

Erythromycin: Làm tăng nồng độ loratadin trong huyết tương. AUC của loratadin, tăng trung bình 40% và AUC của desloratadin tăng trung bình 46% so với điều trị loratadin đơn độc. Trên diện tâm đồ không có thay đổi về khoảng QTc. Về mặt lâm sàng, không có biểu hiện sự thay đổi tính an toàn của loratadin và không có thông báo về tác dụng an thần hoặc hiện tượng ngất khi điều trị đồng thời 2 thuốc này.

Quá liều và xử trí

Triệu chứng: Ở người lớn, khi uống quá liều viên nén loratadin (40 - 180 mg), có những biểu hiện: buồn ngủ, nhịp tim nhanh, nhức đầu. Ở trẻ em, có biểu hiện ngoại tháp và đánh trống ngực khi uống si rô quá liều (trên 10 mg).

Xử trí: Điều trị triệu chứng và hỗ trợ chức năng sống. Có thể dùng than hoạt (dạng hỗn dịch). Rửa dạ dày cũng có thể xem xét. Loratadin không bị loại trừ bằng thẩm phân phúc mạc hoặc thẩm tách máu. Người bệnh cần được nghỉ ngơi và theo dõi y tế chặt chẽ.

Cập nhật lần cuối: 2019.

LORAZEPAM

Tên chung quốc tế: Lorazepam.

Mã ATC: N05BA06.

Loại thuốc: Thuốc chống lo âu, an thần loại benzodiazepin.

Dạng thuốc và hàm lượng

Viên nén uống: 0,5 mg; 1 mg; 2 mg; 2,5 mg.

Viên nén đặt dưới lưỡi: 0,5 mg; 1 mg; 2 mg.

Dung dịch uống: 2 mg/ml.

Ống tiêm: 2 mg/ml; 4mg/ml (có alcol benzylic 2%, polyethylenglycol 400 và propylenglycol).

Dược lực học

Lorazepam là một benzodiazepin tác dụng ngắn. Cơ chế tác dụng của thuốc thông qua chất trung gian thần kinh loại ức chế gamma-aminobutyric acid (GABA). Sau khi gắn với thụ thể benzodiazepin, lorazepam làm tăng khả năng gắn GABA với thụ thể GABA_A, gây mở kênh Cl⁻, gây ưu cực màng tế bào, ức chế hiệu điện thế hoạt động, giảm dẫn truyền các xung động thần kinh loại kích thích do vậy có tác dụng giải lo âu, an thần, gây ngủ, giãn cơ và chống co giật.

Dược động học

Hấp thu: Thuốc hấp thu nhanh và hoàn toàn sau khi uống và tiêm bắp. Sinh khả dụng đường uống khoảng 90%. Nồng độ đỉnh đạt được sau uống 2 giờ, sau khi tiêm bắp khoảng 60 - 90 phút.

Phân bố: Thể tích phân bố ở người lớn khoảng 1,3 lít/kg. Thuốc qua hàng rào máu - não, qua nhau thai và vào sữa mẹ. Thuốc gắn vào protein khoảng 85 - 93%.

Chuyển hóa: Thuốc chuyển hóa ở gan thành dạng glucuronid không có hoạt tính (3-O-phenolic glucuronid).

Thải trừ: Nửa đời thải trừ: Trẻ sơ sinh: 40,2 giờ; trẻ lớn hơn: 10,5 giờ; người lớn: 12,9 giờ; người cao tuổi: 15,9 giờ; suy thận giai đoạn cuối: 32 - 70 giờ. Thuốc thải trừ chủ yếu qua nước tiểu (88%), một phần qua phân (7%).

Chỉ định

Rối loạn lo âu (điều trị ngắn hạn).

Mất ngủ đi kèm lo âu (điều trị ngắn hạn).

Cơn hoảng loạn cấp.

Tiền mê.

Trạng thái động kinh.

Co giật do sốt cao.

Co giật do ngộ độc thuốc.

Chống chỉ định

Mẫn cảm với lorazepam, có thể có mẫn cảm chéo với các benzodiazepin khác.

Bệnh glôcôm góc đóng cấp.

Hội chứng ngưng thở khi ngủ.

Tiêm thuốc vào động mạch.

Suy hô hấp nặng.

