

**ABACA VIR**

**Tên chung quốc tế:** Abacavir.

**Mã ATC:** J05AF06.

**Loại thuốc:** Thuốc kháng retrovirus, nucleosid ức chế enzym phiên mã ngược.

**Dạng thuốc và hàm lượng**

Dung dịch uống: 20 mg/ml, lọ 240 ml.

Viên nén: 300 mg.

Viên nén kết hợp 2 thuốc: abacavir 600 mg, lamivudin 300 mg.

Viên nén kết hợp 3 thuốc: abacavir 300 mg, lamivudin 150 mg và zidovudin 300 mg.

Viên nén kết hợp 3 thuốc: abacavir 600 mg, lamivudin 300 mg và dolutegravir 50 mg.

Abacavir dùng dưới dạng muối sulfat, hàm lượng thuốc tính theo abacavir base.

**Dược lực học**

Abacavir là thuốc thuộc nhóm nucleosid có tác dụng như một chất ức chế enzym phiên mã ngược (Nucleoside reverse transcriptase inhibitor-NRTI), có tác dụng trên *in vitro* kháng một số retrovirus lây nhiễm ở người và động vật (HIV-1, HIV-2 và FIV) và một số virus khác như HBV và CMV. Khi vào cơ thể, đầu tiên abacavir được phosphoryl hóa bởi adenosin phosphotransferase thành dạng monophosphat rồi được biến đổi thành carbovir 5'-monophosphat. Carbovir 5'-monophosphat tiếp tục được phosphoryl hóa trong tế bào để tạo thành carbovir 5'-triphosphat. Chất chuyển hóa carbovir 5'-triphosphat có cấu trúc tương tự dGTP (deoxyguanosin - 5'-triphosphat) nên được sử dụng để tổng hợp DNA nhờ enzym phiên mã ngược của virus. Do cấu trúc của carbovir 5'-triphosphat thiếu nhóm 3'-OH nên không thể tạo liên kết 3', 5'-phosphodiester, làm mất khả năng kéo dài chuỗi DNA trong quá trình phiên mã ngược nên ức chế quá trình nhân lên của virus.

Abacavir chỉ có tác dụng ức chế mà không diệt virus HIV nên trong thời gian điều trị, người bệnh vẫn cần phải triệt để áp dụng các biện pháp an toàn (tình dục an toàn, không dùng bơm, kim tiêm chung, v.v...) để tránh lây nhiễm.

*In vitro* thuốc có tác dụng hiệp đồng với nevirapin và zidovudin, tác dụng cộng khi kết hợp với didanosin, zalcitabin, lamivudin và stavudin.

Nghiên cứu *in vitro* cho thấy abacavir nói chung không gây độc trên một số tế bào nuôi cấy (bạch cầu, tế bào gan), và không ảnh hưởng tới sự sao chép, sinh sản của tế bào.

**Kháng thuốc:** Đã có thông báo xuất hiện các chủng virus HIV-1 giảm nhạy cảm với abacavir khi tăng nồng độ thuốc trong môi trường nuôi cấy *in vitro*. Bên cạnh đó, một số chủng HIV-1 kháng *in vitro* cũng đã tìm thấy khi điều trị với abacavir. Cho đến nay, cơ chế kháng thuốc chưa được xác định rõ, nhưng đột biến gen của enzym phiên mã ngược của HIV được cho là nguyên nhân chính gây kháng thuốc. Đột biến đơn có thể gây giảm nhạy cảm với abacavir, đa đột biến gây kháng thuốc ở mức độ cao hơn. Một số chủng đột biến của HIV kháng thuốc abacavir bao gồm: K65R, L74V, Y115F, M184 V/I. Tuy nhiên, sự kháng thuốc không tăng nhanh. Đã có thông báo có hiện tượng kháng chéo giữa abacavir với các NRTI khác. Các chủng HIV phân lập được (có đột biến Q151M) kháng cao với nhiều nucleosid cũng giảm nhạy cảm với abacavir. Kháng thuốc tăng nhanh khi dùng riêng abacavir, do vậy, phác đồ phối hợp abacavir với các thuốc kháng retrovirus luôn được sử dụng trong điều trị.

