

chết. Vì vậy, mức độ nặng nhẹ của ADR có liên quan đến mật độ ấu trùng ở da. Các ADR đã được thông báo gồm sốt, ngứa, chóng mặt hoa mắt, phù, ban da, nhạy cảm đau ở hạch bạch huyết, đỏ mề hôi, rùng mình, đau cơ, sưng khớp, sưng mặt (phản ứng Mazzoti), đau họng, ho, đau đầu. Hạ huyết áp thể đứng nặng đã được thông báo có kèm đỏ mề hôi, nhịp tim nhanh và lú lẫn. Hoại tử biểu bì độc và hội chứng Stevens-Johnson đã được báo cáo.

ADR thường xảy ra trong 3 ngày đầu sau khi điều trị và phụ thuộc vào liều dùng.

#### Thường gặp

Xương khớp: đau khớp/viêm màng hoạt dịch (9%).

Hạch bạch huyết: sưng hạch (3 - 13%), đau hạch (1 - 14%).

Da: ngứa (28%); các phản ứng da như phù, có nốt sần, mụn mủ, ban da, mày đay (23%).

Toàn thân: sốt (23%).

Tiêu hóa: ỉa chảy (2%), nôn (2%), chán ăn, táo bón, đau bụng (1 - 2%).

Huyết học: tăng bạch cầu ái toan (3%), giảm bạch cầu (3%), tăng huyết sắc tố (1%).

Gan: tăng ALT (2%), tăng AST (2%).

Phù: mặt (1%); ngoại vi (3%).

Tim mạch: hạ huyết áp thể đứng (1%), nhịp tim nhanh (4%).

TKTW: chóng mặt (3%).

#### Ít gặp

Bụng trương, đau bụng, thiếu máu, chán ăn, hen, bilirubin tăng, khó chịu ở ngực, viêm kết mạc, nhức đầu, viêm gan, hạ huyết áp, hôn mê, hội chứng Stevens-Johnson.

Dạng dùng ngoài: viêm kết mạc, tăng nhãn áp, kích ứng mắt, gàu, khô da và cảm giác bỏng rát da (< 1%) ở bệnh nhân từ 6 tháng tuổi trở lên sau khi sử dụng ivermectin 0,5% tại chỗ trong 10 phút.

#### Hướng dẫn cách xử trí ADR

Ivermectin có thể gây các phản ứng da và phản ứng toàn thân với mức độ khác nhau (phản ứng Mazzoti) và các phản ứng trên mắt ở các người bệnh bị giun chỉ *Onchocerca*. Các phản ứng này có thể là hậu quả của đáp ứng dị ứng và viêm do các ấu trùng bị chết. Có thể điều trị các phản ứng này bằng cách dùng thuốc giảm đau, thuốc kháng histamin hoặc tiêm corticosteroid ngay khi mới xuất hiện các triệu chứng. Liều dùng tùy theo mức độ của các phản ứng.

Khi bị hạ huyết áp thể đứng, cần bù dịch bằng đường uống, nằm nghỉ, truyền tinh mạch nước muối sinh lý hoặc tiêm corticosteroid.

#### Liều lượng và cách dùng

##### Cách dùng

Thuốc uống: Ivermectin uống với nước vào lúc đói, tránh ăn trong vòng 2 giờ trước và sau khi dùng thuốc.

Nhũ dịch bôi tại chỗ: Tránh tiếp xúc với mắt, môi, không được uống hoặc tiêm. Bôi lượng thuốc vừa đủ để phủ kín tóc khô và da đầu, nửa tay sau khi bôi thuốc. Để 10 phút, xả sạch bằng nước ấm. Sau đó 24 giờ mới gội đầu. Phần thuốc còn lại trong tuýp thuốc sử dụng một lần nên được loại bỏ.

Kem bôi da: Bôi 1 lớp mỏng lên vùng da bị tổn thương.

##### Liều lượng

Dạng thuốc uống: Người lớn, trẻ em  $\geq 15$  kg:

**Bệnh giun chỉ *Onchocerca*:** Uống một liều duy nhất 0,15 mg/kg. Liều cao hơn sẽ làm tăng ADR, mà không tăng hiệu quả điều trị. Cần phải điều trị nhắc lại với liều như trên cách 3 - 12 tháng đến khi không còn triệu chứng (giun trưởng thành chết).

