

THÔNG TIN THUỐC

Tháng 03/2009

1. Lưu ý đường dùng và dạng bào chế

- Revitan (calcium D3): viên nhai
- Omeqanatal: viên uống
- Tot'héma: ống uống

2. Tương tác thuốc giữa chế phẩm chứa sắt và thuốc bổ sung calci:

Chế phẩm chứa sắt: Ferup, Ferlatum, Sangobion, Timoferol

Thuốc bổ sung calci: Revitan, Osteomax, Calci lactate, Morecal, Efficat

- Có một mối quan hệ phụ thuộc giữa liều lượng calci bổ sung và mức độ ức chế sự hấp thu sắt.
- Canxi làm hạn chế hấp thu sắt trong liều phụ thuộc và liều bão hòa, khuyến cáo rằng thời điểm bổ sung canxi nên tách biệt với thời gian bổ sung sắt và acid folic hàng ngày.

Do đó, trong những trường hợp trên, **cần ghi rõ thời điểm uống cho từng thuốc để đạt được hiệu quả cao.**

3. Điều trị dự phòng thiếu máu, thiếu sắt trong thai kỳ

- Phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, lượng sắt hấp thu từ bữa ăn hằng ngày: 1,4 mg/ngày, khả năng hấp thu tối đa 3 – 4 mg/ngày. Khả năng hấp thu sắt thay đổi tùy theo lượng sắt dự trữ trong cơ thể.
- Nhu cầu sắt của phụ nữ trong độ tuổi sinh sản: 1,4 mg/ ngày. Trong giai đoạn mang thai, nhu cầu về sắt tăng lên trong hai tam cá nguyệt sau, khoảng 5-6 mg/ngày.

Liều lượng sắt điều trị thiếu máu thiếu sắt:

- Lựa chọn hàng đầu: Bổ sung sắt đường uống, trong đó cơ thể hấp thu 10 – 20% lượng cung cấp
- Liều trung bình để điều trị thiếu máu do thiếu sắt: 200 mg/ngày (65 mg x 3 l/ngày)
- Đề dự phòng thiếu máu thiếu sắt trong thai kỳ: 20 – 30 mg/ngày
Đề điều trị thiếu máu thiếu sắt trong thai kỳ trong trường hợp thiếu máu nhẹ đến trung bình: 100 mg/ngày (35 mg x 3 l/ngày)

Bệnh nhân có đáp ứng tốt với việc điều trị nếu sau 3-4 tuần, nồng độ Hb tăng ≥ 20 g/l. Việc điều trị nên được tiếp tục đến khi giá trị Hb trở về bình thường. Hồng cầu chỉ được sản xuất với tốc độ cao nếu nồng độ sắt trong máu được duy trì ổn định

Việc củng cố lượng sắt dự trữ đòi hỏi khoảng thời gian dài hơn (3-4 tháng), vì tỷ lệ sắt được hấp thu sẽ giảm đi đáng kể khi lượng sắt dự trữ dần hồi phục.

Một số dạng sắt đường uống:

Dạng bào chế	Liều (mg)	% Fe ²⁺	Thành phần	Số viên/ ngày
FeSO ₄	325	20	65 mg/ viên	3
Fe gluconat	300	20	35 mg/ viên	6

Fe fumarat	300	33	99 mg/ viên	2
------------	-----	----	-------------	---

Hàm lượng sắt trong một số chế phẩm thông dụng

Adofex	60mg	Sangobion	50mg
Ferrup	50mg	Saferon	100mg
Ferrovit	54mg	Timoferol	50mg
Fumafer	66mg	Tot'héma	50mg
Odiron	60mg	Ferlatum	40mg

Tương tác giữa sắt và các thuốc khác:

- Antacid: giảm hấp thu sắt qua đường do ức chế quá trình khử Fe 3+ thành Fe 2+
- Hormon tuyến giáp: Các muối sắt làm giảm hấp thu thyroxin ở đường tiêu hóa
- Quinolon, fluoroquinolon: phản ứng chelat hóa với các cation hóa trị hai hoặc ba, trong đó có sắt
- Levodopa: tạo phức chelat với các muối sắt, làm giảm hấp thu và giảm nồng độ huyết thanh của levodopa

Để tránh xảy ra các tương tác có hại trên, tốt nhất nên uống 2 thuốc cách nhau ít nhất 2 giờ

- Thuốc ức chế men chuyển: sắt (II) sulfat tạo với catopril một nhị phân captopril disulfít bền vững, phản ứng xảy ra nhanh và làm giảm nồng độ captopril trong máu. Do đó, nên thay thế captopril bằng một thuốc khác hoặc dùng 2 thuốc cách nhau ít nhất 2 giờ.

