

(heptahydrat) tương đương khoảng 99 mg maginesi, 4,1 mmol hoặc 8,1 mEq maginesi.

Phòng và kiểm soát các cơn co giật (dùng dung dịch tiêm maginesi sulfat heptahydrat 20% chứa Mg^{2+} khoảng 0,8 mmol/ml):

Điều trị cơn co giật và dự phòng cơn co giật tái phát trong sản giật: đầu tiên, cho tiêm tĩnh mạch trong 5 - 15 phút, 4 g (16 mmol Mg^{2+}), tiếp theo cho truyền tĩnh mạch, 1 g/giờ (4 mmol Mg^{2+} /giờ) trong 24 giờ sau cơn giật hoặc sau khi đẻ, bất cứ muộn như thế nào; nếu cơn co giật tái phát, tăng tốc độ truyền lên tới 1,5 - 2 g/giờ (6 - 8 mmol Mg^{2+} /giờ) hoặc cho thêm một liều tiêm tĩnh mạch, 2 g (8 mmol Mg^{2+}).

Ghi chú: Đề tiêm tĩnh mạch, nồng độ maginesi sulfat heptahydrat không được vượt quá 20% (200 mg/ml hoặc 0,8 mmol Mg^{2+} /ml); pha loãng 1 phần maginesi sulfat heptahydrat 50% với ít nhất 1,5 phần nước để tiêm.

Nồng độ maginesi trong huyết thanh 6 mg/100 ml được coi là tối ưu để kiểm soát các cơn co giật. Tổng liều của maginesi sulfat không quá 30 - 40 g/ngày. Khi bị suy thận nặng, phải thường xuyên giữ được nồng độ maginesi huyết thanh và liều tối đa của maginesi sulfat là 20 g/48 giờ.

Hạ maginesi huyết cấp hoặc nặng: Dùng 20 mmol Mg^{2+} trong 1 lít dung dịch truyền (glucose 5% hoặc natri clorid 0,9%) truyền tĩnh mạch trong 3 giờ. Một cách khác, 35 - 50 mmol Mg^{2+} trong 1 lít dung dịch truyền có thể cho trong 12 - 24 giờ. Tổng liều tối đa 160 mmol có thể cần trong 5 ngày. Đối với người bệnh nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch, có thể cho liều hàng ngày khoảng 12 mmol Mg^{2+} để dự phòng tái phát thiếu maginesi. Maginesi sulfat cũng có thể tiêm bắp để điều trị giảm maginesi huyết cấp. Liều khuyến cáo 1 mmol Mg^{2+} /kg, trong thời gian 4 giờ; tiêm bắp đau. Phải giám sát cẩn thận maginesi huyết tương và các nồng độ điện giải khác. Phải giảm liều khi suy thận.

Giảm maginesi huyết nhẹ: Có thể dùng đường uống, liều điều chỉnh tùy theo nhu cầu của từng người bệnh. Để dự phòng tái phát giảm maginesi huyết, liều 24 mmol hàng ngày đã được khuyến cáo.

Điều trị táo bón: Người lớn và trẻ em ≥ 12 tuổi: 5 - 15 g. Pha thuốc trong cốc nước đầy (ít nhất 250 ml nước hoặc nước chanh), uống trước bữa ăn sáng, tác dụng trong 2 - 4 giờ.

Liều dùng ở người cao tuổi: Thường cần giảm liều maginesi sulfat vì tổn thương thận. Nếu bị suy thận nặng, liều không được vượt quá 20 g trong thời gian 48 giờ; phải giám sát nồng độ maginesi huyết thanh.

Tương tác thuốc

Tăng tác dụng: Maginesi sulfat có thể làm tăng tác dụng của rượu ethylic, các thuốc chẹn kênh calci, các thuốc ức chế TKTW, các thuốc chẹn thần kinh - cơ.

Tác dụng chẹn thần kinh - cơ của maginesi sulfat khi dùng đường tiêm có thể tăng lên khi dùng đồng thời với kháng sinh nhóm aminoglycosid. Tương tự, maginesi sulfat dùng đường tiêm và nifedipin có tác dụng hiệp đồng cộng.

Tác dụng của maginesi sulfat có thể được tăng lên bởi calcitriol, các thuốc chẹn kênh calci.