**Dược động học**

**Hấp thu:** Thuốc hấp thu nhanh và tốt sau khi uống. Thuốc đạt nồng

độ đỉnh trong huyết tương sau khi uống khoảng 1,5 giờ ở bệnh nhân  $\geq 3$  tháng tới  $\leq 13$  tuổi và khoảng 0,7 - 1,7 giờ ở người lớn. Sinh khả dụng (cả dạng thuốc đơn lẻ và thuốc phối hợp) ở người lớn sau khi uống đạt khoảng 83%. Sinh khả dụng của dạng viên nén tương đương với sinh khả dụng của dung dịch uống. Thức ăn ảnh hưởng không đáng kể đến sinh khả dụng của thuốc.

**Phân bố:** Thể tích phân bố khoảng 0,86 lít/kg chứng tỏ rằng thuốc có thể phân bố tốt vào các mô. Abacavir phân bố tốt vào dịch não tủy, tỷ lệ AUC dịch não tủy và huyết tương khoảng 27 - 33%. Thuốc cũng qua được nhau thai. Thuốc gắn với protein huyết tương khoảng 50% và không phụ thuộc vào nồng độ thuốc.

**Chuyển hóa:** Thuốc được chuyển hóa ở gan bởi các enzym alcohol-dehydrogenase và glucuronosyl-transferase thành các chất chuyển hóa không có tác dụng trên virus. Các enzym cytochrom P450 gây chuyển hóa thuốc không đáng kể.

**Thải trừ:** Khoảng 82% liều được thải trừ qua nước tiểu (1,2% dạng thuốc chưa chuyển hóa, 30% dạng chất chuyển hóa 5'-carboxylic, 36% dạng liên hợp với acid glucuronic, và 15% các chất chuyển hóa khác), phần còn lại được thải trừ theo phân. Nửa đời thải trừ của thuốc trong huyết tương khoảng 1,5 giờ, trong dịch não tủy khoảng 2,5 giờ. Ở bệnh nhân suy gan nhẹ (điểm Child-Pugh A), nửa đời thải trừ của thuốc tăng 58%.

**Chỉ định**

Điều trị nhiễm HIV ở người lớn, trẻ vị thành niên và trẻ em trên 3 tháng tuổi. Phác đồ điều trị thường phải kết hợp với ít nhất 2 thuốc kháng virus khác.

**Chống chỉ định**

Mẫn cảm với thuốc.

Suy gan vừa và nặng.

Bệnh nhân có alen HLA-B\*5701.

**Thận trọng**

Phải rất thận trọng khi dùng abacavir, nhất là trong 6 tuần đầu vì nguy cơ phản ứng quá mẫn, đôi khi gây tử vong. Phát hiện phản ứng quá mẫn thường rất khó vì dễ lẫn với một bệnh toàn thân. Phải ngừng ngay abacavir nếu có các triệu chứng quá mẫn và không bao giờ được dùng lại. Người bệnh phải được theo dõi cẩn thận trong hai tháng đầu điều trị, vì phản ứng quá mẫn có thể xảy ra bất cứ lúc nào. Người bệnh bắt đầu điều trị lại sau khi ngừng thuốc cũng có nguy cơ, kể cả trước đó không có triệu chứng quá mẫn. Do đó, cần khuyến người bệnh phải uống thuốc đều, không được ngắt quãng. Phải rất thận trọng đối với người có nhiều nguy cơ mắc bệnh gan (phụ nữ béo phì, gan to, viêm gan mạn tính B, C và điều trị kết hợp thuốc kháng virus). Phải ngừng thuốc ngay nếu chức năng gan thay đổi theo hướng xấu đi nhanh hoặc nếu gan to hoặc nhiễm toan chuyển hóa mà không rõ nguyên nhân.

Thận trọng với người từ 65 tuổi trở lên vì thuốc chưa được sử dụng nhiều trên đối tượng này. Bệnh nhân từ 65 tuổi trở lên cũng thường có suy giảm chức năng gan, thận, tim và mắc bệnh khác kèm theo cũng như sử dụng đồng thời các thuốc khác.

**Thời kỳ mang thai**

Chỉ sử dụng khi đã cân nhắc kỹ lợi ích với người mẹ và nguy cơ với bào thai.

**Thời kỳ cho con bú**

Không dùng cho phụ nữ đang cho con bú. Thuốc và các chất chuyển hóa của thuốc có bài tiết qua sữa động vật thí nghiệm và rất có thể cũng có trong sữa mẹ. Người bệnh dùng abacavir không được cho con bú. Nói chung, phụ nữ nhiễm HIV không nên cho con bú vì có thể truyền HIV sang con qua sữa.