Tương tác thuốc với thức ăn:

Sắt tạo phức chelat với tanin có trong trà xanh, với protein và với các oxalate, phytat có trong một số loại rau. Sinh khả dụng của viên sắt khi dùng chung với thức ăn chỉ bằng 1/2 - 1/3 so với việc uống khi bụng rỗng. Do đó, tốt nhất nên uống sắt khi bụng đói, mặc dù phải giảm liều do tác dụng phụ gây ra trên đường tiêu hóa, sau đó tăng dần đến liều điều trị.

4. Lựa chọn thuốc giảm đau, hạ sốt

Dolfenal có hoạt chất là mefenamic acid – một chất thuộc nhóm kháng viêm non-steroid. So với paracetamol, mefenamic acid kém an toàn hơn, nhất là trong ba tháng cuối thai kì. Do đó, tốt hơn nên lựa chọn paracetamol.

Mefenamic acid	Paracetamol
<ul style="list-style-type: none"> – NSAID – CD: Đau nhẹ đến trung bình, đau răng, đau hậu phẫu, đau bụng kinh, đau liên quan đến xương khớp – Mức độ an toàn trên phụ nữ mang thai (FDA): C (D trong 3 tháng cuối thai kỳ) – Chỉ nên sử dụng trong trường hợp lợi ích mang lại cao hơn nguy cơ có thể xảy ra cho thai nhi. 	<ul style="list-style-type: none"> – Giảm đau hạ sốt – CD: Hạ sốt, đau nhẹ đến trung bình. – Mức độ an toàn trên phụ nữ mang thai (FDA): B – Có thể sử dụng trong suốt thai kỳ

5. Những lưu ý khi sử dụng Metronidazol

- Metronidazol tiết vào sữa mẹ với nồng độ cao bằng 15% nồng độ trong huyết tương mẹ
→ **Nên ngừng cho bú khi đang điều trị bằng metronidazol.**
- Metronidazol qua hàng rào nhau thai khá nhanh, đạt tỷ lệ nồng độ giữa cuống nhau thai và huyết thanh mẹ xấp xỉ 1. Một số nghiên cứu đã thông báo nguy cơ sinh quái thai tăng khi dùng thuốc trong 3 tháng đầu thai kỳ
→ **Nên tránh dùng trong 3 tháng đầu**
- Đã có báo cáo thuốc gây giảm bạch cầu trung tính ở một số bệnh nhân
→ **Tiến hành thử công thức máu khi điều trị lâu dài metronidazol.**
- Dùng metronidazol dạng tiêm tĩnh mạch điều trị nhiễm trùng do vi khuẩn kỵ khí có **nguy cơ gây bệnh thần kinh ngoại vi.**
- Không dùng chung với những thức uống có chứa alcol trong vòng 48 giờ sau khi sử dụng thuốc do có thể gây **nóng mặt, ói mửa, hồi hộp (hội chứng disulfiram)**
- Tác dụng phụ: chán ăn, buồn nôn, đau bụng, hoa mắt, chóng mặt, mệt mỏi, nước tiểu đậm màu, ngạt ngạt, khô miệng, miệng có vị kim loại, làm tăng nguy cơ nhiễm trùng răng miệng
→ **Lưu ý bệnh nhân không làm trầy xước nướu khi điều trị metronidazol.**
- Metronidazol là chất nhạy cảm với ánh sáng
→ **Chú ý khi tiêm truyền (không để ánh sáng trực tiếp chiếu vào chai thuốc)**
- Metronidazol có thể gây phát triển nấm nếu sử dụng lâu dài
→ **Chú ý kết hợp với thuốc kháng nấm**
- Metronidazol tiêm chứa lượng lớn Na (28 mEq/g)
→ **Giữ muối, nước, làm nặng thêm tình trạng phù ngoại biên và suy tim tiến triển**
- Chú ý trên bệnh nhân bị suy gan nặng

Tài liệu tham khảo

1. Am J Clin Nutr 1998;68:3–4. Printed in USA. © 1998 American Society for Clinical Nutrition
2. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems, RHL Commentary by Pena-Rosas JP, Casanueva E, The WHO reproductive library
3. Tierney, McPhee, Papadakis, “Chẩn đoán và điều trị trong y học hiện đại”, Nhà xuất bản y học, 2001, p. 709-714.
4. Goodman and Gilman’s, The Pharmaceutical Basis of Therapeutics, 3rd edition, p. 1494-1501.
5. Brian s.Katcher, Lloyd Yee Young, Mary Anne Koda – kimble, Applied Therapeutics – The Clinical Use of Drugs, 3rd edition, p. 871 – 882.