

Công tác Dược lâm sàng Khoa Điều Trị Theo Yêu cầu

Ds. Nguyễn Thị Thúy Anh

Các nội dung đã thực hiện tốt

- Chỉ định kháng sinh trong hậu phẫu MLT và hậu sản ST
- Chuyển đổi kháng sinh đường tiêm sang đường uống (xuất viện)
- Khai thác tiền sử dị ứng của người bệnh

Phân tích một số vấn đề liên quan đến việc dùng thuốc

- Sử dụng kháng sinh trong vỡ ối sớm ở thai gần hoặc đủ ngày
- Dược động học kháng sinh uống cephalosporin thế hệ III
- Sử dụng thuốc chống cao huyết áp
- Tương tác thuốc giữa thuốc chứa sắt và methyl dopa
- Tốc độ truyền TM thuốc giảm đau paracetamol 1g/100ml
- Thông tin thuốc về :
 - Venofer® 100mg/5ml
 - Mức độ an toàn của thuốc giảm đau paracetamol phối hợp opioid trong thời kỳ cho con bú

Sử dụng kháng sinh dự phòng nhiễm trùng trong vỡ ối sớm ở thai gần hoặc đủ ngày

Snv 025853 Ns 1982 para 0000
Δ Con so, thai 40 tuần, ngôi đầu, CD gđtt, OV giờ 4, chưa
đầu NT/cs

Ngày	Giờ	CTM	Thuốc
01/05	23g30	Ổi vỡ, màu trắng đục	
02/05 P. Sanh	03g44	Bạch cầu : 10.4 (neu 29.8%)	
	07g30		Ổi vỡ giờ thứ 8 -> Cefodimex 1g x 1 lọ
	10g24	Bạch cầu : 15.9 (neu 76.6%)	
	18g05		Đẻ không đau -> Cefodimex 1g x 1 lọ
	21g40		Sanh thường, may TSM
03/05- 05/05 Khoa ĐTTYC		HS N2 Bạch cầu: 15.6 (neu 74.8%) Hồng cầu: 3.26; Hb: 8.81 g/dl; Hct: 27.1%; RDW: 19.0% Bn không sốt, bụng mềm, tc gò, TSM khô, SD sậm	Hậu sản N1 – N3 Cefodimex 1g 1 lọ x 2 Adofex x 1 viên Toa về : cefixim 200mg x 6v

Có thể chuyển sang kháng sinh uống khi tình trạng LS và kết quả XN ổn định

Sử dụng kháng sinh uống cephalosporin thế hệ III

Snv : 029450 Ns : 1970 Para : 0000

NV : 16/05/11

Δ Con số lớn tuổi, con quý, thai 38.5 tuần, ngôi đầu, CCD

PT lúc : 6g30 ngày 18/05. Cn : 3250gr

MLT vì CSLT, thai 39 tuần, con quý (UNBT (P))

-> MLT – Cắt PP (P) – Sinh thiết MNL

Thời gian PT : 6g30 – 8g00

Antibiotics for prelabour rupture of membranes at or near term

Tổng quan đánh giá lợi ích và nguy hại khi sử dụng kháng sinh trong trường hợp vỡ ối trước chuyển dạ.

2 thử nghiệm trên 838 phụ nữ cho thấy kháng sinh làm giảm nhiễm trùng ở mẹ như viêm màng ối và /hay viêm nội mạc tử cung (RR: 0.43; 95% CI: 0.23–0.82). Không đủ bằng chứng để đánh giá các kết cục ở trẻ sơ sinh nhất là tử vong chu sinh (RR: 0.98; 95% CI: 0.14–6.89).

Các loại kháng sinh được dùng trong các thử nghiệm : (ampicillin + gentamicin) và (cefuroxime + clindamycin) và ngưỡng khởi phát chuyển dạ khác nhau (12 giờ và 24 giờ).

Các thử nghiệm và phân tích gộp không đủ độ mạnh về thống kê để đánh giá các kết cục chủ yếu.

