

**Quá liều và xử trí**

**Triệu chứng:** Liều gây chết của clorpheniramin khoảng 25 - 50 mg/kg. Những triệu chứng và dấu hiệu quá liều bao gồm ngủ nhiều, kích thích nghịch thường hệ TKTW, loạn tâm thần, cơn động kinh, ngừng thở, co giật, tác dụng kháng cholinergic, phản ứng loạn trương lực và trụy tim mạch, loạn nhịp.

**Xử trí:** Điều trị triệu chứng và hỗ trợ chức năng sống, cần chú ý đặc biệt đến chức năng gan, thận, hô hấp, tim và cân bằng nước, điện giải.

Rửa dạ dày hoặc gây nôn. Sau đó, cho dùng than hoạt và thuốc tẩy để hạn chế hấp thu.

Khi gặp hạ huyết áp và loạn nhịp, cần được điều trị tích cực. Có thể điều trị co giật bằng tiêm tĩnh mạch diazepam hoặc phenytoin. Có thể phải truyền máu trong những ca nặng.

*Cập nhật lần cuối: 2019.*

**CLORPROMAZIN HYDROCLORID**

**Tên chung quốc tế:** Chlorpromazine hydrochloride.

**Mã ATC:** N05AA01

**Loại thuốc:** Thuốc chống loạn thần (thể hệ thứ nhất).

**Dạng thuốc và hàm lượng**

Viên nén: 10 mg, 25 mg, 50 mg, 100 mg, 200 mg.

Sirô: 25 mg/5 ml, 100 mg/5 ml.

Đặt trực tràng: 25 mg, 100 mg.

Dạng tiêm: 25 mg/5ml, 25 mg/ml.

**Dược lực học**

Clorpromazin là một dẫn chất của phenothiazin có tác dụng chống loạn thần và nhiều tác dụng khác do chẹn trên nhiều thụ thể khác nhau như:

Thụ thể dopamin, chủ yếu dopamin D<sub>2</sub> sau synap trong não, có tác dụng chống loạn thần làm cải thiện triệu chứng tâm thần, tuy nhiên có thể gây các triệu chứng ngoại tháp.

Thụ thể serotonin (5-HT<sub>1</sub> và 5-HT<sub>2</sub>) có tác dụng giải lo âu, chống kích động, làm giảm tác dụng ngoại tháp, gây tăng cân.

Thụ thể histamin (thụ thể H<sub>1</sub>), có tác dụng an thần, buồn ngủ, chống nôn.

Thụ thể alpha<sub>1</sub> và alpha<sub>2</sub> adrenalin, có tính chất chống lại tác dụng thần kinh giao cảm, làm giảm huyết áp, tim đập nhanh.

Thụ thể muscarin, làm khô miệng, táo bón, nhưng tác dụng kháng cholinergic có thể làm giảm tác dụng ngoại tháp.

Ngoài ra, thuốc còn có thể làm giảm giải phóng hormon hạ đồi và tuyến yên, ức chế trung tâm điều hòa thân nhiệt, làm giãn cơ.

**Dược động học**

**Hấp thu:** Clorpromazin hấp thu nhanh qua đường tiêu hóa và tại vị trí tiêm. Tuy nhiên, sau khi uống, thuốc bị chuyển hóa đáng kể tại niêm mạc đường tiêu hóa trong thời gian hấp thu và chuyển hóa qua vòng tuần hoàn đầu tại gan.

Cùng một liều uống, nồng độ đỉnh của thuốc trong huyết tương thay đổi rất nhiều giữa các cá thể. Sự khác nhau về sinh khả dụng, có thể do tính chất di truyền về tốc độ chuyển hóa bước đầu qua gan.

Sau khi uống clorpromazin dưới dạng viên nén, thuốc bắt đầu tác dụng trong vòng 30 - 60 phút và kéo dài trong 4 - 6 giờ. Sau khi đặt thuốc vào trực tràng, thuốc bắt đầu tác dụng chậm hơn so với uống và tác dụng kéo dài trong 3 - 4 giờ.

**Phân bố:** Clorpromazin được phân bố rộng rãi trong đa số các mô và dịch trong cơ thể. Thuốc qua hàng rào máu - não; nồng độ thuốc trong não cao hơn trong huyết tương. 92 - 97% clorpromazin gắn vào protein, chủ yếu là albumin ở nồng độ thuốc trong huyết tương

0,01 - 1 microgam/ml. Clorpromazin và các chất chuyển hóa qua được nhau thai và vào sữa mẹ.

