

Hiệu chỉnh liều trên các đối tượng đặc biệt:

Bệnh nhân cao tuổi: Cần giảm liều khởi đầu do giảm độ thanh thải của acid valproic dạng tự do và tăng nhạy cảm với các ADR (ngủ gà). Liều dùng sau đó cần được điều chỉnh chậm hơn so với người trẻ tuổi, đồng thời cần giám sát chặt chẽ tình trạng ăn, uống của bệnh nhân, dấu hiệu mất nước, ngủ gà và các ADR khác.

Suy giảm chức năng thận: Không cần hiệu chỉnh liều; không cần bổ sung thêm liều sau khi thẩm tách máu, thẩm phân phúc mạc hoặc lọc máu động mạch - tĩnh mạch liên tục.

Suy giảm chức năng gan: Không dùng thuốc trên bệnh nhân có bệnh gan hoặc suy giảm chức năng gan đáng kể.

Bé gái, trẻ vị thành niên nữ, phụ nữ trong độ tuổi sinh sản và phụ nữ mang thai: Cần khởi đầu điều trị và giám sát chặt chẽ bởi bác sĩ có kinh nghiệm. Chỉ nên sử dụng thuốc khi các biện pháp điều trị khác không có hiệu quả hoặc bệnh nhân không dung nạp được. Cần đánh giá cẩn thận cân bằng lợi ích - nguy cơ trong mỗi lần thăm khám định kỳ, tốt nhất, kê đơn dưới dạng đơn trị liệu ở liều thấp nhất có hiệu quả. Liều hàng ngày nên được chia thành 2 liều đơn hoặc nếu có thể, nên sử dụng dạng viên giải phóng kéo dài để tránh nồng độ đỉnh trong huyết tương cao.

Tương tác thuốc

Các thuốc cảm ứng enzym (bao gồm, phenytoin, phenobarbital, carbamazepin, rifampicin) làm giảm nồng độ valproat trong huyết tương. Cần hiệu chỉnh liều theo đáp ứng lâm sàng và nồng độ thuốc trong máu khi sử dụng đồng thời với các thuốc này. Ngoài ra, khi sử dụng đồng thời với phenytoin hoặc phenobarbital, cần theo dõi các triệu chứng tăng amoniac huyết do nồng độ các chất chuyển hóa của acid valproic tăng lên.

Kháng sinh carbapenem có thể làm giảm đáng kể nồng độ acid valproic trong huyết tương, dẫn đến mất khả năng kiểm soát động kinh. Tránh sử dụng đồng thời acid valproic và kháng sinh carbapenem nếu có thể. Nếu bắt buộc phải sử dụng đồng thời, cần giám sát nồng độ valproat trong máu.

Các thuốc ức chế TKTW, ví dụ phenobarbital, primidon, rượu có thể hiệp đồng tác dụng ức chế TKTW với acid valproic. Do đó, cần giám sát chặt chẽ độc tính trên TKTW khi sử dụng đồng thời các thuốc này.

Do acid valproic có thể ảnh hưởng đến thời gian chảy máu, tác dụng của **các thuốc chống huyết khối** như aspirin và warfarin có thể bị thay đổi khi sử dụng đồng thời với acid valproic. Do đó, cần thực hiện các xét nghiệm đông máu trong thời gian sử dụng đồng thời các thuốc này.

Các tương tác khác:

Các thuốc có thể làm tăng nồng độ trong máu và/hoặc tác dụng/độc tính của acid valproic: Clorpromazin, risperidon, felbamat, salicylat, topiramát, erythromycin.

Các thuốc có thể làm giảm nồng độ trong máu và/hoặc tác dụng của acid valproic: Cholestyramin, thuốc tránh thai chứa estrogen, cilastatin, orlistat, mefloquin, ritonavir, acyclovir.

Acid valproic có thể làm tăng nồng độ trong máu và/hoặc tác dụng/độc tính của: Amitriptylin, rufinamid, lopinavir, ethosuximid, zidovudin, lamotrigin.

Acid valproic có thể làm giảm nồng độ trong máu và tác dụng của: Olanzapin.

Quá liều và xử trí

Quá liều: Acid valproic có thể gây ngủ gà, blocc tim và hôn mê sâu. Đã có trường hợp tử vong do quá liều acid valproic.

