ trong nhiễm độc này. Có thể thử dùng phenytoin tiêm tĩnh mạch chậm với liều 0,5mg/kg.

- Các biện pháp khác: dopamin hay dobutamin trong trường hợp sốc do tim; điều chỉnh các rối loạn nước - điện giải; bài niệu ép buộc và thẩm phân lọc máu không có hiệu quả.

7.2.8. NGỘ ĐỘC COCAIN

Độc tính: tử vong do dùng thuốc bằng đường uống rất hiếm; các triệu chứng nhiễm độc xuất hiện sau khi uống 1-2g. Độc tính bằng đường niêm mạc hay tĩnh mạch tùy thuộc mức nhạy cảm của từng người, tử vong được mô tả với liều từ 50mg. Người ta hít cocain hay tiêm tĩnh mạch; hít khói từ sự đốt cháy cocain có những tác dụng nhanh và mạnh. Cocain không

gây chịu thuốc hay lệ thuộc thuốc cho cơ thể: sự lệ thuộc chỉ riêng về mặt tâm lý.

Triệu chứng: dưới tác dụng của chất ma túy, người nghiện cảm thấy sáng khoái, thêm sức mạnh, bị kích động, mất ngủ và có thể có những vi ảo giác, kích động tâm thần - vận động và chiều hướng đi tới những hành động hung dữ. Khám bệnh thấy giãn đồng tử, thở nhanh sâu, tăng huyết áp động mạch, run cơ lẫn tần. Người nghiện có khuynh hướng rút ngắn khoảng cách dùng thuốc và tăng liều. Việc ngừng thuốc không kéo theo hội chứng cai nghiện giống như morphin, nhưng những triệu chứng trầm cảm nặng có thể xảy ra.

Điều trị: liệu trình giải độc tại cơ sở chuyên khoa thì lâu dài và khó khăn.

7.2.9. NGỘ ĐỘC COLCHICIN

Độc tính: nhiễm độc nặng từ 0,5mg/kg, theo đường miệng.

Triệu chứng: đại tiện lỏng nhiều, rối loạn nước - điện giải, tạng xuất huyết với giảm rõ rệt tỷ lệ protrombin, mất bạch cầu hạt, giảm tiểu cầu.

Điều trị: điều chỉnh các rối loạn nước - điện giải; truyền huyết tương tươi.

7.2.10. NGỘ ĐỘC CURA

Các chế phẩm chính: galamin (nguyên mẫu của các chất cura không khử cực hay pachycura) và suxamethonium (nguyên mẫu của các chất cura khử cực hay leptocura).

Độc tính: giữa liều điều trị và liều độc gây ngừng thở có khoảng cách hẹp. Một số người (1 trên 2000) có

cholinesterase không điển hình và thủy phân từ từ các chất cura khử cực. Các polymixin và các aminoglycozid làm tăng tác dụng của tất cả các loại cura; ngoài ra, procain tăng tác dụng của các leptocura, trong khi quini-din, propranolol, procainamid và sự giảm kali huyết làm tăng tác dụng của các pachycura.

Triệu chứng: giảm huyết áp, khó nuốt, liệt các đầu chi, ngừng hô hấp. Sốt ác tính có thể xảy ra sau khi tiêm suxamethonium.

Điều trị:

- Hô hấp hỗ trợ.

- Thuốc giải độc của các pachycura là neostigmin hay edrophonium. Không có thuốc giải độc với các leptocura, với chúng cần hô hấp hỗ trợ cho tới khi hô hấp tự động trở lại.

7.2.11. NGỘ ĐỘC DIGITALIN

Các chế phẩm chính: digitoxin và digoxin. Deslanosid, digilanit, gitalin và strophanthin có tác dụng như nhau.

Độc tính: liều gây tử vong là giữa 20-50 lần liều duy trì hàng ngày (0,1mg với digitoxin và 0,25mg với digoxin).

Triệu chứng: buồn nôn, nôn, đại tiện lỏng; yếu cơ, rối loạn thị giác với loạn sắc giác, lẫn tâm thần; rối loạn nhịp, nhịp tim chậm, cơn ngoại tâm thu, giảm huyết áp, ngừng tim. Điện tâm đồ có thể có những bất thường sau: bloc nhĩ - thất, ngoại tâm thu thất, thường là có mạch nhịp đôi, đôi lúc thành cơn, nhịp tim nhanh bộ nối, nhĩ hay thất, đôi lúc "luân chiều" (một phức hệ QRS dương

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

xen kẽ với một phức hệ QRS âm), hạ thấp S-T. Các triệu chứng xuất hiện với digitoxin huyết trên 30ng/ml (40nmol/l) hay digoxin huyết trên 2,0ng/ml (2,6 nmol/l).

Điều trị:

- Rửa dạ dày nếu vừa mới uống, sau đó dùng than hoạt, hô hấp hỗ trợ và kích thích tim qua tĩnh mạch nếu cần. Kiểm tra điện tâm đồ thường xuyên. Chuyển bệnh nhân đến một trung tâm hồi sức. Nếu không thể vận chuyển được, làm theo những bước sau:

+ Điều chỉnh bằng đường miệng hay tĩnh mạch mỗi khi có giảm kali huyết. Tỷ lệ kali phải đạt 4,5 - 5mEq/l. Không bao giờ tiêm muối calci, các thuốc giống giao cảm hoặc các thuốc lợi niệu (nguy cơ loạn nhịp thất nặng).

+ Atropin tiêm tĩnh mạch với liều 0,5 - 1mg nếu có bloc nhĩ thất.

+ Loạn nhịp tâm thất: phenytoin, lidocain, propranolol bằng đường tĩnh mạch nếu loạn nhịp tâm thất không được kiểm chế bằng cách điều trị chứng giảm kali huyết.

+ Các kháng thể kháng digitoxin và kháng digoxin: có lẽ nhanh chóng đem lại những kết quả khả quan.

7.2.12. NGỘ ĐỘC THUỐC GÂY Mê

Những thuốc gây mê chính: clorofoc, ete, halothan, methoxyfluran là những chất lỏng dễ bay hơi, có thể gây ngộ độc bằng đường tiêu hoá; cyclopropan và protoxyd azot là những thuốc gây mê thể khí.

Độc tính: tử vong với liều từ 10ml với clorofoc, 30ml với ete, 10ml với halothan.

Triệu chứng: suy giảm hô hấp, giảm huyết áp, loạn nhịp, ngừng tim. Một số trường hợp suy thận đã được ghi sau khi dùng methoxyfluran. Sốt ác tính là một biến chứng hiếm thấy của gây mê.

Điều trị: hô hấp hỗ trợ; dung dịch natri clorid đẳng trương hay truyền máu trong trường hợp giảm huyết áp; trong trường hợp hoại tử gan hay suy thận, điều trị theo triệu chứng; sốt ác tính đòi hỏi làm lạnh cơ thể và dùng corticoid tiêm tĩnh mạch liều thông thường.

7.2.13. NGỘ ĐỘC THUỐC GÂY NGỦ VÀ AN THẦN

Các thuốc chính

- Barbituric: phenobarbital.
- Benzodiazepin: diazepam.
- Các thuốc làm dịu và thuốc ngủ khác: alcol, carbamat, dicarbamat, parandehyd, piperidinedion, methaqualon, v.v...

Độc tính:

- Barbituric: tử vong với liều từ 1,5g với các barbituric “chậm” (phenobarbital, amobarbital) khi tỷ lệ trong huyết tương trên 5mg/100ml, và 2g với các barbituric “nhanh” (butobarbital, secobarbital) tỷ lệ trong huyết tương trên 3mg/100ml.

- Thuốc làm dịu và gây ngủ không có barbituric: liều gây tử vong thay đổi giữa 0,1g - 0,5g/kg. Cloral có thể rất độc với một số người (tử vong từ 30mg/kg). Rất hiếm khi có tử vong do benzodiazepin.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Triệu chứng: nhiều khi thấy có khái niệm về tự tử của thuốc độc. Hôn mê yên tĩnh, giảm trương lực và mất phản xạ cơ, thở chậm, nông, giảm huyết áp, xanh tím. Nếu hôn mê kéo dài, thì các biến chứng hay gặp là viêm phế quản - phổi, phù phổi, phù não.

Điều trị:

- *Giữ thông suốt các đường hô hấp;* hô hấp hỗ trợ nếu cần, và kiểm tra nhiều lần bằng đo khí động mạch (áp suất O_2 động mạch giữa 70 và 100mmHg, áp suất CO_2 động mạch dưới 40mmHg).

- *Rửa dạ dày* sau khi luồn ống nếu bệnh nhân có rối loạn ý thức; dùng than hoạt, rồi thuốc tẩy muối, trừ ra với meprobumat và glutethimide, hai thuốc này tan trong lipid và cần phải dầu thầu dầu.

- *Thuốc giải độc:* không có thuốc nào giải được các thuốc làm suy giảm hệ thần kinh trung ương. Các thuốc tăng sức hô hấp đã bị bỏ.

- *Bài niệu:* cần phải duy trì một mức bài niệu đủ, ít nhất cũng là 0,5ml/kg mỗi giờ. Trong ngộ độc phenobarbital, các ý kiến không thống nhất về tác dụng của bài niệu ép buộc với kiềm hoá nước tiểu bằng natri hydrocarbonat.

- *Thẩm phân lọc máu:* chỉ định khi barbituric huyết vượt quá 15mg/ 100ml với các barbituric "chậm" hay 10g/100ml với các barbituric "nhẹ". Ngoài ra còn chỉ định trong các ngộ độc sau: cloral, paraldehid, meprobumat và các barbumat khác. Thẩm phân lọc máu không

có tác dụng trong các nhiễm độc diazepam và các benzodiazepin, glutethimide, methaqualon, methyprylon.

- *Các biện pháp khác:* giữ cân bằng nước - điện giải; ủ ấm bệnh nhân bằng túi nước nóng trong trường hợp hạ nhiệt độ, đắp chăn lạnh khi sốt cao; điều trị tình trạng sốc bằng dopamin hay dobutamin; liệu pháp kháng sinh thích hợp nếu viêm phổi; furosemid tiêm tĩnh mạch nếu phù phổi.

DÁNH GIÁ ĐỘ SÂU CỦA HÔN MÊ (THANG GLASGOW)

Đáp ứng mắt (mở mắt): tự nhiên (= 4 điểm); khi gọi (= 3 điểm); khi gây đau (= 2 điểm); không chút nào (= 1 điểm).

Trả lời bằng lời (cho một câu hỏi): bình thường (= 5 điểm); lẫn lộn (= 4 điểm); từng tiếng rời rạc (= 3 điểm); ú ớ (= 2 điểm); không chút nào (= 1 điểm).

Trả lời bằng cử động các chi trên (khi có một mệnh lệnh hay một kích thích đau): thực hiện đúng (= 6 điểm); khởi đầu có điều khiển (= 5 điểm); gấp đơn giản (= 4 điểm); gấp một cách máy móc (= 3 điểm); duỗi một cách máy móc (= 2 điểm); không chút nào (= 1 điểm).

Giải thích: tối đa = 15 điểm; mất vỏ não = 5 điểm; mất não = 4 điểm.

7.2.14. NGỘ ĐỘC THUỐC GÂY TÊ

Đường xâm nhập: những tác dụng phụ có thể xảy ra sau khi tiêm thuốc gây tê (bupivacain, lidocain, tetracain) hoặc sau khi đắp lên niêm mạc, thuốc được hấp thụ rất nhanh; một số thuốc bị bất hoạt trong ống tiêu hoá. Tuy nhiên uống những liều lớn chúng có thể gây methemoglobin huyết.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Độc tính: với những bệnh nhân nhạy cảm, liều rất nhỏ có thể gây những tai biến nặng; dù là tiêm hay đắp lên niêm mạc, chỉ nên dùng liều tối thiểu đủ gây tê.

Triệu chứng

- Hội chứng thần kinh: ù tai, ám điểm lấp lánh, vật vã, thở nhanh sâu, xanh xao; trong những trường hợp nặng, co giật kèm theo suy giảm hô hấp và hôn mê.

- Hội chứng mạch: giảm huyết áp, trạng thái sốc, tim đập nhanh, suy giảm hô hấp.

Điều trị

- Hội chứng thần kinh: nếu có thể, rửa các niêm mạc có dính thuốc tê; đặt một garô vào chi đã tiêm thuốc; đắp nước đá lên điểm tiêm; hô hấp hỗ trợ cho bệnh nhân giữa các cơn co giật mà thường là ngừng tự nhiên; diazepam tiêm tĩnh mạch hoặc cura chỉ được dùng trong những trường hợp có cơn co giật liên tiếp, đe dọa tính mạng bệnh nhân.

- Hội chứng mạch: truyền dung dịch natri clorid đẳng trương, truyền máu, thuốc giống giao cảm. Tiên lượng dè dặt.

- Xanh metylen trong trường hợp methemoglobin huyết.

Ghi chú. Hội chứng thần kinh và trạng thái sốc sau gây tê cần được phân biệt với ngất đơn giản phế vị - phế vị xảy ra ở những người dễ xúc cảm, bị xúc động trước khung cảnh y tế. Trong trường hợp này, mạch chậm nhưng nhảy. Các triệu chứng giảm khi bệnh nhân được nằm dài.

7.2.15. NGỘ ĐỘC THUỐC GIẢM GLUCOSE HUYẾT

Các chế phẩm chính: insulin và đái tháo đường, glibenclamid và biguanid.

Độc tính

- Insulin: ở người có cân nặng trung bình, có mức ăn bình thường, phải đến một trăm đơn vị insulin mới gây được giảm glucose huyết nghiêm trọng. Ở người gầy và thiếu ăn, mười đơn vị insulin cũng đủ gây giảm glucose huyết. Propranolol, levodopa, alcol, các chất ức chế monoamin oxydase làm tăng tác dụng của insulin.

- Sunfonylure: tác dụng giảm glucose huyết không dự kiến được, với những liều rất khác nhau. Aspirin, các thuốc chống đông dùng uống, alcol, phenylbutazon và cloramphenicol làm tăng tác dụng của các sunfonylurê.

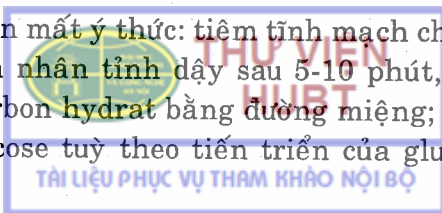
- Biguanid : có thể gây nhiễm acid lactic, nhất là ở những người suy thận.

Triệu chứng: đói, run, vã mồ hôi, nhịp tim nhanh, co giật, hôn mê, dấu hiệu Babinski. Glucose huyết dưới 50mg/100ml (2,75mmol/l). Các biguanid có thể gây nhiễm acid lactic giống như hôn mê đái tháo đường về mặt lâm sàng.

Điều trị

- Bệnh nhân còn ý thức: cho uống nước ngọt (nước đường, nước trái cây).

- Bệnh nhân mất ý thức: tiêm tĩnh mạch chậm 0,5-1mg glucagon; bệnh nhân tỉnh dậy sau 5-10 phút, như vậy có thể cho các carbon hydrat bằng đường miệng; hoặc truyền tĩnh mạch glucose tùy theo tiến triển của glucose huyết.



7.2.16. NGỘ ĐỘC THUỐC GIỐNG PHÓ GIAO CẨM

Các thuốc chính: edrophonium, neostigmin, pilocarpin, pyridostigmin.

Độc tính: tử vong được thông báo với liều từ 10mg neostigmin bằng đường tĩnh mạch hay dưới da, 60mg bằng đường uống; 300mg pyridostigmin bằng đường uống.

Triệu chứng: giảm huyết áp, khó tiểu tiện, đau mót đại tiện, co đồng tử, co thắt khí quản, suy hô hấp.

Điều trị: atropin 1-2mg tiêm tĩnh mạch, nhắc lại tùy theo sự tiến triển; hô hấp hỗ trợ.

7.2.17. NGỘ ĐỘC THUỐC GIỐNG GIAO CẨM

Các thuốc chính: epinephrin (adrenalin) và các thuốc tương tự, dopamin, ephedrin, soprenalin, salbutamol; các amphetamin có vai trò quan trọng trong các nhiễm độc.

Độc tính: rất thay đổi; ở người không nghiện ma túy, tử vong có thể xảy ra với liều từ một gam amphetamin.

Triệu chứng: nhịp tim nhanh, trước hết tăng huyết áp, tiếp theo là giảm huyết áp, giãn đồng tử, buồn nôn, nôn, trạng thái bồn chồn, lo âu, gây gổ, co giật, phù phổi, hôn mê. Dùng các amphetamin nhiều lần là nguyên nhân gây nghiện ma túy giống như nghiện cocain.

Điều trị:

- Giữ thông suốt các đường hô hấp, hô hấp hỗ trợ nếu cần; rửa dạ dày với than hoạt, sau khi luồn ống nếu có rối loạn ý thức; trong trường hợp nhiễm độc bằng tiêm dưới da hay tiêm bắp, phong bế vùng đó bằng 5mg phentolamin pha loãng trong dung dịch natri clorid

đẳng trương; diazepam tiêm tĩnh mạch trong trường hợp co giật.

- Thuốc giải độc: nếu có cơn tăng huyết áp, tiêm tĩnh mạch chậm 5mg phentolamin. Trong cơn tăng huyết áp do nhiễm độc amphetamin, tiêm tĩnh mạch chậm clopromazin với liều 1 mg/kg, nhắc lại tùy theo tiến triển của huyết áp động mạch.

7.2.18. NGỘ ĐỘC THUỐC HỒI SỨC HÔ HẤP

Những thuốc chính: các thuốc kích thích trung tâm hô hấp, hiện nay đã bỏ, nhất là nixetamit, doxapram, pentetrazol, các dẫn xuất của acid N - Crotonyl - alpha - etyl (propyl) amnobufyric.

Độc tính: tương đối yếu; liều gây tử vong không được biết.

Triệu chứng: co giật; trong trường hợp hôn mê do suy giảm hệ thần kinh trung ương, những biểu hiện co giật có thể bị che lấp và muộn; trong những trường hợp này người ta thấy tim đập nhanh, rối loạn nhịp, sốt cao, phù phổi.

Điều trị: rửa dạ dày với than hoạt, trong trường hợp mới uống, diazepam tiêm tĩnh mạch khi có co giật.

7.2.19. NGỘ ĐỘC IOD (CHẤT CẢN QUANG CÓ GỐC IOD)

Các chế phẩm chính: chất cản quang.

Độc tính: phản ứng dị ứng, không tùy thuộc vào liều lượng.

Triệu chứng và điều trị: sốc phản vệ



7.2.20. NGỘ ĐỘC IOD (DUNG DỊCH CÓ GỐC IOD)

Các chế phẩm chính: iod (cồn iod, alcol pha iod, polyvidon). Dung dịch lugol có 1g iod + 2g kali iodua trong 100ml nước với dung dịch loãng, hoặc trong 20ml nước với dung dịch đặc.

Độc tính: tử vong với liều từ 2g iod.

Triệu chứng: iod, cồn iod, alcol pha iod và dung dịch lugol có tác dụng tại chỗ như những acid ăn da và có thể gây những tổn thương hoại tử và thủng. Uống cồn iod (hay một dung dịch tương tự) đều làm đau bụng, đại tiện lỏng có máu, nôn, trạng thái sốc, nếu bệnh nhân còn sống, có khả năng di chứng co hẹp thực quản.

Điều trị: chống chỉ định rửa dạ dày, cho uống sữa, dung dịch tinh bột (15-20g trong 500ml nước), uống natri thiosunfat (100ml dung dịch 1%); điều chỉnh các rối loạn nước - điện giải; để đề phòng co hẹp thực quản.

7.2.21. NGỘ ĐỘC ISONIAZID

Độc tính: thuốc chống lao này gây các dấu hiệu ngộ độc bắt đầu từ 3 - 6g trong ngộ độc cấp và từ 10mg/kg mỗi ngày trong ngộ độc mạn tính.

Triệu chứng:

Nhiễm độc cấp: kích động vận động, co giật, nhiễm acid chuyển hoá, hôn mê.

Điều trị nhiễm độc cấp: rửa dạ dày (sau khi luôn ống trong trường hợp rối loạn ý thức), giữ thông suốt các đường hô hấp, hô hấp hỗ trợ nếu cần; diazepam tiêm tĩnh mạch nếu có co giật; tiêm tĩnh mạch pyridoxin (vitamin B₆) với liều 50-150mg.

7.2.22. NGỘ ĐỘC THUỐC KHÁNG HISTAMIN

Các thuốc kháng histamin chính: dexchlorpheniramin.

Các kháng histamin có trong nhiều kết hợp thuốc.

Độc tính: liều gây tử vong từ 25 đến 250mg/kg tùy từng chất.

Triệu chứng: buồn ngủ, mất điều hoà, mất phương hướng, hôn mê hoặc trái lại hưng phấn, run, có ảo giác sốt cao, co giật.

Điều trị:

- Rửa dạ dày (sau khi luôn ống) với than hoạt.
- Giữ thông suốt đường hô hấp; hô hấp hỗ trợ nếu cần; điều chỉnh các rối loạn nước - điện giải.
- Physostigmin: thuốc chống trầm cảm.
- Các biện pháp khác: truyền thay máu trong những thể nặng; thẩm phân lọc máu không có hiệu quả.

7.2.23. NGỘ ĐỘC LITHI (CÁC MUỐI)

Điều trị: trong các ngộ độc cấp, giữ thông suốt đường hô hấp, hô hấp hỗ trợ nếu cần; dùng diazepam bằng đường tĩnh mạch nếu có co giật, thẩm phân lọc máu trong các trường hợp nặng.

7.2.24. NGỘ ĐỘC THUỐC LỢI NIỆU

Thuốc lợi niệu: Các thuốc lợi niệu có thiazid (hydrochlorothiazid), furosemid, acid ethacrynic; chúng gây bài niệu đôi khi mạnh, với mất nước ngoài tế bào, giảm lượng máu, giảm huyết áp, giảm natri huyết, giảm kali huyết. Thường có giảm calci huyết, tăng acid uric huyết.

Điều trị: theo triệu chứng.

Chất đối kháng với andosteron: spironolacton, amilorid. Mất nước ngoài tế bào, giảm lượng máu, tăng kali huyết, đôi khi tăng urê huyết. Điều trị: theo triệu chứng.

Thuốc lợi niệu thẩm thấu: Manitol, mất nước nội tế bào, tăng natri huyết. Điều trị: theo triệu chứng.

Thuốc ức chế anhydrase carbonic: acetazolamid. Chúng gây nhiễm acid chuyển hoá mà khi ngừng thuốc sẽ tự nhiên khỏi.

7.2.25. NGỘ ĐỘC MORPHIN, CÁC CHẤT THUỐC PHIỆN KHÁC VÀ CÁC CHẾ PHẨM TỔNG HỢP

Các chế phẩm chính: morphin và pethidin.

Độc tính: rất thay đổi, với người không nghiện, cân nặng trung bình, 200mg morphin hay heroin, 800mg codein, 1g pethidin có thể gây chết. Với những người nghiện, liều cao hơn gấp 5-10 lần mới đủ gây chết. Trẻ em dễ cảm ứng hơn với các chất thuốc phiện.

Triệu chứng:

- Quá liều: bằng đường tĩnh mạch hay đường miệng. Suy giảm hô hấp nhanh nhiều hay ít và sâu, kèm theo co hẹp khít đồng tử, đau bụng, giảm huyết áp, đôi khi co giật và phù phổi. Khám bệnh nhân thường thấy những vết tiêm trước đó.

- Biến chứng của nghiện ma túy: viêm gan virus, thường là virus viêm gan B và tiến triển ác tính; viêm cơ tim, thường ở các van của tim phải, chẩn đoán và điều

trị khó; uốn ván; rối loạn hô hấp nặng ở trẻ sơ sinh mà người mẹ nghiện ma túy.

- Hội chứng cai nghiện hay thiếu thuốc xảy ra 6-10 giờ sau khi bắt đầu nhin. Bệnh nhân lo âu, có những rối loạn dạ dày - ruột (đại tiện lỏng hay táo bón, nôn, đau bụng), mồ hôi đầm đìa, run. Đồng tử giãn; có thể chết trong thời kỳ cai nghiện.

Điều trị:

- Quá liều: hô hấp hỗ trợ; trường hợp tiêm dưới da, đặt garô xoắn ở chi tiêm, tiêm tĩnh mạch naloxon với liều 0,4mg hay 0,01mg/kg. Nếu không tìm thấy tĩnh mạch, có thể tiêm dưới da. Có thể tiêm lại liều này 2-3 lần mỗi 2-3 phút, tùy theo sự tiến triển của hô hấp.

- Cai nghiện và sau liệu trình cai nghiện: đều phải được tiến hành tại một bệnh viện chuyên khoa và đòi hỏi sự tiếp cận của nhiều ngành (các thầy thuốc nội khoa, các nhà tâm thần học, tâm lý học, nghiên cứu lao động, xã hội - kinh tế). Methadon, một chế phẩm tổng hợp của morphin, nhiều khi được dùng sau liệu trình cai nghiện với liều giảm dần trong nhiều tháng nhằm duy trì ở người bệnh một sự tiếp xúc với điều trị.

7.2.26. NGỘ ĐỘC NẤM CỤA GÀ VÀ CÁC DẪN XUẤT

Các thuốc chính: ergometrin, ergotamin và các thuốc tương tự.

Độc tính: hiếm có trường hợp tử vong; liều gây chết chưa biết rõ; liều tương đương 4-5 lần liều điều trị có thể gây những triệu chứng sau vài ngày dùng thuốc.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Triệu chứng: nôn, đại tiện lỏng, giảm huyết áp, nhịp tim chậm, co giật, hôn mê. Nhiễm độc mạn tính gây thiếu máu cục bộ lan rộng, với chiều hướng tăng đông máu, có thể dẫn tới hoại thư các đầu chi; cũng có thể biểu hiện bằng những cơn co giật. Dùng lâu ngày methysecgit có thể gây xơ hoá sau màng bụng.

Điều trị: rửa dạ dày nếu vừa mới uống và than hoạt; truyền tĩnh mạch một thuốc giãn mạch như natri nitroprusiat; diazepam tiêm tĩnh mạch nếu có co giật; heparin để đề phòng các huyết khối thường xảy ra, nhất là trong nhiễm độc mạn tính.

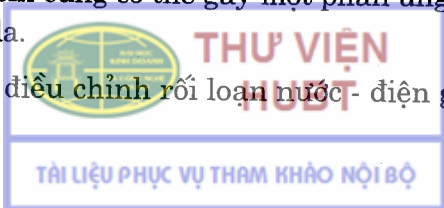
7.2.27. NGỘ ĐỘC THUỐC NHUẬN TRÀNG

– **Muối magnesi:** triệu chứng viêm dạ dày – ruột cấp, kèm theo mất nước, giảm huyết áp, tình trạng sốc. Với những người suy thận, dùng các muối magnesi có thể gây tăng magnesi huyết đưa đến liệt và suy hô hấp (từ tỷ lệ magnesi 13mEq/l).

Điều trị: điều chỉnh rối loạn nước - điện giải: nếu tăng magnesi huyết, thuốc giải độc là calci gluconat tiêm tĩnh mạch; hô hấp hỗ trợ nếu cần.

– **Ngộ độc dầu thầu dầu và các nhựa kích thích khác** (lô hội, cascara, phenolphthalein, phan tả diệp): viêm dạ dày – ruột cấp, đôi khi kèm theo đại tiện lỏng có máu. Phenolphthalein cũng có thể gây một phản ứng ban đỏ có thể dẫn đến loét da.

Điều trị: điều chỉnh rối loạn nước - điện giải.



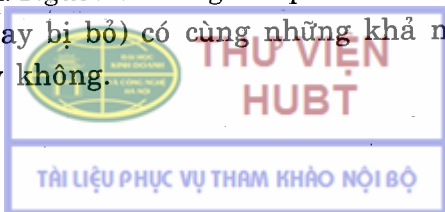
7.2.28. NGỘ ĐỘC PARACETAMOL VÀ PHENACETIN

Độc tính: paracetamol (acetaminophen) và phenacetin là những thuốc giảm đau hạ sốt, dùng một mình hay kết hợp với những thuốc giảm đau khác (các salicylat, codein). Những trường hợp tử vong được thông báo từ 0,2g/kg. Paracetamol thường gây tổn thương gan và thận; phenacetin gây methemoglobin huyết và sunthemoglobin huyết.