**Chuyển hóa:** Thuốc chuyển hóa mạnh chủ yếu trong gan và thận. Khoảng 10 - 12 chất chuyển hóa đã xác định được ở người. Các con đường chuyển hóa của clorpromazin bao gồm hydroxyl hóa và liên hợp với acid glucuronic, N-oxy hóa, oxy hóa nguyên tử sulfur và khử nhóm alkyl.

**Thời trừ:** Nửa đời thải trừ clorpromazin đã được báo cáo khoảng 30 giờ, đào thải các chất chuyển hóa có thể kéo rất dài.

**Chỉ định**

Tâm thần phân liệt; các biểu hiện loạn thần khác (đặc biệt hoang tưởng); chứng hưng cảm và hưng cảm nhẹ.

Các trạng thái lo âu, các hành vi kích động, gây hấn. Clorpromazin chỉ được sử dụng như một thuốc hỗ trợ trong điều trị ngắn hạn trên các tình trạng này.

Điều trị nấc liên tục khó trị.

Buồn nôn và nôn (khi các loại thuốc khác đã thất bại hoặc không có sẵn).

Hỗ trợ trong điều trị uốn ván.

Bệnh porphyria cấp từng đợt.

**Chống chỉ định**

Mẫn cảm với clorpromazin. Có thể có mẫn cảm chéo với các phenothiazin khác.

Chứng suy tủy xương.

Bệnh glôcôm góc đóng.

Bì tiểu tiện do phì đại tuyến tiền liệt.

Tiền sử giảm bạch cầu hạt.

Phụ nữ cho con bú.

Suy giáp.

Suy tim.

U tủy thượng thận.

U phụ thuộc prolactin.

Bệnh nhược cơ.

Ức chế hệ TKTW nặng hoặc trạng thái hôn mê.

**Thận trọng**

Trong khi dùng clorpromazin nếu thấy sốt cao không rõ nguyên nhân, phải ngừng thuốc ngay vì có thể là hội chứng an thần kinh ác tính do dùng thuốc chống loạn thần. Cần chú ý đến tình trạng cơ thể mất nước.

Clorpromazin có thể gây kéo dài khoảng QT. Tác dụng này có nguy cơ gây xoắn đỉnh, nguy cơ này tăng lên khi có nhịp tim chậm, giảm kali huyết, QT kéo dài bẩm sinh hay mắc phải (do kết hợp với các thuốc khác dễ gây kéo dài QT).

Thuốc có thể làm thay đổi điều hòa thân nhiệt hoặc tăng nguy cơ độc tính của các thuốc khác do có tác dụng chống nôn.

Các triệu chứng cai thuốc cấp tính, bao gồm buồn nôn, nôn và mất ngủ, được báo cáo là hiếm xảy ra sau khi ngừng sử dụng liều cao thuốc an thần kinh.

Clorpromazin không được dùng cho người cao tuổi bị loạn thần do sa sút trí tuệ vì có thể gây tăng nguy cơ tai biến mạch não.

Thận trọng khi dùng thuốc cho người già vì dễ gây hạ huyết áp thể đứng, buồn ngủ, triệu chứng ngoại tháp, táo bón mạn tính, phì đại tuyến tiền liệt.

Thận trọng khi dùng thuốc cho người mắc các bệnh tim phổi vì thuốc có tác dụng hạ huyết áp thể đứng, tim đập nhanh.

Thận trọng khi dùng cho người bị bệnh gan, thận nặng vì nguy cơ tích lũy thuốc.

Phải theo dõi các dấu hiệu trên mắt, công thức máu đều đặn khi dùng thuốc kéo dài.

Tránh ngừng thuốc đột ngột. Chú ý thuốc tiêm có chứa sulfit có thể gây phản ứng dị ứng mạnh.

**Thời kỳ mang thai**

Vẫn chưa có đầy đủ các nghiên cứu lâm sàng để xác định nguy cơ có hại khi dùng clorpromazin trong thời kỳ mang thai. Tuy nhiên, có bằng chứng về nguy cơ gây hại cho thai nhi trên động vật. Vì vậy, cần tránh dùng clorpromazin trong thai kỳ, trừ khi bác sĩ điều trị đã cân nhắc giữa lợi ích và nguy cơ. Khi đã dùng thuốc, cần phải duy trì liều tối thiểu có hiệu quả trong suốt thời kỳ mang thai. Clorpromazin đôi khi có thể kéo dài thời gian chuyển dạ và nên ngừng thuốc cho tới khi cổ tử cung mở được 3 - 4 cm. Cần phải theo dõi trẻ sơ sinh vì khi mẹ dùng thuốc liều cao, trẻ có thể có các dấu hiệu giống tác dụng của atropin (tim đập nhanh, tăng kích thích, trướng bụng, chậm đại tiện phân xu), các dấu hiệu ngoại tháp (tăng trương lực cơ, run), ngủ li bì.