Liều điều trị bệnh giun chỉ *Onchocerca* (dựa trên cân nặng của bệnh nhân):

Thể trọng (kg)	Liều uống duy nhất
15 - 25	3 mg
26 - 44	6 mg
45 - 64	9 mg
65 - 84	12 mg
$\geq 85$	0,15 mg/kg

**Bệnh giun lươn ở ruột do *Strongyloides stercoralis*:** Nhà sản xuất khuyến cáo uống một liều duy nhất 0,2 mg/kg, tiến hành theo dõi xét nghiệm phân. Liều dùng khác: 0,2 mg/kg/ngày, trong 2 ngày. Liều điều trị bệnh giun lươn ở ruột do *Strongyloides stercoralis* (dựa trên cân nặng của bệnh nhân):

Thể trọng (kg)	Liều uống duy nhất
15 - 24	3 mg
25 - 35	6 mg
36 - 50	9 mg
51 - 65	12 mg
66 - 79	15 mg
$\geq 80$	0,2 mg/kg

**Dạng dùng ngoài:** Người lớn và trẻ em > 6 tháng tuổi:

**Điều trị chấy:** Bôi 1 liều đơn nhũ dịch dùng ngoài 0,5% lên tóc và da đầu khô, để 10 phút rồi xả sạch bằng nước.

**Trùng cá đốm:** Bôi 1 lớp kem mỏng lên vùng da bị tổn thương, ngày 1 lần.

#### Tương tác thuốc

Tránh dùng đồng thời ivermectin đường uống với BCG dùng trong bàng quang.

Về mặt lý thuyết, thuốc có thể làm tăng tác dụng của các thuốc kích thích thụ thể GABA (như các benzodiazepin và natri valproat).

Ivermectin có thể làm tăng tác dụng của thuốc kháng vitamin K. Tác dụng của ivermectin có thể tăng lên khi dùng đồng thời với azithromycin, ranolazin.

Ivermectin đường uống có thể làm giảm tác dụng của BCG dùng trong bàng quang, vắc xin BCG, vắc xin thương hàn.

#### Quá liều và xử trí

**Triệu chứng:** Các biểu hiện chính do nhiễm độc ivermectin là ban da, phù, nhức đầu, hoa mắt, chóng mặt, suy nhược, buồn nôn, nôn, ỉa chảy. Các ADR khác gồm các cơn động kinh, mất điều hòa, khó thở, đau bụng, dị cảm và mày đay.

**Xử trí:** Khi bị nhiễm độc, cần truyền dịch và các chất điện giải, trợ hô hấp (oxygen và hô hấp nhân tạo nếu cần), dùng thuốc tăng huyết áp nếu bị hạ huyết áp. Gây nôn hoặc rửa dạ dày càng sớm càng tốt. Sau đó, dùng thuốc tẩy và các biện pháp chống độc khác nếu cần để ngăn cản sự hấp thu thêm thuốc vào cơ thể.

*Cập nhật lần cuối: 2019.*

## KALI CLORID

**Tên chung quốc tế:** Potassium chloride.

**Mã ATC:** A12BA01, B05XA01.

**Loại thuốc:** Chất điện giải.

#### Dạng thuốc và hàm lượng

Thuốc uống: Viên nang giải phóng kéo dài 8 mmol và 10 mmol kali clorid; dung dịch 10, 15, 20, 30, 40 và 45 mmol/15 ml; thuốc bột để pha dung dịch 15, 20 và 25 mmol/gói (mùi hoa quả); thuốc bột để chế hỗn dịch 20 mmol; viên nén giải phóng kéo dài 6, 7, 8 và 10 mmol.

Thuốc tiêm: Kali clorid đậm đặc pha tiêm 1,5 mmol/ml và 2,0 mmol/ml (50 ml).

**Chú ý:** 1 mmol tương đương 75 mg kali clorid.

### Được lực học

Kali là một cation chủ yếu (xấp xỉ 150 - 160 mmol/lít) trong tế bào và cần thiết để duy trì cân bằng acid - base, độ đặc trưng và đặc tính điện động học của tế bào. Kali là chất hoạt hóa quan trọng trong nhiều phản ứng enzym và là chất cần thiết trong quá trình sinh lý. Ở dịch ngoại bào, hàm lượng kali thấp (3,5 - 5 mmol/lít). Một enzym liên kết với màng là  $\text{Na}^+ - \text{K}^+ - \text{ATPase}$  có tác dụng vận chuyển tích cực, bơm  $\text{Na}^+$  ra ngoài và  $\text{K}^+$  vào trong tế bào để duy trì sự chênh lệch nồng độ này. Chênh lệch nồng độ  $\text{K}^+$  trong và ngoài tế bào cần thiết cho dẫn truyền xung động thần kinh ở các mô đặc biệt như tim, não, cơ xương, cũng như duy trì chức năng thận bình thường và cân bằng kiềm toan.