Triệu chứng:

- Paracetamol: buồn nôn, nôn, đau gan, vàng da kèm theo các dấu hiệu hoá sinh về tan tế bào và thời gian prothrombin tăng, buồn ngủ, giảm - vô niệu và suy thận. Tỷ lệ paracetamol trong huyết tương của bệnh nhân khi uống thuốc là những hướng dẫn quan trọng về tiên lượng và điều trị: một tỷ lệ trên 300mcg/ml nói lên tiên lượng rất xấu; dưới 120mcg/ml, bệnh khỏi không để lại di chứng.

- Phenacetin: buồn nôn, nôn, bỏng dạ dày, giảm huyết áp, nhịp tim nhanh, xanh tím, giảm - vô niệu, suy thận, co giật, hôn mê. Trong những trường hợp nặng, methemoglobin huyết vượt quá 50-60%. Nhiễm độc mạn tính phenacetin gây thiếu máu tan máu mạn tính (hình thành methemoglobin hồng cầu bất nhiều màu, tăng số lượng hồng cầu lưới, tiểu thể Heinz trong các hồng cầu) và suy thận tuần tiến, biểu hiện trên lâm sàng như một viêm thận - bể thận mạn tính. Người ta không biết paracetamol (thay phenacetin hiện nay bị bỏ) có cùng những khả năng gây độc mạn tính hay không.



Điều trị:

- Giữ thông suốt các đường hô hấp, hô hấp hỗ trợ nếu cần; rửa dạ dày trong phạm vi 4 giờ kể từ lúc uống (sau khi luôn ống, nếu có rối loạn ý thức), thuốc tẩy muối.

- Thuốc giải độc:

a) Xanh methylen tiêm tĩnh mạch nếu có methemoglobin huyết đáng lo ngại, trong trường hợp ngộ độc phenacetin.

b) Acetylcystein, thuốc long đờm này được dùng trong những trường hợp ngộ độc nặng paracetamol, với liều tấn công 140mg/kg theo đường uống, kèm theo truyền tĩnh mạch 300-400mg/kg mỗi 24 giờ trong 3 ngày.

c) Methionin (10g mỗi ngày theo đường tĩnh mạch) hình như kém hiệu quả.

- Các biện pháp khác: trong trường hợp có thể tạng xuất huyết, tiêm tĩnh mạch phytomenadion, plasma tươi hay phần đông của plasma. Thẩm phân lọc máu chỉ có tác dụng trong 10-12 giờ đầu của nhiễm độc, trước khi hình thành các tổn thương gan - thận không hồi phục được.

7.2.29. NGỘ ĐỘC THUỐC PHONG BÉ BÊTA

Các thuốc chính phong bế bêta: propranolol và các thuốc tương tự.

Độc tính: các triệu chứng trầm trọng xuất hiện với những liều giữa 5-10 lần liều điều trị.

Triệu chứng: nhịp tim xoang chậm hay bloc nhĩ - thất, suy tim, co thắt phế quản, buồn nôn, nôn, giảm glucose huyết, trạng thái sốc.

Điều trị:

- Rửa da dày, than hoạt, thuốc tẩy muối, nếu vừa mới uống.

- Dopamin (hay dobutamin) truyền tĩnh mạch theo liều thông thường. Người ta cũng đề xuất tiêm tĩnh mạch chậm glucagon, nhắc lại tùy theo tiến triển của huyết áp động mạch và nhịp tim chậm (sợ nôn).

- Isoprenalin hay aminophylin tiêm tĩnh mạch nếu có thất phế quản.

7.2.30. NGỘ ĐỘC PYRAZOLON

Các thuốc chính: aminopyrin, antipyrin, dipyrone, oxyphenbutazon, phenylbutazon.

Độc tính: tử vong từ 5g.

Triệu chứng: nhiễm độc cấp gây buồn nôn, nôn, rối loạn thính giác, kích thích hệ thần kinh trung ương kèm theo co giật và hôn mê. Các dẫn xuất có pyrazol cũng có thể gây rối loạn dị ứng: đỏ da, giảm bạch cầu, giảm tiểu cầu, bất sản tủy, vàng da.

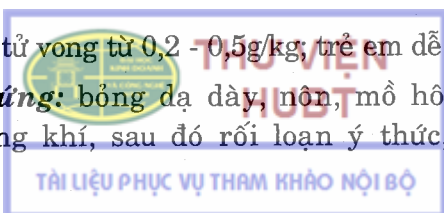
Điều trị: rửa da dày, than hoạt, thuốc tẩy muối; diazepam tiêm tĩnh mạch nếu co giật.

7.2.31. NGỘ ĐỘC SALICYL

Các thuốc chính: acid acetylsalicylic và các thuốc tương tự.

Độc tính: tử vong từ 0,2 - 0,5g/kg; trẻ em dễ cảm ứng hơn.

Triệu chứng: bỏng da dày, nôn, mồ hôi đầm đìa, ù tai, tăng thông khí, sau đó rối loạn ý thức, giảm huyết



áp, bấm máu, đôi khi xuất huyết tiêu hoá, giảm - vô niệu, co giật, hôn mê. Trong các trường hợp nặng, salicyl huyết trên 90mg/100ml (6,48mmol/l) ở người lớn, ở trẻ em 2-3 lần thấp hơn. Các xét nghiệm labô khác: trước tiên là nhiễm kiềm hô hấp, rồi nhiễm acid hỗn hợp trong đó nhiễm acid chuyển hoá chiếm ưu thế với giảm kali huyết; tỷ lệ protrombin giảm, nhiều khi giảm glucose huyết trầm trọng.

Điều trị:

- Rửa dạ dày, than hoạt, thuốc tẩy muối tới 8-10 giờ sau khi uống. Hô hấp hỗ trợ nếu cần.

- Điều chỉnh rối loạn nước - điện giải (dung dịch natri clorid đẳng trương và dung dịch glucose 3-5mEq/kg natri hydrocarbonat mỗi 24 giờ dưới sự kiểm tra pH máu nhiều lần), điều chỉnh giảm kali huyết bằng KCl tùy theo sự tiến triển của kali huyết. Phytomenadion tiêm tĩnh mạch trong trường hợp xuất huyết, hoặc truyền máu tươi nếu xuất huyết ồ ạt.

- Thẩm phân lọc máu khi bị suy thận hoặc trong các nhiễm độc nặng.

7.2.32. NGỘ ĐỘC SULFAMID

Các thuốc chính: sulfafurazol và các thuốc tương tự.

Độc tính: có những triệu chứng tương ứng với liều dùng (ví dụ tổn thương thận); những triệu chứng khác có nguyên nhân dị ứng và không tương ứng với liều lượng; cuối cùng, có những triệu chứng (thiếu máu tan máu) chỉ thấy trong trường hợp hồng cầu thiếu glucose - 6 - phosphat dehydrogenase.

Triệu chứng: uống hay tiêm liều cao hơn liều điều trị gây buồn nôn, nôn, phát ban đỏ, mày đay, rát, sần, bong nước; đôi khi tổn thương thận với khó tiểu tiện, giảm - vô niệu và suy thận hay vàng da do huỷ tế bào. Các triệu chứng sau đây có thể là do dị ứng: mất bạch cầu hạt, giảm tiểu cầu, bất sản tủy, viêm phế nang xơ hoá, tổn thương thần kinh - cơ, hội chứng Stevens - Johnson (phát ban đỏ, loét niêm mạc, sốt, đôi khi viêm cơ tim, viêm thận, viêm phế nang). Thấy có thiếu máu tan máu cấp ở những người đã có thiếu glucose - 6 - phosphat dehydrogenase.

Điều trị: rửa dạ dày nếu mới uống; kiểm tra nước tiểu; thẩm phân lọc máu nếu bị suy thận nặng.

7.2.33. NGỘ ĐỘC THUỐC ỨNG CHẾ MONOAMIN - OXYDASE (IMAO)

Độc tính: Các IMAO dùng riêng thì tương đối ít độc; tử vong với liều từ 50-100mg/kg; vàng da với liều từ 50mg mỗi ngày.

Triệu chứng và điều trị:

- IMAO một mình: giảm huyết áp, nhịp tim nhanh, kích động tâm thần - vận động, co giật, suy hô hấp. Điều trị: hô hấp hỗ trợ, truyền dung dịch natri clorid đẳng trương hay máu nếu có giảm huyết áp.

Ghi chú: dùng IMAO lâu ngày với liều điều trị có thể gây hoại tử gan trầm trọng.

- IMAO + thức ăn giàu tyramin (phomat lên men) hay thuốc giống giao cảm (adrenalin và các dẫn xuất, ephedrin, đôi khi có trong các xì rô ho): cơn tăng huyết áp nặng. Điều trị: reserpin hay guanethidin tiêm tĩnh mạch.

- IMAO + thuốc chống trầm cảm ba vòng: sốt cao, co giật, rối loạn dẫn truyền nhĩ - thất và nội tâm thất. Điều trị: làm lạnh bệnh nhân và diazepam tiêm tĩnh mạch nếu có co giật.

7.2.34. NGỘ ĐỘC XANTHIN

Các thuốc chính: aminophylin và các thuốc tương tự.

Độc tính: trẻ em rất cảm ứng với theophylin và các dẫn xuất của nó. Với aminophylin, tử vong được thông báo với liều từ 8-9mg/kg bằng đường miệng, 25mg/kg bằng đường trực tràng và 100mg bằng đường tĩnh mạch. Chết đột ngột xảy ra trong khi tiêm tĩnh mạch aminophylin không tương ứng với liều lượng. Cafein có thể gây tử vong từ 200mg/kg.

Triệu chứng: buồn nôn, nôn, nhịp tim nhanh, rối loạn nhịp, kích động tâm thần - vận động, co giật, hôn mê. Đôi khi ngừng tim mạch kèm theo giảm huyết áp đột ngột.

Điều trị: hô hấp hỗ trợ, diazepam tiêm tĩnh mạch nếu có co giật.



PHỤ LỤC 1

BẢNG TRA CỨU SỬ DỤNG THUỐC THEO BỆNH

(Phạm Thiệp và Vũ Ngọc Thúy – Thuốc và biệt dược, 1998)

Tên bệnh	Triệu chứng bệnh	Thuốc thường dùng
1	2	3
CẤP CỨU HỒI SỨC		
1. Cơ hen phế quản ác tính		
Hen phế quản nặng - Thuốc trị hen thông thường không đỡ	Ngồi thở, thều thào, khó thở, vã mồ hôi, mạch nhanh trên 120 lần/phút, xanh tím, giãy dụa, bồn chồn, lo âu. HA tăng. Thở gấp cá - Có cơn ngừng thở - Nghe phổi im lặng như ngừng thở.	- Aminophylin (Diaphylin) tiêm mạch và sau đó tiêm truyền Salbutamol, Theophylin, Methylprednisolon hoặc Dexamethason. - Adrenalin - Terburalin. Glucose 5% - Na bicarbonat 1,4% - Erythromycin hoặc Ampicilin
2. Cơ tăng huyết áp		
Huyết áp tăng cao đột ngột so với số đo trước đó không lâu	Nhức đầu dữ dội, mắt mờ, choáng váng, chóng mặt (có khi không có triệu chứng này).	Nifedipin (Adalat). Aldomet, chẹn beta, Captopril. Nếu không đỡ dùng Na nitroprussiat. Thuốc khác: Phenolamin, Reserpin, Prazosin. Lợi tiểu: Furosemid (Lasix).



**THƯ VIỆN
HƯỚNG DẪN**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

1	2	3
3. Hôn mê do đái tháo đường Có 2 giai đoạn: - Tiền hôn mê - Hôn mê	- Tiền hôn mê: mệt, kém ăn, đái ít, chóng mặt, ỉa chảy, nôn mửa. - Hôn mê: mất phản xạ gân xương, người gầy, nhẽo, mất nước, thở khô khè, trụy mạch, hạ thân nhiệt.	- Xét nghiệm - Thuốc Insulin + Glucose 5%. NaHCO_3 1,4% hay THAM - Chống trụy tim mạch: Dopamin. DDCA, KCl - Kháng sinh - Vitamin B, C, PP.
4. Hôn mê gan Có 2 giai đoạn: - Tiền hôn mê - Hôn mê - Trước đó có bị viêm gan, xơ gan, ngộ độc cấp.	- Tiền hôn mê: Vật vã, giãy dụa, chân tay có dấu hiệu chیم vô cánh. - Hôn mê: nằm im, trương lực - phản xạ gân xương tăng - Thở nhanh sâu - Hơi thở có mùi tỏi, dấu hiệu phù não.	Xét nghiệm - Thuốc: Dd Mannitol 20% - Neomycin 1g/ngày hoặc một KS đường ruột khác - Glucose 30% + insulin - Vitamin B ₁ , C tiêm. Không dùng các acid amin, Mg sulfat.
5. Hôn mê hạ đường huyết Bệnh nhân đang dùng sulfamid chống đái tháo đường. Aspirin IMAO, EDTA, Quinin, Oxytetracyclin (hạ đường huyết)	- Xét nghiệm glucose lúc đói hoặc hôn mê dưới 0,5g/lit - Tiêm glucose 30% bệnh nhân đỡ, tỉnh ngay	- Xét nghiệm - Thuốc: Dd glucose 30% - Glucagon 1mg - Nếu chưa đỡ, nghi suy thượng thận hay phù não, dùng: Hydrocortison.

1	2	3
Bệnh nhân ung thư gan, dạ dày - người béo nhưng hôn mê co giật lúc đói, ăn vào đỡ ngay (u tụy)		
6. Ngộ độc acid mạnh Uống nhầm phải, bị đầu độc, bị tạt.	- Xuất huyết tiêu hoá, nôn mửa, ỉa chảy, đau dữ dội, sung huyết, xuất huyết, bỏng loét, thủng tiêu hoá, viêm trung thất, viêm phúc mạc - Phù phổi, ho ra máu - Có thể sốc nặng - Di chứng hẹp thực quản, hẹp môn vị.	- Rửa sạch - Bôi: Xanh methylen, dầu cá, đắp gạc vô khuẩn. Bôi xanh methylen, mật ong vào miệng, lưỡi. - Nếu uống phải: Không rửa dạ dày không dùng morphin - Uống Al-hydroxyd. Bismuth Subnitrat - Đặt ống thông cho ăn. Hôi sức NaCl 0,9%, glucose 5% - 30% - Moriamin - Prednisolon - Claforan.
7. Ngộ độc barbituric Hôn mê, không liệt, nằm yên - Có 4 giai đoạn	1. Gọi to vẫn trả lời. 2. Cấu vẹo còn phản ứng 3. Cấu vẹo có phản ứng hỗn độn.	- Xét nghiệm - Thuốc Kháng sinh - Vitamin C, B₁ - Glucose 5%, 30% - Natri bicarbonat 1,4% -

1	2	3
	4. Hôn mê sâu, thở nông, truy mạch, có lúc ngừng thở. Chú ý: Sặc, tụt lưỡi, ngừng thở - Sốc - Suy thận cấp - Nhiễm khuẩn.	Nếu sốt nhẹ: Adrenalin, Aramin; nếu hôn mê sâu: Dopamin, Isoproterenol. Rửa dạ dày (Không gây nôn vì hôn mê).
8. Ngộ độc base mạnh Do các chất NaOH, KOH. Với sống, Javel v.v...	- Bỏng da, niêm mạc, giác mạc, thanh quản - Có khi phù phổi cấp. Đau bụng dữ dội - Xuất huyết tiêu hoá, có thể thủng thực quản - dạ dày.	- Tiêu hoá: Không rửa dạ dày, không trung hoà bằng acid, không dùng morphin. - Thuốc: xem ngộ độc acid.
9. Ngộ độc lân hữu cơ Phosphor hữu cơ	- Co giật các cơ, liệt hô hấp, tăng huyết áp - Tăng tiết dịch, co thắt phế quản. Nhịp tim chậm - Có thể ngừng tim - Đồng tử co (chẩn đoán, tiên lượng).	- Xét nghiệm - rửa dạ dày với NaCl - Than hoạt 20g - 120g - Sau 3 giờ rửa lại - Thuốc PAM (Pralidoxim). Atropin liều cao: 25mg/1 phút. Corticoid (Hydrocortison, Prednisolon).



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

1	2	3
10. Ngừng tuần hoàn	- Ngất, xanh tím, đồng tử giãn - Mạch bẹn không có. - Ngừng thở.	Thuốc NaHCO_3 1,4% - HA: Noradrenalin, Isuprel + Glucose 5%. (hoặc Dopamin) tiêm thẳng vào tim Adrenalin 1-2mg.
11. Sốc (Shock)	- Môi và các đầu chi tím, da có mảng thâm tím - Da lạnh, vã mồ hôi - Mạch nhỏ - HA không có - Thở nhanh - Vô niệu.	- Thuốc: oxy - NaCl 0,9% (không dùng glucose) - Truyền máu - (nếu cần) - Digoxin - Isupret - Dopamin + glucose - - Kháng sinh: (nếu do nhiễm khuẩn) Gentamicin, Claforan - NaHCO_3 1,4% nếu pH máu dưới 7,2 - Heparin. - Thuốc phối hợp: Dopamin, Dobutamin, Noradrenalin, Adrenalin.
12. Sốc phản vệ	Thường do kháng sinh và một số thuốc khác - Có thể do hoá chất, thức ăn	Rối loạn vận mạch - Giãn, sau đó là co mạch. Tăng tiết dịch phế quản. Co thắt phế quản, phù nề thanh quản, dẫn tới suy hô hấp cấp. Kèm: mày đay, nổi mẩn, có thể xuất huyết, ỉa chảy.

1	2	3
13. Suy hô hấp ở người lớn Thường có tổn thương phổi do virus, ngạt nước, ngộ độc lân hữu cơ	Triệu chứng chung thiếu oxy	Oxy máy liên tục - Truyền dịch - Hỗ trợ tuần hoàn: digoxin, dopamin corticoid (Hydrocortison hemisuccinat)
14. Suy tim do thiếu vitamin B₁ Lao động nặng - dinh dưỡng kém - Nghiện rượu bia, ăn nhiều chất ngọt, ít đạm. Có thai hoặc sau đó kiêng khem quá mức.	Suy tim cấp: mất phản xạ gân xương, suy tim phải, tim to toàn bộ	Vitamin B ₁ 400mg/ngày (tiêm bắp), nếu nguy kịch tiêm tĩnh mạch - Tiêm 1 tuần vitamin B ₁₂ , B ₆ . Phối hợp Vitamin B ₁ uống 3 tháng liền
15. Xuất huyết tiêu hoá Phân biệt các xuất huyết - xác định nguyên nhân cho đúng	- Nhẹ: mất 100 - 300ml máu - HA bình thường mạch hơi nhanh. - Trung bình: mất 300-500ml máu. HA hơi thấp, hồng cầu giảm. - Mất máu nhiều: trên 500ml - Sốc hồng cầu dưới 2 triệu, Urê huyết 0,5 - 1g/l có khi hơn	- NaCl 0,9%. - NaCl - Nếu cần truyền máu - Truyền máu - NaCl 0,9% Furosemid (nếu HA bình thường, không đái được) Glanduritritin 0,4 đv/kg, duy trì 0,2 đv/kg - glucose.

1	2	3
CƠ XƯƠNG KHỚP		
1. Gut (Goutt) thống phong Tăng acid uric trong máu, viêm khớp, u cục dưới da và quanh khớp, tổn thương thận - Thường gặp ở nam giới.	- Gut cấp: sưng tấy dữ dội khớp bàn ngón chân cái, kéo dài vài ngày thì khỏi, rất hay tái phát. - Gut mạn: viêm da khớp mạn, khớp nhỏ đối xứng, nổi u cục quanh khớp, dưới da, vành tai - có thể tổn thương thận.	- Xét nghiệm - Thuốc: colchicin, Diclotenac, Ketoprofen, Phenylbutazon, Phennobarbital, Diazepam (an thần), NaHCO_3 - Probenecid, Sulfinpyrazon, Benziodaron (Desuric) - Allopurinol (Zyloric, Zyloprim) Thiopurinol - Chống viêm: Colchicin, Piroxicam - Kiểm hoá nước tiểu NaHCO_3
2. Thoái hoá khớp, cột sống Có tổn thương sụn khớp, đĩa đệm có thể biến dạng. Hư khớp ngoại biên, sống cổ, thắt lưng	- Hư khớp ngoại biên (gối): vận động đau, lạo sạo ở khớp, ít sưng, gai lồi, không viêm (nóng, đỏ) - Hư cột sống cổ thắt lưng. Đau vùng cổ gáy trên, cứng gáy, tê cánh tay, có thể nhức đầu, chóng mặt	- Aspirin, Indometacin, Ibuprofen, Diclofenac (Voltaren), Nifluril, Piroxicam (Felden) - Hydrocortison, Kenacort. - Thuốc giảm đau: như Diazepam, giãn cơ: Tolperison, Stugeron, Dimenhydrinat.

1	2	3
	Đau cột sống thắt lưng, đôi khi chèn ép dây thần kinh tọa.	
3. Viêm cột sống dính khớp Thường gặp ở nam giới trẻ. Ở cột sống và chi dưới	Sưng đau cột sống cổ (cổ, lưng, thắt lưng) các khớp chi dưới (háng, gối, cổ chân).	Phenylbutazon, Diclofenac, Indometacin, Ibuprofen, Ketoprofen, Diazepam, Tolperison (Mydocalm), Aminazin, Salazosulfapyridin, Co-trimoxazol, Tetracyclin.
4. Viêm khớp dạng thấp Viêm nhiều khớp không rõ nguyên nhân, dính, biến dạng khớp đưa đến tàn phế, thường gặp ở phụ nữ trung niên	Có 4 dấu hiệu: + Cứng khớp buổi sáng (1 giờ) + Viêm, sưng, đau ở tay và chân + Viêm sưng đau ở bàn tay + Viêm khớp đối xứng	Thuốc: Corticoid, Chloroquin, (Delagyl, Nivaquin). Penicillamin, Methotrexat, Muối vàng (Aurothoglucose, Auranofin) Cyclophosphamid, Clorambucil, Aspirin, Indometacin, Ibuprofen, Diclofenac, Ketoprofen, Nifuril, Naproxen, Piroxicam.



THƯ VIỆN
HUB

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

1	2	3
5. Viêm khớp mủ Do vi khuẩn sinh mủ qua đường máu hoặc trực tiếp	Thường ở một khớp, sưng, nóng, đỏ đau (có sốt, mệt, mất nước) có biểu hiện nhiễm khuẩn.	Thuốc: Penicilin, Gentamycin, Lincomycin, Erythromycin. - Chống viêm: Aspirin, Indometacin. - Nếu thành mủ phải phẫu thuật.
DA LIỄU		
1. Bệnh chàm Bệnh da dị ứng, 25% các bệnh da. Chưa rõ căn sinh, bệnh học	- Phát từng đợt, mụn nước trên da đỏ bị viêm từng vùng. Mụn vỡ có nước vàng khô lại thành vảy - vảy bong, da bóng, da trở lại bình thường - Ngứa cứ tăng dần từng đợt. Dai dẳng - Mạn tính. - 4 thể chàm: do cơ địa, chàm vì vi khuẩn, chàm da mỡ và chàm tiếp xúc	- Hồ nước - Dd Zarich - Goudron - Các loại Corticoid: Halomethason, Sicorten, Locasalen, Flumethason, Acid salicylic. Giải cảm ứng: Thiosulfat Na, Ca Clorid, Na bromid. Kháng histamin: Histaglobin. Bội nhiễm: Kháng sinh.
2. Bệnh chốc Thường do nhiễm liên cầu và tụ cầu kết hợp - chủ yếu là trẻ em - Có khi thành dịch	Rất đỏ, bóng nước vàng trong sau đục và hoá mủ. Bọng vỡ tiết màu vàng - cày vảy vết trợt hồng các bọng nước kết lại	- Thuốc: Rửa NaCl, thuốc tím - Mỡ Salicylic, Dd milian (Gentian, Xanh Methylen, rượu 60°). Dd Fusin - Dd Ag Nitrat.

1	2	3
	màng, vỡ đóng vảy, vảy bong, da lại bình thường - Thường ở mặt 2 má, lỗ tự nhiên, da đầu, tay chân - Có khi lan khắp cơ thể - Có thể biến chứng viêm cầu thận, nhiễm khuẩn máu.	Kem Erythromycin, Tetracyclin, Dalibour - Bội nhiễm: Penicilin, Ampicilin, Erythromycin, Gentamicin (qua KS đồ). Các vitamin cần thiết.
3. Bệnh Herpes Do virus Herpes simplex	- Thương tổn ở niêm mạc (môi miệng, da quanh miệng, bộ phận sinh dục. Mụn mọng nước, có khi thành chùm, ngứa rát. Sau 7-10 ngày, tự khỏi, để lại vết thâm (nếu không bội nhiễm) - Lưu ý Herpes ở bộ phận sinh dục	Thuốc: bôi xanh methylen, Milian mỡ Tetracyclin, mỡ Chlorocid - Tái phát: Tiêm máu tự thân - Gamma globulin. Bội nhiễm dùng KS: Tetracyclin, Erythromycin.
4. Bệnh ghẻ Do KST Sarcop-tes Scabeici. Con cái đào hào trong biểu bì để trứng sinh sôi nảy nở. Lây lan.	- Ngứa các kẽ, sau toàn thân. Ngứa nhiều về đêm (ấm). Luống ghẻ (hào) có thể bắt cái ghẻ ở cuối luống - Mụn nước - Bội nhiễm có mũ - Biến chứng: chàm hoá	- Thuốc: Mỡ Milian - Baume Perou (chàm hoá), DEP (Diethylphtalat) - Mỡ DDT - Lưu huỳnh mới sinh (Na hyposulfid phun chống HCl 4%) - Benzoat benzyl 20% (người lớn) - Eurax (chống ngứa, dịu da) - Bội nhiễm: kháng sinh.

1	2	3
5. Giang mai Do xoắn khuẩn nhọt (Treponema palidum) gây nên. Kéo dài bệnh suốt đời nếu không chữa triệt để. Bệnh có 3 thời kỳ.	1/ Lây: 3-6 tuần lễ - (sáng giang mai) vết trọt nông (thường ở bộ phận sinh dục) hình tròn, hơi rần, không ngứa, không đau, màu đỏ thịt, không mủ - Hạch ở bẹn. 2/ 6 tuần sau: ban sẩn khắp người, hạch lan toả, không đau - Biến mất, ẩn vào trong: giang mai kín - (2 tái hồi) cuối năm thứ 2: sẩn to quanh hậu môn, sinh dục - Rồi biến mất chuyển giai đoạn muộn của giang mai kín 3/ Năm thứ 3: Thương tổn sâu: gồm củ giang mai và phủ tạng (Thần kinh, tim mạch)	- Tuỳ từng thời kỳ: Penicilin G (thời kỳ đầu) Jenacilin. Phải dùng đủ liều 20-30 triệu đvqt. - Giang mai muộn: Penicilin G - Jenacilin - Liều cao tới 30 triệu đvqt (tổng liều). - Giang mai bẩm sinh: Penicilin G - Đạt tổng liều 150.000 đvqt/kg (dưới 2 tuổi) với 200000 đvqt/kg cho trẻ từ 2-12 tuổi. - Giang mai sản phụ: (như giang mai thời kỳ I).
6. Lang ben Do nấm Pityrosporum Orbiculare. Ít lây	Chấm hồng nâu, trắng ở lỗ chân lông. Lan rộng, liên kết thành mảng, cạo có dấu hiệu vỏ bào. Không đau ngứa ít. Thường ở lưng, ngực cổ, ít ở mặt, chi, bẹn và kẽ tóc. Hay tái phát, khó để lại đám mất màu khá lâu.	Thuốc: ASA, cồn iod salicylic, cồn Resorcin, mỡ salicylic. Mỡ lưu huỳnh. Mỡ Gricin. Kem Ketoconazol (Nizoral) hoặc uống - Clotrimazol - Antimycose - Econazol.