WHO Reproductive Health Library 2009

Ngày	XN	Diễn tiến bệnh	Thuốc
Sản A	BC = 12.1 (72.4%)		
P. Mổ (18/05)		Δ HP MLT N1 vì con quý – UNBT (P) – Cắt PP (P) – Sinh thiết MNL	Dịch truyền Oxytocin 5IU 1) bis Cefotaxim 1g 1 lọ x 2 (19g30 – 7g30) 1) Gentamicin 80mg 1 ống x 2 (8g – 20g) Ergometrin 0.2mg 1 ống x 2 (TB)
HP3 (20/5), 8g	BC = 19.5 (78.7%)	BN ổn. Bụng mềm. VM khô. TC gò tới rốn. АД huyết sậm vừa. CTC > 1cm. Tiểu (+), gaz (+). Đã xem kq máu Δ HP MLT N3 XT : Đổ KS, ngưng gentamicin. Huyết đồ kiểm 22/05	3) Cefotaxim 1g 1 lọ x 2 (TMC) (8g – 20g) Oxytocin 5IU x 2 ống (TB) (8g) 1) Gentamicin 80mg 1 ống x 2 (8g) Adofex 1 v (u) (8g) Vitamin A 200.000 1 v (8g) 1) Metronidazole 500mg 1 chai x 2 (TTM) (10g – 20g)
HP4 (21/05)	BC = 13.2 (77.4%)		4) Cefotaxim 1g 1 lọ x 2 (TMC) Oxytocin 5IU x 2 ống (TB) (8g) 2) Metronidazole 500mg 1 chai x 2 (TTM) Adofex 1 v (u) (8g)

Ngày	Diễn tiến bệnh	Thuốc
HP5		-nt-
HP6	VM nề đỏ xung quanh. BN Ổn. АД huyết sậm. CTC > 1cm. TC gò khá. Tiểu, tiêu (+) Δ HP MLT + cắt PP (P) + sinh thiết MNL XT : cắt chỉ bỏ mồi	Adofex 1 v (u) 6) Cefixim 200mg 1v x 3 (u) (8g-14g-2g) 4) Metronidazole 250mg 2v x 2 (u) (8g – 20g) Voltaren 100mg 1v x 2 (HM)
HP7		7) Cefixim 200mg 1v x 3 (u) 5) Metronidazole 250mg 2v x 2 (u) Voltaren 100mg 1v x 2 (HM) Adofex 1 v (u)
25/05 -> 27/05		Adofex 1 v (u) (8g)

	Cefotaxim	Cefixim
Phổ kháng khuẩn	<ul style="list-style-type: none"> - VK gram (-) : <i>Enterobacter</i>, <i>E. Coli</i>, <i>P. mirabilis</i>, <i>P. vulgaris</i>, <i>Klebsiella</i> spp, <i>Haemophilus influenzae</i> - VK gram (+) : các chủng <i>Streptococcus</i>, các chủng <i>Staphylococcus</i>, <i>Peptostreptococcus</i> - Các VK kháng cefotaxim : <i>Enterococcus</i>, <i>Staphylococcus</i> kháng methicillin, VK kỵ khí gram âm 	<ul style="list-style-type: none"> - VK gram (-) : <i>E. Coli</i>, <i>Proteus mirabilis</i>, <i>Neisseria gonorrhoeae</i> - VK gram (+) : <i>Streptococcus</i> - Không hoạt tính trên <i>Enterococcus</i>, <i>Staphylococcus</i>, <i>P. aeruginosa</i>, các chủng <i>Bacteroides</i>

	Cefotaxim	Cefixim
Dược động học	<ul style="list-style-type: none"> - Phân bố rộng khắp ở các mô và dịch, kể cả dịch não tủy - Chất chuyển hóa có hoạt tính desacetylcefotaxim - $T_{1/2} = 1 - 1.5$ giờ 	<ul style="list-style-type: none"> - Sinh khả dụng : 30 – 50% - Thuốc đạt nồng độ cao ở mật và nước tiểu - $T_{max} = 2 - 6$ giờ - $C_{max} = 2$ mcg/ml (liều 200 mg) - $C_{max} = 3.7$ mcg/ml (liều 400 mg) - $T_{1/2} = 3 - 4$ giờ
Liều lượng	2 – 6 g/ngày, chia làm 2 hoặc 3 lần	200 mg x 2 lần/ngày hoặc 400 mg x 1 lần/ngày