### Được động học

Kali clorid hấp thu nhanh qua đường tiêu hóa và hấp thu tốt hơn các muối kali khác không phải kali clorid. Thuốc được thải trừ chủ yếu qua thận (khoảng 90%) và phân (khoảng 10%). Không giống natri, khả năng giữ kali của thận kém, ngay cả khi cơ thể thiếu trầm trọng. Viên bao tan ở ruột đi qua dạ dày, giải phóng thuốc tại ruột non tạo nên nồng độ kali cao, nguy hiểm tại chỗ. Viên giải phóng kéo dài dạng cốt sáp phóng thích kali từ từ trong suốt chiều dài ruột non, tạo nồng độ ổn định sau khi hấp thu, tránh được nguy cơ gây ra nồng độ cao, nguy hiểm tại chỗ.

### Chỉ định

Kali clorid thường được lựa chọn để điều trị giảm kali huyết và ion clorid cũng cần để điều chỉnh giảm clorid huyết thường xảy ra cùng với giảm kali huyết. Kali clorid được chỉ định:

Điều trị giảm kali huyết nặng ở người bệnh dùng thuốc lợi tiểu thải kali để điều trị tăng huyết áp vô căn chưa biến chứng.

Phòng giảm kali huyết ở những người đặc biệt có nguy cơ giảm kali huyết (ví dụ: người bệnh dùng digitalis bị loạn nhịp tim nặng, vì giảm kali huyết làm tăng độc tính của glycosid tim).

Có thể chỉ định cho người bị xơ gan có chức năng thận bình thường, một số trạng thái ỉa chảy, kể cả do sử dụng thuốc nhuận tràng dài ngày, nôn kéo dài, hội chứng Bartter, bệnh thận gây mất kali và ở những người bệnh (kể cả trẻ em) điều trị corticosteroid kéo dài.

Điều trị tăng huyết áp do thiếu kali, kết hợp với magnesi để điều trị nhồi máu cơ tim cấp, làm giảm nguy cơ loạn nhịp thất.

### Chống chỉ định

Tăng kali huyết, khi nồng độ kali huyết lớn hơn 5 mmol/lít, vì nồng độ kali cao có thể gây ngừng tim.

Kali clorid dạng viên chống chỉ định khi thực quản bị chèn ép, dạ dày chậm tiêu, tắc ruột, hẹp môn vị, vì cản trở kali clorid qua dạ dày - ruột có thể gây kích ứng dạ dày ruột nặng hơn, do sự tạo nồng độ kali tại chỗ cao.

Tăng clorid huyết.

### Thận trọng

Sử dụng thận trọng ở người bị suy thận hoặc suy thượng thận, bệnh tim, mất nước cấp, say nóng, phá hủy mô rộng như bỏng nặng, hoặc người dùng thuốc lợi tiểu ít thải kali.

Ở người loét dạ dày tá tràng, hẹp ruột, thoát vị thực quản phải chống chỉ định dùng dạng viên. Phải thận trọng khi ghi đơn thuốc có kali clorid uống dạng rắn, đặc biệt khi dùng liều cao cho người mang thai hoặc người bệnh đồng thời dùng thuốc kháng acetylcholin, vì có khả năng làm giảm nhu động dạ dày - ruột.

Ở người bị suy giảm chức năng thận, cần thận trọng khi kê đơn kali clorid, vì có thể có nguy cơ tăng kali huyết. Theo dõi các chất điện giải trong huyết thanh đặc biệt cần thiết ở những người bị bệnh tim hoặc thận.

Ở một số người bệnh thiếu magnesi do dùng thuốc lợi tiểu sẽ ngăn

cản hấp thu kali ở ruột, vì vậy cần phải điều trị giảm magnesi huyết để điều trị giảm kali huyết.

Nếu dùng kali clorid khi có tiêu chảy, mất dịch kết hợp với sử dụng kali clorid có thể gây độc tính trên thận và có thể có nguy cơ tăng kali huyết.

Kali clorid có thể làm trầm trọng thêm bệnh liệt chu kỳ có tính chất gia đình hoặc các bệnh loạn trương lực cơ bẩm sinh, vì vậy cần phải thận trọng.