**Tác dụng không mong muốn (ADR)**

ADR thường gặp nhất là mẩn cảm (gặp ở khoảng 5% bệnh nhân), nặng và có thể gây tử vong. Phản ứng quá mẫn hay xảy ra nhất trong 6 tuần đầu điều trị hoặc khi điều trị gián đoạn và có thể biểu hiện ở nhiều cơ quan. Các triệu chứng quá mẫn bao gồm triệu chứng ở da (nổi sần, phỏng, mề đay); tiêu hóa (buồn nôn, nôn, ỉa chảy, đau bụng, loét miệng); hô hấp (khó thở, ho, đau họng, thâm nhiễm phổi trên X-quang), toàn thân (sốt, ngủ lịm, khó chịu, phù, sưng hạch, hạ huyết áp, viêm kết mạc, phản vệ); thần kinh (nhức đầu, giảm cảm giác); huyết học (giảm bạch cầu); gan - tụy (rối loạn chức năng gan, viêm gan, suy gan); cơ - xương (đau cơ, tiêu cơ, đau khớp, tăng creatin phosphokinase); tiết niệu (tăng creatinin, suy thận). Các triệu chứng hay gặp ở trẻ em là nổi mẩn da, rối loạn tiêu hóa. Các triệu chứng mẩn cảm rất dễ bị chẩn đoán nhầm với các bệnh khác như cúm, bệnh đường hô hấp hoặc tiêu hóa, triệu chứng sẽ mất đi nếu ngừng abacavir nhưng nặng lên nhiều nếu tiếp tục dùng thuốc. Chẩn đoán dựa vào có nổi mẩn hoặc có hai trong số các triệu chứng sau: sốt, rối loạn tiêu hóa (buồn nôn, nôn, đau bụng, ỉa chảy), mệt mỏi, khó chịu, chán ăn, triệu chứng hô hấp (viêm họng, ho, thờ nông, khó thở).

**Thường gặp**

Tiêu hóa: nôn, buồn nôn.

Toàn thân: nhức đầu, chán ăn, mệt mỏi, rối loạn giấc ngủ hoặc ngủ ít.

Ngoài da: phát ban, mề đay.

**Ít gặp**

Toàn thân: sốt, đau khớp, phù.

Máu: sưng hạch, giảm bạch cầu lympho, tăng triglycerid huyết.

Khác: viêm kết mạc, rối loạn phân bố mỡ (giảm mỡ ở tay, chân, mặt; tăng mỡ ở cổ, ngực, thân).

Tiêu hóa: chán ăn, loét miệng, đau bụng, viêm tụy.

Hô hấp: khó thở, đau họng, ho.

Tuần hoàn: hạ huyết áp.

Thần kinh: dị cảm.

**Hiếm gặp**

Viêm tụy.

Nhiễm acid lactic huyết có thể nguy hiểm đến tính mạng, thường xảy ra ở người bị gan rất to, gan xơ hóa mỡ đã thấy thông báo với bệnh nhân dùng các thuốc nucleosid ức chế enzym phiên mã ngược.

Các dấu hiệu sớm bao gồm rối loạn tiêu hóa thông thường (buồn nôn, nôn, đau bụng), cảm giác mệt mỏi, ăn không ngon, sụt cân, các dấu hiệu hô hấp (thở nhanh và/hoặc thở sâu), hoặc dấu hiệu thần kinh, kể cả liệt.

**Hướng dẫn cách xử trí ADR**

Quá mẫn với thuốc: Do phản ứng quá mẫn có thể xảy ra bất kỳ lúc nào, cần theo dõi và thăm khám 2 tuần một lần trong 2 tháng đầu. Ngừng thuốc ngay nếu có triệu chứng quá mẫn hoặc nghi ngờ có quá mẫn và không được dùng lại nếu đã phải ngừng thuốc do quá mẫn (vì lần sau phản ứng quá mẫn sẽ nặng hơn). Cần chú ý đến triệu chứng hay gặp là da nổi mẩn. Nếu bắt buộc phải dùng lại abacavir sau khi ngừng thuốc mà chắc chắn không phải do quá mẫn thì người bệnh phải được điều trị và theo dõi tại bệnh viện có đủ phương tiện cấp cứu hồi sức. Phải thận trọng khi dùng đồng thời các thuốc độc với da. Hướng dẫn bệnh nhân uống thuốc đều, nhận biết các triệu chứng quá mẫn và thông báo cho thầy thuốc ngay khi bắt đầu dùng lại thuốc hoặc khi có triệu chứng.