Khoảng cách tiêm kháng sinh khi chuyển từ khoa Hồi Súc đến Khoa ĐTTYC

Snv 26840

Δ Con lần 2, thai 39 tuần/VMC – con to – KCGH - CD

P. Sanh	05/05/11	BC 9.29 (neu 61.8%)	
P. Mổ	(06/05/11) Trong phẫu thuật : Đính mạc nối lớn vào TC và thành bụng 5g40 -> em bé Sau mổ : ΔSM HP MLT N1 vì thai 39 tuần – KCGH - VMC		Cefodimex 1g x 2 lọ (5g) 1) Cefodimex 1g x 1 lọ (TMC) lúc 18g
Hồi sức	HP1 (06/05/11), 10g30 Bệnh tình, tiếp xúc tốt. M 80 l/p. HA 120/70 mmHg. Da niêm hồng vừa. Tim đều. Phổi trong. Bụng mềm. Bàng Vm khô. TC gò khá. Ad ra ít huyết sậm		2) Cefodimex 1g x 1 lọ (TMC) lúc 6g (7/5/11) Viramol 1g x 2 TTM 15 phút (10g30- 16g30) Nisidol 20mg 1 ống x 2 (TB) (10g30- 22g30)

ĐTTYC	HP2 (07/05/11) BN ổn Ad huyết sậm. TC gò khá. Vm khô. Tiểu (+). Gaz (-). Xt : t/d thêm		2) Cefodimex 1g x 1 lọ (TMC) lúc 18g Oxytocin 5 IU x 2 ống (TB) 8g Voltaren 100mg 1 v x 2 (HM) (8g-20g)
	HP3 (08/05/11) BN ổn. Ad huyết ít. TC gò khá. VM khô. Tiểu (+). Gaz (+). XT : t/d thêm. Thêm KS	BC 17.5 (neu 76.6%)	3) Cefodimex 1g 1 lọ x 3 (TMC) 8g-16g-24g 1) Metronidazole 250mg 2v x 2 (u) Adofex 1v (u) 8g Vitamin A 200.000 đv 1 v (u)
	HP4 (09/05/11) Không sốt. Bụng mềm. TC gò # 13 tuần. VM khô. SD sậm, ít, không hôi. CTC 1cm		4) Cefodimex 1g 1 lọ x 2 (TMC) 8g-20g 2) Metronidazole 250mg 2v x 2 (u) (8g- 20g) Adofex 1 v (u) 8g Calyptin 2v x 2 (u)
	HP5 (10/05/11) Bn ho đàm xanh Ad huyết ít. TC gò khá. CTC 1cm dây. Tiểu (+). Tiêu (+). ΔHP MLT N5 ổn	BC 12.6 (neu 72.6%)	5) Cefodimex 1g 1 lọ x 2 (TMC) 8g-20g 3) Metronidazole 250mg 2v x 2 (u) 8g- 20g Adofex 1 v (u) 8g Calyptin 2v x 2 (u) 8g – 20g

Sử dụng thuốc chống cao huyết áp

Snv 026105 Ns 1983 para 0000 CN 66kg
 Δ con so – thai 39.5 tuần – ngôi đầu – T/d TSG ghép CHA mãn
 Tiền sử bệnh : CHA 4 năm, điều trị liên tục (bn tự uống thuốc)
 MLT vì thai suy cấp (23g25 ngày 4/5/11)