Thận trọng

Khi dùng lorazepam cho bệnh nhân trầm cảm: Tình trạng trầm cảm có thể nặng lên hoặc tái phát khi điều trị bằng lorazepam. Thuốc làm tăng ý nghĩ tự sát, cần tránh kê đơn với một lượng lớn thuốc cho các bệnh nhân này.

Thận trọng khi dùng lorazepam cho các bệnh nhân có tiền sử nghiện rượu, nghiện thuốc, bệnh nhân có rối loạn nhân cách, bệnh nhân dùng liều cao kéo dài do lorazepam có thể gây lệ thuộc thuốc. Khi ngừng thuốc đột ngột, có thể gây hội chứng cai thuốc, cần giảm liều từ từ trước khi ngừng thuốc.

Khi dùng thuốc cho người cao tuổi, người suy nhược, người có bệnh gan, thận, bệnh nhân suy hô hấp mạn tính: Cần dùng mức liều thấp, thường xuyên theo dõi và hiệu chỉnh liều.

Khi dùng lorazepam để điều trị lo âu và mất ngủ: Lo âu, mất ngủ có thể là triệu chứng của một vài bệnh lý nào đó, bệnh nhân cần được xác định nguyên nhân và điều trị nguyên nhân hơn là chỉ dùng các thuốc điều trị triệu chứng.

Thận trọng khi dùng thuốc cho trẻ em và người già do thuốc có thể gây hội chứng ngoại tháp.

Thận trọng khi sử dụng thuốc cho bệnh nhân có nguy cơ biến chứng trên tim mạch hoặc mạch não do thuốc có khả năng gây tụt huyết áp.

Các bệnh nhân trước đây đã điều trị với lorazepam: Thuốc có thể làm tăng nguy cơ mất trí nhớ hoặc suy giảm trí nhớ tạm thời.

Thời kỳ mang thai

Các nghiên cứu trên động vật đã cho thấy thuốc gây quái thai. Trẻ sơ sinh có thể bị ức chế hô hấp, hội chứng cai thuốc hoặc giảm trương lực cơ khi mẹ dùng thuốc ở những tháng cuối thai kỳ, hoặc gần ngày sinh. Chống chỉ định dùng thuốc ở phụ nữ mang thai.

Thời kỳ cho con bú

Lorazepam được thải trừ với một lượng nhỏ vào sữa mẹ. Chống chỉ định dùng thuốc ở phụ nữ đang cho con bú.

Tác dụng không mong muốn (ADR)

Rất thường gặp

Thần kinh: buồn ngủ, an thần.

Thường gặp

Toàn thân: suy nhược, mệt mỏi.

Thần kinh: chóng mặt, mất điều vận.

Cơ - xương - khớp: yếu cơ.

Hiếm gặp

TKTW: lú lẫn, trầm cảm, tê liệt cảm xúc, phần kích, thay đổi thèm ăn, rối loạn giấc ngủ, thay đổi ham muốn, giảm cực khoái, đau đầu, giảm nhận thức, rối loạn ngôn ngữ/khó phát âm, chứng quên tạm thời hoặc sa sút trí nhớ.

Mắt: rối loạn tầm nhìn (chứng song thị, nhìn mờ).

Mạch: tụt huyết áp.

Hô hấp: ngưng thở, nặng thêm tình trạng ngưng thở khi ngủ, làm nặng thêm bệnh phổi tắc nghẽn, suy hô hấp.

Tiêu hóa: nôn, táo bón, thay đổi tiết nước bọt.

Rối loạn gan - mật: tăng bilirubin, transaminase, phosphatase kiềm, vàng da.

Da: mẫn ngứa, viêm da dị ứng.

Hệ sinh sản: bất lực.

Rất hiếm gặp

Máu: giảm tiểu cầu, giảm bạch cầu, mất bạch cầu hạt, giảm toàn bộ huyết cầu.

Miễn dịch: phản ứng quá mẫn bao gồm sốc phản vệ/phản ứng phản vệ.

Nội tiết: rối loạn bài tiết hormon chống bài niệu, hạ natri huyết.

TKTW: run, rối loạn ngoại tháp, hôn mê.

Toàn thân: giảm thân nhiệt.

Chưa xác định được tần suất

Tâm thần: lệ thuộc thuốc, ý nghĩ/hành vi tự sát.

Các phản ứng nghịch thường như bồn chồn, kích động, ảo tưởng, gây hấn, mất ngủ, ác mộng, ảo giác, rối loạn tâm thần, kích thích tinh dục và hành vi không phù hợp đôi khi được ghi nhận trong quá trình sử dụng.