Bị nhiễm acid lactic huyết: Tạm ngừng hoặc ngừng hẳn dùng abacavir nếu thấy enzym gan tăng nhanh, gan to, toan huyết không rõ nguyên nhân. Chú ý đến các triệu chứng tiêu hóa tương như không quan trọng (nôn, buồn nôn, đau bụng, các triệu chứng hô hấp và thần kinh) chức năng gan bị giảm, gan bị nhiễm mỡ, gan to

dần hoặc bị nhiễm acid lactic.

**Liều lượng và cách dùng**

**Cách dùng**

Thuốc được dùng dưới dạng uống. Uống thuốc với nhiều nước và không phụ thuộc vào bữa ăn.

Nếu uống dạng thuốc nước, phải dùng dụng cụ đong bán theo thuốc để bảo đảm liều chính xác, không dùng thìa ăn thông thường. Cần uống thuốc đúng giờ. Nếu quên thì phải uống ngay khi nhớ. Nếu nhớ ra vào lúc sắp đến giờ uống liều thuốc tiếp theo thì bỏ qua liều thuốc bị quên và uống liều tiếp vào giờ đã định. Không tự ý uống gấp đôi liều nếu không có chỉ định của bác sĩ.

Người lớn thường dùng dạng thuốc viên, trẻ em nên dùng dạng dung dịch uống.

Không dùng các dạng hỗn hợp 2 hoặc 3 thuốc cho trẻ em < 12 tuổi, người có thể trọng < 40 kg, người suy giảm chức năng thận (Cl<sub>cr</sub> < 50 ml/phút), suy giảm chức năng gan hoặc những trường hợp phải điều chỉnh liều. Khi đã dùng dạng hỗn hợp, không được dùng thêm các thuốc khác cùng hoạt chất có chứa trong chế phẩm hỗn hợp.

**Liều dùng**

Liều lượng được tính theo abacavir base.

Người lớn và trẻ em ≥ 12 tuổi: Liều thường dùng là 600 mg/lần/ngày, hoặc 300 mg/lần, hai lần mỗi ngày.

Dạng kết hợp 2 thuốc: 1 viên/ngày (abacavir 600 mg và lamivudin 300 mg).

Dạng kết hợp 3 thuốc abacavir 300 mg, lamivudin 150 mg và zidovudin 300 mg: 1 viên/lần, 2 lần/ngày.

Dạng kết hợp 3 thuốc abacavir 600 mg, lamivudin 300 mg và dolutegravir 50 mg: 1 viên/lần, 1 lần/ngày.

**Trẻ em:**

Trẻ 3 tháng tuổi đến 11 tuổi: 8 mg/kg/lần (tối đa 300 mg, 2 lần/ngày, hoặc 16 mg/kg/lần/ngày (tối đa là 600 mg).

Hoặc tính theo cân nặng:

Trẻ em 6,0 - 9,9 kg: dạng dung dịch 20 mg/ml, 4 ml/lần, 2 lần/ngày.

Trẻ em 10,0 - 13,9 kg: dạng dung dịch 20 mg/ml, 6 ml/lần, 2 lần/ngày.

Trẻ em 14 - 20 kg: 150 mg/lần, 2 lần/ngày, hoặc 300 mg/lần/ngày.

Trẻ em 21 - 29 kg: 150 mg vào buổi sáng và 300 mg vào buổi tối.

Trẻ em ≥ 30 kg: 300 mg/lần, 2 lần/ngày, hoặc 600 mg/lần/ngày.

**Bệnh nhân suy gan:** Suy gan nhẹ: theo dõi bệnh nhân chặt chẽ, giảm liều nếu cần thiết. Suy gan vừa: tránh dùng trừ khi thấy thật cần thiết và phải theo dõi chặt chẽ.

**Bệnh nhân suy thận:** Không cần phải điều chỉnh liều cho trường hợp suy thận nhẹ. Tránh dùng cho các trường hợp suy thận giai đoạn cuối.

**Tương tác thuốc**

**Với các thuốc bị chuyển hóa bởi hệ enzym gan:** Do abacavir không ức chế các enzym cytochrom P450 nên ít có tương tác với các thuốc chuyển hóa bởi hệ enzym này.