Ngày	Giờ	Diễn tiến LS	Thuốc
3/5	16g50	HA 160/100 mmHg	MgSO ₄ x 4 ống + G5%-500ml (TTM) Adalat 10mg 3 giọt dưới lưỡi
	23g30	HA 140/90 mmHg PXXG (++)	MgSO ₄ x 4 ống + G5%-500ml (TTM)
4/5	0g5	HA 130/80 mmHg HA 140/80 mmHg T/d TSG ghép CHA mãn	Dopegyt 250mg 1v x 2 (8g-20g)
5/5	3g	HA 150/80 mmHg. M 88 l/p. PXXG (+). Bn tỉnh, không nhức đầu	MgSO ₄ x 4 ống + G5%-500ml (TTM) Nisidol 20 mg 1 ống Adalat 30mg 1 viên
	8g30	HA 120/70 mmHg. M 80 l/p	MgSO ₄ x 4 ống + G5%-500ml (TTM) Adalat LA 30mg 1v x 2 (15g-3g) Thuốc giảm đau : Viramol, Nisidol

Ngày	Diễn tiến LS	Thuốc
HP2 (6/5)	T ^o 38 ^o 5. Bn ổn HPMLT N2	Augbactam 1.2g Oxytocin 5IU Nifedipin 20mg 1v x 2l (12g-22g) Voltaren 100mg 1v x 2l (8g-20g) Paracetamol 100ml (TTM) 15g
HP3 (7/5)	HA 120/80 mmHg. T ^o 37 ^o C. M 80 l/p	Kháng sinh Nifedipin 20mg 1v x 2 (8g-20g)
HP4 (8/5)		-nt-
HP5 (9/5)	HA 140/90 mmHg. M 88 l/p Không nhức đầu, chóng mặt	Kháng sinh Nifedipin 20mg 1v x 2 (8g-20g) Trandate 200mg 1 v x 2 (8g-20g) 1) Diazepam 5mg 1v (u) 20g
HP6 (10/5)	HA 130/80 mmHg. M 80 l/p Bụng mềm, TC gò, VM khô,	Nifedipin 20mg 1v x 2 (8g-20g) Trandate 200mg 1 v x 2 (8g-20g) Adofex

Thuốc (Phân loại theo FDA)	Liều lượng	
Methyldopa (B)	0.5 – 3 g /ngày, chia thành 2 liều	Thuốc lựa chọn theo NHBPEP, tính an toàn sau 3 tháng đầu thai kỳ đã được ghi nhận, theo dõi trẻ sinh ra trong 7 năm
Labetalol (C)	200 – 1200 mg /ngày, chia thành 2-3 liều	Có thể liên quan với thai chậm phát triển

Thuốc	Liều lượng	
Nifedipine (C)	30 – 120 mg /ngày (chế phẩm phóng thích kéo dài)	Có thể ức chế chuyển dạ, có tác dụng hiệp đồng với magnesium sulfate làm hạ huyết áp; có ít kinh nghiệm sử dụng với các thuốc chẹn kênh calci khác.
Hydralazine (C)	50 – 300 mg /ngày, chia thành 2 – 4 liều	Có ít thử nghiệm có kiểm soát, ít tác dụng phụ; phối hợp với thuốc ức chế giao cảm; có thể gây giảm tiểu cầu ở trẻ sơ sinh
Thuốc ức chế thụ thể β (C)	Tùy thuộc hoạt chất	Có thể làm lưu lượng máu nhau thai tử cung; nguy cơ chậm phát triển khi bắt đầu trong 3 tháng đầu hay giữa (atenolol); có thể liên quan với hạ đường huyết trẻ sơ sinh ở liều cao

NHBPEP : National High Blood Pressure Education Program

Tương tác thuốc giữa Nifedipine và MgSO₄

- Có 2 báo cáo ca về yếu cơ và ngưng hô hấp có liên quan đến việc dùng đồng thời nifedipine và magnesium sulfate

Bảng 1 . Tóm tắt : Sự ức chế thần kinh cơ của thuốc chẹn kênh canxi Nifedipine/Nicardipine khi kết hợp với magnesium sulfate

N/c này và thử nghiệm Magpie đã đưa ra kết luận : việc dùng chung nifedipine và magnesium sulfate không liên quan với sự gia tăng tác dụng phụ nghiêm trọng do magnesium.