Xử trí: Do acid valproic được hấp thu rất nhanh, rửa dạ dày chỉ có tác dụng hạn chế, tuy nhiên, gây nôn hoặc rửa dạ dày có thể có hiệu quả với trường hợp viên nén giải phóng chậm tùy theo thời gian

kể từ khi uống thuốc. Cần áp dụng các biện pháp hỗ trợ chung, đặc biệt cần duy trì cung lượng nước tiểu phù hợp. Thẩm tách máu có thể giúp loại bỏ một phần thuốc trong máu.

Naloxon có thể đảo ngược tác dụng ức chế TKTW của acid valproic khi dùng quá liều. Tuy nhiên, do naloxon cũng có thể làm mất tác dụng chống động kinh của valproat, cần thận trọng khi dùng naloxon.

Cập nhật lần cuối: 2017.

ACID ZOLEDRONIC

Tên chung quốc tế: Zoledronic acid.

Mã ATC: M05BA08.

Loại thuốc: Thuốc ức chế hủy xương.

Dạng thuốc và hàm lượng

Lọ 4 mg/5 ml để pha truyền tĩnh mạch, 4 mg/100ml, 5 mg/100 ml.

Dược lực học

Acid zoledronic là một bisphosphonat tổng hợp, thuộc dẫn xuất imidazol. Acid zoledronic có cấu trúc và tác dụng tương tự các bisphosphonat khác như alendronat, risedronat và pamidronat. Các bisphosphonat đều là các chất tương tự pyrophosphat, có ái lực cao với hydroxyapatit của xương và ức chế hoạt động của các tế bào hủy xương. Các bisphosphonat cũng ức chế sự tạo thành và hòa tan các tinh thể hydroxyapatit, do đó có tiềm năng ức chế quá trình khoáng hóa xương.

Acid zoledronic ức chế hoạt tính của các tế bào hủy xương và sự giải phóng calci từ các khối u, do đó làm giảm calci huyết. Trên những bệnh nhân tăng calci huyết do khối u ác tính, acid zoledronic làm giảm nồng độ calci và phospho huyết, đồng thời tăng bài tiết các chất này ra nước tiểu.

Nghiên cứu lâu dài trên động vật cho thấy acid zoledronic ức chế tiêu xương nhưng không có tác dụng xấu đến tạo xương, khoáng hóa hoặc độc tính cơ học của xương. Ngoài tác dụng ức chế mạnh trên xương, acid zoledronic còn có nhiều đặc tính kháng u, góp phần mang lại hiệu quả toàn bộ trong điều trị di căn vào xương. Các đặc tính sau đây đã được chứng minh trong các nghiên cứu tiền lâm sàng:

In vivo, ức chế tiêu xương do hủy cốt bào làm thay đổi vi môi trường tủy xương gây bất lợi cho sự phát triển các tế bào u, làm giảm hoạt tính sinh mạch máu và có tác dụng chống đau.

In vitro, ức chế tăng sinh nguyên cốt bào, có hoạt tính kìm tế bào trực tiếp và làm chết các tế bào u, hiệp đồng tác dụng kìm tế bào kết hợp với các thuốc chống ung thư khác, tác dụng chống bám dính, xâm lấn tế bào.

Dược động học

Nồng độ acid zoledronic trong huyết tương tăng lên nhanh chóng ngay sau khi truyền tĩnh mạch. Tỷ lệ gắn với protein huyết tương thấp và rất khác nhau giữa các nghiên cứu, khoảng từ 22% đến 56%. Acid zoledronic không bị chuyển hóa, khoảng 23 - 55% liều dùng được thải qua thận dưới dạng không đổi trong vòng 24 giờ, phần còn lại chủ yếu lưu giữ ở xương và đào thải rất chậm. Nửa đời thải trừ cuối cùng khoảng 146 giờ. Tốc độ thải trừ acid zoledronic qua thận giảm xuống ở những bệnh nhân suy thận nặng.

Chỉ định

Điều trị tăng calci huyết do khối u ác tính.

Di căn xương do ung thư hay tổn thương xương do bệnh đa u tủy xương. Bệnh Paget xương.

Điều trị loãng xương (ở phụ nữ sau mãn kinh, nam giới lớn tuổi, loãng xương do sử dụng corticoid).

Chống chỉ định

Mẫn cảm với acid zoledronic, hoặc các bisphosphonat khác.

Giảm calci huyết.

Phụ nữ mang thai, cho con bú.

$Cl_{cr} < 30$ ml/phút, hoặc bệnh nhân có suy thận cấp.