**Thời kỳ cho con bú**

Thuốc có thể phân bố vào sữa mẹ, do đó ngừng cho con bú khi dùng thuốc.

**Tác dụng không mong muốn (ADR)**

Các ADR của clorpromazin thường phụ thuộc vào liều dùng, thời gian điều trị và bệnh lý. Ngoài ra, ở những người có bệnh về tim, gan, máu, nguy cơ xảy ra ADR cao hơn. Các ADR thường biểu hiện ở hệ tim mạch và hệ TKTW.

*Thường gặp*

Toàn thân: mệt mỏi, chóng mặt.  
Hệ thần kinh: an thần, trạng thái bồn chồn, loạn động muộn khi điều trị lâu dài, hội chứng ngoại tháp.  
Mạch máu: hạ huyết áp thể đứng.  
Nội tiết: chứng vú to ở đàn ông.  
Tiêu hóa: khô miệng, nguy cơ sâu răng, táo bón.  
Chuyển hóa: tăng cân.

*Ít gặp*

Hệ thần kinh: tăng trương lực cơ, co giật, lo âu.  
Tim: QT kéo dài.  
Nội tiết: tăng tiết sữa, vô kinh.  
Chuyển hóa: giảm dung nạp glucose, tăng đường huyết, tăng triglycerid huyết.

*Hiếm gặp*

Toàn thân: mất ngủ, kích động, rối loạn thân nhiệt.  
Hệ thần kinh: rối loạn vận động (mất vận động, tăng vận động), con vận nhãn, hội chứng an thần kinh ác tính, thay đổi tâm trạng.  
Tim: loạn nhịp bao gồm loạn nhịp thất và rối loạn nhịp nhĩ, rung tâm thất, xoắn đỉnh.  
Máu: giảm bạch cầu hạt, tăng bạch cầu ưa eosin, giảm tiểu cầu, thiếu máu.  
Mạch máu: huyết khối tĩnh mạch sâu, thuyên tắc phổi (đôi khi gây tử vong).  
Tiêu hóa: viêm đại tràng thiếu máu cục bộ, tắc ruột.  
Nội tiết: liệt dương, rối loạn xuất tinh.  
Hô hấp: suy hô hấp, nghẹt mũi.  
Da: phản ứng dị ứng, phù mạch, viêm da, mề đay, tăng mẫn cảm với ánh sáng.  
Thận - tiết niệu: bí tiểu tiện.  
Mang thai: hội chứng cai thuốc ở trẻ sơ sinh.  
Gan: viêm gan, vàng da do ứ mật.  
Mắt: biến đổi giác mạc và thủy tinh thể, bệnh vông mạc biểu mô, bệnh vông mạc nhiễm sắc tố.

**Hướng dẫn cách xử trí ADR**

Ở hệ tim mạch: Thường xảy ra hạ huyết áp thể đứng, nhất là khi tiêm thuốc ở người cao tuổi. Vì vậy cần khuyến cáo bệnh nhân nằm

ngồi ít nhất 30 phút sau khi tiêm.

Để tránh xảy ra xoắn đỉnh, người bệnh cần được dùng đủ nước, kiểm tra kali huyết, không phối hợp với các thuốc làm giảm kali huyết hoặc dễ gây xoắn đỉnh.

Ở hệ thần kinh: Hội chứng an thần kinh ác tính có thể gây tử vong. Phải ngừng thuốc ngay. Điều trị cấp cứu và hỗ trợ. Không có điều trị đặc hiệu. Dùng dantrolen hoặc bromocriptin có thể giúp ích.

Loạn động muộn: Phải giảm liều thuốc hoặc ngừng thuốc khi thấy xuất hiện những dấu hiệu sớm nhất của loạn động muộn.