Giảm tác dụng: Maginesi sulfat có thể làm giảm tác dụng của các dẫn xuất bisphosphonat, eltrombopag, mycophenolat, các chất bổ sung phosphat, các kháng sinh nhóm quinolon, các dẫn xuất tetracyclin, trientín.

Tác dụng của maginesi sulfat có thể bị giảm bởi ketorolac, mefloquin, trientín.

Các muối maginesi dùng đường uống làm giảm hấp thu các tetracyclin và bisphosphonat, phải dùng các thuốc này cách nhau vài giờ.

Thay đổi tác dụng: Muối maginesi phải dùng thận trọng cho người bệnh đang dùng digoxin, vì dẫn truyền trong tim có thể thay đổi nhiều, dẫn đến block tim. Khi cần phải dùng calci để điều trị ngộ độc maginesi.

Tương kỵ

Magnesi sulfat tương kỵ với các hydroxyd kiềm (tạo thành maginesi hydroxyd không tan), với các carbonat kiềm (tạo thành carbonat base) và với các salicylat (tạo thành salicylat base). Thuốc phản ứng với các arsenat, phosphat, tartrat tạo nên kết tủa của muối maginesi tương ứng.

Chì, bari, stronti và calci phản ứng với maginesi sulfat tạo các muối sulfat kết tủa tương ứng.

Quá liều và xử trí

Triệu chứng: Các triệu chứng của tăng maginesi huyết nặng, ngừng thở, ngừng tim.

Xử trí: Bắt buộc phải thông khí nhân tạo cho đến khi đưa được muối calci vào bằng đường tĩnh mạch.

Hạ calci huyết thứ phát, quan trọng trong lâm sàng, gây co cứng cơ đã xảy ra sau khi dùng liệu pháp maginesi sulfat tiêm để điều trị sản giật.

Người lớn tiêm tĩnh mạch 10 - 20 ml calci gluconat 10%. Trong trường hợp tăng maginesi huyết nghiêm trọng, cần thăm phân màng bụng hoặc thăm phân máu.

Cập nhật lần cuối: 2020.

MANITOL

Tên chung quốc tế: Manitol.

Mã ATC: A06AD16, B05BC01, B05CX04, R05CB16, V04CX04.

Loại thuốc: Lợi niệu thẩm thấu.

Dạng thuốc và hàm lượng

Kit dùng để hít.

Dung dịch tiêm truyền tĩnh mạch: 5% (1 000 ml); 10% (500 ml và 1 000 ml); 15% (500 ml); 20% (250 ml, 500 ml); 25% (50 ml).

Dung dịch tiêm truyền tĩnh mạch không chứa chất bảo quản: 25% (50 ml).

Dung dịch 5% trong chai 2 000 ml để rửa.

Được lực học

Sử dụng manitol truyền tĩnh mạch gây tác dụng lợi tiểu chủ yếu bằng cách tăng áp suất thẩm thấu của dịch lọc cầu thận đến mức cản trở tái hấp thu nước và chất tan của tiểu quản thận. Để manitol có hiệu lực, phải có đủ lưu lượng máu thận và mức lọc cầu thận cho phép thuốc đến được tiểu quản thận. Tăng lưu lượng máu thận do sự giãn nở của các đoạn mạch máu giữa động mạch thận và tiểu cầu thận, giảm sức cản mạch thận, giảm độ nhớt máu cũng có thể góp phần vào tác dụng lợi tiểu của thuốc. Manitol làm tăng bài tiết natri; tuy nhiên, tỷ lệ nước được bài tiết tương ứng nhiều hơn natri. Bài tiết kali, clorid, calci, phospho, lithi, maginesi, urê, acid uric cũng tăng trong sử dụng manitol do tác dụng lợi tiểu. Thuốc bảo vệ thận khỏi độc tố gây hại cho thận bằng cách ngăn ngừa độc tố tập trung ở dịch trong tiểu quản thận.