**Với alcohol (rượu):** Không có tương tác lâm sàng giữa rượu và abacavir, nhưng rượu làm chậm thải trừ abacavir và do đó làm tăng nồng độ thuốc trong máu. Không thấy có phản ứng kiểu disulfiram.

**Với các thuốc kháng virus:** Tác dụng kháng virus HIV-1 *in vitro*, abacavir có tác dụng cộng hoặc hiệp đồng với các thuốc ức chế integrase (ví dụ: dolutegravir và raltegravir) và protease của HIV (ví dụ: amprenavir, nelfinavir, tipranavir, và elvitegravir/cobicistat); tác dụng cộng hoặc hiệp đồng với các thuốc ức chế phiên mã ngược không thuộc nhóm nucleosid (efavirenz, nevirapin) cũng như với các thuốc ức chế phiên mã ngược nucleosid và nucleotid (didanosin, emtricitabin, lamivudin, stavudin, tenofovir và zidovudin).

**Với methadon:** Khi dùng đồng thời, abacavir làm tăng tốc độ thanh



thải của methadon nhưng được động học của abacavir không bị ảnh hưởng. Theo dõi bệnh nhân, có thể điều chỉnh liều methadon ở một số bệnh nhân nếu cần.

#### Quá liều và xử trí

Chưa có thông báo về triệu chứng ngộ độc do quá liều. Không có thuốc giải độc đặc hiệu, nên điều trị chủ yếu theo triệu chứng, nếu có. Chưa biết thuốc có thể thải loại bằng thẩm tách màng bụng hay lọc máu không.

Cập nhật lần cuối: 2018.

## ACARBOSE

**Tên chung quốc tế:** Acarbose.

**Mã ATC:** A10BF01.

**Loại thuốc:** Thuốc điều trị đái tháo đường (ức chế alpha glucosidase).

**Dạng thuốc và hàm lượng**

Viên nén: 25 mg, 50 mg, 100 mg.

#### Dược lực học

Acarbose có tác dụng ức chế cạnh tranh, thuận nghịch enzym alpha-amylase (được tiết ra ở tụy) và các enzym alpha-glucosidase ở niêm mạc ruột non. Alpha-amylase là enzym thủy phân tinh bột thành oligosaccharid trong khi alpha-glucosidase là enzym thủy phân tinh bột và saccharose thành glucose, là dạng carbohydrat cơ thể hấp thu được. Thuốc ức chế các enzym này làm giảm tốc độ tiêu hóa tinh bột, do đó làm giảm hấp thu và giảm đường huyết sau ăn. Thuốc không có tác dụng ức chế lactase, do đó không gây hiện tượng không dung nạp lactose. Thuốc không ảnh hưởng đến chức năng bài tiết insulin của cơ thể và không gây hạ đường huyết khi dùng đơn độc lúc đói.

Thuốc được dùng đơn độc hoặc dùng kết hợp với các thuốc điều trị đái tháo đường khác. Trong phác đồ đơn độc, các thử nghiệm lâm sàng cho thấy acarbose có tác dụng làm giảm HbA1c và đường huyết sau ăn hiệu quả hơn thay đổi chế độ ăn, thuốc làm giảm HbA1c khoảng 0,4 - 0,77%. Một số thử nghiệm lâm sàng cho thấy hiệu quả của acarbose tương tự với sulfonylurê trong kiểm soát tăng đường huyết sau ăn mức độ nhẹ và trung bình ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2. Acarbose có thể được sử dụng phối hợp với các thuốc điều trị đái tháo đường khác như sulfonylurê, metformin do khác cơ chế tác dụng. Trong phác đồ phối hợp, acarbose có thể làm giảm HbA1c khoảng 0,5 - 0,65% và giảm đường huyết sau ăn 1 giờ khoảng 34 mg/dl.

#### Dược động học

Sau khi uống, thuốc chủ yếu lưu lại trong ống tiêu hóa. Thuốc được chuyển hóa ở đường tiêu hóa nhờ các enzym đường ruột và hệ vi khuẩn chí, tạo thành các sản phẩm chuyển hóa khác nhau. Chỉ có 1 - 2% thuốc được hấp thu ở dạng không biến đổi và khoảng 35% được hấp thu ở dạng đã chuyển hóa rồi đào thải qua nước tiểu. Nửa đời thải trừ ở pha phân bố của thuốc khoảng 2 giờ. Thuốc và các chất chuyển hóa được thải trừ qua phân và nước tiểu.