**Liều lượng và cách dùng**

**Cách dùng**

Clorpromazin hydroclorid chỉ được dùng dưới dạng: Uống, đặt trực tràng, tiêm bắp sâu, hoặc tiêm tĩnh mạch trực tiếp hay truyền tĩnh mạch chậm khi pha loãng dung dịch tiêm clorpromazin. Truyền tĩnh mạch chậm chỉ dùng trong các trường hợp: chống nôn trong khi phẫu thuật, điều trị nấc liên tục khó trị và để điều trị hỗ trợ trong bệnh uồn ván. Khi tiêm, người bệnh phải nằm ít nhất 30 phút sau khi tiêm. Clorpromazin KHÔNG được tiêm dưới da vì có thể gây hoại tử da nặng.

Tiêm bắp: Thuốc có thể pha loãng với dung dịch natri clorid 0,9% hoặc dung dịch procain hydroclorid 2%. Nếu tiêm tĩnh mạch trực tiếp, thuốc tiêm phải pha loãng với dung dịch natri clorid 0,9% để có nồng độ không vượt quá 1 mg/ml và tiêm với tốc độ 1 mg/phút ở người lớn và 0,5 mg/phút ở trẻ em. Để truyền tĩnh mạch chậm, thuốc tiêm phải pha vào 500 - 1 000 ml dung dịch natri clorid 0,9%.

**Liều lượng**

Liều lượng thay đổi tùy theo từng người bệnh và thể bệnh.

*Bệnh loạn thần:*

Người lớn:  
Người bệnh không nằm viện: Mức độ nhẹ (lo âu nhiều, căng thẳng), liều khởi đầu thông thường: Uống 30 - 75 mg/ngày, chia 2 - 4 lần. Mức độ vừa: 25 mg/lần, uống 3 lần/ngày. Sau 1 - 2 ngày, có thể tăng liều dần, mỗi tuần tăng 2 lần vào khoảng 20 - 50 mg cho tới khi kiểm soát được triệu chứng. Đáp ứng tối ưu có khi phải cần đến vài tuần hoặc tháng. Khi đạt được liều tối ưu, phải duy trì liều này trong 2 tuần và sau đó giảm dần cho tới khi đạt được liều thấp nhất có hiệu quả. Liều thông thường trong thời gian điều trị duy trì là 200 mg/ngày, có trường hợp đã dùng tới liều 800 mg/ngày. Để có tác dụng nhanh, tiêm bắp sâu: Liều đầu tiên 25 mg, liều này có thể nhắc lại sau 1 giờ nếu cần. Khi bệnh đã đỡ, cho uống với liều 25 - 50 mg/lần, 3 lần/ngày.

Người bệnh điều trị nội trú: Liều thông thường tiêm bắp sâu: 25 mg, 1 giờ sau tiêm thêm 25 - 50 mg nếu cần. Liều tiêm bắp sâu tiếp theo phải tăng dần trong vài ngày tới liều tối đa 400 mg, cách 4 - 6 giờ cho tới khi kiểm soát được triệu chứng. Thông thường, bệnh nhân sẽ kiểm soát được triệu chứng trong vòng 24 - 48 giờ sau khi bắt đầu điều trị. Sau đó, nên thay thuốc tiêm bằng uống và liều tăng lên cho tới khi các triệu chứng của bệnh nhân được cải thiện. Liều thường dùng: uống 500 mg/ngày, nhưng cũng có trường hợp phải dùng đến 2 g/ngày.

*Trẻ em ≥ 1 tuổi:*

Liều uống khởi đầu thông thường: 0,5 mg/kg, cách 4 - 6 giờ/lần nếu cần, liều tối đa 40 mg/ngày. Liều khởi đầu dùng viên đạn: 1,1 mg/kg, cách 6 - 8 giờ/lần nếu cần. Liều tiêm bắp sâu thường dùng: 0,5 mg/kg, cách 6 - 8 giờ/lần nếu cần.

Ở trẻ em bị bệnh nặng, có thể dùng liều cao hơn (50 - 100 mg/ngày); một số cần tới liều 200 mg/ngày. Liều tối đa tiêm bắp sâu ở trẻ ≤ 5 tuổi và trẻ có cân nặng < 22,7 kg: 40 mg/ngày. Liều tối đa tiêm bắp ở trẻ em 6 - 12 tuổi và có cân nặng 22,7 - 45,5 kg không được vượt quá 75 mg/ngày.

Cần theo dõi huyết áp chặt chẽ.

**Nắc liên tục khó trị:**

Người lớn: Uống: 25 - 50 mg, 3 - 4 lần/ngày. Nếu mắc vẫn còn trong 2 - 3 ngày, tiêm bắp sâu 25 - 50 mg. Nếu vẫn mắc, cho truyền tĩnh mạch chậm 25 - 50 mg. Cần theo dõi huyết áp chặt chẽ.