Manitol có thể phòng ngừa hoặc đảo ngược suy giảm chức năng thận cấp tính bằng cách đảo ngược sự giảm cấp tính trong lưu lượng máu thận, mức lọc cầu thận, lượng nước tiểu và bài tiết natri mà có thể xảy ra sau chấn thương. Tuy nhiên, thuốc phải tác dụng trước khi giảm tốc độ lọc và dòng máu thận gây tổn thương ống thận, phù nề tế bào kẽ, và/hoặc thiếu máu cục bộ. Tác dụng thẩm thấu của manitol làm cho nước được hút từ tế bào ra dịch ngoại

bào và từ tế bào hồng cầu ra huyết tương. Kết quả, thể tích dịch ngoại bào, thể tích huyết tương và thời gian tuần hoàn máu tăng và natri tích trữ ngoại bào bị pha loãng. Mất nước nội bào có thể xảy ra. pH huyết tương giảm. Thể tích hồng cầu bị cô đặc hơn và hematocrit giảm. Sự dịch chuyển chất lỏng gây ra bởi manitol làm giảm phù não bằng cách giảm khối lượng não và hạ thấp áp lực cao của dịch não tủy. Tuy nhiên, sự tăng lại áp lực nội sọ có thể xảy ra sau khoảng 12 giờ sau sử dụng manitol. Dịch cũng được rút khỏi buồng trước của mắt, kết quả làm giảm sự tăng áp lực nội nhãn.

Khi sử dụng đường uống, manitol gây tiêu chảy thẩm thấu, kết quả làm mất dịch, natri và kali. Nồng độ natri huyết thanh tăng nhưng nồng độ kali huyết thanh và urê huyết giảm.

Dược động học

Hấp thu: Khi dùng đường uống, khoảng 17% một liều đường uống được bài tiết dưới dạng không thay đổi trong nước tiểu.

Khi truyền tĩnh mạch manitol, tác dụng lợi tiểu xuất hiện trong vòng 1 - 3 giờ sau khi truyền, giảm áp lực nội sọ xuất hiện trong vòng 15 phút sau khi truyền và kéo dài 3 - 8 giờ sau dừng truyền, và giảm nhãn áp xuất hiện trong vòng 30 - 60 phút sau khi truyền và kéo dài 4 - 6 giờ sau dừng truyền.

Phân bố: Sau khi truyền tĩnh mạch, manitol phân bố và giữ nguyên vị trí trong khoang ngoại bào; không qua hàng rào máu - não trừ khi nồng độ rất cao trong huyết tương hoặc bệnh nhân bị nhiễm toan; và không thâm nhập vào mắt.

Thải trừ: Manitol chuyển hóa rất ít, thành glycogen trong gan. Thuốc được lọc tự do qua các cầu thận, với < 10% tái hấp thu qua ống thận; không được bài tiết bởi ống thận. Nửa đời thải trừ khoảng 100 phút. Khoảng 80% của một liều 100 g truyền tĩnh mạch được thải trừ qua nước tiểu dưới dạng không đổi trong vòng 3 giờ. Khi liều lớn được đưa sử dụng trong lợi tiểu cưỡng bức, sự tích tụ thuốc có thể xảy ra. Những bệnh nhân bị bệnh thận mà chức năng cầu thận suy yếu hoặc trong tình trạng suy giảm lưu thông mạch máu nhỏ như suy tim sung huyết, xơ gan với tích tụ cô trướng, sỏi, mất nước, độ thanh thải của manitol thấp hơn so với bình thường.

Chỉ định

Phù não.

Tăng áp lực nội nhãn.

Hỗ trợ điều trị u xơ nang

Phù ngoại vi và cô trướng ở trẻ em.

Chống chỉ định

Mẫn cảm với thuốc.

Đường tĩnh mạch: vô niệu, chảy máu nội sọ (trừ khi phẫu thuật sọ), suy tim nặng, mất nước nặng, phù phổi nặng.

Đường hít: tăng đáp ứng phế quản với manitol dạng hít, suy chức năng hô hấp (thể tích hô hấp cưỡng bức trong 1 giây < 30% ước tính), giãn phế quản không xơ hóa.

Thận trọng

Không nên được sử dụng manitol cho tới khi xác định được đầy đủ chức năng thận và lưu lượng nước tiểu của bệnh nhân. Sử dụng 1 - 2 liều thử nghiệm để đánh giá đáp ứng thận.

Thừa một lượng lớn manitol có thể dẫn đến lợi tiểu mạnh gây mất nước và điện giải; giám sát y tế và đánh giá liều lượng chặt chẽ là cần thiết. Theo dõi và điều chỉnh rối loạn điện giải, hiệu chỉnh liều để tránh mất nước. Manitol có thể gây ra rối loạn chức năng thận với liều cao; dùng thận trọng ở bệnh nhân dùng tác nhân gây độc thận khác, bệnh nhân nhiễm trùng huyết hoặc đã có bệnh thận trước đó. Để giảm thiểu ADR đối với thận, hiệu chỉnh liều để giữ áp suất thẩm thấu huyết tương nhỏ hơn 320 mOsm/lít. Ngừng dùng nếu có bằng chứng của hoại tử ống thận cấp tính.