Hội chứng cai thuốc: Các triệu chứng đã được ghi nhận sau khi ngừng benzodiazepin bao gồm đau đầu, đau cơ, lo âu, căng thẳng, trầm cảm, mất ngủ, bồn chồn, lú lẫn, kích thích, toát mồ hôi và hiện tượng hồi ứng. Trong một số trường hợp nặng có thể xuất hiện các triệu chứng như rối loạn tri giác, mất nhân cách, nhạy cảm với thính lực, ù tai, tê liệt, ngứa ran đầu chi, nhạy cảm với ánh sáng, âm thanh, run, buồn nôn, nôn, tiêu chảy, đau quặn bụng, chán ăn, gây hấn, nhịp tim nhanh, cơn hoảng loạn, chóng mặt, mất trí nhớ tạm thời, ảo giác/mê sảng, sốt cao, co giật. Tình trạng co giật thường gặp ở bệnh nhân có tiền sử co giật hoặc sử dụng các thuốc làm giảm ngưỡng co giật.

Hướng dẫn cách xử trí ADR

Các ADR thường xuất hiện lúc bắt đầu điều trị và thường hết khi tiếp tục điều trị hoặc giảm liều. Thận trọng khi kê đơn cho người cao tuổi, suy nhược, trầm cảm (nguy cơ tự sát), chỉ kê đơn số lượng ít và ngăn ngừa không quá 2 tuần. Cần giảm liều từ từ trước khi ngừng thuốc để tránh hội chứng cai thuốc.

Liều lượng và cách dùng

Cách dùng: Thuốc có thể uống, tiêm bắp (tiêm sâu), hoặc tiêm tĩnh mạch (không được vượt quá 2 mg/phút hoặc 0,05 mg/kg trong 2 - 5 phút, pha loãng liều tiêm tĩnh mạch với một thể tích tương đương nước cất pha tiêm, hoặc dung dịch tiêm natri clorid 0,9% hay dung dịch tiêm glucose 5%). Tránh tiêm vào động mạch, không để thoát dịch ở nơi tiêm.

Liều dùng

Sử dụng ngắn hạn trong điều trị lo âu:

Người lớn: Uống 1 - 4 mg/ngày, chia làm nhiều liều, với các bệnh nhân suy nhược, sử dụng liều dành cho người cao tuổi.

Người cao tuổi: Uống 0,5 - 2 mg/ngày, chia làm nhiều liều.

Sử dụng ngắn hạn trong điều trị mất ngủ đi kèm lo âu: Người lớn uống 1 - 2 mg/ngày, vào giờ đi ngủ.

Cơn hoảng loạn cấp: Người lớn tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch chậm: 0,025 - 0,03 mg/kg, lặp lại sau 6 giờ nếu cần (liều thông thường 1,5 - 2,5 mg mỗi 6 giờ), nên đưa vào tĩnh mạch lớn, chỉ sử dụng đường tiêm bắp khi không thể tiêm tĩnh mạch.

Tiền mê

Người lớn:

Uống 2 - 3 mg vào tối trước phẫu thuật và 2 - 4 mg, uống 1 - 2 giờ trước phẫu thuật.

Tiêm tĩnh mạch chậm: 0,05 mg/kg, nên tiêm 30 - 45 phút trước phẫu thuật.

Tiêm bắp: 0,05 mg/kg, nên tiêm 60 - 90 phút trước phẫu thuật.

Trẻ em (5 - 13 tuổi): Uống 0,5 - 2,5 mg (tương ứng 0,05 - 0,5 mg/kg) ít nhất 1 giờ trước phẫu thuật.

Không khuyến cáo sử dụng lorazepam dưới dạng thuốc tiêm với mục đích làm thuốc tiền mê cho trẻ < 12 tuổi.

Trạng thái động kinh, co giật do sốt cao, co giật do ngộ độc thuốc:

Tiêm tĩnh mạch chậm

Trẻ từ 1 tháng - 11 tuổi: 100 microgam/kg (tối đa 4 mg) cho 1 liều,

sau đó 100 microgam/kg, sau 10 phút nếu cần (tối đa 4 mg/liều), đưa vào tĩnh mạch lớn.

Trẻ từ 12 - 17 tuổi: 4 mg/liều, sau đó 4 mg, sau 10 phút nếu cần.