Thận trọng khi dùng kali clorid ở các bệnh nhân đang dùng các thuốc gây tăng kali huyết như amilorid, spironolacton, triamteren. Không dùng kali clorid ngay sau phẫu thuật, phải chờ đến khi bệnh nhân có nước tiểu.

### Thời kỳ mang thai

Sử dụng thận trọng ở người mang thai vì kali clorid có trong cấu tạo tự nhiên của mô và dịch. Nồng độ kali cao hay thấp đều có hại cho chức năng tim của mẹ và thai, nên phải theo dõi sát kali huyết thanh.

### Thời kỳ cho con bú

Việc dùng kali clorid được xem là an toàn trong thời kỳ cho con bú. Sữa người bình thường có ít kali. Nếu nồng độ kali huyết thanh của mẹ được duy trì ở mức sinh lý thì không có hại gì cho trẻ bú mẹ khi mẹ dùng kali clorid.

### Tác dụng không mong muốn (ADR)

Khi dùng lâu dài hay dùng quá liều kali clorid, có thể xảy ra tăng kali huyết đặc biệt trên bệnh nhân suy thận, nhịp tim không đều là dấu hiệu lâm sàng sớm nhất của tăng kali huyết và được phát hiện dễ dàng bằng điện tâm đồ. Triệu chứng lâm sàng bao gồm cảm giác bất thường, liệt, ngừng tim, loạn nhịp, rối loạn ý thức. Độc tính trên tim mạch thường xảy ra sau khi dùng đường tĩnh mạch.

Đau và viêm tĩnh mạch có thể xảy ra khi dùng đường tĩnh mạch ngoại vi liều cao.

Viên giải phóng kéo dài có thể gây tắc, loét và chảy máu dạ dày - ruột.

### Thường gặp và rất thường gặp

Tiêu hóa: tiêu chảy, buồn nôn, đau dạ dày, khó chịu, hoặc trướng bụng nhẹ, nôn.

### Ít gặp

Tuần hoàn: tăng kali huyết, nhịp tim không đều hoặc chậm.

Xương: mất cảm giác hoặc như kim châm ở bàn tay, bàn chân hoặc môi, chi dưới yếu hoặc có cảm giác nặng.

Hô hấp: thở nông hoặc khó thở.

### Hiếm gặp và rất hiếm gặp

Tiêu hóa: đau bụng hoặc đau dạ dày, chuột rút, phân có máu (màu đỏ hoặc màu đen), hẹp ruột xảy ra muộn, chảy máu dạ dày xảy ra sau khi dùng dạng giải phóng kéo dài.

Hô hấp: đau ngực hoặc họng, đặc biệt khi nuốt.

### Hướng dẫn cách xử trí ADR

Loạn nhịp tim là dấu hiệu lâm sàng sớm nhất, phát hiện được bằng điện tâm đồ. Cần ngừng dùng kali clorid ngay.

Ỉa chảy, buồn nôn, đau bụng thường xảy ra khi dùng thuốc uống, phải uống cùng thức ăn hoặc phải pha loãng dạng dung dịch kali clorid.

### Liều lượng và cách dùng

#### Cách dùng

**Uống:** Muối kali phải uống vào bữa ăn hoặc ngay sau bữa ăn với nhiều nước. Thuốc nước phải pha đủ loãng trước khi dùng. Liều dùng tùy thuộc từng bệnh nhân.

**Tĩnh mạch:** Phải pha loãng nồng độ kali clorid với một thể tích lớn (1 000 ml) dung dịch tương hợp để truyền tĩnh mạch, nồng độ kali tốt nhất là 40 mmol/lít và không vượt quá 80 mmol/lít. Để

tránh tăng kali huyết trong khi truyền tĩnh mạch, tốc độ truyền không được nhanh, tốc độ 10 mmol/giờ thường là an toàn, khi lượng nước tiểu thải ra thỏa đáng (trong điều trị cấp cứu, tốc độ truyền là 20 mmol/giờ). Thông thường, tốc độ truyền không bao giờ được phép vượt quá 1 mmol/phút cho người lớn và 0,02 mmol/kg/phút đối với trẻ em. Nếu tốc độ truyền vượt quá 0,5 mmol/kg/giờ, thầy thuốc phải ngồi bên cạnh và theo dõi điện tâm đồ liên tục. Trong suốt thời gian dùng ở tốc độ cao, người bệnh cần được theo dõi thường xuyên về lâm sàng và điện tâm đồ. Nếu có rối loạn chức năng thận, đặc biệt là suy thận cấp như có dấu hiệu thiếu niệu và/hoặc tăng creatinin huyết, xảy ra trong khi truyền kali clorid, cần ngừng truyền ngay. Có thể truyền lại nếu cần, nên dùng rất thận trọng và theo dõi chặt chẽ. Không dùng các dung dịch có chứa glucose khi đang truyền tĩnh mạch kali. Sử dụng lidocain làm tăng hấp thu của kali clorid khi dùng đường tĩnh mạch ngoại vi.