Ở bệnh nhân đang được điều trị phù não, manitol có thể tích trữ

trong não (gây ra tái phát tăng áp lực nội sọ) nếu lưu thông trong máu một khoảng thời gian dài do liên tục truyền tĩnh mạch; liều bolus ngắt quãng được khuyến cáo hơn. Tình trạng tim mạch cũng nên được đánh giá; không được truyền manitol cùng với dịch không chứa điện giải đồng thời cùng với truyền máu. Nếu tụt huyết áp xảy ra, cần theo dõi áp lực tưới máu não để đảm bảo vừa đủ liều. Có thể làm rộp da (ở nồng độ > 5%): đảm bảo vị trí ống thông đường tiểu hoặc kim tiêm thích hợp trước hoặc trong khi truyền tĩnh mạch; tránh thoát mạch khi truyền.

Bột dễ hít: Sử dụng có thể dẫn đến co thắt phế quản nặng; chỉ sử dụng cho test kích thích phế quản. Test nên được tiến hành bởi chuyên gia đã được đào tạo. Không sử dụng cho bệnh nhân bị hen hoặc chức năng phổi cơ bản rất thấp. Thuốc (ví dụ chẹn beta tác dụng ngắn dạng hít) và thiết bị cho điều trị co thắt phế quản nặng nên được chuẩn bị sẵn sàng. Sử dụng thận trọng ở bệnh nhân với tình trạng có thể tăng nhạy cảm với co thắt phế quản (ví dụ ho nặng, giảm thông khí, phép đo phế dung gây ra co thắt phế quản, ho ra máu không rõ nguồn gốc, tràn khí màng phổi, phẫu thuật bụng, ngực hoặc nội nhãn gần đây, đau thắt ngực không ổn định, nhiễm trùng đường hô hấp trên hoặc dưới). Bệnh nhân giảm FEV1 ≥ 10% khi sử dụng viên nang 0 mg, bệnh nhân đáp ứng dương với test kích thích phế quản hoặc bệnh nhân tiến triển triệu chứng hô hấp đáng kể nên dùng thuốc chẹn beta tác dụng ngắn dạng hít. Test kích thích phế quản không nên thực hiện ở trẻ em dưới 6 tuổi cũng như các bệnh nhân không thể cung cấp kết quả đo phế dung đáng tin cậy.

Thời kỳ mang thai

Chưa có đầy đủ dữ liệu về độ an toàn khi dùng trong thời kỳ mang thai. Các nhà sản xuất khuyến cáo không dùng manitol ở phụ nữ mang thai, trừ khi thật cần thiết.

Thời kỳ cho con bú

Chưa có đầy đủ dữ liệu về độ an toàn khi dùng trong thời kỳ cho con bú. Các nhà sản xuất khuyến cáo không dùng manitol trên phụ nữ cho con bú trừ khi thật cần thiết.

Tác dụng không mong muốn (ADR)

Thường gặp và rất thường gặp

Với đường hít:

Ho, ho ra máu, đau đầu, đau họng - thanh quản, kích ứng họng, nôn mửa, thờ khò khè.

Ít gặp

Với đường hít:

Mụn, đau khớp, co thắt phế quản, chóng mặt, khàn tiếng, khó thở, đau tai, ợ hơi, đầy hơi, bệnh trào ngược dạ dày - thực quản, đau lưỡi, thờ gấp, triệu chứng giống như cúm, phiền muộn, buồn nôn, nám miệng, viêm họng, ngứa, sốt, phát ban, sổ mũi, viêm miệng, mất ngủ.

Với đường truyền tĩnh mạch:

Mất cân bằng dịch và điện giải; hạ huyết áp; viêm tắc tĩnh mạch.

Hiếm gặp

Với đường truyền tĩnh mạch:

Sốc phản vệ, loạn nhịp tim, mờ mắt, tức ngực, ớn lạnh, co giật, chuột rút, mất nước, chóng mặt, khô miệng, khát, sốt, thận hư thẩm thấu, đau đầu, phản ứng quá mẫn, tăng huyết áp, buồn nôn, phù nề, phù phổi, tăng áp lực nội sọ, hoại tử da, bí tiểu, mày đay, nôn mửa.