Không dùng khi bệnh nhân đang điều trị bằng một bisphosphonat khác.

Thận trọng

Trước và sau khi dùng acid zoledronic, phải bảo đảm cơ thể có đủ nước vì thiếu nước trong cơ thể dễ làm tổn thương thận.

Acid zoledronic ảnh hưởng đến calci nhiều hơn các bisphosphonat khác, do đó có thể gây giảm calci nặng dẫn đến tetany hay dị cảm. Cần điều trị tình trạng giảm calci huyết và điều chỉnh các yếu tố ảnh hưởng đến chuyển hóa xương hoặc muối khoáng (như suy tuyến cận giáp, phẫu thuật tuyến giáp, phẫu thuật tuyến cận giáp, rối loạn hấp thu, cắt đoạn ruột non...) trước khi bắt đầu liệu pháp acid zoledronic đối với bệnh Paget xương, loãng xương ở phụ nữ mãn kinh và cả bệnh tăng calci huyết do khối u ác tính. Cần kiểm soát nồng độ các chất điện giải, calci, phosphat và magnesi huyết trên những bệnh nhân này. Nếu có giảm nồng độ các chất trên, cần bổ sung trước khi điều trị bằng acid zoledronic. Thiếu hụt vitamin D phải được điều trị trước khi bắt đầu cho acid zoledronic.

Các bisphosphonat có thể gây hoại tử xương hàm, đặc biệt trên bệnh nhân ung thư. Tuy nhiên, loãng xương ở phụ nữ mãn kinh hay các bệnh lý khác cũng có thể gặp. Cần khám răng và có kế hoạch phòng ngừa về răng trước khi điều trị bằng acid zoledronic, đặc biệt trên bệnh nhân có yếu tố nguy cơ (như bệnh nhân ung thư, đang dùng hóa trị liệu, tia xạ, corticoid, vệ sinh răng miệng kém). Tránh các thủ thuật xâm lấn ở răng trong quá trình điều trị bằng acid zoledronic.

Mặc dù không thường xuyên, song các biểu hiện đau xương nghiêm trọng (có thể dẫn đến yếu xương), đau cơ và đau khớp cũng đã được ghi nhận ở những bệnh nhân điều trị bằng bisphosphonat. Triệu chứng đau có thể kéo dài từ 1 ngày đến vài tháng và sẽ hết khi ngừng điều trị. Bệnh nhân khi gặp các triệu chứng này cần báo cho bác sĩ biết. Không nên dùng cho bệnh nhân có tiền sử đau tương tự khi đã điều trị bằng một bisphosphonat khác.

Thận trọng trong trường hợp suy gan nặng.

Các bisphosphonat có thể gây co thắt khí quản ở bệnh nhân hen nhạy cảm với aspirin, cần dùng thận trọng acid zoledronic ở những bệnh nhân này.

Thời kỳ mang thai

Mặc dù chưa có nghiên cứu trên người về nguy cơ đối với thai khi mẹ sử dụng thuốc trong thời kỳ mang thai, song những nghiên cứu trên động vật cho thấy các bisphosphonat vào xương thai nhi nhiều hơn vào xương của mẹ, do đó có giả thuyết cho rằng nguy cơ gây hại cho thai (như bất thường hệ xương hoặc các bất thường khác) có thể xảy ra ngay cả khi người mẹ có thai sau khi đã hoàn tất liệu trình điều trị bằng bisphosphonat. Những yếu tố ảnh hưởng tới sự phát triển của thai như: thời gian từ khi ngừng bisphosphonat đến khi thụ thai, loại bisphosphonat được dùng và đường dùng bisphosphonat còn đang được nghiên cứu. Do vậy, không nên dùng acid zoledronic cho phụ nữ mang thai. Với phụ nữ đang trong độ tuổi sinh đẻ, nên dùng thuốc tránh thai trong khi điều trị bằng acid zoledronic.

Thời kỳ cho con bú

Chưa rõ acid zoledronic có qua sữa mẹ hay không, hơn nữa, acid zoledronic được lưu giữ ở xương trong một thời gian dài nên không dùng cho phụ nữ cho con bú.

Tác dụng không mong muốn (ADR)

Thường gặp và rất thường gặp

Giảm phosphat huyết, thiếu máu, hội chứng giả cúm (đau xương, đau cơ, đau khớp, sốt, cứng cơ), rối loạn tiêu hóa, rung nhĩ, đau đầu, chóng mặt, viêm kết mạc, suy thận (hiếm khi suy thận cấp).