**Liều lượng**

*Điều trị giảm kali huyết*

Người lớn: Uống phòng trong liệu pháp lợi niệu: 40 mmol kali clorid/ngày có thể phòng được giảm kali huyết ở phần lớn số người bệnh dùng thuốc lợi niệu dài ngày. Đối với người tăng huyết áp không biến chứng, không phù, điều trị ngoại trú, thường không cần bổ sung kali; tuy nhiên, nếu kali huyết thanh dưới 3 mmol/lít, nên dùng 50 - 60 mmol kali/ngày. Đối với người bệnh phù (thí dụ suy tim, xơ gan cổ trướng) cho 40 - 80 mmol/ngày (thiếu nhẹ) hoặc 100 - 120 mmol/ngày (thiếu nặng) kèm theo dõi cẩn thận kali huyết. Tiêm truyền nhỏ giọt tĩnh mạch ngoại vi (kali huyết nhỏ hơn 2,5 mmol/lít) tốc độ truyền 10 - 20 mmol/giờ; tốc độ nhanh hơn 20 mmol/giờ cho những trường hợp cấp cứu; có thể lặp lại cách 2 - 3 giờ nếu cần, nhưng nồng độ kali trong dịch truyền không được vượt quá nồng độ tối đa 40 mmol/lít.

Trong nhồi máu cơ tim cấp duy trì nồng độ kali huyết cao hơn 4 mEq/lít và nồng độ magnesi huyết cao hơn 2 mEq/lít. Kali clorid thường được truyền với nồng độ 40 mEq/lít pha trong dung dịch 10% dextrose và 20 đơn vị insulin/lít truyền với tốc độ 1 ml/kg/giờ trong 24 giờ hoặc 80 mEq/lít kali clorid pha trong dung dịch 25% dextrose và 50 đơn vị insulin/lít, truyền với tốc độ 1,5 ml/kg/giờ trong 24 giờ. Mặc dù cả hai nồng độ trên đều có tác dụng nhưng các bằng chứng hiện tại cho thấy dùng liều cao có hiệu quả hơn so với liều thấp.

Trẻ em: Uống 1 - 2 mmol/kg trong liệu pháp lợi niệu.

Người cao tuổi: Liều thấp hơn ở người bình thường vì chức năng thận giảm ở một số người do tuổi cao.

Các trường hợp khác: Liều duy trì dựa vào kali huyết. Giảm liều ở bệnh nhân có tổn thương thận. Đối với người có tổn thương thận hoặc bị block tim bất cứ thể nào, phải giảm tốc độ truyền xuống một nửa và không được vượt quá 5 - 10 mmol/giờ.

Liều lượng phụ thuộc vào nồng độ kali huyết và cân bằng kiểm toán. Mức độ thiếu kali được tính theo công thức:

mmol kali = kg thể trọng × 0,2 × 2 × (4,5 - kali huyết hiện tại tính theo mmol).

(Thể tích ngoài tế bào được tính bằng: kg thể trọng × 0,2).

**Tương tác thuốc**

Kali clorid có thể tương tác với amphotericin B, corticosteroid, glucocorticoid, corticotropin, ACTH (adrenocorticotropic hormon, gentamicin, penicilin (kể cả azlocilin, carbenicilin, mezlocilin, piperacilin, ticarcilin), polymyxin B. Nhu cầu kali có thể tăng ở những người dùng các thuốc trên, do tăng bài tiết kali qua thận, cần theo dõi chặt chẽ kali huyết.