Người lớn: 4 mg/liều, sau đó 4 mg, sau 10 phút nếu cần.

Hội chứng cai rượu: Uống 2 mg, mỗi 6 giờ, trong 4 liều, sau đó 1 mg mỗi 6 giờ trong 8 liều.

Dự phòng buồn nôn, nôn do hóa trị liệu: Người lớn tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch chậm liều duy nhất 0,025 - 0,05 mg/kg (tối đa 4 mg) 30 - 35 phút trước khi dùng hóa trị liệu; có thể bổ sung lorazepam đường uống 1 - 2 mg/giờ nếu cần.

Suy thận:

Uống: Không cần điều chỉnh liều.

Tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch: Nguy cơ nhiễm độc propylen glycol, vì vậy phải theo dõi sát khi dùng kéo dài hoặc dùng liều cao. Suy thận nhẹ đến vừa: Dùng thận trọng. Suy thận nặng: Không nên dùng.

Suy gan:

Uống: Suy gan nhẹ đến vừa: không cần điều chỉnh liều. Suy gan nặng và/hoặc bệnh não: dùng thận trọng, có thể phải giảm liều.

Tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch: Suy gan nhẹ đến vừa: dùng thận trọng. Suy gan nặng: không nên dùng.

Tương tác thuốc

Các thuốc nên tránh phối hợp

Rượu: Phối hợp làm tăng tác dụng an thần của lorazepam, giảm khả năng lái xe và vận hành máy móc.

Natri oxybat: Lorazepam làm tăng tác dụng của natri oxybat.

Các thuốc ức chế HIV protease: Phối hợp làm kéo dài tác dụng an thần của lorazepam.

Các thuốc làm tăng tác dụng của lorazepam

Thuốc chống động kinh: Lorazepam làm tăng tác dụng trên TKTW của phenobarbital, tăng nguy cơ ADR của hydantoin hoặc barbiturat. Valproat làm tăng nồng độ lorazepam trong máu, tăng nguy cơ lơ đãng, mất tập trung.

Các thuốc giảm đau gây ngủ: Phối hợp làm tăng sang khoái dẫn đến tăng nguy cơ lệ thuộc thuốc.

Thuốc chống loạn thần: Đã có các báo cáo về tình trạng an thần quá mức, tăng tiết nước bọt, tụt huyết áp, mất ngủ, mê sảng và ngừng thở khi sử dụng phối hợp clozapin với lorazepam.

Các thuốc tác dụng trên hệ TKTW khác: Thuốc an thần gây ngủ, thuốc mê, các kháng histamin (có tác dụng an thần) khi phối hợp với lorazepam làm tăng tác dụng ức chế TKTW.

Các thuốc ức chế enzym gan như: cimetidin, isoniazid, erythromycin, omeprazol, esomeprazol, itraconazol, ketoconazol, fluconazol, voriconazol, nước ép bưởi làm tăng nồng độ benzodiazepin trong máu dẫn đến làm tăng và kéo dài tác dụng của các benzodiazepin. Cần giảm liều của các benzodiazepin.

Một số thuốc khác: cisaprid, lofexidin, nabilon, disulfiram, baclofen, tizanidin, các thuốc tránh thai chứa estrogen. Tác dụng an thần của lorazepam tăng lên khi phối hợp với các thuốc này.

Các thuốc làm giảm tác dụng của lorazepam

Các thuốc kháng acid (antacid): Sử dụng đồng thời làm chậm hấp thu lorazepam.

Theophylin/aminophylin: Tăng chuyển hóa dẫn đến làm giảm tác dụng của lorazepam.

Cafein: Giảm tác dụng an thần và giải lo âu của lorazepam.

Các thuốc cảm ứng enzym gan (như rifampicin): Làm tăng chuyển hóa và tăng thải trừ các benzodiazepin.

Ảnh hưởng của lorazepam lên các thuốc khác

Các thuốc điều trị tăng huyết áp, giãn mạch và các thuốc lợi tiểu: Phối hợp lorazepam với các thuốc ức chế ACE, thuốc chẹn alpha, các thuốc đối kháng thụ thể angiotensin II, các thuốc chẹn kênh calci, các thuốc chẹn beta, moxonidin, nitrat, hydralazin, minoxidil,

natri nitroprusiat và các thuốc lợi tiểu làm tăng nguy cơ tụt huyết áp khi dùng cùng.