Ít gặp

Chán ăn, rối loạn vị giác, khô miệng, viêm miệng, đau ngực, tăng huyết áp, giảm huyết áp, khó thở, ho, thay đổi cảm giác, run cơ, lo lắng, rối loạn giấc ngủ, nhìn mờ, tăng cân, ngứa, ban đỏ, đổ mồ hôi, chuột rút, huyết niệu, protein niệu, phản ứng quá mẫn (bao gồm phù mạch), suy nhược, phù ngoại vi, giảm tiêu cầu, giảm bạch cầu, giảm magnesi huyết, giảm kali huyết, phản ứng tại chỗ tiêm.

Hiếm gặp và rất hiếm gặp

Chậm nhịp tim, lú lẫn, tăng K^+ , tăng Na^+ huyết, giảm toàn thể huyết cầu, hoại tử xương hàm, gãy xương đùi không điển hình, viêm màng mạch và viêm cùng mạc.

Hướng dẫn cách xử trí ADR

Giám sát chặt chẽ nồng độ calci, phosphat và magnesi huyết trước và trong quá trình điều trị bằng acid zoledronic. Bổ sung calci và vitamin D là rất quan trọng để duy trì nồng độ calci huyết ở bệnh nhân Paget xương, đa u tủy, các khối u di căn tới xương và cả bệnh loãng xương. Khuyến bệnh nhân nên báo cho bác sĩ ngay khi có các dấu hiệu của giảm calci huyết như cảm giác tê hoặc đau nhói dây thần kinh (đặc biệt trong hoặc quanh miệng) hoặc co giật cơ xuất hiện.

Suy thận có thể gặp trong khi điều trị bằng acid zoledronic, do đó cần đánh giá chức năng thận trước điều trị và đảm bảo bù nước đầy đủ trước, trong và sau khi truyền acid zoledronic (có thể tới 4 lít trong 24 giờ). Tuy nhiên, cũng không nên bù quá nhiều nước có thể gây suy tim. Tiếp tục đánh giá chức năng thận trên những bệnh nhân có yếu tố nguy cơ như: đã có suy thận trước đó, bệnh nhân tuổi cao, đang dùng thuốc có độc với thận, thuốc lợi tiểu hoặc đang trong tình trạng mất nước.

Liều lượng và cách dùng

Tăng calci huyết do khối u ác tính:

Dùng một liều đơn 4 mg, hòa tan trong 100 ml dung dịch natri clorid 0,9% hoặc glucose 5%, truyền tĩnh mạch trong ít nhất 15 phút, có thể lặp lại sau ít nhất 7 ngày (nếu thấy cần thiết) cũng với liều trên. Mỗi lần dùng không nên quá 4 mg vì sẽ làm tăng nguy cơ ADR trên thận.

Di căn xương do ung thư: Một liều đơn 4 mg, phải pha loãng như trên, truyền tĩnh mạch 3 - 4 tuần một lần, bổ sung 500 mg calci và 400 đvqt vitamin D một ngày.

Đa u tủy xương: 4 mg, truyền tĩnh mạch không dưới 15 phút, cách 3 - 4 tuần/lần. Bổ sung calci 500 mg (uống) và polyvitamin chứa 400 đvqt vitamin D.

Bệnh Paget xương: Truyền tĩnh mạch một liều đơn 5 mg. Để làm giảm nguy cơ giảm calci huyết do acid zoledronic, mỗi bệnh nhân phải được bổ sung 500 mg x 2 lần/ngày với vitamin D trong ít nhất 10 ngày sau khi truyền thuốc.

Điều trị loãng xương (bao gồm loãng xương do corticoid) ở phụ nữ sau mãn kinh và nam giới: Một liều đơn 5 mg, truyền tĩnh mạch 1 lần/1 năm. Ở những bệnh nhân bị gãy xương hông do chấn thương nhẹ gần đây, nên truyền 5 mg ít nhất hai tuần sau khi điều trị gãy xương hông nên bổ sung 50 000 đến 125 000 đvqt vitamin D đường uống hoặc qua đường tiêm bắp trước khi truyền acid zoledronic lần đầu.

Điều chỉnh liều trên bệnh nhân suy thận:

$Cl_{cr} > 60$ ml/phút: 4 mg (không cần chỉnh liều).