1	2	3
7. Bệnh lậu Do cầu khuẩn lậu <i>Neisseria gonorrhoeae</i> gây ra. Rất lây. Biến chứng vô sinh	- Nam giới: (cấp tính) sau khi giao hợp 3-5 ngày: đái buốt, lỗ đái có mủ vàng, xanh đặc 2-3 tuần sẽ chuyển thành mạn tính gây viêm niệu đạo và tuyến sinh dục - Cảm giác nặng vùng tầng sinh môn, giọt nhầy niệu đạo - Biến chứng tắc ống dẫn tinh dẫn đến vô sinh - Nữ giới: không có cấp tính, biết thì ở giai đoạn mạn tính. Viêm tuyến sinh dục, khí hư, đau bụng âm ỉ (dưới) rối loạn kinh.	- Điều trị thật sớm: Penicilin Procain - Tetracyclin - Spectinomycin. Rocephin - Viêm mắt do lậu (trẻ mới đẻ) Ag nitrat - KS: tetracyclin, Neomycin, Erythromycin. - Ciprofloxacin, Ofloxacin, Rosoxacin - (Oflocet, Tarivid, Eracin, Eradacil, Ciprobay, Cifran, Ciproxin, Ciflox) (đặc trị lậu)
8. Bệnh lupus đỏ Bệnh tự miễn, di truyền thể địa, hệ thống miễn dịch, nhiễm virus	- Thể khu trú mạn tính: lupus đỏ hình đĩa ở da: lupus đỏ rải rác, thể sâu và thể u. Lupus đỏ mạn: đỏ da, dày sừng, teo da. Có thể ở mặt, đầu, vai lưng.	- Mỡ Corticoid - uống Nivaquin, Cloroquin

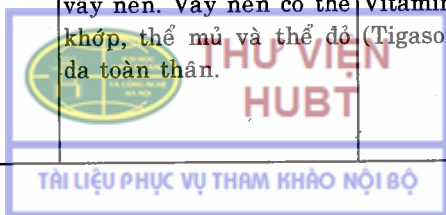


THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

1	2	3
	- Thể hệ thống: ngoài biểu hiện ở da còn tổn thương hầu hết các phủ tạng: viêm da khớp, sốt, ít sưng, không biến dạng. Viêm da, viêm màng phổi, viêm màng ngoài tim, viêm thận.	Bôi kem Zinc - Mỡ corticoid - Prednisolin kết hợp với Nivaquin hoặc Cloroquin Vitamin C Dùng ACTH phòng suy thượng thận
9. Bệnh mày đay Do các nguyên nhân khác nhau: bên ngoài hoặc trong cơ thể, do thức ăn, thuốc, ký sinh vật, côn trùng đốt, cây cối, thể tạng người.	- Ngứa xuất hiện trước sản phù giữa trắng, ngoại vi hồng nhạt, ấn căng. Sau 1 vài giờ, sản xẹp và rồi xuất hiện sản mới. Ngứa gãi đến xây xước, mụn đỏ do bội nhiễm - Xuất hiện cả ở cơ thể và niêm mạc. - Phù Quincke không ngứa, căng da, nóng xen kẽ với mày đay. Bệnh xảy ra vài ba ngày, có trường hợp liên tục trở thành mạn tính.	- Tác thời: Thuốc kháng Histamin: Dimedrol, Promethazin, Phenergan. - Nặng: Corticoid (prednisolon). - Thuốc khác: Calci Chlorid, Acid Lactic, Na hoặc Mg hyposulfid - Glucose tiêm truyền. Vitamin C và K. Dùng Histaglobin tiêm, Pirogenal tiêm. Bôi: ichthyol.
10. Bệnh phong Do trực khuẩn Hansen - (Mycobacterium leprae)	- Trên da: dát hồng, trắng hoặc thâm, không có cảm giác (đau, nóng,	- Hiện nay phối hợp 3 thuốc diệt khuẩn: Rifampicin, Clofazimin

1	2	3
	lạnh) tê bì, gây thần kinh ngoại biên viêm to vừa phải (thể phong bất định (I)) - Tiến triển: Thể phong (T) củ ăn sâu. Nếu đề kháng yếu: Thể u (L) u cục, tê bì không lành sẹo như phong củ. Giữa (T) và (L) có phong lưỡng dạng (B). Bệnh gây tàn phế	và DDS - Có khi dùng thêm Ethionamid - Thường chia 2 nhóm: (thể L và B) (nhiều vi khuẩn) Nhóm (Thể I và T) (ít vi khuẩn) Thuốc trên: liều lượng và thời gian dùng khác nhau. Thuốc khác: Aspirin, Paracetamol, Prednisolon, Thalidomid
11. Bệnh vẩy nến Thường là nam giới. Bệnh kéo dài, căn nguyên phức tạp: di truyền, virus miễn dịch chuyển hoá	Đất đỏ, vẩy trắng đục như nến, nhỏ như giọt nước, to bằng đồng xu hoặc thành mảng, ít ngứa, thường ở vùng tỷ đè (khủy, gối, da đầu...). Nạo khê: vẩy bong như phấn rồi vẩy trắng nền bong ra, cuối là màng mỏng, dưới đó là da với huyết tương li ti rớm máu đó là "sương máu" của vẩy nến. Vẩy nến có thể khớp, thể mủ và thể đỏ da toàn thân.	- Vượng đỏ: dầu Zinc, mỡ Salicylic, mỡ Ichthyol, mỡ lưu huỳnh, mỡ Crysophanic, mỡ Arievitch, mỡ Corticoid. Fluocinolon (Flucinar) Sicorten Goudron - Meladinin methoxypsoralen (Psoraderm) - Không dùng: Arsenic, Corticoid toàn thân. Vitamin A, acid retinol C (Tigason, Lorian).



1	2	3
12. Bệnh vẩy rồng Tokelau hay Tinea Imbricata hay gặp ở vùng rừng núi.	- Không đỏ, không viêm - Hình tròn bầu dục, màu nâu, bong vẩy từ giữa. Lan nhanh ra toàn thân, ngứa dữ dội, gãi, bội nhiễm. Xét nghiệm thấy nấm nhiều đốt.	- Dùng ASA - Mỡ Salicylic - Mỡ Whitfield. - Dd BSI, Gricin, kem Fazol. Mỡ Clotrimazol Toàn thân: Griseofulvin, Ketoconazol (Nizoral)
13. Bệnh Zona Do virus có ái tính với dây thần kinh	Ủ bệnh 7-20 ngày: đỏ đau, rất bỏng, hạch vùng lân cận đau. Có thể bị sốt, mệt mỗi 5-7 ngày, rồi nền da đỏ nổi mụn nước trong, rồi đục (bội nhiễm). Mụn thành chùm trải dài theo khu vực dây thần kinh. Nơi bị: mặt, quanh mắt, liên sườn, chậu hông, tay chân. Khỏi sau 2-3 tuần để lại: vết thâm, đau rất khi thời tiết thay đổi - Chú ý đặc biệt nếu bị ở vùng mắt, tai.	- Hồ nước, kem Zn, hồ Brocq, hồ Zn Rivanol (không dùng thuốc mỡ) - Toàn thân: uống kháng histamin (Phenergan, Chlorpheniramin, Dimedrol), Vitamin B₁ B₆ - Giảm đau: Paracetamol, Analgin. - An thần: Seduxen (Diazepam) - Bội nhiễm: dd Milian Castellani, Eosin, Vitamin B₁, B₆, kháng Histamin (Phenergan, Chlorpheniramin), Tetracyclin, Doxycylin, Acyclovir, Virustat.



THƯ VIỆN
Y HỌC

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

1	2	3
14. Đổ da toàn thân - Đổ da tiên phát - Đổ da thứ phát - Hay gặp đổ da do vảy nến và do thuốc	- Trước đó bị vảy nến - có dùng các loại corticoid, ACTH, As, Hg, Goudron, quang tuyến: da đỏ tươi, bong vảy - mảng, rụng tóc, sưng hạch, mụn mủ. - Do thuốc sau 1-2 ngày, ngứa, sốt, đổ da toàn thân - Nếu khô: vảy da khô bong từng mảng - nếu ướt: các kẽ da nứt ra, chảy nước, đóng vảy.	Hồ nước, talc, kem Zn. Nếu thể ướt: Talc, Milian, Castellami. - Uống: Corticoid (Prednisolon). Bù nước điện giải (thể ướt) - Oresol. Kháng sinh: Erythromycin, Đạm và Vitamin
15. Lao da Do vi khuẩn lao vào da thường mắc với người bị lao: - Lupus lao (lupus vulgaris) - Lao cóc (Tuberculosis verrucosa cutis)	- Củ lao bằng đầu đinh ghim, hạt đỗ xanh, nhỏ hồng, mềm, trong, chấm kim sứt - Có nhiều thể: lupus lao phẳng, dạng vảy nến, nổi u, loét, sùi - Sẩn chắc, đỏ tím (hạt đỗ) - Liên kết thành mảng rắn, sùi, vảy xám, dính như mụn cóc - Sẩn hơi đau có tí mủ. Thường ở mu bàn tay, ngón tay - Bệnh tiến triển hàng năm, dần dần khô, bong vảy, sẹo lõm	- Rimifon kết hợp Streptomycin - Rifampicin, Pyrazinamid - Vitamin D₂ liều cao (theo dõi) (can thiệp: cắt bỏ, nạo rạch, đốt điện, hoá chất) - Rimifon kết hợp Streptomycin - Vitamin B₆ (can thiệp: cắt, nạo, đốt điện, hoá chất)

1	2	3
16. Nấm bẹn Thường gặp ở tình trạng cộng cộng (nhà tắm, nơi ở, chần, chiếu, người nhiều mồ hôi, béo, đái đường) Do nấm Epidermophyton	Ở nếp bẹn, nách: đùi trong, kẽ vú, thắt lưng, chấm đỏ, viêm, vảy nhỏ rồi thành mảng, bờ mụn nước và vảy - ít ngứa trở thành kinh điển.	Không cạo, không dùng xà phòng thoát mồ hôi - thuốc: Dd Jarish, acid Boric, bạc nitrat, ASA, BSI, mỡ Whitfield, Gricink Nitrofungin, Mycoseptin, Kem Fazol, mỡ Clotrimazol, Ketoconazol.
17. Nhọt - hậu bối (Furoncle - Anthrax) Do tụ cầu khuẩn - Hậu bối là tập hợp nhiều nhọt	Mới đầu viêm nang lông, đỏ da, tấy to, phù ấn đau, đỉnh có mụn nhỏ: hoá mủ, vùng lân cận hoại tử, giữa có ngòi. Nhọt vỡ chảy mủ, ngòi vàng - có thể biến chứng lan rộng - Hậu bối do nhiều nhọt cụm lại, sốt cao, đau - vỡ ra có nhiều miệng, nhiều ngòi - Nhọt tái phát gọi là bệnh nhọt (furoculose)	- Bôi Iod, aceton, cồn long não - Mỡ Colargol, Erythromycin, Ichthyol - vờ mủ: ete (rửa) - Mỡ kháng sinh - (hoặc rửa oxy già) - Kháng sinh Bipenicilin kết hợp Streptomycin (tiêm); nếu cần: Cephalosporin, Gentamycin nếu nặng tiêm truyền + Vitamin C, nếu vừa: uống Erythromycin, Tetracyclin, Ampicilin, Cloramphenicol, Vitamin C



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

1	2	3
18. Sạm da (Melanodermi) Hội chứng nhiều bệnh - khu trú hoặc lan rộng. Do bệnh: nội tiết, nội tạng nhiễm khuẩn, rối loạn porphyrin, độc do thuốc - Khu trú do bớt hoặc tác dụng do tia nắng. Có 3 loại: - Tàn nhang - Rám da - Sạm da nhiễm độc	- Tàn nhang: do gia đình, Hình tròn nhỏ, nâu. ở 2 bên mũi và má, nhiều về mùa hè. - Rám da: ở phụ nữ có thai, biến đi sau khi đẻ, Có lại khi có lại kinh nguyệt - Có khi nam giới cũng bị (bệnh gan, giun sán, nội tiết, sốt rét). Vết nâu ở 2 bên má, trán. - Sạm da nhiễm độc: (thuốc, thức ăn, tiếp xúc) Da vùng hở bị sạm, giãn mạch, dày sừng, bong vảy, teo da, da hình mạng lưới.	- ZnO, Resorcin, Salicylic, Hg - (mỡ hoặc kem) Rửa bằng oxy già. Kết hợp Vitamin C liều cao. - Vitamin C liều cao, nhiều ngày - Kết hợp Vitamin B₆ B₁ B₁₂ B₂ có thể dùng bôi như thuốc tàn nhang. Bôi: kem tránh nắng - Không dùng mỹ phẩm
19. Ung thư da - Ung thư tế bào đáy (80%) - Ung thư tế bào gai	- Thường ở mặt, môi trên, vành tai, mũi, má - là 1 chấm, thành sần, thành mảng bong vảy hình vòng cung. màu sáp - hồng không viêm bờ, nhỏ cứng bóng có hạt ngọc ung thư - Sần lớn, loét rộng, đọng vào dễ chảy máu.	- Trước khi loét: phá bằng hoá chất (Podophylin, Nitơ lỏng, đốt điện) - Loét: quang tuyến, cắt bỏ, vá da

1	2	3
	- Ung thư tế bào gai: u ác tính, có di căn. Sẩn, vảy nông, sùi lên, tiến triển nhanh, loét sâu - Hạch di căn - Thường ở các hốc tự nhiên: niêm mạc miệng, lưỡi, cổ, lưng tay, hàm - có hình thái sùi súp lơ, hoại tử thường ở môi dưới và bộ phận sinh dục.	Quang tuyến. Cắt bỏ + quang tuyến. Mỡ Olivomycin

HÔ HẤP

1. Áp xe phổi

Mủ trong phổi do liên cầu, tụ cầu, phế cầu khuẩn, có khi do nấm, vi khuẩn kỵ khí

Sốt cao, lưỡi bẩn, rét run.

- Kháng sinh: Penicilin, Ampicilin, Gentamycin - Unasyn
- Nếu có amip: Emetin, Flagyl (Metronidazol)

2. Giãn phế quản

Phế quản giãn rộng, tổn thương cơ đàn hồi

- Khạc đờm nhiều sáng sớm. Đờm trong nếu bội nhiễm đờm mủ, đôi khi ho ra máu
- Móng tay, chân khum
- Xương khớp sưng đau, cốt mạc dày

- Penicilin tiêm (hoặc 1 kháng sinh khác liều cao)

1	2	3
3. Giãn phế nang Phế nang giãn nở, tổn thương sợi cơ đàn hồi.	Khó thở liên tục có khi tím tái, niêm mạc, đầu chi. Lồng ngực biến dạng hình thùng.	- Theophylin, Prednisolon (từng đợt). Bội nhiễm: Penicilin, Ampicilin, erythromycin. Oxy (nếu khó thở, suy hô hấp) - Trợ tim.
4. Hen phế quản Xảy ra kịch phát thường về đêm, ho có thắt và mất cảm với các kích thích khác nhau của phế quản. Lâu ngày gây tổn thương thực thể lại gây kích thích và hen nặng lên.	- Khó thở từng cơn, có tính chu kỳ. Sau cơn, ho nhiều, đờm trong loãng - Không nằm được phải ngồi thở - Nghe phổi rên rít, rên ngáy, gõ trong (Chú ý phân biệt với hen tim) co kéo lồng ngực. Tím tái - Mạch nhanh.	- Nhẹ: Theophylin (Aminophylin) Salbutamol. Glucose 20% - NaCl 0,9%, Lomudal, khí dung hoặc adrenalin. - Bội nhiễm: Erythromycin - Prednisolon - Nặng: Adrenalin, Diaphylin, Aminophylin, Corticoid, Methylprednisolon - Khí dung Alupent, Salbutamol Lợi tiểu: Furosemid (Lasix), thở oxy.



1	2	3
5. Tràn dịch màng phổi Có nước giữa lá thành, lá tạng của màng phổi, có thể do phù, lao, ung thư	Tuỳ theo từng nguyên nhân: lao, ung thư, thận hư nhiễm mỡ, áp xe phổi, áp xe gan.	- Hút nước - Đặt dẫn lưu, bơm talc (nếu tái phát) (thuốc tuỳ theo nguyên nhân mà dùng)
6. Ung thư phế quản Thường gặp ung thư các phế quản gốc	- Ho khạc đờm, tía máu, sút cân, đau ngực - Hạch di căn	- Cyclophosphamid (Endoxan) - SFU (Fluouracil), Dd glucose
7. Viêm phế quản cấp Viêm nhiễm sau cảm lạnh - các bệnh nhiễm virus hít phải hoá chất kích thích	- Viêm nhiễm phế quản cấp sau cảm lạnh, nhiễm khuẩn, hít hoá chất, ho khan sau có đờm, sốt nhẹ - Phổi ran ẩm to.	- KS: Unasyn, Ampicilin - Biseptol, Spiramycin, Cotrimoxazol - Nhỏ mũi Clo- rocid - Hydrocortison - Terpincodein - Libexin - Radipon - Na benzoat - Seduxen.
8. Viêm phế quản mạn tính Ho, khạc, ít nhất 3 tháng, kéo dài 2 năm. Hậu quả giãn phế quản, phế nang, suy tim	Ho, đờm, khó thở khi gắng sức - có thể tím tái ngón tay - Luôn có ran ẩm ran rít, ran ngày.	- Thuốc: Như viêm phế - Kháng sinh (nếu sốt) - Theophylin, diaphylin

1	2	3
		Ho: Terpin codein, Rapi- don, Libexin, Phenergan, Na benzoat, Paxiraxon.
9. Viêm phổi.		
Viêm nhiễm ở phổi, gan hoá nặng với người xơ gan, đái tháo đường, bệnh mạn tính, người già.	Sốt - Đau ngực - Khó thở - Ho lúc đầu khan sau có đờm đặc (có thể có ít máu) Hội chứng đông đặc, có thể có tiếng thổi ống.	Penicilin - Erythromycin - Dalacin - Unasyn - Spiramycin - Các thuốc ho: Ho long đờm, Na benzoat.
LAO		
1. Lao hạch	Số lượng, vị trí, tính chất hạch viêm, nguồn lây, tiền sử	- Streptomycin - INH - Pyrazinamid - Rifampicin - Ethambutol
2. Lao màng bụng	Rối loạn tiêu hoá, cổ trướng, đám cứng lớn nhỏ	Streptomycin - INH, Pyrazinamid, Rifampicin, Ethambutol
3. Lao màng não	- Hội chứng não màng não - Triệu chứng chức năng, thần kinh, tâm thần.	Streptomycin - INH, Pyrazinamid, Rifampicin, Ethambutol
4. Lao phổi	Ho kéo dài, gầy sút, khái huyết	Streptomycin - INH, Pyrazinamid, Rifampicin, Ethambutol - Calciclorid - Cầm máu - Diazepam - Oxy



**THƯ VIỆN
HUBI**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

1	2	3
5. Lao ruột	- Rối loạn tiêu hoá - Khối u hố chậu phải	Streptomycin - INH, Pyrazinamid, Ethambutol
6. Lao tiết niệu sinh dục	- Viêm bàng quang mạn (trên 2 tháng) đái ra máu - Viêm mào tinh hoàn	Streptomycin - INH, Pyrazinamid, Ethambutol
7. Lao xương khớp	Tại chỗ và toàn thân (lâm sàng)	Streptomycin - INH, Pyrazinamid, Rifampicin, Ethambutol
8. Tràn dịch màng phổi do lao	Hội chứng tràn dịch màng phổi	Streptomycin - INH, Pyrazinamid, Ethambutol
9. Viêm mủ màng phổi do lao	Hội chứng tràn dịch màng phổi - nhiễm độc, nhiễm khuẩn	Streptomycin - INH, Pyrazinamid, Ethambutol
NỘI TIẾT		
1. Basedow Tăng tiết hormon tuyến giáp	- Sút cân - Nhịp tim mạnh - Run các đầu ngón tay - Bướu giáp - Lồi mắt. Mệt. Sợ nóng - Cáu gắt - Bàn tay ẩm - Rối loạn kinh nguyệt.	- MTU - Seduxen - Propranolol - Vitamin B ₁ - Nandrolon - Propyl Thiouracil - Carbimazol - Thiamazol - Basdene

1	2	3
2. Bướu giáp đơn thuần Bướu cổ (phổ biến ở miền núi do thiếu iod)	- Tuyến giáp trước cổ to đều lên, hoặc khu trú thành 1 hay nhiều nhân. - Không cường hoặc suy chức năng tuyến giáp	Cao tuyến giáp - Levothyroxin (L-Thyroxin). Coi chừng nhiễm độc giáp. (giảm liều hoặc ngừng thuốc). Iod trộn muối để ăn thường xuyên phòng bướu cổ, Lugol.
3. Cơn nhiễm độc giáp Biến chứng nặng, tự phát hay nguyên nhân khác	Bệnh nhân Basedow: suy mạch nhanh vã mồ hôi, nôn mửa ỉa chảy, hốc hác. Thở nhanh, vật vã, mê sảng, sốt cao, nhịp tim nhanh - HA hạ	- MTU (methylthiouracil) hay propylthiouracil. Na iodid + glucose - Uống Lugol - Propranolol (inderal Avlocardyl) - Prednisolon - kháng sinh (nếu cần)
4. Đái tháo đường Điều trị đúng thì tốt, không đúng và lơ là sẽ gây biến chứng nguy hiểm	Trên 40 tuổi - không ăn uống nhiều, đái nhiều	- Tolbutamid - Clopropamid, Glicazid (Diamicron, Predian, Glibenclamid - Metformin)



THƯ VIỆN
HUBT

1	2	3
- Đái tháo đường không phụ thuộc insulin (Typ II) - Đái tháo đường phụ thuộc insulin (Typ I)	- Dưới 40 tuổi - Có khi rất trẻ - Ăn nhiều, uống nhiều, đái nhiều, sút cân (rầm rộ). Mệt nhọc do nhiễm toan. Đường huyết, niệu cao - Ceton niệu thường xuyên	Insulin (Durasuline) Insulin trung gian (Unuline NPH) - B - Insulin - Actrapid
5. Suy tuyến giáp	Mệt sợ lạnh, da khô, lông tóc móng dễ gãy - rụng. Có phù niêm - Tim đập chậm - Trí nhớ giảm sút.	Levothyroxin (L - thyroxin)

TÂM THẦN

1. Tâm thần phân liệt

Bệnh nặng, tiến triển: mất thống nhất hoạt động tâm thần, mất dần liên hệ với thực tại, khó lạnh, kỳ dị, khó hiểu, tư duy lộn xộn

Có 6 thể bệnh: Paranoid, thanh xuân, căng trương lực, không biệt định, trầm cảm sau phân liệt, di chứng và đơn thuần. (Biểu hiện triệu chứng: hoang tưởng, ảo thanh, kích động, trầm cảm, ảo giác v.v...)

Aminazin - Haloperidol
- Amitryptilin -
Levomepromazin -
Thioridazin (Melleri) -
Diazepam (Seduxen)
Frenolon - Pipartil L4,
Moditen, Haldol
Decanoat, Semap

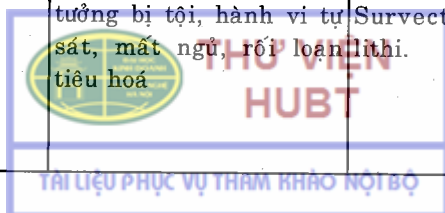
2. Động kinh

Cơn loạn kịch phát chức năng não đột ngột, tái

Có nhiều loại cơn: động kinh toàn bộ (cơn lớn, cơn nhỏ), nguyên phát, thứ

Phenobarbital (tái diễn)
Phenytoin
Carbamazepin (Tegretol)

1	2	3
phát - Có hoặc không tổn thương thực thể não	phát) động kinh cục bộ (thô sơ, phức tạp rối loạn tâm thần)	- Valproat natri (Depakin) - Ethosuximid (Zarontin) - Haloperidol - Levomepromazin (tránh dùng aminazin) Diazepam - Glucose.
3. Trạng thái kích động Trạng thái tâm lý vận động, đột ngột, không mục đích, không thích hợp với hoàn cảnh, thường mang tính phá hoại, nguy hiểm.	Nhiều nguyên nhân: do loạn thần nội sinh, tâm thần phản ứng, thực tổn não và cơ thể - Biểu hiện: nói nhiều, đi lại nhiều, gây gổ, xâm phạm v.v...	Aminazin - Nozinan (Tescerin) + Seduxen - Haloperidol - nếu nặng thêm: aminazin + Haloperidol + Phenergan. Nhẹ: Carbonat Lithi - Tegretol - Depakin
4. Trầm cảm nặng Ức chế toàn bộ hoạt động tâm thần	Nhẹ: ít ý đồ tự tử. Nặng: ý đồ tự tử. Biểu hiện: giảm khí sắc, mất thích thú, giảm hoạt động, giảm tập trung chú ý, giảm tự tin, bi quan, tưởng bị tội, hành vi tự sát, mất ngủ, rối loạn tiêu hoá	Tuỳ thể bệnh: Anafranil - Melipramin - Amitriptylin - (tiêm truyền với glucose) Nozinan (Tescerin). Valium - Vivalan - Survector - Các muối Lithi.