Rất hiếm gặp

Với đường truyền tĩnh mạch:

Suy thận cấp, suy tim sung huyết.

Hướng dẫn cách xử trí ADR

Phản ứng quá mẫn có thể được xử trí bằng adrenalin.

Cần ngừng hoặc giảm tốc độ truyền nếu tăng áp lực tĩnh mạch

trung tâm hoặc có bất kỳ bằng chứng nào khác của quá tải tuần hoàn.

Nếu bắt buộc phải truyền máu đồng thời cùng manitol, cần thêm ít nhất 20 mEq NaCl vào mỗi lít dung dịch manitol để tránh hiện tượng giả ngưng kết.

Liều lượng và cách dùng

Cách dùng: Khi sử dụng với tác dụng lợi tiểu thẩm thấu, manitol dùng theo đường truyền tĩnh mạch. Thận trọng theo dõi cân bằng nước, điện giải, chức năng thận, dấu hiệu sống còn là cần thiết trong khi truyền tĩnh mạch để phòng ngừa mất cân bằng nước và điện giải, bao gồm quá tải tuần hoàn và mất nước ở mô.

Liều dùng

Tổng liều, nồng độ và tốc độ truyền phụ thuộc nhu cầu dịch, lượng nước tiểu và tình trạng bệnh.

Phù não: Truyền tĩnh mạch.

Người lớn: 0,25 - 2 g/kg, nhắc lại nếu cần, truyền trong vòng 30 - 60 phút, có thể nhắc lại 1 - 2 lần sau 4 - 8 giờ.

Trẻ em 1 tháng - 11 tuổi: 0,25 - 1,5 g/kg, nhắc lại nếu cần, truyền trong vòng 30 - 60 phút, có thể nhắc lại 1 - 2 lần sau 4 - 8 giờ.

Trẻ em 12 - 17 tuổi: 0,25 - 2 g/kg, nhắc lại nếu cần, truyền trong vòng 30 - 60 phút, có thể nhắc lại 1 - 2 lần sau 4 - 8 giờ.

Tăng áp lực nội nhãn: Truyền tĩnh mạch.

Người lớn : 0,25 - 2 g/kg, nhắc lại nếu cần, truyền trong vòng 30 - 60 phút, có thể nhắc lại 1 - 2 lần sau 4 - 8 giờ

Hỗ trợ điều trị u xơ nang: Dùng dạng bột hít. Liều người lớn: 400 mg, 2 lần/ngày, liều khởi đầu cần được theo dõi chặt chẽ, tham khảo ý văn.

Phù ngoại vi và cổ trướng ở trẻ em: Truyền tĩnh mạch 1 - 2 g/kg, trong vòng 2 - 6 giờ.

Tương tác thuốc

Qua chuyển hóa: Chưa biết.

Tránh sử dụng đồng thời với: aminoglycosid, tobramycin (đường hít qua miệng).

Làm tăng tác dụng/độc tính:

Manitol có thể làm tăng tác dụng của: aminoglycosid, natri phosphat, tobramycin (đường hít qua miệng).

Tác dụng của manitol có thể được tăng bởi: thuốc giảm đau (opioid).

Làm giảm tác dụng: Không có tương tác đáng kể nào được biết đến liên quan đến giảm tác dụng.

Quá liều và xử trí

Ngộ độc nặng manitol đã được báo cáo ở 8 bệnh nhân suy thận được dùng nhưng lượng lớn manitol truyền tĩnh mạch trong 1 - 3 ngày. Những bệnh nhân này bị rối loạn KTW, rối loạn urê huyết, giảm natri nghiêm trọng, tăng khoảng trống anion, quá tải dịch. Ở 6 bệnh nhân được điều trị bằng lọc máu, biện pháp này tỏ ra hiệu quả hơn thậm chí phân phúc mạc được dùng cho 1 bệnh nhân khác.

Cập nhật lần cuối: 2019.

MEBENDAZOL

Tên chung quốc tế: Mebendazole.

Mã ATC: P02CA01.

Loại thuốc: Thuốc trị giun sán.

Dạng thuốc và hàm lượng

Viên nén: 100 mg, 500 mg.

Hỗn dịch uống: 20 mg/ml.