Tương tác giữa thuốc chứa sắt và methyldopa

Snv 027794 Ns 1974 para 1001
 Δ Con lần 2 – Thai 39w – Ngôi đầu – VMC MLT – con to
 HA 130/90 mmHg. M 80 l/p

Studies	Neuromuscular Blockade in Nifedipine-Treated Arm	Subtotal	Percent [95% confidence interval] for Neuromuscular Blockade
Calcium channel blocker trials			
Martins-Costa et al*	0/9		
Fenakel et al*	0/24		
Aali and Nejad*	0/65		
Vermillion et al*	1/25		
Elatrous et al†	0/30		
		0/153	0 [0–2.38]
This study			
Magee et al 2005 (current study)	0/162		0 [0–2.25]
		0/315	0 [0–1.16]
Magpie Trial‡	0/55*		
		0/370	0 [0–0.99]

* Nifedipine was the calcium channel blocker administered.
 † Nicardipine was the calcium channel blocker administered.
 ‡ Assuming that only 55 (3.74%) of the 1469 women who got nifedipine and MgSO₄ got them concomitantly.
 Modified from Magee LA, et al. *Am J Obstet Gynecol.* 2005 (in press).⁵⁵

Ngày	Diễn tiến bệnh	Xét nghiệm	Thuốc
10/5		Cấp cứu BC = 9.21 10 ⁹ /l (77.4%) HC = 4.20 10 ¹² /l; Hb = 11.8 g/dl; Hct = 34.8% MCV = 82.9 fl; RDW = 10.5%	
HP3	HA 110/60 mmHg. M 84 l/p. Không sốt. Bụng mềm, thành bụng dày. TC gò trên rốn. VM khô. XT : SA TC + 2pp	SA ứ dịch lòng TC 8mm	3) Augbactam 1.2g 1 lq x 2 (8g, 20g) Oxytocin 5 IU 2 ống TB (8g) Adofex 1 v (u) Vitamin A 50.000 x 4v
HP4	HA 120/80 mmHg. M 82 l/p. Bụng mềm. TC gò. VM khô. SD sậm	BC = 10.6 10 ⁹ /l (78.4%) HC = 2.90 10 ¹² /l Hb = 8.29 g/dl; Hct = 25.5% RDW = 16.9%	4) Augbactam 1.2g 1 lq x 2 (8g, 20g) Oxytocin 5 IU 2 ống (8g) Adofex 1 v (u)
HP5	HA 140/90 mmHg. M 86 l/p. T°37 Người bệnh không nhức đầu. Bụng mềm. TC gò. VM khô. SD sậm		5) Augbactam 1.2g 1 lq x 2 (8g, 20g) Oxytocin 5 IU 2 ống TB (8g) Adofex 1 v (u) (8g) Nifedipin 20mg 1 v x 2 (8g, 20g) Dopegyt 250mg 1 v x 2 (8g, 20g)

1/ Tương tác thuốc

- Cơ chế : sắt kết hợp với methyldopa, tạo phức chất, làm giảm hấp thu của methyldopa.
- N/C : một n/c nhỏ trên 4-5 BN sử dụng đồng thời methyldopa và ferrous sulfate, HA tăng trong 2 tuần.
(Campbell N, et al. Clin Pharmacol Ther 1988 Apr;43(4):381-386)
- Tránh TTT bằng uống melthyldopa 2 giờ trước hoặc sau khi dùng chế phẩm sắt.