1	2	3
THẦN KINH		
1. Áp xe não Nhiễm khuẩn, mũ bọc mô não sau một nhiễm khuẩn mũ ngoài não. Vi khuẩn Streptococcus, Bacteroides, Enterobacteriaceae	- Nhiễm khuẩn - Tăng áp lực sọ - Thần kinh khu trú	KS: cloramphenicol (tiêm tĩnh mạch) - Penicilin - Metronidazol (Klion, Flagyl) hoặc các cephalosporin thế hệ 3: cefotaxim (claforan), ceftriaxon (rocephine). Tiêm truyền Mannitol - Glycerin uống - Dexamethason uống
2. Áp xe ngoài màng cứng ống cột sống Ổ nhiễm khuẩn mũ khoang ngoài màng cứng ống cột sống (thắt lưng, hông, cổ) thường do tụ cầu vàng	Sốt cao - rét run - Tình trạng nhiễm khuẩn toàn thân - Đau dữ dội sau thắt lưng, có khi phù nề ngoài da - Sau 4-5 ngày có thể liệt 2 chân.	KS: cloramphenicol - ampicilin - metronidazol (Klion, Flagyl uống 10 ngày liền)
3. Bệnh parkinson Loạn trương lực cơ do tổn thương nhân xám trung ương. Hội chứng thể vận cũ.	Run. Tăng trương lực ngoại tháp và giảm động dục. Hôn loạn động tác. Cử động, nói, viết, đi lại chậm chạp ngập ngừng	Trihexyphenidyl (Cyclo - Meprobamat hoặc Seduxen - Levodopa (Dopaflex) - Carbidopa + Levodopa (Sinemet) - Amantadin - Bromocriptin

1	2	3
4. Bệnh Wilson		
Biến dị gen tự thể ẩn tính gây rối loạn chuyển hoá Cu (đồng) đưa đến thoái hoá một số khu vực não và xơ gan.	Vận động chậm chạp, đi đứng khó khăn, run tay, nói khó, chảy rãi nhiều. Loạn trương lực cơ, nổi và nuốt khó, suy giảm trí tuệ, mất đục thủy tinh có vòng Kayser Fleischer gan xơ, lách to.	Chế độ ăn hạn chế Cu (đồng): gan, nấm, sôcôla, trai, sò Thuốc: D-Penicillamin - (Không dung nạp, nặng phải ngừng thuốc) - ZnSO ₄ - Vitamin B ₆ .
5. Đau dây thần kinh hông		
Đau thắt lưng - hông - đau dọc đường đi của dây thần kinh do nhiều nguyên nhân - (Đau rễ lưng 5 (L5) hay cùng 1 (S1) có thể đau cả 2 rễ)	- Đau dọc đường đi của dây hông thắt lưng xuống mông, mặt đùi khoeo, cẳng chân xiên ra ngón cái (L5) hoặc ngón út (S1) - Giảm hoặc mất phản xạ gót, (giảm các cảm giác ngón út (S1). Phản xạ gót bình thường, giảm ngón cái (L5) - Có thể teo cơ và liệt - Không đứng được bằng gót chân (S1) hoặc mu chân (L5)	Giảm đau chống viêm: Aspirin, Indometacin, Paracetamol, Chymopapain (Chymodiatine) - Triamcinolon - Diclofenac (Voltarene) - Diazepam (Vilium, Seduxen) - Vitamin B ₁₂ - Novocain - Hydrocortison
8. Ép tuỷ		
Tuỷ bị ép từ trong hoặc ngoài vào	- Đau kiểu rễ thần kinh liên sườn thần kinh hông, sau gáy hoặc bả vai. Đau theo đường đi của dây thần kinh	- Giảm đau - Aspirin, paracetamol

1	2	3
	- Có thể bị liệt 2 chi dưới hoặc tứ chi	- Phối hợp với thuốc trị lao, (chủ yếu giải quyết ngoại khoa)
7. Liệt nửa mặt Liệt dây VII ngoại biên	Người bệnh làm động tác cười, nói, huyết sáo, nhắm mắt (dấu hiệu Charle - Bell) trán mắt nếp nhăn.	- Vitamin B ₁ liều cao - Filatốp - Ampicilin - Tetracyclin - Prednisolon - Vitamin B ₁₂ . Nhỏ mắt: Cloramphenicol (bên mắt liệt) - Không dùng Strychnin
8. Loạn thần kinh chức năng Bao gồm nhiều bệnh không có căn nguyên - thường gặp: thần kinh suy nhược, histeri, trạng thái ám ảnh, tâm thần suy nhược.	- Nhức đầu, mất ngủ, mệt mỏi, thay đổi tâm lý, tính tình - Rối loạn thần kinh thực vật: tim nhanh, bốc hỏa, tức ngực, khó thở.	- Calci bromid - Cafein - Analgin - Phong bế novcain - Meproamat (Andaxin) - Vitamin B ₆ - acid glutamic - Có thể dùng thuốc chống trầm cảm (như imipramin)
9. Múa giật Sydenham Do tổn thương nhân xám trung ương - thường gặp ở trẻ em, nữ	Giảm trương lực cơ, tăng động (cử động bất thường, hỗn loạn)	- Chlorpromazin (Largactyl, Aminazin) - Diazepam (Valium Seduxen) Prednisolon - Haloperidol

1	2	3
nhiều hơn nam có liên quan với thấp khớp cấp.		
10. Đau nửa đầu (Migraine)		
Do mạch máu - Từng cơn, co rồi giãn mạch thuộc các nhánh của động mạch cảnh ngoài. Phụ nữ mắc gấp 3 lần nam giới.	Nhức nửa bên đầu (dữ dội) có thể lan cả đầu, rối loạn vận mạch, nóng mặt, chảy nước mắt, mũi. Nôn, buồn nôn, sau đó cơn giảm (1 giờ cho đến 1 ngày)	- Ergotamin Tartrat - Dihydroergotamin mesylat, Ergotamin maleat (ergonovin, Ergotrate) - Meperidin - Phenothiazin - Giảm đau: Aspirin - An thần: Diazepam - Metoclopramid - Propranolol - Pizotifen (Sanmigram) - Oxetoron (Nocertone) - Amitriptylin.
11. Nhược cơ		
Cơ vận mỗi yếu khi vận động	Cơ mắt (sụp) sau lan toàn thân mọi cơ vận đều bị nặng dần đưa đến tử vong vì liệt hành tủy	- Prostigmin - Atropin - Prednisolon - Azathioprin hoặc Cyclosporin hoặc Cyclophosphamid. Dùng thuốc lâu dài (nhiều năm).
12. Viêm màng nhện		
Viêm nhiễm màng não tủy do nhiễm khuẩn cấp	- Khó biểu hiện, theo rồi từng đợt - Có khi chỉ phát hiện được lúc can thiệp phẫu thuật	- KS: penicilin liều cao - Nếu nghi ngờ lao dùng streptomycin

1	2	3
- Tùy theo vị trí có viêm màng nhện ở não hay viêm màng nhện ở tuỷ		- Prednisolon hoặc Depersolon - Glucose đẳng trương - Mg sulfat (chống phù não). Co giật: thuốc chống động kinh và giảm đau, an thần.
13. Viêm não do virus Do virus xâm nhập vào hệ thần kinh đặc biệt não. - Tử vong cao. Để lại di chứng thần kinh - tâm thần	Sốt, nhức đầu, rối loạn ý thức, co giật cục bộ hay toàn thân - Có khi liệt nửa người, rối loạn ngôn ngữ. Dấu hiệu thấp, ngoại tháp, lú lẫn, mê sảng, co giật, rối loạn thần kinh thực vật.	Penicilin, Ampicilin, Tetracyclin, Glucose, Novocain - Nikethamid - Promethazin (Pipolphen) - NaCl, Vitamin C và B₁ - ACTH - hoặc Desoxycorton (DCA)
14. Viêm não Nhật Bản Viêm não - màng não virus do côn trùng tiết tức mang truyền (AR-BOR) - Tỷ lệ tử vong cao - khó để lại di chứng thần kinh tâm thần	Sốt cao trên 40°C - Co giật liên tục hoặc liệt vận động. Ngủ gà hoặc hôn mê	Glucose 5% - Dd NaCl 0,9% - Glucose 10% Novocain 1%, Promethazin (Pipolphen), Depersolon (nhỏ giọt tĩnh mạch) Diazepam (Valium, Seduxen), Phenobarbital, KS: Penicilin, Meticilin, Ampicilin - Vitamin B₁, C: Aminazin (nếu sốt cao). NaHCO₃ (nếu toan huyết)



THƯ VIỆN
HUYẾT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

1	2	3
15. Viêm nhiễm rễ thần kinh Guillain - Barré Hội chứng Guillain Barré do virus hay sau bệnh nhiễm khuẩn: thương hàn, thủy đậu bạch hầu, kiết lị	Dị cảm, rối loạn cảm giác, liệt vận động kiểu ngoại biên, liệt đối xứng (liệt mềm chi dưới, tứ chi, liệt dây VII)	Oxytetracyclin (Biomycin), Prednisolon - các vitamin B ₁ , B ₆ B ₁₂
16. Viêm tủy ngang Viêm nhiễm chất trắng (tủy sống) có 2 thể: nguyên phát và thứ phát	Liệt chi dưới, hoặc tứ chi nếu tổn thương trên C ₄ . Thường đột ngột, liệt mềm 2 chi dưới, rối loạn cảm giác (tưởng như không có chân) rối loạn cơ tròn (ỉa đái không tự chủ) loét dinh dưỡng. Có thể chết do viêm tủy tiến lên (thể Landuy).	- Glucose 30%, Novocain, Depersolon, nikethamid (nhỏ giọt tĩnh mạch) Ampicilin - Các vitamin B ₁ , B ₆ B ₁₂ .
BỆNH THẬN		
1. Hội chứng thận hư Do tổn thương cầu thận: phù,	Phù to toàn thân, mềm, trắng, ấn lõm, có thể cổ	Chống phù: Furosemid (Lasix), Verospiron - Tăng

1	2	3
protein niệu cao, protein máu giảm.	trướng, tràn dịch màng phổi	đạm (ăn). Prednisolon (chú ý chống chỉ định) KS: nếu cần.
2. Nhiễm khuẩn tiết niệu Nhiều vi khuẩn trong nước tiểu đái buốt, đái rất, đái đục, đái ra máu - Nếu sốt cao, rét run kèm protein niệu là có viêm thận - bể thận cấp	- Đái buốt, đái đục nhiều bạch cầu, vi khuẩn hoặc mủ - Đái máu: tươi hoặc hồng cầu niệu - Nếu viêm tuyến tiền liệt thì tuyến to và đau - Soi bàng quang: <u>sung huyết</u> đỏ rực, có chỗ loét có khi có sỏi.	Điều trị sớm và tích cực, vì dễ thành mạn tính. Uống nhiều nước, Nitrofurantoin - Cotrimoxazol (Biseptol) - Nếu cần phải dùng: Gentamycin hoặc Cephalosporin (nếu chưa đỡ). Vitamin C.
3. Nhiễm khuẩn tiết niệu mạn tính Do không tích cực chữa khi bị cấp	- Đái buốt, đái rất, tái đi tái lại - Đau tức âm ỉ trên gò mu. Có thể thấy u xơ tiền liệt, viêm phần phụ (nữ) soi bàng quang: viêm mạn.	- KS: Gentamycin - Cephalosporin (theo KS đồ là tốt nhất) - AgNO ₃ dd bơm rửa hàng ngày, vitamin C
4. Suy thận cấp Do nhiều nguyên nhân: thiếu niệu, vô niệu, Kali máu	Đái ít dần rồi thiếu niệu (dưới 500ml/24 giờ) và vô niệu (100ml/24 giờ)	- Truyền dịch điều chỉnh nước điện giải - Furosemid (Lasix), Mannitol 20% truyền. - Vitamin - KS (nếu cần)

1	2	3
tăng nhanh. Có thể chết do phù phổi cấp, do Kali máu tăng.	máu, kali máu tăng. Thở nhanh, nông, nhịp thở Kussmaul (toan máu) ngộ độc, có thể vàng da - vàng mắt.	
5. Suy thận mạn tính Hậu quả của suy thận cấp: thiếu máu, tăng HA, protein niệu, urê và creatinin tăng - chết vì urê máu cao	- Phù (tái phát) - thiếu máu - HA tăng - Suy tim - Viêm màng ngoài tim Xuất huyết mũi, lợi, dưới da, tiêu hoá: Nôn, ỉa chảy, chuột rút, kiến bò ở chân, khó thở - nhanh, toan máu - Co giật và hôn mê.	- Furosemid (Lasix) - Hạ HA: Propranolol, Nifedipin, Methyldopa, Hydralazin. - Tiêm truyền nước, điện giải - KS (nếu bội nhiễm): Ampicilin, Cloramphenicol, Erythromycin - Testosteron - Vitamin B ₁₂ , chống toan máu = NaHCO ₃
6. Viêm cầu thận cấp Thường bị sau đợt nhiễm khuẩn (họng ngoài da)...	Phù sau viêm: trắng, ấn lõm, mềm. Đái ít, vô niệu, đái máu, tăng HA, thiếu máu nhẹ, suy tim trái, có thể suy tim toàn bộ	Penicilin - Furosemid - Reserpin hay Methyldopa (Aldomet), vitamin B ₁ , C, ăn nhạt, ít nước.



THƯ VIỆN
HUBT

1	2	3
7. Viêm cầu thận mạn tính Tổn thương tiểu cầu thận, từ từ nhiều năm, phù tái đi tái lại, protein niệu	Tiền sử có phù, hay không rõ phù. Phù trắng, mềm, ấn lõm, (có khi chỉ ở mi mắt, mắt cá chân) - tăng HA. Thiếu máu.	Furosemid (Lasix) - Methyldopa hoặc Nifedipin - KS: Penicilin, Ampicilin - Cloramphenicol, (không nên dùng: Tetracyclin, Kanamycin, Gentamycin, Hypothiazid) - Vitamin.
8. Viêm thận - bể thận mạn tính Viêm tổ chức kẽ kéo dài, tái phát nhiều lần	Tiền sử viêm nhiễm tiết niệu, tái phát ra sỏi niệu, u tuyến tiền liệt, thận có nang. Đau ê ẩm vùng hông lưng, vã đau - đái buốt, đái rắt, đái nhiều, tăng HA	KS (theo KS đồ) Nitrofurantoin - Ampicilin - Nếu cần: Gentamycin - Cephalosporin - Vitamin C
TIÊU HOÁ		
1. Áp xe gan do amip Do amip - đôi khi thông vào khoang bụng, màng phổi - có thể nhầm với ung thư gan.	Sốt - đau hạ sườn phải - Gan to, có điểm đau trội - Gầy sút. Rối loạn tiêu hoá - Có thể: tràn dịch màng phổi, phù, có trướng	Dehydroemctin - Metronidazol (Klion, Flagyl) - Cloroquin hay Diodohydroquinolein (Direxiod)

1	2	3
2. Giun chui ống mật Do giun đũa - có thể tái phát nếu không diệt giun.	- Đau dữ dội mũi ức, nôn ra giun, sốt - Hoàng đản	- Levamisol (decaris) tán nhỏ trộn vào 500ml NaCl 0,9%, bơm chậm trong 2 giờ qua ống thông tá tràng.
3. Bệnh do giun sán Phổ biến nhất là trẻ em	- Triệu chứng không đặc biệt: ngứa do giun kim ở hậu môn buổi tối - ỉa ra giun sán (đốt) - Xét nghiệm thấy trứng ấu trùng. Ngoài ra: thiếu máu, đau bụng, tắc ruột.	Piperazin - Levamisol, Mebendazol - Thiabendazol - Albendazol (Zentel, Alben, Zeben); Santonin Sán: Niclosamid Praziquantel Sán lá: Dehydroemetin, Cloroquin, Praziquantel.
3. Loét dạ dày - tá tràng Loét dạ dày ít hơn loét hành tá tràng nhưng ung thư cao hơn. Hành tá tràng loét hay chảy máu.	- Đau vùng thượng vị có chu kỳ không bao giờ sốt - xuất huyết tiêu hoá - Chụp X quang có ổ đọng thuốc, biến dạng tá tràng - soi dạ dày có ổ loét.	Alusi - Maalox - Phosphalugel - Gastropulgit - Sucralfat - Cimetidin - Ranitidin - (Azantac) - Omeprazol (Mopral) KS: Amoxicilin, Ampicilin, Metronidazol - Hoặc Furazolidon kết hợp vitamin B ₂ Gastrostat.



THƯ VIỆN
HUB

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

1	2	3
4. Sỏi mật	Đau hạ sườn phải (đau quận gan) kém ăn, sợ mỡ, chậm tiêu, trướng bụng, nôn hoặc buồn nôn - sốt - hoàng đản (sau sốt và đau) - gan to, túi mật to.	Chống đau và lợi mật: như viêm túi mật cấp. KS. Chống nhiễm khuẩn (như viêm túi mật cấp) Acid chenodesoxycholic (Chenofalk Chenodex). Acid usodeoxycholic (Delursan, Ursolvan) dùng 1-2 năm.
5. Ung thư gan	Mệt mỏi, sút cân - Gan to, cứng, lổn nhổn và đau. Ăn kém, khó tiêu, đầy bụng - Sốt, lách to - Hoàng đản - Da sạm, giãn mạch, sao mạch - Cổ trướng - Tiền sử có viêm gan virus	Cần tuyệt đối - Lipiodol (gây hoại thư ổ và tắc nhánh động mạch gan vào khối u) khi u nhỏ, chưa di căn. Fluorouracil (Adriblastin), Adriamycin. - Thuốc giảm đau: Morphin
6. Viêm dạ dày cấp Phản ứng của dạ dày khi không thích nghi với thức ăn, uống, ô nhiễm, thuốc men, hoá chất.	- Đau đột ngột, dữ dội, nôn nao, cồn cào, rất bụng vùng thượng vị - Buồn nôn, nôn (có thể ra máu) thượng vị ứ đọng, thành bụng cứng, trướng hoi.	Atropin - Nospa - Pirenzepin (Gastrozepin) KS: Amoxicilin. Ampicilin, Erythromycin - Alusi, Gastropan, Cimetidin - Kavet - Kremil S - Denol - Subnitrat Bismuth - Diazepam



THƯ VIỆN
Y HỌC

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

1	2	3
7. Viêm dạ dày mạn tính	Đau bụng âm ỉ không thành cơn hoặc chu kỳ, râm ran ở bụng, và rất bồng vùng thượng vị, ăn kém chậm tiêu, đầy bụng, trướng hơi	KS: (như viêm loét dạ dày - tá tràng) Pepsin (acidin - Pepsin, Acipepsol, Betacid, Pepsacid) Cloridia (pepsin + HCl) Vitamin B ₁₂
8. Viêm đại tràng mạn tính	Thường do amip. Có viêm loét nhưng cũng có thể do chức năng	- Đau bụng vùng đại tràng, đau tăng sau khi ăn. Phân nát, lỏng, có chất nhầy, sống phân có khi lơ lờ máu cá. Rối loạn đại tiện, đi nhiều lần trong ngày - Không chịu được một số thức ăn: tôm cá, mỡ, lạnh.
9. Viêm đường mật nhiễm khuẩn	Viêm nhiễm nặng, dễ tái phát	Thuốc dùng như viêm túi mật cấp, tăng liều KS và thời gian dùng. Artisô

1	2	3
10. Viêm gan mạn tính Điều trị sớm, ngăn chặn xơ gan	Đau tức, nặng hạ sườn phải - ăn kém - khó tiêu, đầy bụng - da xạm trứng cá nhiều (nam) lòng bàn tay đỏ, môi đỏ, giãn mạch - có thể đau khớp, dị ứng, nổi mề đay.	Artisó - Sulfarlem - Cholin - Methionin - Legalon - Citrarginin - Preortan - Multiamin - Prednisolon - Azathoprin - Chophytol
11. Viêm túi mật cấp tính Do vi khuẩn gram (âm)	Đau dữ dội hạ sườn phải - sốt cao, ỉa hạ sườn phải đau. Túi mật to (khó thấy vì thành bụng co cứng), có tiền sử sỏi mật, đau hạ sườn phải.	Atropin - papaverin. KS chống nhiễm khuẩn: Penicilin liều cao. Gentamicin, Cloramphenicol - Colimycin.
12. Viêm tụy cấp tính Bệnh cảnh nguy kịch, điều trị khẩn trương	Đau dữ dội vùng thượng vị - nôn nhiều, ỉa chảy - choáng: vã mồ hôi, chân tay lạnh, mạch nhanh, thành bụng cứng - thường xảy ra sau khi ăn bữa thịnh soạn.	Nhịn ăn uống truyền dịch - (glucose và NaCl) + Procain, atropin. aprotinin (ức chế protease). Trasylol, Zymofren (amylase trở về bình thường). Cimetidin.

1	2	3
13. Xơ gan		
Thường do viêm gan	Mệt mỏi, chán ăn, chậm tiêu, rối loạn tiêu hoá. Đau âm ỉ, nặng hạ sườn phải. Sút cân. Da xám, lòng bàn tay và môi đỏ, giãn mạch. Cổ trướng, phù mềm, gan to, chắc, bờ sắc - Lách to - có thể hoàng đản.	Artisô - Chophytol - Sulfarlem - cholin - methionin - Legalon - furosemid (lasix) - spironolacton (aldacton) - verospiron - albumin humain - kali - chlorid - propranolol
TIM MẠCH		
1. Cơ đau thắt ngực		
Do động mạch vành nuôi dưỡng cơ tim bị hẹp, đưa đến thiếu máu cục bộ	Cơ đau xảy ra khi gắng sức (đi nhanh, giao hợp, lạnh...) Đau sau xương ức lan lên cổ, bả vai trái, dọc cánh tay đến ngón út trái, ngột thở hốt hoảng.	Nitroglycerin đặt dưới lưỡi (hoặc risordan). Hết cơn: Propranolol Acebutol (Sectral) Labetalol (Trandat) (nếu suy tim, hen bloc nhĩ thất không dùng). Nifedipin - Diltiazem, Diazepam, Morphin, Risordan, - Aspirin - Heparin.



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

1	2	3
2. Nhồi máu cơ tim Thường gặp ở người có tuổi bị vữa xơ động mạch, tăng HA, Lipid máu tăng	Cơn đau thắt ngực kéo dài trên 20 phút mọi cách điều trị không cắt cơn được. Choáng.	Nằm bất động, Oxy. Morphin (nếu suy hô hấp không dùng). Xylocain - Propranolol - Furosemid - Digoxin, KCl uống - Heparin. - Aspirin - An thần: Diazepam
3. Sốc tim Do giảm co bóp cơ tim, giảm cung lượng tưới máu toàn thân rối loạn huyết động, chuyển hoá tế bào	Lơ mơ, vật vã, mất ý thức - mặt nhợt nhạt, đầu chi trắng bệnh, vã mồ hôi. Mạch, HA khó lấy.	Oxy - Dopamin - Dobutamin - tiêm truyền. Nếu cần: dùng Isoprenalin (Isuprel). Tim nhịp nhanh: Cedilanid. Cần thận dùng thuốc giãn mạch: Na Nitroprussiat, Nitroglycerin - cơn ngoại tâm thu: Xylocain, Cordaron - Mexiletin.
4. Suy tim Tim không còn khả năng cung cấp máu cho cơ thể, do bệnh tim mạch, thiếu B₁,	Khó thở đặc biệt khi gắng sức, tím tái, gan to, phù, mạch cổ nổi.	Furosemid, Hydroclorothiazid, Spironolacton - Digoxin - Lanatocid C. Các thuốc giãn mạch: Nitroglycerin

1	2	3
bệnh nội tiết, chuyển hoá, bệnh phổi, thận.		- Isosorbid dinitrat - Na nitroprusiat - Hydralazin - Phentolamin - Prazosin - Captopril - Nifedipin - Isoproterenol - Glucose - Dopamin - Dobutamin - Amirionon
5. Tai biến mạch máu não Hậu quả của bệnh tim mạch: vừa xơ động mạch, tăng HA, rối loạn nhịp tim.	- Cơ thiếu máu thoáng qua: kéo dài 5-10 phút - giảm cơ lực, liệt nhẹ nửa người - có thể liệt nửa người, nửa mặt. - Nhũn não: tắc 1 nhánh động mạch não gây liệt nhẹ, nặng dần, hôn mê, tử vong - Biểu hiện giống thiếu máu thoáng qua nhưng nặng và lâu mất. - Xuất huyết não: vỡ 1 động mạch não, có thể chết ngay - Tiên lượng xấu - xảy ra đột ngột hôn mê, liệt nửa người, nửa mặt.	Dipyridamol Etylbiscumacetat, Syntrom - Aspirin - Vincpetin - Heparin - Pelentan - Syntrom - Depersolon, Mannitol 20% - Pervincamin (Vincamin) - Oxy - Mannitol 20% - Glucose 20% - Vincamin - (Pevincamin) Meclofenoxat (Lucidril) - KCl KS: Ampicilin, Penicilin (nếu cần)



THƯ VIỆN
Y HỌC

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

1	2	3
6. Tăng huyết áp Trên 160/95 mmHg (21,3 KPA/12,6KPA)	Nếu HA tăng kéo dài: tổn thương đáy mắt, suy tim, phình tách động mạch chủ, suy thận, nhũn não, xuất huyết não, bệnh não.	Hydrochlorothiazid, Furosemid, Acid etacrynic - Sipironolacton - Triamteren - Amilorid - Alphamethyl dopa (aldomet, Dopegyt) - Clonidin, Guanetidin - Reserpin - Propranolol - Pindolon - Acebutolol Oxprenolol - Metoprolol - Sotalol Bupranolol - Alprenol - Sotalol Bupranolol - Alprenol - Labetalol - Prazosin - Giãn Mạch: Hydralazin, Nitroprussiat, Diazoxid, Captopril, Enalapril
7. Tâm phế mạn Do các bệnh phế quản phổi (hay gặp)	Tim ở mặt, niêm mạc, mắt lồi nhiều, tia máu, ngón tay dùi trống - nổi tĩnh mạch cổ, phù chi dưới, gan to đau - tim nhanh	Theophylin - Bamifylin - Trentadil - Etamiphylin - Aminophylin - Diprophylin (neutraphylin) - Hydrocortison

1	2	3
		- Bromhexin - Musocolvin, Mucolyticum, Fluimucil Oxy KS. (theo KS đồ) - Acetazolamid - Hydralazin - Nifedipin - Nitroprussiat - Prostaglandin
8. Thấp tim Bệnh thấp khớp cấp - Boullaud	Biểu hiện ở khớp và tim - có thể biểu hiện ngoài da, hô hấp, tiêu hoá.	Prednisolon - Penicilin - Erythromycin. Đề phòng tái phát: Penicilin chậm - Benzathin Penicilin - Extencilin - Erythromycin
CHẤN THƯƠNG		
1. Bong gân Thương tổn bao hoạt dịch, dây chằng	- Bong gân nhẹ: dây chằng kéo dài, quá căng bị rách 1 phần. - Bong gân nặng: dây chằng bong ra khỏi xương, đứt đôi, rách rời.	- Phong bế novocain - xil Etyl Chlorid (gây tê) - Chủ yếu phẫu thuật - Gentamycin
2. Gãy xương hở Ổ gãy thông với ngoài, nguy cơ nhiễm khuẩn. Sốc nặng.	Xương hở ra ngoài - Đau cơ đến mức sốc và sốc nặng.	Penicillin - Gentamicin Ampicilin - thuốc giảm đau (G/q ngoại khoa)

1	2	3
3. Gãy xương kín	Ổ gãy không thông ra ngoài - Có thể gãy không hoàn toàn hoặc gãy rời ra (di lệch)	Thuốc giảm đau (G/q ngoại khoa)
4. Hoại thư sinh hơi Biến chứng nhiễm khuẩn kỵ khí (B. perfringens B. oedematiens, Vibrio septicus, B. histolyticus)	Sau 3-6 ngày bị thương - Lan rộng nhanh. Hoại tử tổ chức, phù nề, có hơi. Nhiễm độc toàn thân: sốt mạch nhanh, vàng da, nôn, mệt, lơ đãng, giãy dụa, chân tay lạnh, toát mồ hôi. Tại chỗ: sưng to, lạnh mẩn tím bầm, nước vàng, mùi thối như chuột chết.	Nhỏ oxy già - Dakin (vào vết thương, hoặc sau khi cắt lọc) - Sau khi cắt cụt chi: Dextran - Penicilin liều cao - Huyết thanh chống hoại thư (G/q ngoại khoa)
5. Hoại thư khô Ở đầu chi, vô khuẩn do bị chèn ép động mạch phía trên	Đầu chi kém cảm giác, lạnh, tím, cử động kém	Novocain (G/q ngoại khoa) Nếu có cắt lọc, phòng nhiễm khuẩn: penicilin.



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

1	2	3
6. Sai khớp Có thể sai khớp bẩm sinh, do viêm khớp nhiễm khuẩn, do thương tích.	Đau do dập, rách bao khớp, tổn thương dây chằng và phần mềm. Biến dạng hình thể đầu xương bị lệch - Giảm cơ năng hoàn toàn. Đầu xương sai khớp trật ra ngoài.	Các thuốc giảm đau, an thần (Aspirin, Paracetamol, Seduxen) (G/q ngoại khoa, nắn xương)
7. Vết thương lóc da Lốp da, mỡ lóc khỏi gân cơ. Chú ý trường hợp lóc da kín	- Chảy máu ít hoặc nhiều - Có thể bị sốc (nếu nặng)	- Huyết thanh: SAT - Penicilin liều cao - Ampicilin (uống) - Aspirin, Paracetamol, Seduxen.
HUYẾT HỌC TRUYỀN MÁU		
1. Bệnh bạch cầu cấp Bệnh ác tính của tổ chức tạo máu	- Bạch cầu cấp thể tủy, thể lympho: nhiễm khuẩn, xuất huyết dưới da - nội tạng - U: hạch, gan lá lách to - có thể đau xương khớp, u hốc mắt, tinh hoàn to, loét họng	Thể lympho: Vincristin (Oncovin) - Daunorubicin - Prednison - Methotrexat - L-asparaginase - Cyclophosphamid - 6 - Mercaptopurin (6MP) - Aracytin - Duy trì: cyclophosphamid, 6MP, Aracytin, - Thể tủy: liều lượng cao hơn.

1	2	3
2. Xuất huyết giảm tiểu cầu mạn, chưa rõ nguyên nhân Bệnh Werlhoff, bệnh tự miễn, nữ nhiều hơn nam, trở nhiều hơn già.	Chảy máu tự phát: dưới da, niêm mạc, nội tạng, (rong kinh, băng huyết với nữ)	Các Corticoid: Prednisolon, Depersolon (Mazipredon) truyền huyết tương - Cyclophosphamid - 6MP (6-mercaptopurin) - Vincristin
3. Thiếu máu Giảm số lượng hồng cầu, giảm huyết sắc tố	Da xanh, niêm mạc nhợt nhạt, khó thở khi gắng sức, mệt nhọc, chán ăn.	Tìm nguyên nhân - truyền máu - viên sắt (Fe Oxalat, Fe Fumarat) - Vitamin B₁₂, acid folic
4. Thiếu máu do giun móc Thiếu máu nhiễm sắc, giảm sắt huyết thanh	Xét nghiệm có giun móc	Albendazol, Mebendazol, Levamisol (Decaris) - Piperazin - Truyền máu - viên sắt.