Dược lực học

Mebendazol là dẫn chất benzimidazol kháng giun phổ rộng. Cơ chế tác dụng của mebendazol đối với giun sán chưa được biết đầy đủ. Mebendazol có thể tác động đến sự hình thành tubulin trong tế bào của giun, gây ức chế chọn lọc và không hồi phục hấp thu glucose ở ruột, dẫn đến cạn kiệt glycogen, gây ức chế sản xuất trứng giun và làm chết giun. Mebendazol không ức chế hấp thu glucose và không ảnh hưởng đến nồng độ glucose trong máu người. Thức ăn trong đường tiêu hóa không ảnh hưởng đến tác dụng của thuốc trong quá trình trị giun.

Phổ tác dụng: Thuốc có hiệu quả cao trên một số loại giun tròn gây bệnh cho người, bao gồm giun đũa (*Ascaris lumbricoides*), giun móc (*Ancylostoma duodenale*, *Necator americanus*), giun tóc (*Trichuris trichiura*), giun kim (*Enterobius vermicularis*), giun xoắn (*Trichinella spiralis*), giun chỉ (*Capillaria philippinensis*), giun lợn (*Angiostrongylus cantonensis*) và giun đầu gai (*Gnathostoma spinigerum*).

Không có bằng chứng về hiệu quả của mebendazol trong điều trị bệnh ấu trùng sán lợn (cysticercosis).

Kháng thuốc: Kháng metronidazol có thể xảy ra, tuy nhiên chưa rõ mức ý nghĩa trên lâm sàng. Cơ chế kháng mebendazol có thể liên quan đến những thay đổi trên protein β -tubulin của ký sinh trùng, dẫn đến giảm gắn thuốc vào beta-tubulin.

Dược động học

Hấp thu: Khi dùng qua đường uống, phần lớn mebendazol được giữ lại trong đường tiêu hóa là nơi thuốc phát huy tác dụng trị giun sán tại chỗ. Dưới 10% liều mebendazol vào được vòng tuần hoàn do hấp thu kém và chuyển hóa qua gan lần đầu. Thuốc đạt nồng độ đỉnh trong huyết tương khoảng 2 - 4 giờ sau khi uống. Sau khi uống liều 100 mg, ngày 2 lần, trong 3 ngày liên tiếp, nồng độ trong huyết thanh của mebendazol và chất chuyển hóa ban đầu dưới mức 0,03 microgam/ml và 0,09 microgam/ml. Sinh khả dụng của mebendazol tăng lên nếu uống thuốc cùng với thức ăn có chất béo, tuy nhiên tăng không đáng kể. Nồng độ mebendazol trong huyết tương có thể tăng trên bệnh nhân suy giảm chức năng gan, chức năng chuyển hóa hay thải trừ qua mật.

Phân bố: Khoảng 90 - 95% thuốc liên kết với protein huyết tương. Thể tích phân bố khoảng 1 - 2 lít/kg. Mebendazol được phân bố vào sữa mẹ ở nồng độ thấp, tuy nhiên dữ liệu còn hạn chế.

Chuyển hóa: Thuốc được chuyển hóa chủ yếu ở gan tạo thành các chất chuyển hóa hydroxy và amino hóa mất hoạt tính. Nồng độ trong huyết tương của các chất chuyển hóa cao hơn đáng kể so với nồng độ của mebendazol.

Thải trừ: Nửa đời thải trừ trong huyết tương của mebendazol khoảng 3 - 6 giờ ở hầu hết bệnh nhân. Thuốc và các chất chuyển hóa có thể trải qua chu trình gan ruột. Hầu hết thuốc ở dạng không đổi và các chất chuyển hóa được thải trừ qua phân (khoảng 98%), chỉ một lượng nhỏ (dưới 2%) được thải qua nước tiểu.

Chỉ định

Mebendazol được chỉ định để điều trị nhiễm giun đường ruột cho người lớn và trẻ em từ 2 tuổi trở lên, bao gồm giun đũa, giun tóc, giun móc, giun kim.

Chống chỉ định

Mẫn cảm với mebendazol.

Thận trọng

Nguy cơ co giật: Đã ghi nhận co giật ở trẻ dưới 1 tuổi sau khi dùng mebendazol. Không khuyến cáo sử dụng metronidazol cho trẻ dưới 2 tuổi.

Ảnh hưởng lên huyết học: Đã ghi nhận mất bạch cầu hạt và giảm bạch cầu đa nhân trung tính khi sử dụng mebendazol ở liều cao