Trẻ em: Chưa có thông tin.

**Buồn nôn và nôn:**

Người lớn: Uống 10 - 25 mg, cách 4 - 6 giờ/lần nếu cần. Đặt thuốc hậu môn: 100 mg, cách 6 - 8 giờ/lần nếu cần. Tiêm bắp: 25 mg. Nếu không bị hạ huyết áp, có thể tiêm bắp thêm 25 - 50 mg, cách 3 - 4 giờ/lần nếu cần, cho tới khi hết nôn; lúc đó thay tiêm bằng uống. Trẻ em  $\geq 1$  tuổi: Uống 0,5 mg/kg, cách 4 - 6 giờ/lần nếu cần, liều tối đa 40 mg/ngày. Đặt thuốc hậu môn: 1,1 mg/kg, cách 6 - 8 giờ/lần nếu cần. Tiêm bắp sâu: 0,5 mg/kg, cách 6 - 8 giờ/lần nếu cần. Liều tối đa giống liều tối đa dùng trong bệnh loạn thần. Cần theo dõi huyết áp chặt chẽ.

**Uốn ván:**

Người lớn, tiêm bắp sâu: 25 - 50 mg, 3 - 4 lần/ngày. Thường kết hợp với barbiturat. Truyền tĩnh mạch chậm: 25 - 50 mg, pha loãng để được nồng độ tối thiểu 1 mg/ml và truyền với tốc độ 1 mg/phút. Trẻ em  $\geq 1$  tuổi: Liều tiêm bắp sâu thường dùng: 0,55 mg/kg, cách 6 - 8 giờ/lần nếu cần. Pha loãng dung dịch tiêm để được nồng độ tối thiểu 1 mg/ml và truyền với tốc độ 1 mg/2 phút. Cần theo dõi huyết áp chặt chẽ.

**Bệnh porphyria cấp tính đợt:** Người lớn: Tiêm bắp sâu 25 mg, 3 - 4 lần/ngày cho đến khi bệnh nhân có thể sử dụng được đường uống.

**Người suy gan, suy thận:** Không cần hiệu chỉnh liều nhưng sử dụng cần thận trọng.

**Tương tác thuốc**

Chống chỉ định phối hợp với: citalopram, escitalopram, các thuốc điều trị Parkinson hệ dopaminergic.

Tránh phối hợp với nilotinib, tamoxifen, thioridazin, ziprasidon.

Tăng tác dụng/độc tính: Clorpromazin có thể làm tăng nồng độ/tác dụng của rượu (ethyl), thuốc giảm đau (opioid), thuốc kháng cholinergic, thuốc chẹn beta, thuốc ức chế hệ TKTW, các thuốc có cơ chất CYP2D6, desmopressin, fesoterodin, haloperidol, thuốc gây kéo dài khoảng QT, tamoxifen, thioridazin, acid valproic, ziprasidon.

Nồng độ/tác dụng của clorpromazin có thể tăng do: chất ức chế acetylcholinesterase, alfuzosin, thuốc điều trị sốt rét, thuốc chẹn beta, ciprofloxacin, chất ức chế CYP2D6 (mạnh), darunavir, gadobutrol, haloperidol, các bào chế có lithi, nilotinib, pramlintid, tetrabenazin. Clorpromazin có thể làm giảm nồng độ/tác dụng của amphetamin, tramadol.

Nồng độ/tác dụng của clorpromazin có thể bị giảm do các thuốc kháng acid dạ dày, các thuốc có lithi.

**Tương kỵ**

Clorpromazin tương kỵ lý hóa với một số thuốc như: kali benzylpenicillin; natri pentobarbital; natri phenobarbital. Không nên trộn lẫn clorpromazin trong cùng một bơm tiêm, dung dịch pha truyền với các thuốc này.

**Quá liều và xử trí**

**Triệu chứng:** Chủ yếu là ức chế hệ TKTW dẫn đến hôn mê, hạ huyết áp, rối loạn hô hấp và tim mạch.

**Xử trí:** Điều trị triệu chứng, không có thuốc đặc trị. Phải theo dõi hô hấp và tim mạch liên tục (có nguy cơ kéo dài khoảng QT) cho tới khi bệnh nhân hồi phục.

**Cập nhật lần cuối:** 2017.

**CLORTALIDON**

**Tên chung quốc tế:** Chlortalidone.

**Mã ATC:** C03BA04.

**Loại thuốc:** Thuốc lợi tiểu.

**Dạng thuốc và hàm lượng**

Viên nén: 15 mg, 25 mg, 50 mg, 100 mg.