Sử dụng thuốc giảm đau paracetamol truyền tĩnh mạch 1g/100ml

2/ Liều lượng thuốc chứa sắt trong điều trị thiếu máu trong giai đoạn hậu phẫu

- RDW cao + Chỉ số hồng cầu thấp -> thiếu máu thiếu sắt
- Liều đề nghị : Adofex 1 viên x 2 - 3 lần/ngày
- Nên chia làm 2 lần để thuốc hấp thu tốt hơn, đồng thời giảm tác dụng phụ đường tiêu hóa

Snv 026925

Ns 1985

Para 0000

Δ Con so, thai đủ trưởng thành, ngôi đầu, CCD

Tiền sử bệnh : dị ứng thịt bò, gà

MLT vì GSTB (12g45 ngày 8/5)

Thuốc giảm đau tại Hồi sức :

Nisidol 20mg 1 ống (TB) 23g30 ngày 8/5

Viramol 1g 1 chai x 2 (TTM) 18g-6g

HP2 : Viramol 1g/100ml 1 chai x 2 (TTM xx g/p) (8g-20g)

▪ Chống chỉ định của các thuốc nhóm NSAID

- Co thắt phế quản, hen, viêm mũi nặng, phù mạch hoặc nổi mề đay do aspirin hoặc thuốc kháng viêm không steroid khác.

- Nhóm NSAID : ketoprofen 100 mg, diclofenac 100 mg (Voltarène), ibuprofen 200 mg

▪ Thuốc thay thế trong TH mãn cảm với salicylat và NSAID nhưng không có t/c dị ứng với nhóm thuốc giảm đau khác:

- Nisidol® (Nefopam hydrochloride) 20mg/2ml

- Viramol® chai 1g/100ml

- Propara® ống 450mg/3ml

▪ Cách dùng Viramol 1g/100ml : Truyền TM 15 phút

Dược lực học	Khởi phát tác dụng trong 5 – 10 phút sau khi bắt đầu truyền, kéo dài 4 – 6 giờ T/d giảm đau mạnh nhất đạt được trong 1 giờ Hạ sốt trong vòng 30 phút sau khi bắt đầu truyền TM, t/d kéo dài ít nhất 6 giờ
Dược động học	Vd = 1 L/kg. Cmax ~ 30 µg/mL (15 phút sau khi truyền TM 1 g paracetamol) T _{1/2} huyết tương = 2.7 giờ

Thuốc bổ chứa sắt cho BN có BHYT

Adofex (Fe aminoate) : Không được BHYT

Ferrovit (Fe fumarate) : có BHYT

Snv 28036 – BHYT số thẻ DN 7790090900045

Ns 1984 Para 0000

NV : Sản A (10/05/11)

Δ con so, thai 40 tuần (kc), ngôi đầu, chưa CD

MLT vì thai trình ngưng tiến triển

HPN3 : Kháng sinh tiêm

Adofex 1v (u)

Cập nhật tên thuốc

Acemol 500 mg -> Paracetamol 500 mg (tên hiện nay)

Lincocin 600 mg -> Lincomycin 600 mg (tên hiện nay)

THÔNG TIN THUỐC

1. Sử dụng Venofer 100 mg/5ml

Snv 031831 Ns 1985 para 0000 Cn 58 kg

Δ Con so, song thai 37tuần, ngôi đầu, BCD, con quý, TTTON

PT lúc 12g10 ngày 26/5. Cn 2400gr, 2400gr

Phẫu thuật : máu mất 200ml

Ngày	Công thức máu
Cấp cứu	HC = $4.34 \cdot 10^{12}/l$ Hb = 13 g/dl; Hct = 38.7% RDW = 17.0%
HP3 M 84 l/p HA 110/60 mmHg Δ HPN3 MLT song thai	HC = $2.44 \cdot 10^{12}/l$ Hb = 7.14 g/dl; Hct = 22.2% MCV = 90.8 fl; MCH = 29.2 pg MCHC = 32.2 g/dl RDW = 18.7%
HP5 AĐ huyết ít. CTC > 1cm, có huyết cục trong lòng TC. TC gò khá. VM khô	HC = $2.48 \cdot 10^{12}/l$ Hb = 7.26 g/dl; Hct = 22.6% MCV = 91.1 fl MCH = 29.3 pg MCHC = 32.1 g/dl RDW = 18.2%

Số lượng hồng cầu giảm, kèm theo các chỉ số hồng cầu thấp, RDW tăng cao -> thiếu máu thiếu sắt