Các thuốc tác dụng lên hệ dopaminergic: Lorazepam có tác dụng đối kháng làm giảm tác dụng của levodopa.

Zidovudin: Lorazepam làm tăng thải trừ zidovudin.

Tương kỵ

Thuốc tiêm lorazepam tương kỵ vật lý với sargramostim hoặc astreonam.

Quá liều và xử trí

Triệu chứng: Quá liều benzodiazepin thường biểu hiện bằng các triệu chứng ức chế TKTW ở mức độ khác nhau từ lơ đãng đến hôn mê. Trong các trường hợp nhẹ, các triệu chứng bao gồm buồn ngủ, lú lẫn và lơ mơ. Trong một số trường hợp nặng, đặc biệt khi dùng cùng các thuốc ức chế TKTW khác hoặc rượu, các triệu chứng bao gồm mất điều vận, tụt huyết áp, giảm trương lực, suy hô hấp, hôn mê và có thể tử vong (hiếm gặp).

Xử trí: Biện pháp giải độc chủ yếu là điều trị triệu chứng, chăm sóc hỗ trợ, theo dõi chức năng tim mạch và các dấu hiệu sinh tồn. Rửa dạ dày cùng với uống than hoạt để loại bỏ và ngăn cản hấp thu phần thuốc còn lưu lại trong đường tiêu hóa. Duy trì thông khí hỗ trợ và liệu pháp oxygen. Điều trị tụt huyết áp và trụ tuần hoàn cho bệnh nhân. Lorazepam ít thải trừ qua thận phân phức tạp. Có thể sử dụng thuốc đối kháng đặc hiệu flumazenil cho các bệnh nhân nhập viện để điều trị quá liều benzodiazepin.

Cập nhật lần cuối: 2017.

LOSARTAN

Tên chung quốc tế: Losartan.

Mã ATC: C09CA01.

Loại thuốc: Chất đối kháng thụ thể angiotensin II.

Dạng thuốc và hàm lượng

Viên nén bao phim (losartan kali): 12,5 mg, 25 mg, 50 mg, 100 mg.
Hỗn dịch uống: 2,5 mg/ml.

Dược lực học

Losartan là một chất đối kháng thụ thể AT₁ của angiotensin II. Angiotensin II, tạo thành từ angiotensin I trong phản ứng do enzym chuyển angiotensin (ACE) xúc tác, là một chất co mạch mạnh; đó là hormon kích hoạt mạch chủ yếu của hệ thống renin - angiotensin và là một thành phần quan trọng trong sinh lý bệnh học của tăng huyết áp. Angiotensin II cũng kích thích vô tuyến thượng thận tiết aldosteron.

Losartan và chất chuyển hóa chính còn hoạt tính acid carboxylic E-3174 ức chế tác dụng co mạch và tiết aldosteron của angiotensin II bằng cách chẹn một cách chọn lọc angiotensin II, không cho gắn vào thụ thể AT₁ có trong nhiều mô (ví dụ cơ trơn mạch máu, tuyến thượng thận). Trong nhiều mô, cũng thấy có thụ thể AT₂ nhưng không rõ vai trò của thụ thể này trong điều hòa tim mạch. Cả losartan và chất chuyển hóa chính có hoạt tính của nó đều không biểu lộ tác dụng chủ vận trên thụ thể AT₁ và đều có ái lực với thụ thể AT₁ lớn hơn nhiều (khoảng 1 000 lần) so với thụ thể AT₂. Chất chuyển hóa của losartan mạnh hơn gấp 10 - 40 lần so với losartan, tính theo trọng lượng và là một chất ức chế không cạnh tranh, thuận nghịch thụ thể AT₁. Ngoài ra, losartan không ức chế ACE (kininase II) là enzym giáng hóa bradykinin. Do đó, losartan không gây ADR liên quan đến bradykinin.

Dược động học

Hấp thu: Sau khi uống, losartan hấp thu tốt và chuyển hóa lần đầu qua gan nhờ các enzym cytochrom P450 (CYP2C9 và CYP3A4). Sinh khả dụng của losartan xấp xỉ 33%.

Phân bố: Cả losartan và chất chuyển hóa có hoạt tính E-3174 đều liên kết nhiều với protein huyết tương (> 99%), chủ yếu là albumin. Thể tích phân bố của losartan khoảng 34 lít.