**Dược lực học**

Clortalidon là một thuốc lợi tiểu có cấu trúc và tác dụng giống các thuốc lợi tiểu thiazid. Tùy theo liều, clortalidon làm tăng thải trừ muối và nước, do ức chế tái hấp thu  $\text{Na}^+$  và  $\text{Cl}^-$  trong các ống thận. Do tăng bài xuất  $\text{Na}^+$ , dẫn đến tăng thải trừ thứ phát  $\text{K}^+$  và bicarbonat và thuốc cũng có nguy cơ làm tăng thải trừ  $\text{Mg}^{2+}$ , như vậy làm giảm khả năng hấp thụ  $\text{K}^+$ . Do đó trong khi điều trị, có thể phải cho thêm  $\text{Mg}^{2+}$  để xử trí những trường hợp giảm kali huyết khó chữa. Clortalidon làm giảm thải trừ calci. Tác dụng chống tăng huyết áp của clortalidon xuất hiện dần dần và thường đạt hiệu quả tối đa ở ngay những liều thấp 12,5 - 25 mg. Nên dùng liều tối ưu thấp nhất để tránh những tác dụng bất lợi về chuyển hóa. Tác dụng hạ huyết áp phát triển dần dần trong 1 - 2 tuần. Tác dụng lợi tiểu xuất hiện trung bình 2 giờ sau khi uống thuốc và đạt mức tối đa sau khoảng 12 giờ. Tác dụng lợi tiểu của một liều thuốc có thể kéo dài 72 giờ.

Tác dụng hạ huyết áp là do giảm thể tích huyết tương lúc ban đầu và giảm hiệu suất của tim. Trong điều trị liên tục, tác dụng chống tăng huyết áp là do giảm sức cản của toàn bộ mạch máu ngoại biên. Tác dụng này phát triển chậm hơn nhiều so với tác dụng lợi tiểu xuất hiện tức thời.

Clortalidon làm tăng tác dụng của những thuốc chống tăng huyết áp khác. Tác dụng chống hội chứng Ménière là do giảm tích nước nội dịch. Cần phải tránh dùng liều quá cao thường gây giảm kali huyết và những phản ứng bất lợi về chuyển hóa. Giảm kali huyết có thể là một biến chứng nặng với một số người bệnh.

**Dược động học**

Clortalidon được hấp thụ qua đường tiêu hóa một cách thất thường. Sinh khả dụng đường uống thay đổi tùy theo dạng bào chế. Sau khi uống, tác dụng lợi tiểu đạt mức tối đa sau 2 - 6 giờ.

Thuốc chuyển hóa ở gan.

Nửa đời trung bình trong huyết tương kéo dài khoảng 40 - 60 giờ do liên kết mạnh với hồng cầu qua thụ thể là carbonic anhydrase.

Khi uống thuốc thời gian dài, khoảng 30 - 60% liều dùng hàng ngày được thải trừ ở dạng không đổi trong nước tiểu. Clortalidon có thể đi qua hàng rào nhau thai và có bài tiết qua sữa mẹ.

Dạng bào chế phối hợp với povidon có thể làm tăng sinh khả dụng đường uống của clortalidon, do vậy không tương đương sinh học với các dạng bào chế khác trên cơ sở so sánh tương đương hàm lượng.

**Chỉ định**

**Tăng huyết áp:** Tương tự như các thuốc lợi tiểu thiazid, clortalidon được dùng điều trị tăng huyết áp ở tất cả các giai đoạn, dùng đơn độc hoặc phối hợp với những thuốc chống tăng huyết áp khác.

Thuốc lợi tiểu này có hiệu quả trong trường hợp cần bài niệu ở mức độ vừa; nếu cần bài niệu mạnh, nên dùng thuốc lợi tiểu quai.

Những nghiên cứu gần đây cho thấy clortalidon có hiệu quả điều trị tăng huyết áp tâm thu riêng lẻ ở người cao tuổi.

**Phù:** Dùng làm thuốc hỗ trợ trong điều trị phù, kể cả phù do suy tim mạn mức độ nhẹ hoặc trung bình, xơ gan, và liệu pháp corticosteroid và oestrogen. Clortalidon cũng có tác dụng tốt trong chứng phù do những thể khác nhau của rối loạn chức năng thận như hội chứng thận hư, viêm cầu thận cấp và suy thận mạn tính.

**Đái tháo nhạt:** Clortalidon còn được dùng trong điều trị đái tháo nhạt.