Ở bệnh nhân suy thận, nồng độ đỉnh và diện tích dưới đường cong của thuốc có thể tăng lên từ 5 - 6 lần so với bệnh nhân không suy thận. Hiện tượng này chưa có cơ chế rõ ràng.

#### Chỉ định

Đái tháo đường không phụ thuộc insulin không kiểm soát được khi thay đổi chế độ ăn hoặc khi thay đổi chế độ ăn kết hợp với sử dụng thuốc điều trị đái tháo đường đường uống khác.

#### Chống chỉ định

Mẫn cảm với thuốc.

Viêm ruột, loét đại tràng, tắc ruột một phần hoặc có nguy cơ dẫn đến tắc ruột.

Bệnh đường tiêu hóa mạn tính có rối loạn tiêu hóa và hấp thu.

Các tình trạng bệnh lý có thể diễn biến xấu hơn khi đường tiêu hóa tăng sinh hơi (ví dụ thoát vị).

Bệnh nhân suy gan nặng, xơ gan.

Bệnh nhân đái tháo đường có nhiễm toan ceton.

Bệnh nhân suy thận có  $Cl_{cr} < 25$  ml/phút.

#### Thận trọng

Khi được dùng đơn độc, thuốc không gây hạ đường huyết. Tuy nhiên, thuốc có nguy cơ làm tăng tác dụng hạ đường huyết của các thuốc điều trị đái tháo đường khác như insulin, metformin và các thuốc nhóm sulfonylurê. Trong trường hợp có hạ đường huyết quá mức, sử dụng glucose để bổ sung cho bệnh nhân và không nên sử dụng saccharose do acarbose làm chậm quá trình tiêu hóa và hấp thu của các disaccharid.

Thuốc có thể làm tăng enzym gan, cần giám sát trị số enzym gan của bệnh nhân vào 6 - 12 tháng đầu sau khi khởi đầu điều trị hoặc khi dùng liều cao. Nếu xuất hiện tăng enzym gan có thể xem xét giảm liều hoặc ngừng điều trị. Trong trường hợp này, bệnh nhân cần được theo dõi hàng tuần cho tới khi các trị số enzym gan trở về mức bình thường.

#### Thời kỳ mang thai

Không nên dùng cho phụ nữ mang thai do chưa có thông tin nghiên cứu lâm sàng trên đối tượng này.

#### Thời kỳ cho con bú

Không nên dùng cho phụ nữ cho con bú do chưa có nghiên cứu về mức độ an toàn.

#### Tác dụng không mong muốn (ADR)

*Thường gặp*

Đầy hơi, đau bụng, tiêu chảy.

*Ít gặp*

Buồn nôn, nôn, khó tiêu.

*Hiếm gặp*

Phù, vàng da.

Bên cạnh đó, còn ghi nhận một số ADR chưa xác định được tần suất: giảm tiểu cầu, phản ứng quá mẫn, phát ban, ban đỏ, nổi mề đay, tắc ruột, trướng bụng, viêm gan, hội chứng ngoại ban mụn mủ toàn thân cấp tính.

#### Hướng dẫn cách xử trí ADR

Các tình trạng đầy hơi, đau bụng, tiêu chảy thường sẽ được cải thiện và giảm dần theo thời gian điều trị. Các triệu chứng trên đường tiêu hóa thường liên quan đến cơ chế tác dụng của thuốc mà chủ yếu là do carbohydrat không được tiêu hóa tích tụ tại phần dưới đường tiêu hóa. Cần nhắc chế độ ăn hợp lý. Trong trường hợp triệu chứng không được cải thiện, có thể cân nhắc giảm liều. Các trường hợp tăng enzym gan, vàng da thường hồi phục khi giảm liều hoặc ngừng thuốc.

#### Liều lượng và cách dùng

*Cách dùng*

Uống acarbose vào đầu bữa ăn để hạ glucose huyết sau ăn. Do sự khác biệt rất lớn về hoạt tính của glucosidase giữa các bệnh nhân nên hiệu quả và dung nạp thay đổi tùy từng người bệnh. Cần điều chỉnh liều dùng cho phù hợp từng trường hợp. Nên nhai thuốc cùng với miếng đầu tiên của bữa ăn hoặc uống cùng với một ít chất lỏng trước bữa ăn. Trong giai đoạn dò liều, nên định lượng glucose 1 giờ sau ăn nhằm đánh giá đáp ứng điều trị. Sau đó, xét nghiệm HbA1c