Chuyển hóa: Losartan được chuyển hóa thành chất chuyển hóa acid carboxylic có hoạt tính E-3174 (EXP-3174) cùng với các chất chuyển hóa không có hoạt tính khác. Nồng độ đỉnh trung bình của losartan đạt trong vòng 1 giờ, của chất chuyển hóa có hoạt tính đạt trong vòng 3 - 4 giờ. Khoảng 14% liều losartan đường uống hoặc đường tĩnh mạch được chuyển thành chất chuyển hóa có hoạt tính.

Thải trừ: Nửa đời thải trừ của losartan khoảng 2 giờ và của chất chuyển hóa E-3174 khoảng 6 - 9 giờ. Độ thanh thải toàn phần trong huyết tương của losartan là khoảng 600 ml/phút và của chất chuyển hóa có hoạt tính là 50 ml/phút; độ thanh thải của chúng ở thận tương ứng khoảng 75 ml/phút và 26 ml/phút. Khi dùng đường uống, khoảng 4% liều dùng được thải trừ nguyên dạng qua nước tiểu và khoảng 6% liều dùng thải trừ qua nước tiểu dưới dạng các chất chuyển hóa có hoạt tính. Theo đường uống, losartan thải trừ 35% qua đường nước tiểu và khoảng 60% qua phân.

Quản thẻ đặc biệt:

Người già: Nồng độ losartan và chất chuyển hóa chính không thay đổi đáng kể.

Giới tính: Nồng độ losartan huyết thanh cao hơn hai lần ở nữ giới nhưng nồng độ chất chuyển hóa không khác biệt giữa nam và nữ giới.

Suy gan: Ở người xơ gan nhẹ và vừa, nồng độ losartan và chất chuyển hóa tăng cao tương ứng 5 và 1,7 lần so với ở nam giới khỏe mạnh.

Suy thận: Nồng độ losartan không thay đổi ở bệnh nhân có mức lọc cầu thận lớn hơn 10 ml/phút. AUC của losartan cao hơn 2 lần ở bệnh nhân lọc máu, nhưng nồng độ chất chuyển hóa không thay đổi. Losartan và chất chuyển hóa có thể bị thải trừ qua lọc máu.

Trẻ em: Thông số dược động học của losartan tương tự nhau sau khi uống ở trẻ sơ sinh và trẻ mới biết đi, trẻ mẫu giáo, trẻ tuổi đi học và thanh thiếu niên. Các thông số dược động học của chất chuyển hóa khác nhau ở một mức độ lớn hơn giữa các nhóm độ tuổi.

Chỉ định

Tăng huyết áp cho người lớn và trẻ em trên 6 tuổi.

Điều trị bệnh thận ở người lớn có tăng huyết áp kèm đái tháo đường typ 2 và protein niệu > 0,5 g/ngày.

Điều trị suy tim trên bệnh nhân người lớn thất bại điều trị với thuốc ức chế enzym chuyển hoặc chống chỉ định dùng thuốc ức chế enzym chuyển. Bệnh nhân nên có phân suất tống máu thất trái ≤ 40%, ổn định về mặt lâm sàng và đang trong chế độ điều trị suy tim.

Giảm nguy cơ đột quỵ ở người lớn có tăng huyết áp và suy thất trái được ghi lại trên diện tâm đồ.

Chống chỉ định

Quá mẫn với losartan.

Mang thai 3 tháng giữa và 3 tháng cuối thai kỳ.

Suy gan nặng.

Phối hợp losartan với các sản phẩm chứa aliskiren là chống chỉ định trên bệnh nhân bị đái tháo đường hoặc suy thận (mức lọc cầu thận < 60 ml/phút/1,73 m²).

Thận trọng

Phù mạch: Cần theo dõi chặt bệnh nhân có tiền sử phù mạch.

Độc tính trên thai nhi: Không nên bắt đầu điều trị bằng losartan trong khi mang thai. Trừ khi tiếp tục điều trị bằng losartan được coi là cần thiết, bệnh nhân có kế hoạch mang thai nên được thay đổi sang phương pháp điều trị thay thế an toàn trong thai kỳ. Khi chẩn đoán có thai, nên ngừng điều trị bằng losartan ngay lập tức và nếu cần thì bắt đầu điều trị thay thế.

Hạ huyết áp trên bệnh nhân suy giảm thể tích hoặc giảm muối do nhiều nguyên nhân như dùng liều cao thuốc lợi tiểu: Cần điều