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

1	2	3
BỆNH Ở NGƯỜI CAO TUỔI		
1. Loãng xương (do già hay trước lão hoá)	- Đau cột sống lưng cấp - Lắc rắc khi vận động. Biến dạng cột sống lưng cong, gù vẹo. Chiều cao giảm dần - gãy xương (tay, đùi), xương chậu	Nerobol - Nerobolil - Durabolin - Estron Progesteron - Calci các loại - Phosphor (Phoselein) - Calcitonin - Thyrocalcitonin - Fluorid Natri - Vitamin D ₂
2. Rối loạn mãn kinh Buồng trứng giảm tiết đến ngừng hẳn (5-10 năm)	Bốc hoá (chủ yếu) vào ban đêm từ 30 giây đến nhiều phút (mặt đỏ, nóng, và mồ hôi, mất ngủ, khó chịu) nhức đầu, chóng mặt, chuột rút, tê ngón tay, ngón chân, đau lưng, đau khi giao hợp, hoang tưởng, rối loạn kinh nguyệt.	Estron - Progesteron - Calci (tiền mãn kinh mỗi tháng 1 đợt, nhiều tháng)
3. Thiếu năng tuần hoàn não Thiếu máu nuôi não (hay gặp với người lao động trí óc) Do vừa xơ động mạch	- Nhức đầu lan toả, càng nặng khi suy nghĩ, loạn choạng, chao đảo, dị cảm tê bì đầu ngón, tiếng ve kêu, xay lúa trong tai - Khó ngủ, ngủ gà	Cinnarizin - Apo vincamin - Raubasin + Almitrin (Duxil) - Piracetam (Nootropyl). Trị vừa xơ mạch: Clofibrat (Miscleron, Lipavlon)

1	2	3
	- Rối loạn: chú ý, trí nhớ, tập trung, trí tuệ, xúc cảm.	Pyridinol, Carbatat - vitamin C, B ₆ , B ₁₅ và F.
4. Thiếu năng mạch vành mạn tính		
Máu không cung cấp đủ cho tim do vữa xơ mạch. Gây ra cơn đau thắt ngực, nhồi máu cơ tim, chết đột ngột.	- Suy tim do thiếu năng vành: tím tái, khó thở. - Rối loạn nhịp tim và dẫn truyền. Rối loạn nhịp xoang, bloc xoang nhĩ bloc nhĩ thất.	Pentaerythrityl tetranitrat (Peritrat) - Dipyridamol (Persantin) thuốc chống vữa xơ mạch - (xem ở dưới) Vitamin các loại
5. Vữa xơ động mạch		
Tổn thương ở thành động mạch	- Tiền sử có nhồi máu cơ tim, tai biến mạch máu não - Hiện tại: có cơn đau thắt ngực, thiếu năng tuần hoàn não, cơn đau cách hồi chi dưới. Lưu ý: tăng HA, béo phì, tăng đường huyết.	Thuốc hạ mỡ máu: Befizal, Clofibrat, Clofirem - Lipanor - Lipanthyl - Lipavlon - Lipenan - Lipur - Miscleron. Colestyramin (Questran) - Tiadenol - (Fonlipol) - Probucol (Lurselle) - Maxepa - Benfluorex - Pyridinol Carbatat - Vitamin C, B ₁₅ Rutin, Dipyridamol (Persantin)



THƯ VIỆN
HƯỚNG

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

1	2	3
MẮT		
1. Bong vồng mạc	Thứ phát sau: viêm màng bồ đào, viêm hắc mạc, u hắc mạc, viêm thành mạch, viêm vồng mạc	KS: ampicilin - Gentamicin - Prednisolon - Glucose - Vitamin C, PP. A - Calci chlorid
2. Bệnh vồng mạc trung tâm Bệnh hoàng điểm	Bệnh hắc vồng mạc trung tâm thanh dịch giảm thị lực ít (giảm thị lực nhìn gần) có ám điểm trung tâm, hoàng điểm thâm màu, xuất tiết trắng nhỏ sau vồng mạc bong.	Tolazolin - Hydrocortison, vitamin C, PP, B ₁ , A - glucose - Ascorvit - Calci chlorid. Hyaluronidase - (Hysa), Gentamicin.
3. Bệnh mắt hột		Mỡ tetracyclin 1% - SMP - Sulfacylum (Sulfacetamid) - Erythromycin.
4. Đục thủy tinh thể Đục thủy tinh thể người già, bệnh lý, bẩm sinh, chấn thương	- Đục thủy tinh thể người già: mờ dần dần, không đau nhức, nhìn gần rõ, đôi khi song thị 1 mắt.	- Nếu mổ: Diazepam - Acetazolamid - Glycerol - Indometacin - Hydrocortison



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

1	2	3
	Mắt không đỏ, có chấm trắng nâu giữa lòng đen. - Đục thủy tinh thể bẩm sinh: thị lực giảm thường kèm lác, rung gậy nhãn cầu, hẹp khe mi. Toàn thân: trì độn, dị tật khác - Bệnh do di truyền - Đục thủy tinh thể bệnh lý: viêm màng bồ đào chấn thương, sau mổ glôcôm, ngộ độc thuốc, đái tháo đường, sét đánh, điện giật. Thị lực giảm, nhức mắt, nhức đầu, có chấm trắng giữa con người.	- Gentamycin - Chlorocid - Tetracyclin. Các vitamin C, B₁. - Mổ: Chlorocid, Cortison - Penicilin - Ampicilin - Seduxen - Vitamin C, B₁. - Gentamycin - Hydrocortison, Atropin, tra mắt Chlorocid, Thimerosal - Vitamin C, B₁, A, Ca clorid - Mazipredon, Glucose
5. Glôcôm nguyên phát	- Glôcôm góc đóng: đã bị glôcôm 1 mắt. Do nhãn áp - Tiền sử gia đình - Glôcôm góc mở: nhãn áp tăng từ từ, nhức mắt thoáng qua từng lúc - Mắt mở dần, không hồi phục	- Pilocarpin 1% - Timolol maleat - Carteolol. Gentamycin. Clorocid - Cortison mỡ. - Pilocarpin 1% - Timolol maleat - (Timoptol) - Carteolol. Nếu mổ: thuốc dùng như trên.

1	2	3
6. Viêm túi lệ	Khám nghiệm, thăm dò lệ đạo - chảy nước mắt	- Cloramphenicol 0,4% - Gentamycin 0,5%. Uống ampicilin hoặc tetracyclin - Có thể tiêm Getamycin. Tắc lệ đạo sơ sinh: thông lệ đạo - cloramphenicol 0,4% hoặc gentamycin 0,5%
NGOẠI		
1. Áp xe nóng Ổ mủ cấp tính - do nhiễm khuẩn (tụ cầu vàng, liên cầu, trực khuẩn Eberth, Pneumo- coque, Coli, vi khẩn yếm khí.	Viêm nhiễm: sưng, nóng, đỏ đau, ổ mủ có giới hạn, ổ mủ là tân tạo, sốt, nhức đầu kém ăn.	Penicilin G - Analgin Có mủ: chích tháo mủ
2. Bỏng Thương tổn ở da do nhiệt	- Phân loại theo diện tích - Phân loại theo chiều sâu	Morphin - Glucose và NaCl 0,9% - Subtosan - Gạc mỡ streptomycin 10% - Panthenol (phun) - SAT - KS: Penicilin, Gentamycin



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

1	2	3	
3. Chảy máu do loét dạ dày - tá tràng	Tiền sử loét dạ dày - tá tràng. Nhức đầu, ù tai, cồn cào dạ dày, mặt xanh nhợt, mạch nhanh nhỏ - Nôn ra máu + thức ăn - ỉa phân đen (bã cà phê) - HA kẹt - Toát mồ hôi	Cimetidin - Phosphalugel - Alumin hydroxyd - Atropin - Diazepam - Ranitidin - Nếu phẫu thuật: Glucose và NaCl - Alvesin - Moriamin - Penicilin - Gentamycin.	
4. Chín mé (Panaris)	Nhiễm khuẩn ngón tay (cấp) do vết thương	- Chín mé nông phồng thành mũ trắng, vỡ mũ - Chín mé ria móng: mũ, nhất là dưới móng làm bong móng: đau kém ăn, mất ngủ có thể biến chứng viêm xương, viêm khớp ngón tay. - Chín mé dưới da: ở đầu ngón tay căng cứng, đau dữ dội - Sốt - chú ý: biến chứng	Rạch mũ - Novocain hoặc xylocain penicilin liều cao. Analgin - paracetamol An thần: seduxen
5. Hậu bối	Nhọt tổ ong, đám nhọt đầu đinh hợp thành mảng sau gáy, lưng móng (tụ cầu vàng) (Bệnh	- U đỏ tím rất cứng, đau tùy theo mảng. - Sốt - Kém ăn - Mất ngủ - Rồi xuất hiện những điểm trắng vỡ ra có mũ đục để ngòi mũ lỗ chỗ.	Penicilin liều cao - Gentamycin liều cao - hoặc Meticilin. Giảm đau: Analgin - Paracetamol - an thần: Seduxen.

1	2	3
nhân dải đường thường mắc)		
6. Lao thận Lao tiết niệu sinh dục khu trú do Mycobacterium tuberculosis, huỷ hoại nhu mô thận, xơ hoá đài thận, bể thận, niệu quản, bàng quang. Gây tổn thương tuyến tiền liệt, túi tinh, ống dẫn tinh, mào tinh hoàn và tinh hoàn.	- Viêm bàng quang kéo dài: viêm mào tinh hoàn, dải ra mủ, dải ra máu, đau vùng thắt lưng, sức khoẻ suy giảm, vô sinh. - Vi khuẩn Koch trong nước tiểu.	Isoniazid + Rifampicin phối hợp với ethambutol (điều trị từ 9 đến 12 tháng). Sau khi ổn định 2-3 tháng. Điều trị ngoại khoa: Phẫu thuật cắt bỏ thận 1 bên hoặc mào tinh hoàn.
7. Nhọt đầu đinh Nhiễm khuẩn tụ cầu vàng (staphylocoque) ở lỗ chân lông và tuyến bã chân lông gây hoại tử thành mủ	- Thường ở gáy, mông, nách, mu tay - Sưng, đỏ nóng, đau, chung quanh cứng sau 5-6 ngày có mủ trắng, vỡ ra nước vàng, ngòi nhọt màu xanh - Lấy ngòi nhọt để lại 1 lỗ - Sốt cao, đau nhức, mất ngủ, kém ăn.	Penicilin - analgin - aspirin - paracetamol Nặng dùng KS: Meticilin

1	2	3
8. Sỏi túi mật	- Cơn đau bụng gan: dữ dội ở hạ sườn phải hoặc thượng vị xuyên lên vai - Đau làm bệnh nhân ngừng thở hoặc thở nông - Đau vài giờ sau 2-3 ngày mới hết hẳn, nhưng có thể tái phát. Khó tiêu, ợ hơi, nôn ra mật hoặc thức ăn - Có khi đau thắt ngực. Nếu nghẽn cổ túi mật, sỏi túi mật căng đau.	- Penicilin - Gentamycin (chống nhiễm khuẩn) - papaverin - Spasmaverin - Atropin (chống co thắt giảm đau) Cholesterol - Acid chenodesoxycholic (hạn chế). Biến chứng viêm phúc mạc. Tán sỏi hoặc cắt túi mật. Thuốc: Penicilin, Gentamycin, Glucose, NaCl 0,9%
9. Sỏi ống mật chủ	Thường kèm nhiễm khuẩn. Biến chứng viêm túi mật cấp, tái phát, thường kèm sỏi gan.	Đau, sốt, vàng da (điển hình). Đau hạ sườn phải và cạnh mũi ức - sờ túi mật căng to. - Mỡ ống mật lấy sỏi và sỏi trong gan - Thuốc: Penicilin - Gentamycin - Glucose - NaCl (đăng trương)
10. Sỏi bàng quang	Nam nhiều hơn nữ	Đái buốt, đái rắt (có thể tắc) đái ra máu cuối bài. Nước tiểu có hồng cầu, tế bào, vi khuẩn, cặn sỏi. Sau khi tán sỏi hoặc mổ lấy sỏi: Penicilin

1	2	3
11. Sỏi thận Do nhiễm khuẩn ứ đọng nước tiểu, thường do rối loạn chuyển hóa.	Đau âm ỉ góc sườn lưng, lan ra phía trước, xuống dưới dọc theo niệu quản. Viêm nhiễm kèm viêm thận, bể thận, sốt cao, mạch nhanh, sỏi chít bể thận đài thận, thận to ứ nước hoặc ứ mủ thận. Đái ra máu toàn bãi.	Atropin - Papaverin (giảm đau chống co thắt) - Penicilin - Gentamycin - Sau phẫu thuật: Penicilin - Gentamycin - Glucose và NaCl 0,9%
12. Sỏi niệu quản Sỏi ứ đọng tắc tại niệu quản gây ứ nước, mủ thận, vô niệu rất nguy hiểm	- Đau quặn dữ dội từ hố thắt lưng ra trước, xuống dưới tới bộ phận sinh dục - Nếu tắc 2 bên sẽ vô niệu - Thận căng to, đau. Sốt - Urê máu và creatinin máu tăng.	Phẫu thuật. Penicilin - Gentamycin - glucose - NaCl
13. Tắc ruột Đình trệ lưu thông các chất trong lòng ruột	- Cơ đau quặn thận 2-3 phút, giảm lại đau (do ruột bị nút) - Nôn - Nôn ra phân là để quá muộn. Bí trung tiện - Trướng bụng - sờ nắn có phản ứng thành bụng - có tiếng lóc róc do hơi và dịch chuyển động (nghe). Trục tràng rỗng	Phẫu thuật. Glucose và NaCl 0,9% (bù nước, điện giải).

1	2	3
	- Mạch nhanh, HA hạ, đái ít (dấu hiệu nhiễm độc, nhiễm khuẩn)	
14. Thủng dạ dày (do loét) Do loét dạ dày - tá tràng - Gây viêm màng bụng cấp	- Có tiền sử dạ dày. Đau đột ngột dữ dội như dao đâm vùng thượng vị. Nằm nghiêng, đầu gối gấp vào bụng. Bụng cứng như gỗ, không dám thở sâu - Có dấu hiệu sốc, mạch nhanh, tái, toát mồ hôi lạnh - Nếu muộn, sốt cao mạch nhanh, thở nông, đái ít, trướng bụng do viêm màng bụng	- Phẫu thuật - NaCl 0,9% - Glucose Penicilin - Gentamycin
15. Trĩ Giãn quá mức đám rối tĩnh mạch trĩ. Có 4 độ trĩ	Độ 1: trĩ nằm trong lòng hậu môn. Độ 2: trĩ sa ra ngoài khi rặn sau đó lại co lên. Độ 3: sa ra ngoài không co lên được. Độ 4: trĩ liên tục ở ngoài hậu môn.	- Pursesid, Boldolaxin, Mg sulfat - Bourget Protolog - Prepration H - Ultraproct. KS: Ampicilin, Co-trimoxazol

1	2	3
16. Viêm màng bụng Do nhiễm khuẩn của viêm ruột thừa để muộn, thủng dạ dày, thủng do thương hàn, do mật...	- Đau bụng liên tục, khắp bụng sau 1 cơn đau khu trú. Nôn, buồn nôn. Hôi trương - Cứng thành bụng - Sốt - Mạch nhanh - HA hạ - Đái ít - Hốc hác, mất nước - Toát mồ hôi vật vã - Hơi thở hôi. Môi khô - Lưỡi bẩn - Đôi khi mê sảng.	- Phẫu thuật - NaCl 0,9% - Glucose - Calci clorid - Kali chlorid - Penicilin - Gentamycin - Metronidazol
17. Viêm ruột thừa cấp Cần cấp cứu sớm. Biến chứng viêm màng bụng nguy hiểm	Đau bụng, sau khu trú ở hố chậu phải. Sốt, mạch nhanh. ấn điểm Mac Burney đau, sờ ấn nhẹ thành bụng hố chậu phải: đau.	Phẫu thuật sớm NaCl 0,9% - glucose - Penicilin - Gentamycin - Metronidazol
PHỤ SẢN		
1. Tăng huyết áp khi có thai Ở tuổi thai 21 tuần, mất đi tuần thứ 6 sau đẻ. Dễ gây tai biến cho mẹ (sản giật, viêm thận, rối loạn thị lực, viêm	- Phù và protein niệu - Tiền sử sản khoa - Bệnh nhân - tăng HA. (Ba triệu chứng chính: Phù, tăng HA, protein niệu)	Diazepam - Hydralazin - α - Methyldopa - Lasix - Mg sulfat. Nếu không Pethidin - Promethazin - Clorpromazin.

1	2	3
gan, xuất huyết não, phù phổi cấp). Tai biến cho con: thai chết lưu, thai kém phát triển		(Chú ý cân nhắc dùng Pethidin: ảnh hưởng thai). Sản giật liên tục cần lấy thai ngay: oxytocin (+ truyền dịch).
2. Chữa ngoài tử cung Trứng không làm tổ ở buồng tử cung mà dừng và phát triển ở buồng trứng hay vòi trứng	Đau bụng, ra máu. Đau bụng dưới ê ẩm từng cơn - có thể đau dữ dội hạ vị, muốn ngất, có thể sốc Ra máu ít một hoặc dữ dội, mạch nhanh, hạ HA, vật vã, chân tay lạnh (thăm khám âm đạo và ổ bụng).	Phẫu thuật Thuốc: Penicilin, Gentamycin, Glucose, NaCl 0,9%.
3. Đe dọa xảy thai Một cấp cứu trong 3 tháng đầu thời kỳ thai nghén	- Đau bụng hạ vị, mỗi lưng - Ra máu tươi ít một. - Xảy thai: Đau bụng hạ vị từng cơn - Máu ra nhiều - Sốc	Đe dọa xảy thai: Atropin - Papaverin - Nếu do nội tiết: Progesteron - Estrogen - Xảy, ọai thai: Penicilin - Glucose - NaCl 0,9%, Oxytocin - Ergotamin - Penicilin - Ampicilin



THƯ VIỆN
HUYẾT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

1	2	3
4. Rách tầng sinh môn, cổ tử cung âm đạo do đẻ	Ra máu âm đạo (có khi không), có chỗ rách khi thăm khám	Penicilin, Ampicilin
5. Thai chết lưu	- Tiền sử: Bệnh nội khoa - Thai quá 42 tuần - Thai ngừng máy - Tim thai (-) ra máu đen	Ocytoxin - Penicilin - Glucose - Seduxen - Thể nặng: EAC KS: Penicilin - Ampicilin - Điện giải.
6. Tiền sản giật Do nhiễm độc thai nghén, viêm thận, tăng HA	Phù toàn thân, nhức đầu, mờ mắt, hoa mắt, thị lực giảm. Đau thượng vị, buồn nôn	Methyldopa (Aldomet) - Glucose - Hydralazin + Glucose (cho đến khi đạt được mức HA) - Lasix (Furosemid). KCl - MgSO ₄ tiêm. Diazepam (Seduxen) - KS nếu cần: Ampicilin hoặc Penicilin.
7. Sản giật Có dấu hiệu tiền sản giật	Chú ý phân biệt với co giật khác: tetani, uốn ván, động kinh.	Pethidin (Dolosal) - Promethazin - Chlopromazin - Glucose - Methyldopa - Hydralazin - Lasix, KCl - KS: Ampicilin - Trợ tim Strophatin.

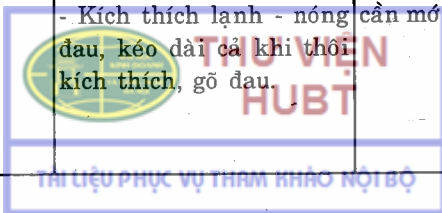


THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

1	2	3
8. Viêm âm hộ, âm đạo Thường đi kèm nhau, do nhiễm khuẩn	- Khí hư đục, xanh, vàng, bột trắng như bột - Mỗi lưng, ngứa - viêm đỏ - Đau khi khám	- Do Trichomonas: Metronidazol (Flagyl, Klion) - Do Candida albicans: Nystatin - NaHCO ₃ (rửa). - Do lậu cầu: Ciprofloxacin - Rosoxacin - Penicilin
9. Viêm phần phụ Cấp tính và mạn tính	- Sốt nhẹ - Mạch nhanh - Đau lưng dưới âm i cả hai bên - Khí hư đục, hôi. Phần phụ hai bên nề đau, ấn đau. Nếu mạn tính, (thêm) đau: hai bên hố chậu, làm việc nặng, giao hợp.	Penicilin liều cao - Gentamycin - Nếu cần: + Hydrocortison và Novocain
10. Viêm tử cung Gặp sau đẻ, sảy, nạo, đặt vòng	- Rét run, đau đầu, mệt mỏi, đau hạ vị. Tử cung sinh đồ hơi to, mềm, nắn đau. - Khí hư lẫn máu, hôi	Penicilin (KS: theo kháng sinh đồ) Estrogen liều thấp.

1	2	3
RĂNG HÀM MẶT		
1. Đau răng cấp	Do viêm tủy cấp, viêm tủy cấp phản ứng quanh cuống răng. Apxe quanh cuống răng, viêm quanh cuống cấp, gõ không đau - có lỗ sâu, lỗ hàn cũ, sang chấn.	Xylocain 2% - Dd NaClO 2,5%, nước oxy già, dd CPC hay tricresol formalin - ZnO + Eugenol. - Kháng sinh - Rodogyl.
2. Viêm áp xe miệng hàm mặt	Do bệnh răng, do phẫu thuật và do nguyên nhân khác với các triệu chứng viêm nhiễm - Sưng, khít hàm - Sưng, nóng đỏ, đau, há miệng khó, khó nhai, nuốt nói, liên quan đến cơ nâng, cắn. Sốt cao, mạch nhanh, môi khô, lưỡi bẩn - Thể trạng suy sụp biểu hiện nhiễm độc.	- Rửa oxy già - Cloramin - Dakin Ampicilin - Gentamycin - Analgin - Paracetamol - Seduxen - Glucose - NaCl 0,2% - Aspirin - Indometacin - Rodogyl.
3. Viêm tủy răng	Đau tủy, đau tự nhiên, bắt đầu - kết thúc đột ngột - Đau với cường độ khác nhau, giữa cơn đau cảm giác dịu - Kích thích lạnh - nóng đau, kéo dài cả khi thôi kích thích, gõ đau.	Xylocain 2% - iod. Mecryl lauryl và các phương tiện lấy tủy - Nếu cần mới dùng KS: Rodogyl



1	2	3
TAI MŨI HỌNG		
1. Ung thư thanh quản Ung thư hạ họng và thanh quản hạ họng	Sinh thiết u, hạch đồ (nếu có) tìm di căn	- Thuốc trước mổ: Penicilin, Prednisolon - Sau mổ: Penicilin - Gentamicin - Prednisolon. Các vitamin C, B ₁ , B ₆ , NaCl 0,9% - Glucose - Dầu cá.
2. Ung thư mũi xoang - Phẫu thuật	- Sinh thiết - Hạch đồ	Penicilin - Prednisolon - Vitamin B ₁ , B ₆ , C - Diazepam. Nếu bội nhiễm: thêm Gentamycin - dầu cá - Alvesin -
3. Viêm thanh quản cấp	Thăm khám, soi trực tiếp và gián tiếp. Viêm thanh quản: virus phù nề hạ thanh môn, vi khuẩn, do bạch hầu.	Ampicilin - Prednisolon - Vitamin C - Analgin - Khí dung Cloramphenicol + Hydrocortison - Trợ tim: Spartein.
4. Viêm xoang	Cấp, làm kháng sinh đồ	Aspirin - Penicilin - Erythromycin - Vitamin C



THU VIỆN HUY

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

1	2	3
5. Viêm mũi xoang dị ứng	Xét nghiệm: X quang, cơ địa, công thức máu, nghiệm ứng da, nghiệm ứng RAST.	Clorpheniramin (Teldrin) - Phenergan - Promethazin - Ketotifen - Terfenadin - Lomudal - Astemisol - Hydrocortison - Prednisolon - Naphazolin - KS: Penicilin - Erythromycin.
6. Viêm Amygdal Do vi khuẩn hoặc virus	- Sốt, đau họng, nuốt đau, rất họng. - Hạch dưới góc hàm (cấy và kháng sinh đồ)	Penicilin - Ampicilin - Vitamin C - Aspirin - Analgin - Paracetamol - Seduxen
7. Viêm tai giữa Do nhiễm khuẩn - Viêm tai giữa cấp hoại tử (nặng, nguy hiểm) viêm tai giữa xuất tiết.	Có hai thời kỳ - Thành mủ - Vỡ mủ.	Ampicilin - Erythromycin - Argyrol - Glycerin borat - Aspirin - Analgin - Paracetamol - Vitamin C. Vỡ mủ : Oxy già, cồn boric



THƯ VIỆN
HUBT

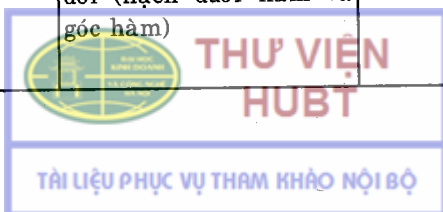
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

1	2	3
UNG THƯ		
1. U lympho không Hodgkin		
Tăng sinh các tế bào lympho B	Hạch to, lách to. Có thể gan to, nốt thâm nhiễm ngoài da, rối loạn tiêu hoá, hô hấp. Sốt - Kết quả dựa vào sinh thiết hạch.	Tia xạ, Cyclophosphamid - Vincristin - Prednisolon - Doxorubicin (Adriamycin) - Tenoposid.
2. U lympho Hodgkin		
Tăng sinh tế bào lympho. Dựa vào sinh thiết phân biệt u lympho không Hodgkin.	Hạch to, lách to - Có thể gan to, nốt thâm nhiễm ngoài da, rối loạn tiêu hoá, hô hấp.	Tia xạ, Caryolysin - Oncovin - Procarbazine - Prednisolon - Adriamycin - Bleomycin - Vinblastin - Dacarbazin
3. U hắc tố ác tính		
	Màu sắc không đều của tổn thương: đen, đỏ, nâu, trắng, xanh, đặc biệt trên những nốt ruồi đang chuyển màu. Độ dày, mép tổn thương không đều, không cân xứng. Những nốt ruồi lớn lên, ngứa viêm, loét, chảy máu.	Eldixin - Deticen - CCNU - Bestatin BCG (phẫu thuật - Tia xạ)
4. Ung thư dương vật		
Ung thư biểu mô gai	Lớp niêm mạc quy đầu - Nếu chỉ hớt bỏ lớp da hoặc rãnh bao quy đầu.	Quy đầu: Sát khuẩn. KS



THƯ VIỆN
HUBT

1	2	3
	quy đầu : tổn thương sùi như súp lơ. Hạch bẹn.	- Chống nấm. - Cắt cụt, nạo vét : KS
5. Ung thư tuyến tiền liệt	- Đái rất, khó đái, đau vùng đáy chậu - Thăm hậu môn đánh giá thể tích tuyến : mật độ, hiện diện, xâm lấn ra ngoài - Sinh thiết	Estrogen : Diethylstilbestrol - Acetat cyproteron, LH - RH - Endoxan + 5 Fluorouracil hay Adriblastin. Estracyt (Estradiol Moutard Azot)
6. Ung thư gan nguyên phát	Đột nhiên mệt mỏi, nặng vùng dưới sườn phải, sờ thấy u. Nhìn sờ, gõ nhẹ đã thấy.	- Cắt bỏ được nếu chưa xơ - Hoá trị liệu.
7. Ung thư dạ dày	- Đầy bụng khó tiêu, ậm ạch, sút cân, thiếu máu - Tiền sử loét bờ cong.	Nếu còn phẫu thuật được : 5FU. Adriamycin, Mytomycin, Cắt bỏ không hoàn toàn : 5FU, Adriamycin - CDDP.
8. Ung thư vòm họng	Tắc ngạt mũi một bên, khó nói, khó nuốt, ù tai, nhức đầu, đau hàm, đau nửa mặt, lác mắt, nhìn đôi (hạch dưới hàm và góc hàm)	Adriamycin - Endoxan, - Cisplatin



CÁC BỆNH KHÁC	THUỐC SỬ DỤNG ĐIỀU TRỊ
Actinomycosis	Penicilin G. Trimazon
Addison	Cortin - Desoxycorton - Hydrocortison - Prednisolon
AIDS (SIDA)	Zidovudin. AZT - DDC - PDI
Amoniac - máu cao	Arginin - Roclamin - Ornithin
Ap xe gan - phổi	Co-trimoxazol - Cloramphenicol - Metronidazol
Aspergillus phổi	Amphotercin B.
Ấn tinh hoàn	Androstanolon - Fluoxymesteron - Gonadotropin rau thai Metylttestosteron - Testosteron.
Bạch hầu	Giải độc tố bạch hầu - Erythromycin - Penicilin G. Penicilin V.
Băng huyết	Acid aminocaproic - Ergometrin - Transamin - Metylergometrin - Menadiol
Béo phì	Amfepramon - Clobenzorex - Dexfenfluramin - Fenproporex
Blermer	Cyanocobalamin - Erythropoeitin - Hydroxocobalamin
Biếng ăn	Cốm bổ trẻ em - Metandienon và các thuốc tăng dưỡng - Pizotifen và Cyproheptadin
Brucella	Cloramphenicol - Streptomycin - Tetracyclin

Cảm sốt	Aspirin - Etenzamid - Metamizol - Paracetamol - Propyphenazon
Chảy máu	Acid aminocaproic - Acid tranexamic - Vitamin K và dẫn chất.
Chậm dậy thì	Estradiol - Diethylstilbestrol - Ethinylestradiol
Chậm tiêu	Abomin - Acid cicotoic - Pancreatin - Papain - Pepsin
Chóng mặt	Dimenhydrinat - Tanganil - stugeron (cinnarizin)
Co cứng cơ	Baclofen - Carisoprodol - Scutamil C - Clormezanon - Tolperison - Neuriplege
Còi xương	Cholecalciferol - Ergocalciferol - Calci (các chế phẩm)
Dị ứng	Acrivastin - Antazolin - Astemizol - Cetirizin - Carbinoxamin - Clorphenoxamin - Clemastin - Diphehydramin - Cyproheptadin - Etoloxamin - Doxylamin - Loratadin - Oxatomid - Oxomemazin - Mequitazin - Promethazin - Terfenadin - Talastin - Tripelenamin.
Dịch hạch	Cloramphenicol - Streptomycin - Tetracyclin
Đau dây thần kinh	Indometacin và các thuốc chống viêm không steroid, như : Acid mefenamic - Fenbufen - Fenoprofen - Ibuprofen - Pirocicam - Pirprofen - Sulindac... - Vitamin B ₁ , B ₆ và B ₁₂
Đau thắt ngực	Carbocromen - Diltiazem - Dipyridamol - Fendilin - Hexobendin - Imolamin - Isosorbid - Nifedipin - Nitroglycerin - Pentaerithrityl - Tetranitrat - Prenylamin - Verapamil..