$Cl_{cr} 50 - 60$ ml/phút: 3,5 mg.

$Cl_{cr} > 40$ - 49 ml/phút: 3,3 mg.

$Cl_{cr} > 30$ - 39 ml/phút: 3 mg.

$Cl_{cr} < 30$ ml/phút: Không khuyến cáo sử dụng.

Tương tác thuốc

Các thuốc lợi niệu quai, kháng sinh nhóm aminoglycosid có thể hiệp đồng tác dụng làm tăng nguy cơ giảm calci huyết của acid zoledronic.

Các thuốc có độc tính với thận, các thuốc chống viêm không steroid, thalidomid làm tăng nguy cơ ADR trên thận của acid zoledronic.

Không được trộn lẫn với dung dịch calci hoặc các dung dịch tiêm truyền có cation hóa trị 2 như dung dịch Ringer lactat.

Quá liều và xử trí

Quá liều acid zoledronic có thể gây ra các biểu hiện của tình trạng giảm calci huyết. Để khắc phục, có thể truyền calci qua đường tĩnh mạch. Cần chú ý chức năng thận vì acid zoledronic có thể gây suy thận.

Cập nhật lần cuối: 2019.

ACITRETIN

Tên chung quốc tế: Acitretin.

Mã ATC: D05BB02.

Loại thuốc: Thuốc điều trị vảy nến (toàn thân).

Dạng thuốc và hàm lượng

Viên nang: 10 mg, 17 mg, 22,5 mg, 25 mg.

Được lực học

Acitretin là một retinoid và là một chất chuyển hóa của etretinat. Cơ chế tác dụng chính xác của thuốc chưa được biết.

Đối với bệnh vảy nến, các nghiên cứu gợi ý rằng acitretin ảnh hưởng tới tăng sinh tế bào biểu bì và quá trình tổng hợp glycoprotein của da. Đặc biệt, acitretin giúp bình thường hóa quá trình biệt hóa tế bào, làm mỏng lớp sừng ở biểu bì do làm giảm tốc độ tăng sinh của tế bào sừng. Tác dụng chống viêm và chống tăng sinh của acitretin giúp làm giảm viêm ở da và biểu bì, giảm bong biểu bì, ban đỏ và độ dày của các tổn thương vảy nến.

Tác dụng toàn thân làm tróc lớp sừng da của acitretin được cho là do thuốc ngăn cản sự biệt hóa sau cùng của các tế bào sừng.

Được động học

Hấp thu: Sau khi uống, nồng độ thuốc tối đa trong máu đạt được sau 1 - 5 giờ. Sinh khả dụng đạt từ 60 - 70%, nhưng thay đổi nhiều giữa các cá nhân (36 - 95%), sinh khả dụng của acitretin tăng khi uống cùng bữa ăn (72%). Sau khi uống hàng ngày trong 2 tháng với liều 50 mg/ngày, trạng thái ổn định đạt được trong vòng 7 ngày đối với acitretin và 10 ngày đối với chất chuyển hóa trực tiếp, isome 13-cis-acitretin.

Phân bố: Acitretin rất ưa mỡ và dễ dàng vào các mô. Acitretin gắn vào protein huyết tương trên 99%, chủ yếu vào albumin, một tỷ lệ thấp là lipoprotein. Acitretin qua nhau thai và vào sữa mẹ.

Chuyển hóa: Thuốc chuyển hóa thành các chất có hoạt tính là 13-cis-acitretin và một ít là etretinat, tuy nhiên etretinat chỉ được phát hiện thấy trong huyết thanh của một số người bệnh dùng acitretin. Nếu uống rượu sẽ làm tăng tỷ lệ chuyển hóa acitretin thành etretinat, kể cả sau khi người bệnh đã ngừng thuốc.

Thải trừ: Nửa đời thải trừ của acitretin trung bình 49 giờ (khoảng 36 - 96 giờ), của 13-cis-acitretin trung bình là 63 giờ (khoảng 28 - 157 giờ), etretinat có nửa đời thải trừ là 120 ngày (có thể lên tới 168 ngày), lúc đó có thể dự trữ trong các tế bào mỡ trong nhiều tháng và cả trong vài năm. Thời gian hấp thu tối đa là 2 - 5 giờ.

Cả acitretin và chất chuyển hóa 13-cis-acitretin thải trừ qua mật (34 - 54%) và nước tiểu (16 - 53%) dưới dạng liên hợp.