Lượng sắt cần bổ sung cho trường hợp này :

$$= 58 \text{ (kg)} \times 2.4 \times (12.5 - 7.14) \text{ (g/dl)}$$

$$= 746 \text{ mg}$$

Các dấu hiệu

Phân loại

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Haemoglobin < 7 g/dl <i>Và/Hoặc</i> ▪ Da xanh và niêm nhạt hoặc ▪ Vẽ xanh xao và bất cứ dấu hiệu sau : Nhịp thở > 30 lần/phút Dễ mệt mỏi Thở nông lúc nghỉ 	Thiếu máu nặng
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Haemoglobin < 7 – 11 g/dl <i>Hoặc</i> ▪ Da xanh, niêm mạc nhợt 	Thiếu máu trung bình
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Haemoglobin > 11 g/dl ▪ Không xanh xao 	Không thiếu máu

Venofer® 100 mg/5ml

Liều thông thường:

100–200 mg sắt x 2– lần/tuần, tùy theo Hb

Thiếu hụt Fe toàn phần (mg) =

Trọng lượng cơ thể (kg) x (Hb mục tiêu - Hb hiện tại) (g/dL) x 2.4 + Fe dự trữ (mg)

Pha loãng khi truyền TM: 1 ml pha loãng tối đa trong 20 ml NaCl 0.9%

Tương Tác Thuốc: Không dùng đồng thời chế phẩm sắt đường uống, chỉ dùng 5 ngày sau lần tiêm cuối.

2. Thuốc giảm đau phối hợp opioid trong thời kỳ cho con bú

	Di-antalgic®	Efferalgan Codeine®
Hoạt chất, hàm lượng	Paracetamol 400mg + Dextropropoxyphen 30mg	Paracetamol 500mg + Codeine 30mg
Chỉ định	Điều trị cơn đau nhẹ đến TB	
Cơ chế tác dụng	Gắn chủ yếu với thụ thể μ opioid	Propoxyphene có t/d giảm đau khoảng 1/2 đến 2/3 t/d giảm đau của codeine, 90-120 mg propoxyphen ~ 60 mg codeine khi dùng đường uống

(Goodman and Gilman's manual of pharmacology and therapeutics
Laurence L. Brunton, Louis Sanford Goodman, Donald Blumenthal, Iain Buxton)

	Di-antalvic®	Efferalgan Codeine®		Di-antalvic®	Efferalgan Codeine®
Dược động học	Dextropropoxyphen : Tmax = 1 – 2 giờ sau khi uống t½ = 6-12 giờ dài hơn codeine Chuyển hóa N-demethylation thành norpropoxyphen có t½ = 30 giờ, có thể tích lũy gây độc tính nếu dùng các liều lặp lại.		Toa thuốc	CCĐ ở PNCCB	
Liều lượng	1 – 3 viên/ngày Propoxyphene : 65mg (uống) mỗi 4 giờ nếu cần; max 390mg /ngày	1 viên /4 giờ, tối đa 6 viên/ngày Codeine : Giảm đau : 15-60mg (u) mỗi 4 giờ Giảm ho : 10-20mg (u) mỗi 4-6 giờ	Phân loại về tính an toàn trong thời kỳ CCB	S Chỉ nên sử dụng khi lợi ích lớn hơn nguy cơ xảy ra cho trẻ, có những thuốc thay thế không chứa chất gây nghiện cho tác dụng giảm đau tương tự hay mạnh hơn	S Liều codeine (đến 60mg) có thể dùng trong thời kỳ CCB Chỉ nên sử dụng khi lợi ích lớn hơn nguy cơ xảy ra cho trẻ
Cách dùng	Uống vào bữa ăn		Dược thư quốc gia	Không có báo cáo đầy đủ hay nghiên cứu có kiểm soát ở PNCCB. Lượng thấp propoxyphene bài tiết qua sữa mẹ, nhưng có thể dùng thuốc này theo như hướng dẫn trong giai đoạn CCB	Không có báo cáo đầy đủ hay nghiên cứu có kiểm soát ở PNCCB. Codeine và chất chuyển hóa của nó morphine qua sữa mẹ.