Đục thể thủy tinh	Catarstat và Catacol - Dulciphak - Kali iodid - Phakolen và Phakormone.
Eczema	- Alclometason - Betamethason - Dexamethason - Flumetason - Fluocinonid - Fluocortolon - Fluocinolone - Prednisolon - Ichtyol
Giảm huyết áp	Epinephrin - Heptaminol - Phenylephrin - Pholedrin - Saparal
Giun chỉ	Diethylcarbamazin - Ivermectin
Herpes giác mạc	Aciclovir - Idoxuridin
Ho (không kèm sốt)	Codein - Guaifenesin - Noscapin - Oxomemazin - Terpin hydrat - Terpin codein - Toplexil
Ho gà	Ampicilin - Erythromycin - Cloramphenicol
Hôn mê	Gammalon - Heptaminol - Meclofenoxat
Ỉa chảy	Diphenoxylat - Hordenin - Loperamid - Nifurid - Nifuroxazid - Opi - Oresol - Tanin - Furazolidon - Berberin
Khô mắt	Lệ nhân tạo - Retinol
Loãng xương	Calci (chế phẩm) - Calcitonin - Metandienon và thuốc tăng dưỡng.
Loạn nhịp	Ajmalin và dẫn chất - Amiodaron - Lidocain - Procainamid - Propranolol và một số thuốc chẹn beta.
Ly trực khuẩn	Ampicilin - Berberin - Co-trimoxazol - Nifuroxazid - Nitrofurantoin - Sulfamethoxypyridazin - Succinylsulfathiazol

Mạch nhanh	Acebutolol và một số thuốc chẹn beta - Ajmalin và dẫn chất - Digitoxin và digoxin - Quinidin và dẫn chất.
Mất ngủ	Bromisoval -Cloral hydrat -Diazepam và một số benzodiazepin -Glutethimid -Meprobamat -Zolpidem
Mycosis - Fon- goides	Bleomycin
Ngạt mũi	Ephedrin - Denoral - Naphazolin - Oxymetazolin - Rinurel - Xylometazolin - Rynatan
Nôn và buồn nôn	Domperidon - Haloperidol - Metoclopramid - Metopimazin - Pyridoxin - Radobelin - Dimenhydrinat - Theadryl - Stugeron
Sốt rét	Amodiaquin - Artemisinin và dẫn chất - Cloroquin - Fansidar - Mefloquin - Mepacrin - Primaquin - Pyrimethamin - Quinin
Suy dinh dưỡng	Acid amin - Alvesin - Aminopeptid - Lipofundin - Moriamin
Tả (bệnh)	Cloramphenicol - Tetracyclin - Co-trimoxazol
Táo bón	Bisacodyl - Boldolaxine - Lactulose - Magnhe sulfat - Natri picosulfat-Natri sulfat - Phenolphthalein - Pursenid - Senozid A và B - Sorbitol - Dầu parafin
Tăng lipid huyết	Bezafibrat - Clofibrat - Ciprofibrat - Clofibrid - Colestipol - Colestyramin - Fenofibrat - Gemfibrozil - Lovastatin - Maxepa - Pentosan - Pravastatin - Simvastatin
Thương hàn (sốt)	Cloramphenicol - Co-trimoxazol - Thiamphenicol

Trùng roi âm đạo (trichomonas)	Metronidazol - Acetarsol - Nimorazol - Secnidazol - Tinidazol
Trứng cá (bệnh)	Benzoylperoxyd - Aberel - Erythromycin - Acnestrol - Isotretinoin - Acnidazil - Metyltestosteron - Progesteron (qua da) - Skinoren - Tretinoin - Tetracyclin
Tuổi mãn kinh (rối loạn)	Ethinyl - Estradiol - Estrogen tự nhiên - Radobelin - Klimakterin



PHỤ LỤC 2

SỬ DỤNG THUỐC AN TOÀN TRONG THAI KỲ

Thuốc được phân chia mức độ nguy cơ dựa trên tác động có hại về mặt sinh sản, tăng trưởng và cân nhắc giữa nguy cơ và lợi ích từ mức độ A đến mức độ X.

Mức độ A: Các nghiên cứu kiểm chứng trên phụ nữ không cho thấy nguy cơ (và không có bằng chứng về nguy cơ trong các tháng sau) đối với thai nhi trong 3 tháng đầu và khả năng gây hại cho thai nhi vẫn chưa được xác lập.

Mức độ B: Các nghiên cứu về sinh sản trên động vật không cho thấy nguy cơ đối với thai nhưng không có nghiên cứu kiểm chứng trên phụ nữ có thai; hoặc các nghiên cứu về sinh sản trên động vật cho thấy có một tác dụng phụ (ngoài tác động gây giảm khả năng sinh sản) nhưng không được xác nhận trong các nghiên cứu kiểm chứng ở phụ nữ trong 3 tháng đầu thai kỳ (và không có bằng chứng về nguy cơ trong các tháng sau).

Mức độ C: Các nghiên cứu trên động vật phát hiện các tác dụng phụ trên thai (gây quái thai hoặc thai chết hoặc các tác động khác) và không có các nghiên cứu kiểm chứng trên phụ nữ; hoặc chưa có các nghiên cứu trên phụ nữ hoặc trên động vật. Chỉ nên sử dụng các thuốc này khi lợi ích mang lại cao hơn nguy cơ có thể xảy ra cho thai nhi.

Mức độ D: Có bằng chứng liên quan đến nguy cơ ở thai nhi người, nhưng do lợi ích mang lại, việc sử dụng

thuốc trong thai kỳ có thể được chấp thuận, bất chấp nguy cơ (như cần thiết phải dùng thuốc trong các tình huống đe dọa tính mạng hoặc trong một bệnh trầm trọng mà các thuốc an toàn không thể sử dụng hoặc không hiệu quả).

Mức độ X: Các nghiên cứu trên động vật và con người cho thấy có bất thường thai nhi; hoặc có bằng chứng nguy cơ đối với thai nhi dựa trên kinh nghiệm con người; hoặc cả hai điều này; và nguy cơ của việc sử dụng thuốc cho phụ nữ có thai rõ ràng cao hơn bất kỳ lợi ích mang lại nào. Chống chỉ định dùng thuốc này ở phụ nữ có thai hoặc có thể có thai.



Hoạt chất	Đường dùng thuốc	Mức độ nguy cơ
1	2	3
A		
Abacavir	Uống	C
Abarelix	Tiêm	X
Abatacept	Tiêm	C
Abciximab	Tiêm	C
Acamprosate	Uống	C
Acarbose	Uống	B
Acebutolol	Uống	B; D trong 6 tháng cuối thai kỳ
Acetazolamide	Uống	C
	Tiêm	C
Acetohexamide	Uống	C
Acetylcholine chloride	Mắt	C
Acetylcysteine	Khí dung	B
	Uống	B
	Tiêm	B
Aciclovir	Uống	B
	Tiêm	B
	Tại chỗ	B
Acitretin	Uống	X
Acrivastine	Uống	B



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Adalimumab	Tiêm	B
Adapalene	Tại chỗ	C
Adefovir dipivoxil	Uống	C
Adenosine	Tiêm	C
Agalsidase beta	Tiêm	B
Alteplase	Tiêm	C
Altretamine	Uống	D
Amantadine	Uống	C
Amcinonide	Tại chỗ	C
Amfepramone	Uống	B
Amifostine	Tiêm	C
Amikacin	Tiêm	D
Amiloride	Uống	B; D nếu dùng trong tăng huyết áp do thai kỳ
Aminocaproic acid	Uống Tiêm	C C
Aminogluthethimide	Uống	D
Albendazole	Uống	C
Albumin	Tiêm	C
Alclometasone	Tại chỗ	C
Alcohol	Uống	D; X nếu dùng lượng nhiều hoặc dùng kéo dài



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Aldesleukin	Tiêm	C
Alefacept	Tiêm	B
Alemtuzumab	Tiêm	C
Alendronic acid	Uống	C
Alfentanil	Tiêm	C; D nếu dùng kéo dài hoặc dùng liều cao khi sinh
Alfuzosin	Uống	B
Alglucerase	Tiêm	C
Alglucosidase alfa	Tiêm	B
Alimemazine	Uống	C
Aliskiren	Uống	C; D trong 6 tháng cuối thai kỳ
Allopurinol	Uống	C
	Tiêm	C
Almotriptan	Uống	C
Alosetron hydrochloride	Uống	B
Alprazolam	Uống	D
Alprostadil	Tiêm	X
	Niệu đạo	C
Aminophylline	Uống	C
	Tiêm	C
	Trực tràng	C



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Amiodarone.	Uống	D
	Tiêm	D
Amitriptyline	Uống	C
	Tiêm	C
Amlexanox	Miệng/họng	B
Amlodipine	Uống	C
Ammonium chloride	Uống	B
Ammonium lactate	Tại chỗ	B
Amobarbital	Uống	D
Amoxapine	Uống	C
Amoxicillin	Uống	B
Amphotericin B	Tiêm	B
	Tại chỗ	B
Ampicillin	Uống	B
Amprenavir	Uống	C
Amrinone	Tiêm	C
Anagrelide	Uống	C
Anakinra	Tiêm	B
Anastrozole	Uống	D
Anidulafungin	Tiêm	C
Antazoline	Mắt	C
Anti-inhibitor coagulant complex	Tiêm	C
Antithrombin III	Tiêm	B



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

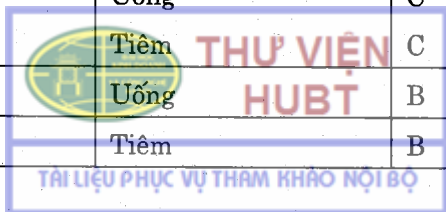
Apraclonidine	Mắt	C
Aprepitant	Uống	B
Aprotinin	Tiêm	B
Arformoterol tartrate	Khí dung	C
Argatroban	Tiêm	B
Aripiprazole	Uống	C
Ascorbic acid	Uống	A; C nếu liều trên khẩu phần khuyến cáo hàng ngày
Asparaginase	Tiêm	C
Aspartame	Uống	B; C ở phụ nữ bị phenylketon niệu
Aspirin	Uống	C;D nếu dùng liều cao trong 3 tháng cuối thai kỳ
Astemizole	Uống	C
Atazanavir	Uống	B
Atenolol	Uống	D
Atomoxetine	Uống	C
Atorvastatin	Uống	X
Atovaquone	Uống	C
Atracurium besilate	Tiêm	C
Atropine	Mắt	C



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

	Uống	C
	Tiêm	C
Auranofin	Uống	C
Azacitidine	Tiêm	D
Azatadine	Uống	B
Azathioprine	Uống	D
	Tiêm	D
Azelaic acid	Tại chỗ	B
Azelastine	Mũi	C
	Mắt	C
Azithromycin	Mắt	B
	Uống	B
Aztreonam	Tiêm	B
B		
Bacampicillin	Uống	B
Bacillus Calmette – Guerin vaccine	Tiêm	C
Bacitracin	Mắt	C
	Tiêm	C
	Tại chỗ	C
Baclofen	Uống	C
	Tiêm	C
Balsalazide	Uống	B
Basiliximab	Tiêm	B



Becaplermin	Tại chỗ	C
Beclometasone	Khí dung	C
	Mũi	C
Benazepril	Uống	C; D trong 6 tháng cuối thai kỳ
Bendroflumethiazide	Uống	C; D nếu dùng trong tăng huyết áp do thai nghén
Benoxinate hydrochloride	Mắt	C
Benzathine benzylpenicillin	Tiêm	B
Benzatropine mesilate	Uống	C
	Tiêm	C
Benzocaine	Miệng/họng	C
Benzoyl peroxide	Tại chỗ	C
Benzylpenicillin	Tiêm	B
Bepridil	Uống	C
Betacarotene	Uống	C; X nếu liều trên khẩu phần khuyến cáo hàng ngày
Betamethasone	Uống	C; D trong 3 tháng đầu thai kỳ
	Tiêm	C; D trong 3 tháng đầu thai kỳ



THƯ VIỆN
HUB

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

	Tại chỗ	C; D trong 3 tháng đầu thai kỳ
Betaxolol	Mắt	C
	Uống	C; D trong 6 tháng cuối thai kỳ
Bethanechol chloride	Uống	C
	Tiêm	C
Bevacizumab	Tiêm	C
Bexarotene	Uống	X
Bicalutamide	Uống	X
Bimatoprost	Mắt	C
Biperiden	Uống	C
	Tiêm	C
Bisacodyl	Uống	B
	Trực tràng	B
Bismuth salicylate	Uống	C
Bisoprolol	Uống	C; D trong 6 tháng cuối thai kỳ
Bivalirudin	Tiêm	B
Bleomycin	Tiêm	D
Bortezomib	Tiêm	D
Bosentan	Uống	X
Botulinum A toxin	Tiêm	C
Bretylum tosilate	Tiêm	C

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Brimonidine	Mắt	B
Brinzolamide	Mắt	C
Bromfenac sodium	Mắt	C
Bromocriptine	Uống	B
Brompheniramine	Uống	C
Bucizine	Uống	C
Budesonide	Khí dung	B
	Mũi	B
	Uống	C
	Trực tràng	C
Bumetanide	Uống	C
	Tiêm	C
Bupivacaine	Tiêm	C
Buprenorphine	Tiêm	C
Bupropion	Uống	C
Buspirone	Uống	B
Busulfan	Uống	D
Butalbital	Uống	C; D nếu dùng kéo dài hoặc dùng liều cao khi sinh
Butoconazole	Âm đạo	C
Butorphanol tartrate	Mũi	C; D nếu dùng kéo dài hoặc dùng liều cao khi sinh



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

	Tiêm	C; D nếu dùng kéo dài hoặc dùng liều cao khi sinh
Butriptyline	Uống	C
C		
Cabergoline	Uống	B
Caffeine	Uống	B
Calcifediol	Uống	C; D nếu liều trên khẩu phần khuyến cáo hàng ngày (US RDA)
Calcipotriol	Tại chỗ	C
Calcitonin	Mũi	C
	Tiêm	C
Calcitriol	Uống	C; D nếu liều trên khẩu phần khuyến cáo hàng ngày (US RDA)
	Tiêm	C; D nếu liều trên khẩu phần khuyến cáo hàng ngày (US RDA)
Calcium acetate	Uống	C
	Tiêm	C
Calcium carbonate	Uống	C
Calcium chloride	Tiêm	C

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

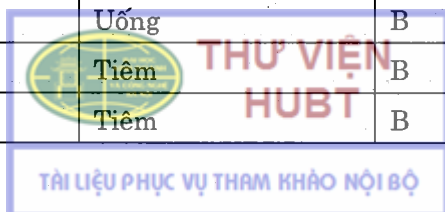
Calcium folinate	Uống	C
	Tiêm	C
Calcium gluconate	Uống	C
	Tiêm	C
Calcium lactate	Uống	C
Calcium polystyrene sulfonate	Uống	C
	Trực tràng	C
Camphor	Tại chỗ	C
Candesartan	Uống	C; D trong 6 tháng cuối thai kỳ
Capecitabine	Uống	D
Capreomycin	Tiêm	C
Captopril	Uống	C; D trong 6 tháng cuối thai kỳ
Carbachol	Mắt	C
Carbamazepine	Uống	D
Carbarsone	Uống	D
Carbenicillin	Uống	B
Carbidopa	Uống	C
Carbimazole	Uống	D
Carbinoxamine	Uống	C
Carboplatin	Tiêm	D
Carboprost	Tiêm	C



THƯ VIỆN
HƯỚNG DẪN

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Carisoprodol	Uống	C
Carmustine	Tiêm	D
Carnitine	Uống Tiêm	B B
Carteolol	Uống	C; D trong 6 tháng cuối thai kỳ
Casanthranol	Uống	C
Cascara	Uống	C
Caspofungin	Tiêm	C
Cefaclor	Uống	B
Cefadroxil	Uống	B
Cefalexin	Uống	B
Cefalotin	Tiêm	B
Cefamandole	Tiêm	B
Cefapirin	Tiêm	B
Cefatrizine	Uống	B
Cefazolin	Tiêm	B
Cefdinir	Uống	B
Cefditoren	Uống	B
Cefepime	Tiêm	B
Cefixime	Uống	B
Cefmetazole	Tiêm	B
Cefonicid	Tiêm	B



Cefoperazone	Tiêm	B
Ceforanide	Tiêm	B
Cefotaxime	Tiêm	B
Cefotetan	Tiêm	B
Cefoxitin	Tiêm	B
Cefpodoxime	Uống	B
Cefprozil	Uống	B
Cefradine	Uống Tiêm	B B
Ceftazidime	Tiêm	B
Ceftibuten	Uống	B
Ceftizoxime	Tiêm	B
Ceftriaxone	Tiêm	B
Cefuroxime	Uống Tiêm	B B
Celecoxib	Uống	C; D trong 3 tháng cuối hoặc khi gần chuyển dạ
Celiprolol	Uống	B; D trong 6 tháng cuối thai kỳ
Cerivastatin sodium	Uống	X
Cetirizine	Uống	B
Cetrorelix	Tiêm	X
Cetuximab	Tiêm	C



THƯ VIỆN
HUB

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Cevimeline	Uống	C
Chenodeoxycholic acid	Uống	X
Chloral hydrate	Uống	C
	Trực tràng	C
Chlorambucil	Uống	D
Chloramphenicol	Mắt	C
	Tai	C
	Tiêm	C
Chlorcyclizine	Uống	C
Chlordiazepoxide	Uống	D
	Tiêm	D
Chlorhexidine	Miệng/họng	B
	Cấy quanh răng	C
Chlormethine	Tiêm	D
Chloroquine	Uống	C
	Tiêm	C
Chlorothiazide	Uống	C; D nếu dùng trong tăng huyết áp do thai kỳ
Chlorotrianisene	Uống	X
Chlorphenamine	Uống	B
Chlorpromazine	Uống	C
	Tiêm	C
Chlorpropamide	Uống	C
Chlorprothixene	Uống	C

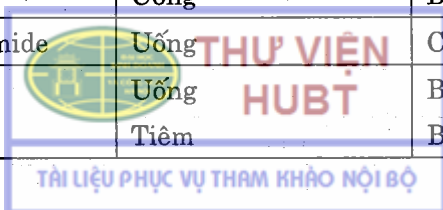


THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Chlortalidone	Uống	B; D nếu dùng trong tăng huyết áp do thai kỳ.
Chlorotrianisene	Uống	X
Chlorphenamine	Uống	B
Chlorpromazine	Uống Tiêm	C C
Chlorpropamide	Uống	C
Chlorprothixene	Uống	C
Chlortailidone	Uống	B; D nếu dùng trong tăng huyết áp do thai kỳ.
Chlortetracycline	Mắt	D
Chlorzoxazone	Uống	C
Choline magnesium trisalicylate	Uống	C; D trong 3 tháng cuối hoặc khi gần sinh
Chorionic gonadotrophin	Tiêm	X
Ciclesonide	Khí dung	C
Ciclopirox	Tại chỗ	B
Ciclosporin	Mắt Uống Tiêm	C C C
Cidofovir	Tiêm	C
Cilastatin	Tiêm	C

Cilazapril	Uống	C; D trong 6 tháng cuối thai kỳ
Cilostazol	Uống	C
Cimetidine	Uống Tiêm	B B
Cinacalcet hydrochloride	Uống	C
Cinnarizine	Uống	C
Cinoxacin	Uống	C
Ciprofloxacin	Mắt Uống Tai Tiêm	C C C C
Cisapride	Uống	C
Cisatracurium besilate	Tiêm	B
Cisplatin	Tiêm	D
Citalopram	Uống	C
Cladribine	Tiêm	D
Clarithromycin	Uống Tiêm	C C
Clavulanic acid	Uống	B
Clemastine	Uống	B
Clidinium bromide	Uống	C
Clindamycin	Uống Tiêm	B B



	Tại chỗ	B
	Âm đạo	B
Clobetasol	Tại chỗ	C
Clofarabine	Tiêm	D
Clofazimine	Uống	C
Clofibrate	Uống	C
Clomifene	Uống	X
Clomipramine	Uống	C
Clonazepam	Uống	D
	Tiêm	D
Clonidine	Ngoài màng cứng	C
	Uống	C
	Tiêm	C
	Qua da	C
Clopidogrel	Uống	B
Clorazepate	Uống	D
Clotrimazole	Tại chỗ	B
	Âm đạo	B
Cloxacillin	Uống	B
Clozapine	Uống	B
Coal tar	Tại chỗ	C
Codeine	Uống	C; D nếu dùng kéo dài hoặc liều cao khi sinh



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

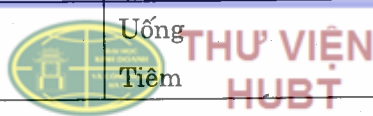
	Tiêm	C; D nếu dùng kéo dài hoặc liều cao khi sinh
Colchicine	Uống	D
	Tiêm	D
Colecalciferol	Uống	A; D nếu liều trên khẩu phần khuyến cáo hàng ngày (US RDA)
Colesevelam	Uống	B
Colestipol	Uống	B
Colestyramine	Uống	C
Colistimethate sodium	Tiêm	C
Conivaptan	Tiêm	C
Corticotrophin	Tiêm	C
Cortisone	Uống	C; D trong 3 tháng đầu thai kỳ
	Tiêm	C; D trong 3 tháng đầu thai kỳ
Co-trimoxazole [sulfamethoxazole (SMZ) & trimethoprim (TM)]	Uống	C
	Tiêm	C
Coumarin	Uống	X



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Crotamiton	Tại chỗ	C
Cyanocobalamin	Mũi	C
Cyclizine	Uống	B
Cyclobenzaprine	Uống	B
Cyclopenthiazide	Uống	C; D nếu dùng trong tăng huyết áp do thai kỳ
Cyclopentolate	Mắt	C
Cyclophosphamide	Uống Tiêm	D D
Cycloserine	Uống	C
Cyproheptadine	Uống	B
Cyvedilol	Uống	C; D trong 6 tháng cuối thai kỳ
Cytarabine	Tiêm	D
D		
Dacarbazine	Tiêm	C
Daclizumab	Tiêm	C
Dactinomycin	Tiêm	C
Dalteparin sodium	Tiêm	B
Danaparoid sodium	Tiêm	B
Danazol	Uống	X
Dantrolene	Uống Tiêm	C C



TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Dantron	Uống	C
Dapsone	Uống	C
Daptomycin	Tiêm	B
Darbepoetin alfa	Tiêm	C
Darifenacin	Uống	C
Darunavir	Uống	B
Dasatinib	Uống	D
Daunorubicin	Tiêm	D
Deferasirox	Uống	B
Deferoxamine	Tiêm	C
Delavirdine	Uống	C
Demeclocycline	Uống	D
Desflurane	Khí dung	B
Desipramine	Uống	C
Desirudin	Tiêm	C
Deslanoside	Uống	C
	Tiêm	C
Desloratadine	Uống	C
Desmopressin	Mũi	B
	Uống	B
	Tiêm	B
Desonide	Tại chỗ	C
Desoximetasone	Tại chỗ	C



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

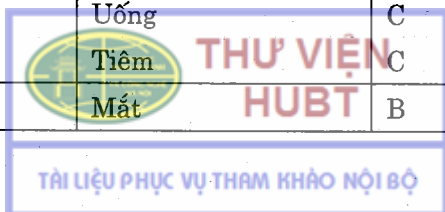
Dexamethasone	Mắt Uống Tiêm	C C; D trong 3 tháng đầu thai kỳ C; D trong 3 tháng đầu thai kỳ
Dexbrompheniramine	Uống	C
Dexchlorpheniramine	Uống	B
Dexfenfluramine	Uống	C
Dexmedetomidine	Tiêm	C
Dextran	Tiêm	C
Dextroamphetamine	Uống	C
Dextromethorphan	Uống	C
Dextropropoxyphene	Uống	C; D khi dùng kéo dài
Diacerein	Uống	B
Diazepam	Uống Tiêm Trực tràng	D D D
Diazoxide	Uống Tiêm	C C
Dibenzepin	Uống	C
Dichlorphenamide	Uống	C
Diclofenac	Mắt	C; D trong 3 tháng cuối hoặc khi gần chuyển dạ



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

	Uống	B; D trong 3 tháng cuối hoặc khi gần chuyển dạ
	Tiêm	B; D trong 3 tháng cuối hoặc khi gần chuyển dạ
	Tại chỗ	C
Dicloxacillin	Uống	B
Dicycloverine hydrochloride	Uống	B
Didanosine	Uống	B
Dienestrol	Tại chỗ	X
Diethylstilbestrol	Uống	X
Diflorasone	Tại chỗ	C
Diflunisal	Uống	C; D trong 3 tháng cuối hoặc khi gần chuyển dạ
Digitoxin	Uống	C
Digoxin	Uống	C
Dihydroergotamine	Uống	X
Dihydrotachysterol	Uống	A
Diiodohydroxy - quinoline	Uống	C
Diltiazem	Uống	C
	Tiêm	C
	Mắt	C
Dimenhydrinate		B



Dimercaprol	Tiêm	C
Dimethindene	Uống	B
	Tiêm	B
Dimethyl sulfoxide	Rửa	C
Dimetotiazine mesilate	Uống	C
Dinoprostone	Âm đạo	C
Diphenhydramine	Uống	B
	Tiêm	B
Diphenoxylate	Uống	C
Dipivefrine	Mắt	B
Diprophylline	Uống	C
Dipyridamole	Uống	B
Dirithromycin	Uống	C
Disodium cromoglycate	Khí dung	B
Disopyramide	Uống	C
	Tiêm	C
Disulfiram	Uống	C
Dithranol	Tại chỗ	C
Dobutamine	Tiêm	B
Docetaxel	Tiêm	D
Docusate sodium	Uống	C
Dofetilide	Uống	C

Dolasetron	Uống	B
	Tiêm	B
Domperidone	Uống	C
Donepezil	Uống	C
Dopamine	Tiêm	C
Dornase alfa	Tiêm	B
Dorzolamide	Mắt	C
Dosulepin	Uống	C
Doxapram	Tiêm	B
Doxazosin	Uống	C
Doxepin	Uống	C
Doxorubicin	Tiêm	D
Doxycycline	Uống	D
Doxylamine	Uống	A
Dronabinol	Uống	C
Droperidol	Tiêm	C
Drotrecogin alfa (activated)	Tiêm	C
Duloxetine	Uống	C
Dutasteride	Uống	X
E		
Econazole	 Tại chỗ	C; Đặc biệt tránh dùng trong 3 tháng đầu thai kỳ