Các thuốc ức chế enzym chuyển, thuốc chống viêm không steroid (NSAID), các tác nhân chặn beta giao cảm, máu từ ngân hàng máu (có thể chứa kali tới 30 mmol/lít huyết tương hoặc tới 65 mmol/lít máu khi bảo quản quá 10 ngày), cyclosporin, thuốc lợi tiểu ít thải

kali, heparin, sữa có ít muối, chất thay thế muối, sử dụng đồng thời với kali clorid có thể tăng nồng độ kali huyết, làm tăng kali huyết nặng dẫn đến ngừng tim, đặc biệt trong suy thận và khi sử dụng các chất chống viêm không steroid cùng với kali clorid có thể tăng nguy cơ tác dụng phụ đối với dạ dày - ruột.

Kali clorid cần sử dụng thận trọng ở người dùng muối calci đường tiêm, vì có nguy cơ gây loạn nhịp tim.

Khi dùng kali clorid kết hợp với thuốc lợi tiểu thiazid (làm mất nhiều kali), có nguy cơ tăng kali huyết nếu ngừng thuốc lợi tiểu.

Kali clorid dùng đồng thời với insulin hoặc natri bicarbonat gây giảm kali huyết thanh do thúc đẩy ion kali vào trong tế bào.

Không phối hợp với glucose khi bắt đầu điều trị hạ kali huyết bằng kali vì glucose có thể làm giảm nồng độ kali trong huyết tương.

Thận trọng khi dùng kali cùng các chế phẩm làm tăng kali huyết như thuốc lợi tiểu quai, thuốc ức chế men chuyển, ciclosporin và các thuốc có chứa kali như natri penicilin.

Thuốc chống ngộ độc muscarin làm chậm thời gian rỗng của dạ dày gây tăng nguy cơ tác dụng phụ trên đường tiêu hóa ở bệnh nhân dùng kali clorid dạng rắn.

Kali clorid không được dùng đồng thời ở người bị block tim hoàn toàn hoặc nặng đang dùng digitalis (ví dụ như: digoxin), tuy nhiên nếu phải bổ sung kali để phòng hoặc điều trị hạ kali huyết ở những người dùng digitalis thì phải theo dõi chặt chẽ nồng độ kali huyết.

**Tương kỵ**

Kali clorid không được pha vào manitol, máu hoặc các sản phẩm máu hoặc dung dịch chứa amino acid hoặc có chứa lipid, vì có thể làm kết tủa những chất này hoặc gây tan hồng cầu truyền vào.

**Quá liều và xử trí**

Quá liều cấp tính xảy ra khi có sự thay đổi trên điện tâm đồ hoặc nồng độ kali huyết lớn hơn 6,5 mmol/lít.

*Triệu chứng:* Gặp những thay đổi trên điện tâm đồ điển hình (sóng T tăng biên độ và nhọn, sóng P biến mất, phức hợp QRS giãn rộng).

*Xử trí:* Dùng dextrose 10% pha thêm 10 - 20 đơn vị insulin trong một lít và truyền với tốc độ 300 - 500 ml dịch trong 1 giờ.

Điều chỉnh nhiễm toan bằng natri bicarbonat 50 mmol tiêm tĩnh mạch trong 5 phút. Có thể nhắc lại liều này trong vòng 10 - 15 phút.

Dùng calci gluconat (0,5 - 1 g, tiêm tĩnh mạch trong 2 phút) để chống lại tác dụng độc trên tim.

Sử dụng nhựa trao đổi ion để rút kali thừa ra khỏi cơ thể bằng sự hấp phụ và/hoặc trao đổi kali.

Uống natri polystyren sulfonat 20 - 50 g nhựa trao đổi ion pha trong 100 - 200 ml dung dịch sorbitol 20%. Liều có thể cho 4 giờ/lần, 4 - 5 lần/ngày tới khi nồng độ kali trở về mức bình thường.

Có thể cần thiết sử dụng lọc máu thận nhân tạo hoặc thẩm phân màng bụng để làm giảm nồng độ kali huyết thanh ở người suy giảm chức năng thận.

*Cập nhật lần cuối:* 2021.

**KALI IODID**

**Tên chung quốc tế:** Potassium iodide.

**Mã ATC:** V03AB21, S01XA04, R05CA02.

**Loại thuốc:** Thuốc kháng giáp.

**Dạng thuốc và hàm lượng**

Dung dịch uống: 65 mg/ml, 1 g/ml.

Viên nén: 65 mg (tương đương 50 mg iod); 130 mg.

**Dược lực học**

Kali iodid ngăn cản sự hấp thu iod phóng xạ của tuyến giáp, do đó làm giảm nguy cơ ung thư tuyến giáp do bức xạ.