Chỉ định

Bệnh vảy nến nặng trên diện rộng không đỡ sau khi đã dùng các liệu pháp điều trị khác; bệnh vảy nến mụn mủ gan bàn chân bàn tay; các bệnh ngoài da có rối loạn điều hòa chất sừng như bệnh vảy cá bẩm sinh nặng; bệnh Darier nặng (chứng dị sừng nang lông).

Chống chỉ định

Mẫn cảm với thuốc.

Suy gan hoặc suy thận nặng.

Tăng lipid huyết.

Phụ nữ mang thai hoặc đang cho con bú.

Phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ mà không sử dụng biện pháp tránh thai hiệu quả.

Uống rượu trong thời gian dùng thuốc và 2 tháng sau khi đã ngừng thuốc: Điều này áp dụng cho người bệnh nữ trong độ tuổi sinh đẻ vì nguy cơ gây dị tật đối với thai nhi.

Không phối hợp với tetracyclin và methotrexat.

Không dùng cùng với các thuốc thuộc nhóm retinoid hoặc vitamin A.

Thận trọng

Acitretin gây quái thai mạnh. Nguy cơ quái thai là rất cao nếu dùng acitretin trước hoặc trong khi mang thai, bất kể trong bao lâu hoặc với liều nào. Với phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, việc kê đơn acitretin chỉ có thể đặt ra nếu người bệnh có đủ những điều kiện sau đây:

Thứ nhất, bệnh nhân mắc bệnh nặng, không đáp ứng với các biện pháp điều trị khác hoặc các chống chỉ định khác.

Thứ hai, bệnh nhân có thể hiểu và tuân thủ các hướng dẫn của bác sĩ. Thứ ba, bệnh nhân có khả năng thực hiện các biện pháp tránh thai và đảm bảo không bị thất bại.

Thứ tư, trong 4 tuần trước khi điều trị, trong khi điều trị và 3 năm sau khi ngừng điều trị bằng acitretin, tất cả phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ phải sử dụng biện pháp tránh thai hiệu quả (tốt nhất là 2 phương pháp) mà không bị gián đoạn. Bệnh nhân cần được hướng dẫn liên hệ ngay với bác sĩ trong trường hợp nghi ngờ có thai.

Ngay cả những bệnh nhân nữ có tiền sử vô sinh cũng nên áp dụng biện pháp tránh thai hiệu quả.

Thứ năm, bắt đầu điều trị vào ngày thứ 2 hoặc thứ 3 của chu kỳ kinh nguyệt tiếp theo.

Thứ sáu, 3 ngày trước khi dùng liều đầu tiên, phải có kết quả thử thai âm tính (độ nhạy tối thiểu 25 mili đvqt/ml). Trong thời gian điều trị, thực hiện các xét nghiệm thử thai trong khoảng thời gian 28 ngày. Sau khi ngừng điều trị, thực hiện các xét nghiệm thử thai 1 - 3 tháng/lần trong 3 năm sau khi dùng liều cuối cùng.

Thứ bảy, trước khi điều trị, bác sĩ phải cung cấp cho bệnh nhân thông tin chi tiết và những cảnh báo về nguy cơ dị tật thai nhi là rất nghiêm trọng và hậu quả có thể xảy ra nếu mang thai trong quá trình điều trị bằng acitretin hoặc trong 3 năm sau khi ngừng điều trị.

Thứ tám, mỗi khi lặp lại điều trị, thực hiện các biện pháp tránh thai hiệu quả, không bị gián đoạn và tiếp tục trong 3 năm sau đó.

Thứ chín, trong khi điều trị bằng acitretin hoặc 2 tháng sau khi điều trị, nếu có thai, nguy cơ thai nhi bị dị tật nghiêm trọng là cao (dị tật sọ, dị tật tim và mạch máu, dị tật xương và tuyến ức) và tỷ lệ sảy thai tự nhiên tăng lên. Trong 3 năm sau khi ngừng acitretin, nguy cơ thấp hơn (đặc biệt ở những phụ nữ không uống rượu) nhưng không thể loại trừ hoàn toàn (do có thể hình thành etretinat). Do đó, trước khi sử dụng acitretin, bác sĩ điều trị phải giải thích rõ ràng và chi tiết những biện pháp phòng ngừa.

Thứ mười, bệnh nhân không được sử dụng rượu (trong đồ uống, thực phẩm hoặc thuốc) trong khi điều trị bằng acitretin và trong