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

	Âm đạo	C; Đặc biệt tránh dùng trong 3 tháng đầu thai kỳ
Ecothiopate iodide	Mắt	C
Eculizumab	Tiêm	C
Edrophonium chloride	Tiêm	C
Efalizumab	Tiêm	C
Efavirenz	Uống	D
Eletriptan hydrobromide	Uống	C
Emedastine	Uống	B
Emtricitabine	Uống	B
Enalapril	Uống	C; D trong 6 tháng cuối thai kỳ
Enflurane	Khí dung	B
Enfuvirtide	Tiêm	B
Enoxacin	Uống	C
Enoxaparin	Tiêm	B
Entacapone	Uống	C
Entecavir	Uống	C
Ephedrine	Uống	C
	Tiêm	C
Epinastine	Mắt	C
Epinephrine	Mũi	C
	Mắt	C



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

	Tiêm	C
Epirubicin	Tiêm	D
Eplerenone	Uống	B
Epoetin alfa	Tiêm	C
Epoprostenol	Tiêm	B
Eprosartan	Uống	C; D trong 6 tháng cuối thai kỳ
Eptifibatide	Tiêm	B
Ergocalciferol	Uống	A; D nếu liều trên khẩu phần khuyến cáo hàng ngày
	Tiêm	A; D nếu liều trên khẩu phần khuyến cáo hàng ngày
Ergometrine	Tiêm	X
Ergtamine	Miệng	X
	Uống	X
	Trực tràng	X
Erlotinib	Uống	D
Ertapenem	Tiêm	B
Erythromycin	Mắt	B
	Uống	B
	Tiêm	B
	Tại chỗ	B



Erythropoietin	Tiêm	C
Escitalopram	Uống	C
Esmolol	Tiêm	C
Esomeprazole	Uống	B
Estazolam	Uống	X
Estradiol	Miệng/họng	X
	Uống	X
	Qua da	X
	Âm đạo	X
Estramustine	Uống	X
Estriol succinate	Uống	X
Estrone	Tiêm	X
Estropipate	Uống	X
	Âm đạo	X
Eszopiclone	Uống	C
Etacrynic acid	Uống	B
	Tiêm	B
Etanercept	Tiêm	B
Ethambutol	Uống	B
Ethinyl estradiol	Uống	X
Ethionamide	Uống	C
Ethisterone	Uống	D
Ethioheptazine	Uống	C
Ethosuximide	Uống	C



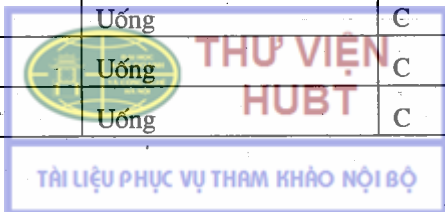
THƯ VIỆN
HUYẾT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

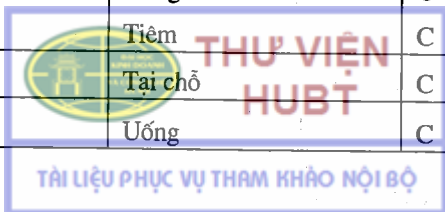
Etidronic acid	Uống Tiêm	B C
Etodolac	Uống	C; D trong 3 tháng cuối hoặc khi gần chuyển dạ
Etomidate	Tiêm	C
Etoposide	Uống Tiêm	D D
Etretinate	Uống	X
Etynodiol	Uống	D
Exemestane	Uống	D
Exenatide	Tiêm	C
Ezetimibe	Uống	C

F

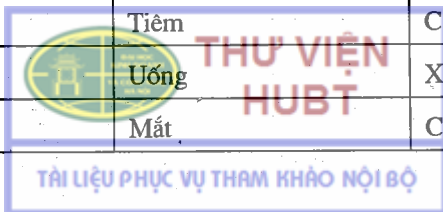
Factor IX	Tiêm	C
Factor VIIa	Tiêm	C
Factor VIII	Tiêm	C
Factor XIII	Tiêm	C
Famciclovir	Uống	B
Famotidine	Uống	B
Felbamate	Uống	C
Felodipine	Uống	C
Fenfluramine	Uống	C



Fenofibrate	Uống	C
Fenoldopam	Tiêm	B
Fenoprofen	Uống	B; D trong 3 tháng cuối hoặc khi gần chuyển dạ
Fenoterol	Tiêm	B
Fentanyl	Miệng	C; D nếu dùng kéo dài hoặc dùng liều cao khi sinh
	Tiêm	C; D nếu dùng kéo dài hoặc dùng liều cao khi sinh
	Qua da	C; D nếu dùng kéo dài hoặc dùng liều cao khi sinh
Fexofenadine	Uống	C
Filgrastim	Tiêm	C
Finasteride	Uống	X
Flavoxate	Uống	B
Flecainide	Uống	C
	Tiêm	C
Floxuridine	Tiêm	D
Fluconazole	Uống	C
	Tiêm	C
Flucortolone	Tại chỗ	C
Flucytosine	Uống	C



Fludarabine phosphate	Tiêm	D
Fludrocortisone	Uống	C
Flumazenil	Tiêm	C
Flunisolide	Khí dung	C
	Mũi	C
Flunitrazepam	Uống	D
Fluocinolone acetonide	Tại chỗ	C
Fluocinonide	Tại chỗ	C
Fluocortolone	Tại chỗ	C
Fluorescein	Mắt	C
	Tiêm	C
Fluorometholone	Mắt	C
Fluorouracil	Tiêm	X
	Tại chỗ	X
Fluoxetine	Uống	C
Fluoxymesterone	Uống	X
Flupentixol	Uống	C
	Tiêm	C
Fluphenazine	Uống	C
	Tiêm	C
Flurazepam	Uống	X
Flurbiprofen	Mắt	C



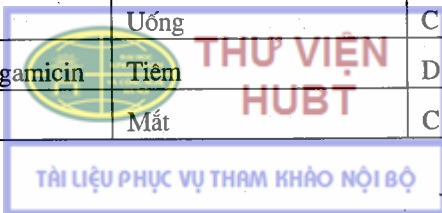
	Uống	B; D trong 3 tháng cuối hoặc khi gần chuyển dạ
Flutamide	Uống	D
Fluticasone	Khí dung Mũi Tại chỗ	C C C
Fluvastatin	Uống	X
Fluvoxamine	Uống	C
Folic acid	Uống	A; C nếu liều cao hơn khẩu phần khuyến cáo hàng ngày (US RDA)
Folinic acid	Uống Tiêm	C C
Follitropin alfa	Tiêm	X
Follitropin beta	Tiêm	X
Fomepizole	Tiêm	C
Fondaparinux sodium	Tiêm	B
Formoterol	Khí dung	C
Fosamprenavir	Uống	C
Foscarnet sodium	Tiêm	C
Fosfomycin	Uống	B
Fosinopril	Uống	C; D trong 6 tháng cuối thai kỳ
Frovatriptan	Uống	C



THƯ VIỆN
HUB

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Fulvestrant	Tiêm	D
Furazolidone	Uống	C
Furosemide	Uống Tiêm	C; D nếu dùng trong tăng huyết áp do thai kỳ C; D nếu dùng trong tăng huyết áp do thai kỳ
G		
Gabapentin	Uống	C
Gadopentetic acid	Tiêm	C
Galantamine	Uống	B
Gamma globulin	Tiêm	C
Ganciclovir	Trong nhãn cầu Uống Tiêm	C C C
Ganirelix	Tiêm	X
Gatifloxacin	Mắt	C
Gefitinib	Uống	D
Gemcitabine	Tiêm	D
Gemfibrozil	Uống	C
Gemifloxacin	Uống	C
Gemtuzumab ozogamicin	Tiêm	D
Gentamicin	Mắt	C



	Tai	C
	Tiêm	D
	Tại chỗ	C
Glatiramer acetate	Tiêm	B
Glibenclamide	Uống	C
Glimepiride	Uống	C
Glipizide	Uống	C
Glucagon	Tiêm	B
Glyceryl trinitrate	Lưỡi	C
	Tại chỗ	C
	Qua da	C
Glycopyrronium bromide	Uống	B
	Tiêm	B
Gonadorelin	Tiêm	B
Goserelin	Tiêm	X
Granisetron	Uống	B
	Tiêm	B
Grepafloxacin	Uống	C
Griseofulvin	Uống	C
Guafenesin	Uống	C
Guanethidine	Uống	C
Guanfacine	Uống	B



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

H

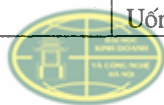
Halcinonide	Tại chỗ	C
Haloperidol	Uống	C
	Tiêm	C
Halothane	Khí dung	C
Heparin	Tiêm	C
Hexachlorophene	Tại chỗ	C
Histrelin	Tiêm	X
Homatropine	Mắt	C
Human immunoglobulin	Tiêm	C
Human menopausal gonadotrophin	Tiêm	X
Hyaluronidase	Tiêm	C
Hydralazine	Uống	C
	Tiêm	C
Hydrochlorothiazide	Uống	B; D nếu dùng trong tăng huyết áp do thai kỳ
Hydrocodone	Uống	C; D nếu dùng kéo dài hoặc dùng liều cao khi sinh
Hydrocortisone	Mắt	C; D trong 3 tháng đầu thai kỳ



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

	Uống	C; D trong 3 tháng đầu thai kỳ
	Tai	C; D trong 3 tháng đầu thai kỳ
	Tiêm	C; D trong 3 tháng đầu thai kỳ
	Tại chỗ	C; D trong 3 tháng đầu thai kỳ
Hydroflumethiazide	Uống	C
Hydromorphone	Uống	C
	Tiêm	C
Hydroquinone	Tại chỗ	C
Hydroxocobalamin	Tiêm	C
Hydroxycarbamide	Uống	D
Hydroxychloroquine	Uống	C
Hydroxyprogesterone caproate	Tiêm	D
Hydroxyurea	Uống	D
Hydroxyzine	Uống	C
Hyoscine	Uống	C
	Tiêm	C
Hyoscyamine	Uống	C

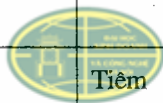


THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

I

Ibandronate	Uống Tiêm	C C
Ibritumomabtiuxetan	Tiêm	D
Ibuprofen	Uống	B; D trong 3 tháng cuối hoặc khi gần chuyển dạ
Ibutilide	Tiêm	C
Idarubicin	Tiêm	D
Idoxuridinè	Mắt	C
Idursulfase	Tiêm	C
Ifosfamide	Tiêm	D
Iloprost	Khí dung	C
Imatinib	Uống	D
Imiglucerase	Tiêm	C
Imipenem	Tiêm	C
Imipramine	Uống Tiêm	C C
Imiquimod	Tại chỗ	B
Immunoglobulin	Tiêm	C
Immunoglobulin, cytomegalovirus	Tiêm	C
Immunoglobulin, viêm gan siêu vi B	Tiêm	C



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Immunoglobulin, đại	Tiêm	C
Immunoglobulin, uốn ván	Tiêm	C
Immunoglobulin, varicella-zoster	Tiêm	C
Indapamide	Uống	B; D nếu dùng trong tăng huyết áp do thai kỳ
Indinavir	Uống	C
Indocyanine green	Tiêm	C
Indometacin	Mắt Uống Tiêm Trực tràng	B; D dùng trên 48 giờ hoặc sau 34 tuần thai hoặc gần ngày sinh B; D nếu dùng trên 48 giờ hoặc sau 34 tuần thai hoặc gần ngày sinh. B; D nếu dùng trên 48 giờ hoặc sau 34 tuần thai hoặc gần ngày sinh B; D nếu dùng trên 48 giờ hoặc sau 34 tuần thai hoặc gần ngày sinh



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Infliximab	Tiêm	B
Insulin	Khí dung	C
Insulin aspart	Tiêm	B
Insulin aspart protamin	Tiêm	B
Insulin detemir	Tiêm	C
Insulin glargine	Tiêm	C
Insulin glulisine	Tiêm	C
Insulin lispro	Tiêm	B
Insulin, NPH	Tiêm	B
Insulin, regular	Tiêm	B
Interferon alfa	Tiêm	C
Interferon beta	Tiêm	C
Interferon gamma	Tiêm	C
Iodamide	Tiêm	D
Iodinated glycerol	Uống	X
Iodine	Uống	D
Iohexol	Tiêm	B
Iopamidol	Tiêm	B
Iopromide	Tiêm	B
Ipecacuanha	Uống	C
Ipratropium bromide	Khí dung	B
Irbesartan	Uống	C; D trong 6 tháng cuối thai kỳ



THƯ VIỆN
HUB

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Irinotecan	Tiêm	D
Iron dextran	Tiêm	C
Isocarboxazid	Uống	C
Isoflurane	Khí dung	B
Isometheptene	Uống	C
Isoniazid	Uống	C
	Tiêm	C
Isoprenaline	Tiêm	C
Isopropamide iodide	Uống	C
Isosorbide dinitrate	Miệng	C
	Uống	C
	Tiêm	C
	Qua da	C
Isosorbide mononitrate	Uống	C
Isotretinoin	Uống	X
Isoxsuprine	Uống	C
Isradipine	Uống	C
Itraconazole	Uống	C
	Tiêm	C
Ivermectin	Uống	C
Ixabepilone	Tiêm	D



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

K

Kanamycin	Uống	D
	Tiêm	D
Kaolin	Uống	B
Ketamine	Tiêm	B
Ketoconazole	Uống	C
	Tại chỗ	C
Ketoprofen	Uống	B; D trong 3 tháng cuối hoặc khi gần chuyển dạ
Ketorolac trometamol	Mắt	C
	Uống	C; D trong 3 tháng cuối hoặc khi gần chuyển dạ
	Tiêm	C; D trong 3 tháng cuối hoặc khi gần chuyển dạ
Ketorolac tromethamine	Mắt	C
Ketotifen fumarate	Mắt	C

L

Labetalol	Uống	C
	Tiêm	C
Lactulose	Uống	B
Lamivudine	Uống	C
Lamotrigine	Uống	C
Lanatoside C	Uống	C
Lansoprazole	Uống	B

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

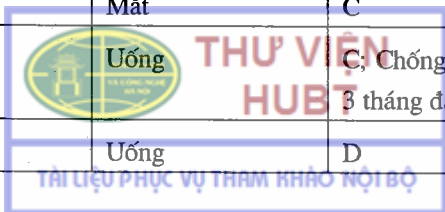
Lanthanum carbonate	Uống	C
Lapatinib	Uống	D
Lantanoprost	Mắt	C
Leflunomide	Uống	X
Lenalidomide	Uống	X
Lepirudin	Tiêm	B
Letrozole	Uống	D
Leuporelin	Tiêm	X
Levamisole	Uống	C
Levetiracetam	Uống	C
Levobunolol	Mắt	C
Levobupivacaine	Tiêm	B
Levocabastine	Mắt	C
Levocetirizine	Uống	B
Levodopa	Uống	C
Levofloxacin	Mắt	C; chống chỉ định, nhất là trong 3 tháng đầu thai kỳ
	Uống	C; chống chỉ định, nhất là trong 3 tháng đầu thai kỳ
	Tiêm	C; chống chỉ định, nhất là trong 3 tháng đầu thai kỳ
Levomepromazine	Uống	C
	Tiêm	C
Levonorgestrel	Uống	X



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

	Dưới da	X
Levothyroxine sodium	Uống	A
Lidocaine	Trong da	B
	Tiêm	B; khi gây tê tại chỗ và trong tim mạch
	Tại chỗ	B
Lincomycin	Uống	B
	Tiêm	B
Lindane	Tại chỗ	C
Linezolid	Uống	C
	Tiêm	C
Liothyronine	Uống	A
	Tiêm	A
Lisdexamfetamine	Uống	C
Lisinopril	Uống	C; D trong 6 tháng cuối thai kỳ
Lithium	Uống	D
Lodoxamide	Mắt	B
Lodoxamide trometamol	Mắt	B
Lodoxamide tromethamin	Mắt	B
Lomefloxacin	Mắt	C
Lomefloxacin hydrochloride	Uống	C; Chống chỉ định trong 3 tháng đầu thai kỳ
Lumustine	Uống	D



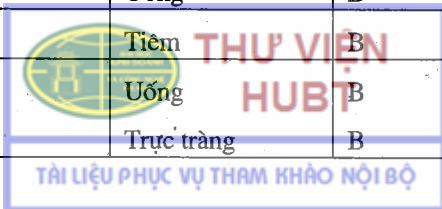
Loperamide	Uống	B
Lopinavir	Uống	C
Loracarbef	Uống	B
Loratadine	Uống	B
Lorazepam	Uống	D
	Tiêm	D
Losartan	Uống	C; D trong 6 tháng cuối thai kỳ
Loteprednol etabonate	Mắt	C
Lovastatin	Uống	X
Loxapine	Uống	C
Lubiprostone	Uống	C
Lynestrenol	Uống	D
Lypressin	Mũi	C
M		
Mafenide	Tại chỗ	C
Magnesium sulfate	Tiêm	B
Malathion	Tại chỗ	B
Mannitol	Tiêm	C
Maprotiline	Uống	B
Maraviroc	Uống	B
Mazindol	Uống	C
Mebendazole	Uống	C



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Mecasermin	Tiêm	C
Mechlorethamine	Tiêm	D
Meclofenamate sodium	Uống	B; D trong 3 tháng cuối hoặc khi gần chuyển dạ
Meclozine	Uống	B
Medroxyprogesterone	Uống Tiêm	X X
Mefenamic acid	Uống	C; D trong 3 tháng cuối hoặc khi gần sinh
Mefloquine	Uống	C
Megestrol	Uống	X
Meloxicam	Uống	C; D trong 3 tháng cuối hoặc khi gần sinh
Melphalan	Uống Tiêm	D D
Memantine	Uống	B
Menotrophin	Tiêm	X
Mepenzolate bromide	Uống	C
Mepivacaine	Tiêm	C
Meprobamate	Uống	D
Mercaptopurine	Uống	D
Meropenem	Tiêm	B
Mesalazine	Uống Trực tràng	B B



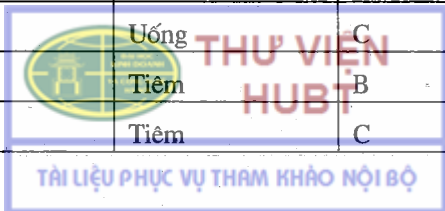
Mesna	Uống	B
	Tiêm	B
Mesoridazine	Uống	C
Mestranol	Uống	X
Metaraminol	Tiêm	C
Metformin	Uống	B
Methadone	Uống	C
	Tiêm	C
Methazolamide	Uống	C
Methdilazine	Uống	C
Methenamine	Uống	C
Methimazole	Uống	D
Methocarbamol	Uống	C
Methohexital	Tiêm	B
	Trực tràng	B
Methotrexate	Uống	X
	Tiêm	X
Methoxsalen	Uống	C
	Tại chỗ	C
Methyclothiazide	Uống	B; D nếu dùng trong tăng huyết áp do thai kỳ
Methyldopa	Uống	B
	Tiêm	B



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Methylphenidate	Uống	C
	Qua da	C
Methylprednisolone	Uống	C
	Tiêm	C
Methyltestosterone	Uống	X
Methysergide	Uống	X
Metipranolol	Mắt	C
Metirosine	Uống	C
Metixene	Uống	C
Metoclopramide hydrochloride	Uống	B
	Tiêm	B
Metolazone	Uống	B; D nếu dùng trong tăng huyết áp do thai kỳ
Metoprolol	Uống	C; D trong 6 tháng cuối thai kỳ
	Tiêm	C; D trong 6 tháng cuối thai kỳ
Metronidazole	Uống	B
	Tiêm	B
	Tại chỗ	B
	Âm đạo	B
Mexiletine	Uống	C
Mezlocillin	Tiêm	B
Micafungin	Tiêm	C



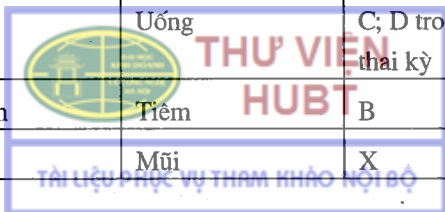
Miconazole	Tại chỗ	C
	Âm đạo	C
Midazolam	Uống	D
	Tiêm	D
Midodrine	Uống	C
Mifepristone	Uống	X
Miglitol	Uống	B
Miglustat	Uống	X
Milrinone	Tiêm	C
Minocycline	Răng	D
	Uống	D
	Tiêm	D
Minoxidil	Uống	C
Mirtazapine	Uống	C
Misoprostol	Uống	X
Mitoxantrone	Tiêm	D
Mivacurium chloride	Tiêm	C
Modafinil	Uống	C
Moexipril	Mắt	C; D trong 6 tháng cuối thai kỳ
Molindone	Uống	C
Mometasone furoate	Mũi	C
	Tại chỗ	C
Monobenzone	Tại chỗ	C



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Monoethanolamine oleate	Tiêm	C
Montelukast sodium	Uống	B
Moracizine	Uống	B
Morphine	Uống	C; D nếu dùng kéo dài hoặc dùng liều cao khi sinh
	Tiêm	C; D nếu dùng kéo dài hoặc dùng liều cao khi sinh
Moxifloxacin	Mắt	C
	Uống	C
	Tiêm	C
Mupirocin	Mũi	B
	Mắt	B
	Tại chỗ	B
Muromonab CD3	Tiêm	C
Mycophenolic acid	Uống	D
	Tiêm	D
N		
Nabumetone	Uống	C; D trong 3 tháng cuối hoặc khi gần chuyển dạ
Nadolol	Uống	C; D trong 6 tháng cuối thai kỳ
Nadroparin calcium	Tiêm	B
Nafarelin	Mũi	X



Nafcillin	Tiêm	B
Naftifine	Tại chỗ	B
Nalbuphine	Tiêm	B; D nếu dùng kéo dài hoặc dùng liều cao khi sinh
Nalidixic acid	Uống	C
Nalorphine	Tiêm	D
Naloxone	Tiêm	B
Naltrexone hydrochloride	Uống	C
Nandrolone	Tiêm	X
Naphazoline	Mũi Mắt	C C
Naproxen	Uống	B; D trong 3 tháng cuối hoặc khi gần chuyển dạ
Naratriptan	Uống	C
Natalizumab	Tiêm	C
Natamycin	Mắt	C
Nateglinide	Uống	C
Nebivolol	Uống	C
Nedocromil	Khí dung Mắt	B B
Nefazodone hydrochloride	Uống	C
Nelarabine	Tiêm	D
Nelfinavir	Uống	B



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Neomycin	Uống	C
	Trực tràng	C
Neostigmine	Uống	C
	Tiêm	C
Nesiritide	Tiêm	C
Netilmicin	Tiêm	D
Nevirapine	Uống	C
Nicardipine	Uống	C
Nicotinamide	Uống	A; C nếu liều cao hơn khẩu phần khuyến cáo hàng ngày (US RDA)
Nicotine	Uống	C
	Qua da	D
Nicotinic acid	Uống	C
Nicotinyl alcohol	Uống	C
Nifedipine	Uống	C
Nilotinib	Uống	D
Nilutamide	Uống	C
Nimesulide	Uống	X
Nimodipine	Uống	C
	Tiêm	C
Nisoldipine	Uống	C
Nitazoxanide	Uống	B
Nitrofurantoin	Uống	B



THƯ VIỆN
HUYẾT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

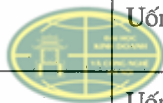
Nitrous oxide	Khí dung	C
Nizatidine	Uống	B
Norepinephrine	Tiêm	C
Norethisterone	Uống	X
Noretynodrel	Uống	X
Norfloxacin	Mắt	C; Đặc biệt thận trọng trong 3 tháng đầu thai kỳ
	Uống	C; Đặc biệt thận trọng trong 3 tháng đầu thai kỳ
Norgestrel	Uống	X
Nortriptyline	Uống	C
Nystatin	Miệng/ Họng	C
	Uống	C
	Tại chỗ	C
	Âm đạo	A
O		
Octreotide	Tiêm	B
Ofloxacin	Mắt	C; Đặc biệt thận trọng trong 3 tháng đầu thai kỳ
	Uống	C; Đặc biệt thận trọng trong 3 tháng đầu thai kỳ
	Tai	C; Đặc biệt thận trọng trong 3 tháng đầu thai kỳ
	Tiêm	C; Đặc biệt thận trọng trong 3 tháng đầu thai kỳ



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Olanzapine	Uống	C
	Tiêm	C
Olmesartan medoxomil	Uống	C; D trong 6 tháng cuối thai kỳ
Olopatadine	Mắt	C
Olsalazine	Uống	C
Omalizumab	Tiêm	B
Omeprazole	Uống	C
	Tiêm	C
Ondansetron	Uống	B
	Tiêm	B
Opipramol	Uống	C
Oprelvekin	Tiêm	C
Orciprenaline	Khí dung	C
	Uống	C
Orlistat	Uống	B
Orphenadrine	Uống	C
	Tiêm	C
Oseltamivir	Uống	C
Oxacillin	Uống	B
Oxaliplatin	Tiêm	D
Oxandrolone	Uống	X
Oxaprozin	Uống	C; D trong 3 tháng cuối hoặc khi gần chuyển dạ
Oxazepam	Uống	D



THƯ VIỆN
HUB

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Oxacarbazepine	Uống	C
Oxiconazole	Tai chỗ	B
Oxprenolol	Uống	C; D trong 6 tháng cuối thai kỳ
Oxybuprocaine	Mắt	C
Oxybutynin	Uống	B
Oxycodone	Uống	B
Oxymetazoline	Mũi	C
	Mắt	C
Oxymetholone	Uống	X
Oxymorphone	Uống	C
Oxyphenbutazone	Uống	C
Oxyphenonium bromide	Uống	C
Oxytetracycline	Uống	D
Oxytocin	Tiêm	X

P

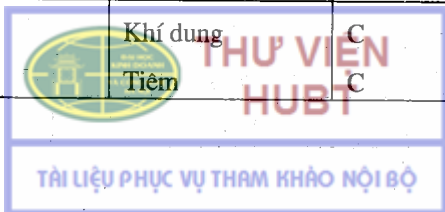
Paclitaxel	Tiêm	D
Palifermin	Tiêm	C
Paliperidone	Uống	C
Palivizumab	Tiêm	C
Palonosetron	Tiêm	B
Pamidronic acid	Tiêm	D
Pancrelipase	Uống	C
Pancuronium bromide	Tiêm	C



THƯ VIỆN
HUB

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Pantoprazole	Uống Tiêm	B B
Pantothenic acid	Uống	A; C nếu liều trên khẩu phần khuyến cáo hàng ngày (US RDA)
Papaverine hydrochloride	Uống	C
Paracetamol	Uống	B
Paricalcitol	Uống Tiêm	C C
Paromomycin	Uống	C
Paroxetine	Uống	D
Pegaptanib	Trong nhãn cầu	B
Peginterferon alfa-2a	Tiêm	C
Peginterferon alfa-2b	Tiêm	C
Pemetrexed	Tiêm	D
Pemoline	Uống	B
Penbutolol	Uống	C; D trong 6 tháng cuối thai kỳ
Penciclovir	Tại chỗ	B
Penicillamine	Uống	D
Pentaerythrityl tetranitrate	Uống	C
Pentamidine	Khí dung Tiêm	C C

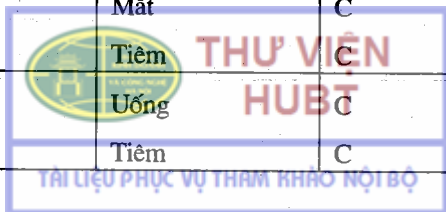


Pentazocine	Uống	C; D nếu dùng kéo dài hoặc dùng liều cao khi sinh
	Tiêm	C; D nếu dùng kéo dài hoặc dùng liều cao khi sinh
	Trực tràng	C; D nếu dùng kéo dài hoặc dùng liều cao khi sinh
Pentobarbitone	Tiêm	D
Pentosan polysulfate sodium	Uống	B
Pentoxifylline	Uống	C
Pergolide	Uống	B
Perindopril	Uống	C; D trong 6 tháng cuối thai kỳ
Permethrin	Tại chỗ	B
Perphenazine	Uống	C
Pethidine	Uống	B; D nếu dùng kéo dài hoặc dùng liều cao khi sinh
	Tiêm	B; D nếu dùng kéo dài hoặc dùng liều cao khi sinh
Phenacetin	Uống	B
Phenazopyridine	Uống	B



TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Phencyclidine	Uống	X
Phendimetrazine	Uống	C
Phenelzine	Uống	C
Phenindione	Uống	D
Pheniramine	Uống	C
Phenobarbitone	Tiêm	D
Phenolphthalein	Uống	C
Phenoxybenzamine	Uống	C
	Tiêm	C
Phenoxymethylpenicillin	Uống	B
Phensuximide	Uống	D
Phentermine	Uống	C
Phentolamine	Tiêm	C
Phenylbutazone	Uống	C; D trong 3 tháng cuối hoặc khi gần chuyển dạ
Phenylephrine	Uống	C
Phenylpropanolamine	Uống	C
Phenyltoloxamine	Uống	C
Phenytoin	Uống	D
	Tiêm	D
Physostigmine	Mắt	C
	Tiêm	C
Phytomenadione	Uống	C
	Tiêm	C



Pilocarpine	Mắt	C
	Uống	C
Pimecrolimus	Tại chỗ	C
Pimozide	Uống	C
Pindolol	Uống	B; D trong 6 tháng cuối, thai kỳ
Pioglitazone	Uống	C
Pipecuronium bromide	Tiêm	C
Piperacillin	Tiêm	B
Piperazine	Uống	B
Piperidolate	Uống	C
Pirbuterol acetate	Khí dung	C
Pirbuterol hydrochloride	Khí dung	C
Piroxicam	Uống	C; D trong 3 tháng cuối hoặc khi gần chuyển dạ
Pitavastatin	Uống	X
Plicamycin	Tiêm	X
Podophyllotoxin	Tại chỗ	C
Podophyllum	Tại chỗ	C
Polymyxin B	Tại chỗ	B
Polythiazide	Uống	C; D nếu dùng trong tăng huyết áp do thai kỳ
Posaconazole	Uống	C
Potassium chloride	Uống	A

Potassium citrate	Uống	A
Potassium gluconate	Uống	A
Potassium iodide	Uống	D
Povidone iodine	Tại chỗ	D
Pralidoxime	Tiêm	C
Pramipexole	Uống	C
Pramlintide	Dưới da	C
Pramocaine	Tại chỗ	C
Pravastatin	Uống	X
Praziquantel	Uống	B
Prazosin	Uống	C
Prednicarbate	Tại chỗ	C
Prednisolone	Mắt Uống Tiêm	C C; D trong 3 tháng đầu thai kỳ C; D trong 3 tháng đầu thai kỳ
Prednisone	Uống	C; D trong 3 tháng đầu thai kỳ
Pregabalin	Uống	C
Prilocaine	Răng	B
Primaquine	Uống	C
Primidone	Uống	D
Probenecid	Uống	C
Probucol	Uống	B

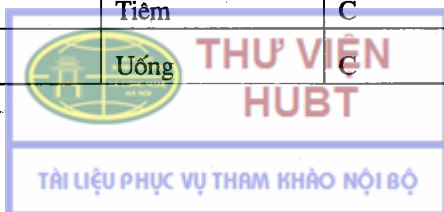
Procainamide	Uống	C
	Tiêm	C
Procaine	Tiêm	C
Procaine penicillin	Tiêm	B
Procarbazine	Uống	D
Prochlorperazine	Uống	C
	Tiêm	C
	Trực tràng	C
Procyclidine	Uống	C
Progesterone	Uống	B
Proguanil	Uống	B
Promazine	Uống	C
	Tiêm	C
Promethazine	Uống	C
	Tiêm	C
	Trực tràng	C
Propafenone	Uống	C
Propantheline bromide	Uống	C
Proparacaine hydrochloride	Mắt	C
Propofol	Tiêm	B
Propranolol	Uống	C; D trong 6 tháng cuối thai kỳ
	Tiêm	C; D trong 6 tháng cuối thai kỳ



THƯ VIỆN
HUYẾT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Propylthiouracil	Uống	D
Protamine sulfate	Tiêm	C
Protirelin	Tiêm	C
Protriptyline	Uống	C
Pseudoephedrine	Uống	C
Pyrantel	Uống	C
Pyrazinamide	Uống	C
Pyridostigmine bromide	Uống	C
	Tiêm	C
Pyridoxine	Uống	A
	Tiêm	A
Pyrimethamine	Uống	C
Q		
Quazepam	Uống	X
Quetiapine	Uống	C
Quinapril	Uống	C; D trong 6 tháng cuối thai kỳ
Quinidine	Uống	C
	Tiêm	C
Quinine	Uống	C



R

Rabeprazole	Uống	B
Raloxifene	Uống	X
Ramelteon	Uống	C
Ramipril	Uống	C; D trong 6 tháng cuối thai kỳ
Ranibizumab	Trong nhãn cầu	C
Ranitidine	Uống	B
	Tiêm	B
Ranitidine bismuth citrate	Uống	C
Ranolazine	Uống	C
Rasagiline	Uống	C
Rasburicase	Tiêm	C
Remifentanyl hydrochloride	Tiêm	C
Repaglinide	Uống	C
Reserpine	Uống	C
Retepase	Tiêm	C
Reviparin sodium	Tiêm	B
Ribavirin	Khí dung	X
	Uống	X
	Tiêm	X



Uống
Tiêm

THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Riboflavin	Uống	A; C nếu liều trên khẩu phần khuyến cáo hàng ngày (US RDA)
Rifabutin	Uống	B
Rifampicin	Uống Tiêm	C C
Rifapentine	Uống	C
Riluzole	Uống	C
Rimantadine	Uống	C
Rimexolone	Mắt	C
Risedronate sodium	Uống	C
Risperidone	Uống	C
Ritodrine	Uống Tiêm	B B
Ritonavir	Uống	B
Rituximab	Tiêm	C
Rivastigmine	Uống	B
Rizatriptan	Uống	C
Rocuronium bromide	Tiêm	C
Rofecoxib	Uống	C; D trong 3 tháng cuối hoặc khi gần chuyển dạ
Ropinirole	Uống	C
Ropivacaine	Tiêm	B
Rosiglitazone	Uống	C



THƯ VIỆN
HUB

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Rosuvastatin	Uống	X
Rotigotine	Qua da	C
S		
Saccharin sodium	Uống	C
Salbutamol	Khí dung	C
	Uống	C
	Tiêm	C
Salicylic acid	Tại chỗ	C
Salmeterol	Khí dung	C
Salsalate	Uống	C; D trong 3 tháng cuối thai kỳ
Saquinavir	Uống	B
Sargramostim	Tiêm	C
Scopolamine	Qua da	C
Secobarbital	Uống	D
Secretin	Tiêm	C
Selegiline	Uống	C
	Qua da	C
Senna	Uống	C
Sennosides A & B	Uống	C
Sermorelin	Tiêm	C
Sertraline	Uống	C
Sevelamer hydrochloride	Uống	C



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Sevoflurane	Khí dung	B
Sibutramine	Uống	C
Sildenafil	Uống	B
Simethicone	Uống	C
Simvastatin	Uống	X
Sirolimus	Tiêm	C
Sitagliptin	Uống	B
Sodium aurothiomalate	Uống	C
Sodium bicarbonate	Uống	C
Sodium cromoglycate	Khí dung	B
Sodium ferric gluconate complex	Tiêm	B
Sodium iodide	Uống	X
Sodium nitroprusside	Tiêm	C
Sodium polystyrene sulfonate	Uống Trực tràng	C C
Solifenacin	Uống	C
Somatostatin	Tiêm	B
Somatrem	Tiêm	C
Somatropin	Tiêm	B
Sorafenib	Uống	D
Sotalol	Uống	B; D trong 6 tháng cuối thai kỳ B; D trong 6 tháng cuối thai kỳ



THƯ VIỆN
HUY

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Sparfloxacin	Uống	C; Chống chỉ định trong 3 tháng đầu thai kỳ
Spectinomycin	Tiêm	B
Spiramycin	Uống Tiêm Trực tràng	C C C
Spirolactone	Uống	C; D nếu dùng trong tăng huyết áp do thai kỳ
St John's Wort	Uống	C
Stanozolol	Uống	X
Stavudine	Uống	C
Streptokinase	Tiêm	C
Streptomycin	Tiêm	D
Sucralfate	Uống	B
Sufentanil	Tiêm	C; D nếu dùng kéo dài hoặc dùng liều cao khi sinh
Sulbactam	Uống	B
Sulconazole	Tại chỗ	C
Sulfabenzamide	Âm đạo	C; D nếu dùng khi gần sinh
Sulfacetamide	Mắt Tại chỗ	C C
Sulfadiazine	Uống	C; D nếu dùng khi gần sinh
Sulfafurazole	Uống	C; D nếu dùng khi gần sinh



THƯ VIỆN
HUB

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Sulfamethizole	Uống	C; D nếu dùng khi gần sinh
Sulfamethoxazole	Uống	C; D nếu dùng khi gần sinh
Sulfametrole	Uống	C; D nếu dùng khi gần sinh
Sulfanilamide	Âm đạo	C; D nếu dùng khi gần sinh
Sulfasalazine	Uống	B; D nếu dùng khi gần sinh
	Trực tràng	B; D nếu dùng khi gần sinh
Sulindac	Uống	B; D trong 3 tháng cuối hoặc khi gần chuyển dạ
Sultamicillin (ampicillin & sulbactam)	Uống	B
	Tiêm	B
Sumatriptan	Mũi	C
	Uống	C
	Tiêm	C
Sunitinib	Uống	D
Suxamethonium chloride	Tiêm	C



THƯ VIỆN
Y HỌC

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

T

Tacrine	Uống	C
Tacrolimus	Uống Tiêm Tại chỗ	C C C
Tadalafil	Uống	B
Tamoxifen	Uống	D
Tamsulosin	Uống	B
Tazarotene	Tại chỗ	X
Tazobactam	Tiêm	B
Tegaserod	Uống	B
Telbivudine	Uống	B
Telithromycin	Uống	C
Telmisartan	Uống	C; D trong 6 tháng cuối thai kỳ
Temazepam	Uống	X
Temozolomide	Uống	D
Temsirolimus	Tiêm	D
Tenecteplase	Tiêm	C
Teniposide	Tiêm	D
Tenofovir	Uống	B
Terazosin	Uống	C
Terbinafine	Uống Tại chỗ	B B



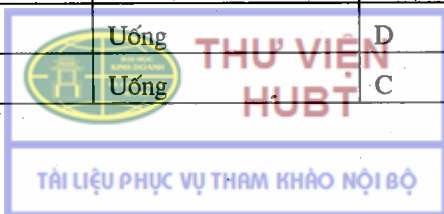
THƯ VIỆN
HUB

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

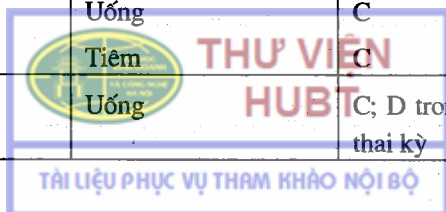
Terbutaline	Khí dung	B
	Uống	B
	Tiêm	B
Terconazole	Âm đạo	C
Terfenadine	Uống	C
Teriparatide	Tiêm	C
Terpin hydrate	Uống	D
Testosterone	Uống	X
	Tiêm	X
	Tại chỗ	X
	Qua da	X
Tetrabenazine	Uống	C
Tetracaine	Mắt	C
Tetracosactide	Tiêm	C
Tetracycline	Mắt	D
	Uống	D
	Tại chỗ	B
Thalidomide	Uống	X
Theophylline	Uống	C
	Tiêm	C
Thiamazole	Uống	D
Thiamine	Uống	A; C nếu liều trên khẩu phần khuyến cáo hàng ngày



Thioguanine	Uống	D
Thiopental sodium	Tiêm	C
	Tại chỗ	C
Thiopropazate	Uống	C
Thioridazine	Uống	C
Thiotepa	Tiêm	D
Thrombin	Tại chỗ	C
Thymosin alpha-1	Tiêm	C
Thyroid hormones	Uống	A
Thyrotrophin	Tiêm	C
Tiabendazole	Uống	C
Tiagabine	Uống	C
Ticarcillin	Tiêm	B
Ticlopidine	Uống	B
Tigecycline	Tiêm	D
Tiludronic acid	Uống	C
Timolol	Mắt	C
	Uống	C; D trong 6 tháng cuối thai kỳ
Tinzaparin sodium	Tiêm	B
Tioconazole	Âm đạo	C
Tioguanine	Uống	D
Tiopronin	Uống	C



Tiotixene	Uống	C
Tiotropium bromide	Khí dung	C
Tipranavir	Uống	C
Tizanidine	Uống	C
Tobramycin	Khí dung	D
	Mắt	B
	Tiêm	D
Tocainide	Uống	C
Tolazamide	Uống	C
Tolazoline	Tiêm	C
Tolbutamide	Uống	C
Tolcapone	Uống	C
Tolmetin	Uống	C; D trong 3 tháng cuối hoặc khi gần chuyển dạ
Tolterodine l-tartrate	Uống	C
Topiramate	Uống	C
Topotecan	Uống	D
	Tiêm	D
Torasemide	Uống	B
	Tiêm	B
Toremifene	Uống	D
Tramadol	Uống	C
	Tiêm	C
Trandolapril	Uống	C; D trong 6 tháng cuối thai kỳ

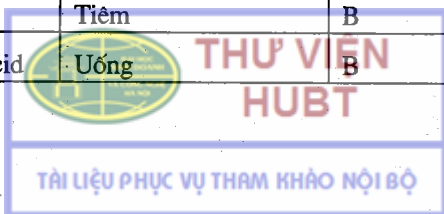


Tranexamic acid	Uống	B
	Tiêm	B
Tranlycpromine	Uống	C
Trastuzumab	Tiêm	B
Travoprost	Mắt	C
Trazodone	Uống	C
Treprostinil	Tiêm	B
Tretinoin	Uống	D; Chống chỉ định trong 3 tháng đầu thai kỳ
	Tại chỗ	C
Triamcinolone	Răng	C
	Khí dung	C
	Trong khớp	C
	Trong sang thương	C
	Trong cơ	C
	Mũi	C
	Uống	C; D trong 3 tháng đầu thai kỳ
	Tiêm	C; D trong 3 tháng đầu thai kỳ
Triamterene	Tại chỗ	C
	Uống	C; D nếu dùng trong tăng huyết áp do thai kỳ
Triazolam	Uống	X
Trichlormethiazide	Uống	C; D nếu dùng trong tăng huyết áp do thai kỳ

Trientine hydrochloride	Uống	C
Trifluoperazine	Uống	C
Triflupromazine	Uống	C
Trifluridine	Mắt	C
Trihexyphenidyl	Uống	C
Trimethobenzamide	Uống	C
Trimethoprim	Uống	C
Trimetrexate	Tiêm	D
Trimipramine	Uống	C
Tripelennamine	Uống	B
Triprolidine	Uống	C
Triptorelin	Tiêm	X
Troleandomycin	Uống	C
Tropicamide	Mắt	C
Trovafloxacin	Uống	C
Tubocurarine chloride	Tiêm	C

U

Unoprostone	Mắt	C
Urofollitropin	Tiêm	X
Urokinase	Tiêm	B
Ursodeoxycholic acid	Uống	B



V

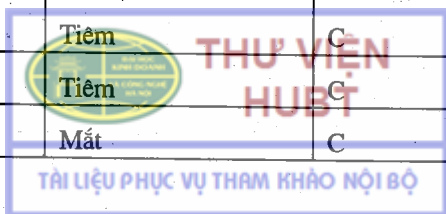
Vaccine, bệnh than	Tiêm	C
Vaccine, dại	Tiêm	C
Vaccine, Haemophilus B	Tiêm	C
Vaccine, não mô cầu	Tiêm	C
Vaccine, papillomavirus người (tái tổ hợp)	Tiêm	B
Vaccine, quai bị	Tiêm	C
Vaccine, rubella	Tiêm	C
Vaccine, sởi	Tiêm	C
Vaccine, sốt bại liệt (bất hoạt)	Tiêm	C
Vaccine, sốt bại liệt (uống)	Uống	C
Vaccine, sốt vàng	Tiêm	D
Vaccine, Streptococcus nhóm B	Tiêm	C
Vaccine, tả	Tiêm	C
Vaccine, thương hàn	Uống	C
	Tiêm	C
Vaccine, varicella - zoster	Tiêm	C
Vaccine, viêm gan siêu vi A	Tiêm	C



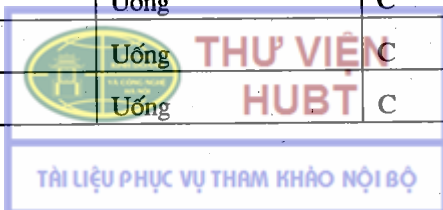
THƯ VIỆN
HUB

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Vaccine, viêm gan siêu vi B	Tiêm	C
Valaciclovir	Uống	B
Valdecoxib	Uống	C
Valerian	Uống	B
Valganciclovir	Uống	C
Valproic acid	Uống Tiêm	D D
Valsartan	Uống	C; D trong 6 tháng cuối thai kỳ
Vancomycin	Uống Tiêm	B C
Vardenafil	Uống	B
Varenicline	Uống	C
Vasopressin	Tiêm	B
Vasopressin tannate	Tiêm	B
Vecuronium bromide	Tiêm	C
Venlafaxine hydrochloride	Uống	C
Verapamil	Uống Tiêm	C C
Verteporfin	Tiêm	C
Vidarabine	Mắt	C



Vinblastine	Tiêm	D
Vincristine	Tiêm	D
Vinorelbine	Tiêm	D
Vitamin D	Uống	A; D nếu liều trên khẩu phần khuyến cáo hàng ngày (US RDA)
Vitamin E	Uống	A; C nếu liều trên khẩu phần khuyến cáo hàng ngày (US RDA)
Voriconazole	Uống	D
	Tiêm	D
Vorinostat	Uống	D
W		
Warfarin	Uống	X
Z		
Zafirlukast	Uống	B
Zalcitabine	Uống	C
Zaleplon	Uống	C
Zanamivir	Khí dung	B
Ziconotide	Nội tủy	C
Zidovudine	Uống	C
Zileuton	Uống	C
Ziprasidone	Uống	C



Zoledronic acid	Tiêm	D
Zolmitriptan	Mũi	C
	Uống	C
Zolpidem	Uống	B
Zonisamide	Uống	C
Zuclopenthixol	Uống	C
	Tiêm	C



**THƯ VIỆN
HUYẾT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trường Đại học Y Hà Nội – Bộ môn Dược lý – *Dược lý học* – Nhà xuất bản Y học – 1998.
2. GS.TS. Nguyễn Xuân Thắng – *Receptor màng tế bào và tác dụng của thuốc* (Tái bản lần thứ 2) – Nhà xuất bản Y học – 2008.
3. Bộ môn Dược lâm sàng – Trường Đại học Dược Hà Nội – *Dược lâm sàng* – Nhà xuất bản Y học - 1998.
4. Bộ Y tế – Chương trình hợp tác y tế Việt Nam – Thuy Điển – *Tác dụng không mong muốn của thuốc* – Nhà xuất bản Y học – 1997.
5. GS. Trương Công Quyền – Ngô Gia Trúc – Nguyễn Thành Đô – Phan Xuân Lễ – Nguyễn Thị Tâm – Vũ Ngọc Thuý – *Cảm nang dùng thuốc* – Nhà xuất bản Y học – 1992
6. GS. Hoàng Tích Huyền – GS. Phạm Khuê
Dùng thuốc với người cao tuổi - Nhà xuất bản Y học – 1998
7. DS. Phạm Thiệp – DS. Vũ Ngọc Thuý – *Thuốc biệt dược và cách sử dụng* - Nhà xuất bản Y học – 1998.
8. V. Fattorusso – O. Ritter – *Sổ tay lâm sàng* - Nhà xuất bản Y học – 1994.
9. Mims Pharmacy guide Việt Nam, 2008.
10. *Drug hand book. A nursing process approach* – 1992.
11. Julia B. Freeman Clark; Sherry Queener; Viginia Burke Karb. *Pharmacologic basis of nursing practice*; Mosby – 1993.

12. Goodman L.S. and Gilman A. *The pharmacological basis of therapeutics* 10th. Ed, - 2001.

13. *Harrison's Principles of internal medicine*. Vol I and vol II 15th. Ed, International edition – 2000.

14. Brody; Larner and Minneman.

Human Pharmacology 3rd. Ed., Mosby – 1998.

15. H.P. Rang, M.M. Dale and J.M. Ritter.

Pharmacology. 3rd Ed., Churchill Livingstone – 2003.

16. GS.TS. Nguyễn Xuân Thắng. *Hóa sinh dược lý phân tử*, Nhà xuất bản KHKT – 2003.

17. K: D Tripathi

Essentials of medical Pharmacology. 5th. Ed., New Delhi, 2004



MỤC LỤC

	<i>Trang</i>
Lời mở đầu	3
PHẦN I. SỬ DỤNG VÀ ĐIỀU DƯỠNG THUỐC	5
1. Những nét cơ bản về tác dụng của thuốc	7
1.1. Sự tác dụng của thuốc	7
1.2. Những yếu tố tác dụng của thuốc	19
1.3. Tương tác giữa các thuốc	43
2. Các nhóm thuốc chính - Sử dụng và điều dưỡng	71
2.1. Thuốc giao cảm (adrenergic)	71
2.2. Nội tiết tố vỏ thượng thận (Adrenocorticosteroid)	74
2.3. Thuốc chống thiếu máu (Antianemic)	80
2.4. Thuốc chống co thắt (Antianginal)	82
2.5. Thuốc chống lo âu, bồn chồn, gây ngủ, an thần (Antianxiety, Sedative, Hypnotic)	85
2.6. Thuốc chống loạn nhịp tim (Antiarrhythmics)	90
2.7. Thuốc kháng cholinergic, huỷ phó giao cảm (Anticholinergics, parasympatholytics)	95
2.8. Thuốc chống đông máu, enzym tiêu huyết khối (Anticoagulant, Thrombolytic enzym)	99
2.9. Thuốc chống co giật (Anticonvulsant)	104
2.10. Thuốc chống trầm cảm (Antidepressant)	109
2.11. Thuốc chống tiểu đường (Antidiabetic)	113
2.12. Thuốc chống nôn (Antiemetic)	123
2.13. Thuốc kháng histamin (Antihistamine)	125
2.14. Thuốc điều trị tăng huyết áp (Antihypertensive)	130

2.15. Thuốc kháng khuẩn, kháng nấm và virus (Antiinfective, Antifungal, Antiviral)	136
2.16. Thuốc chống tăng lipid huyết (Antilipemic)	141
2.17. Thuốc chống khối u (Antineoplastic)	143
2.18. Thuốc trị bệnh Parkinson (Antiparkinson)	150
2.19. Thuốc chống loạn tâm thần (Antipsychotic)	154
2.20. Thuốc chống ho, long đờm (Antitussives, Expectorant)	158
2.21. Thuốc phong bế beta adrenergic (Beta - adrenergic blocker)	160
2.22. Thuốc giãn phế quản (Bronchodilator)	164
2.23. Thuốc kích thích não (Cerebral stimulant)	167
2.24. Thuốc cường phó giao cảm (Cholinergics)	169
2.25. Thuốc lợi tiểu (Diuretics)	173
2.26. Thuốc kháng histamin H ₂ (Histamine 2 antagonist)	178
2.27. Thuốc ức chế miễn dịch (Immunosuppressant)	180
2.28. Thuốc nhuận tràng (Laxatives)	182
2.29. Thuốc tê tại chỗ (Local anesthetic)	185
2.30. Thuốc giảm đau gây ngủ và thuốc giảm đau không gây ngủ (Narcotics and nonnarcotic analgesics)	188
2.31. Thuốc chống viêm phi steroid (Nonsteroidal antiinflammatory drug)	196
2.32. Thuốc kích dục	199
2.33. Thuốc tăng lực (Tonics)	205
3. Các trường hợp cần lưu ý khi dùng thuốc	213
3.1. Sử dụng thuốc cho người cao tuổi	213
3.2. Sử dụng thuốc cho trẻ em	223
3.3. Sử dụng thuốc đối với phụ nữ có thai	231
3.4. Sử dụng thuốc đối với người bị bệnh thận	242

3.5. Sử dụng thuốc đối với người bị bệnh gan	254
4. Điều dưỡng khi dùng thuốc tại nhà	259
4.1. Kiểm tra chất lượng dược phẩm	260
4.2. Đơn thuốc – Nội dung và tầm quan trọng	264
4.3. Chăm sóc khi dùng thuốc	267
4.4. Theo dõi thuốc điều trị	273
4.5. Chăm sóc giúp đỡ bệnh nhân trong quá trình sử dụng thuốc	276
PHẦN II. TÁC DỤNG ĐỘC HẠI CỦA THUỐC	279
5. Tác dụng có hại của thuốc	281
5.1. Tác dụng có hại của thuốc do vượt mức tác dụng dược lý	282
5.2. Tác dụng có hại của thuốc trong lâm sàng	283
6. Bệnh do thuốc trong lâm sàng	307
6.1. Dị ứng thuốc	307
6.2. Mất bạch cầu hạt do thuốc	310
6.3. Rối loạn tim mạch do thuốc	311
6.4. Tác dụng của thuốc đối với hệ thần kinh	312
6.5. Phản ứng có hại của thuốc đối với gan, thận, phổi, mắt và bộ máy tiêu hoá	314
6.6. Những bệnh hệ thống kiểu bệnh collagen do thuốc	321
6.7. Loạn khuẩn do thuốc và nhiễm khuẩn nội sinh	323
7. Ngộ độc thuốc – Xử lý điều trị	325
7.1. Các biện pháp chung cấp cứu ngộ độc	326
7.2. Ngộ độc các loại thuốc	330
Phụ lục 1: Bảng tra cứu sử dụng thuốc theo bệnh	358
Phụ lục 2: Sử dụng thuốc an toàn trong thai kỳ	429
Tài liệu tham khảo	507

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

**HƯỚNG DẪN DÙNG THUỐC
TRONG ĐIỀU DƯỠNG CHO MỌI NGƯỜI**

Chịu trách nhiệm xuất bản

HOÀNG TRỌNG QUANG

Biên tập : BS. ĐẶNG CẨM THUY

Sửa bản in: ĐẶNG CẨM THUY

Trình bày bìa: CHU HÙNG

Kt vi tính: BÙI HUỆ CHI

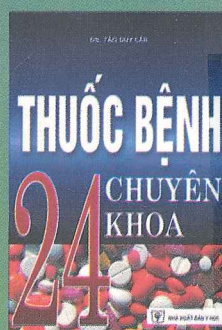
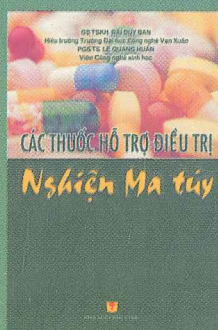
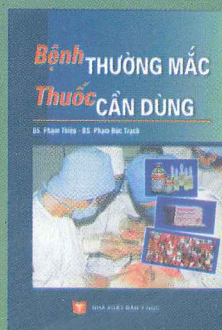


In 1000 cuốn, khổ 14,5x20,5cm tại Xưởng in Nhà xuất bản Y học.

Số đăng ký kế hoạch xuất bản: 227-2010/CXB/13-30/YH.

In xong và nộp lưu chiểu quý II năm 2010.

HƯỚNG DẪN DÙNG THUỐC TRONG ĐIỀU DƯỠNG CHO MỌI NGƯỜI



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

Địa chỉ: 352 Đội Cấn - Ba Đình - Hà Nội

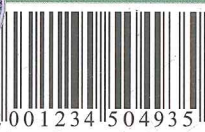
Điện thoại: 04.37 625 922 - 37 625 934 * Fax: 04.37 625 923

Website: www.xuatbanyhoc.vn * Email: xuatbanyhoc@vnet.vn

Chi nhánh: 699 Trần Hưng Đạo - Quận 5 - TP. Hồ Chí Minh

Điện thoại: 08.39 235 648 * Fax: 08.39 230 562

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ



GIÁ 75.000Đ