

Liều cho người suy gan: Nevirapin chống chỉ định cho bệnh nhân suy gan mức độ trung bình và nặng. Không cần chỉnh liều cho người suy gan nhẹ.

Người cao tuổi: việc sử dụng nevirapin chưa được nghiên cứu kỹ trên đối tượng bệnh nhân > 65 tuổi. Cần cân nhắc liều dùng nevirapin trên đối tượng này do đây là đối tượng có tỷ lệ cao bị suy giảm chức năng gan, thận, có bệnh lý tim mạch cũng như các bệnh mắc kèm khác và sử dụng đồng thời nhiều thuốc hơn người trẻ tuổi.

Tương tác thuốc

Nevirapin gây cảm ứng CYP3A và có thể cả CYP2B6, khi sử dụng đồng thời với các thuốc có chuyển hóa qua các enzym này, nevirapin có thể làm giảm nồng độ thuốc các thuốc này trong huyết tương.

Các cặp tương tác thuốc quan trọng của nevirapin bao gồm:

Thuốc kháng virus HIV: Nhóm ức chế protease

Atazanavir/ritonavir: Giảm nồng độ của atazanavir/ritonavir, tăng nồng độ nevirapin. Không phối hợp.

Fosamprenavir: Giảm AUC, C_{min} , C_{max} của amprenavir (là sản phẩm sau thủy phân fosamprenavir); tăng AUC, C_{min} , C_{max} của nevirapin. Nên sử dụng dạng phối hợp fosamprenavir/ritonavir.

Lopinavir/ritonavir: Giảm AUC, C_{min} , C_{max} của lopinavir. Tăng liều lopinavir/ritonavir lên 533/133 mg/lần hoặc 500/125 mg/lần đối với người lớn hoặc 300/75mg/m²/lần × 2 lần/ngày đối với trẻ em, uống trong bữa ăn, đặc biệt trên các đối tượng bị nghi ngờ kém nhạy cảm với lopinavir/ritonavir.

Thuốc kháng virus HIV: Nhóm ức chế enzym sao chép ngược không có cấu trúc nucleosid

Delavirdin: Có thể làm thay đổi dược động học của 2 thuốc. Không phối hợp.

Efavirenz: Giảm AUC, C_{min} , C_{max} của efavirenz, tăng nguy cơ gặp ADR. Không phối hợp.

Etravirin: Giảm nồng độ etravirin và mất tác dụng điều trị. Không phối hợp.

Rilpivirin: Có thể làm thay đổi dược động học của 2 thuốc. Không phối hợp.

Thuốc ức chế enzym tích hợp:

Elvitegravir/cobicistat: Có thể làm thay đổi nồng độ cobicistat và nevirapin. Không phối hợp.

Thuốc kháng sinh:

Clarithromycin: Giảm AUC, C_{min} , C_{max} của clarithromycin, tăng AUC và C_{max} chất chuyển hóa 14-OH của clarithromycin, tăng AUC, C_{min} , C_{max} của nevirapin. Cần nhắc thay clarithromycin bằng các thuốc khác, ví dụ azithromycin. Theo dõi chức năng gan.

Rifabutin: Tăng phơi nhiễm rifabutin và chất chuyển hóa 25-O-desacetylriofabutin. Theo dõi nguy cơ ngộ độc rifabutin.

Rifampicin: Giảm AUC, C_{min} , C_{max} của nevirapin. Tránh phối hợp, thay thế rifampicin bằng rifabutin. Trường hợp trẻ bắt đầu sử dụng nevirapin khi đang điều trị bằng rifampicin thì không cần dùng liều thấp nevirapin trong 14 ngày đầu.

Thuốc kháng nấm:

Fluconazol: Tăng nồng độ của nevirapin. Theo dõi nguy cơ ADR của nevirapin.

Itraconazol: Giảm AUC, C_{min} , C_{max} của itraconazol. Tránh phối hợp, nếu bắt buộc cần cân nhắc tăng liều itraconazol.

Ketoconazol: Giảm AUC, C_{max} của ketoconazol, tăng nồng độ nevirapin. Không phối hợp.

Thuốc kháng virus viêm gan B, C:

Boceprevir: Có thể làm giảm nồng độ boceprevir. Không phối hợp.

Telaprevir: Có thể làm giảm nồng độ telaprevir và nevirapin. Tránh phối hợp, nếu bắt buộc cần theo dõi thận trọng, cân nhắc chỉnh liều

telaprevir nếu cần.

Thuốc chống đông:

Warfarin: Có thể làm thay đổi thời gian đông máu. Theo dõi chặt chẽ nồng độ thuốc chống đông.

Thuốc tránh thai đường uống:

Ethinylestradiol, norethindron: Giảm AUC của thuốc tránh thai. Cần nhắc sử dụng thêm các biện pháp tránh thai khác.

Thuốc giảm đau/thuốc opioid:

Methadon: Giảm AUC và C_{max} của methadon. Cần theo dõi triệu chứng cai thuốc và chỉnh liều methadon (nếu cần).

Thuốc có nguồn gốc dược liệu:

Cỏ St. John (*Hypericum perforatum*): Giảm nồng độ nevirapin trong huyết tương. Không phối hợp.

Thuốc chống động kinh:

Carbamazepin, clonazepam, ethosuximid: Giảm nồng độ trong thuốc chống động kinh và nevirapin trong huyết tương. Theo dõi hiệu quả điều trị kháng virus và chống động kinh.

Quá liều và xử trí

Nevirapin không có thuốc giải độc đặc hiệu.

Bệnh nhân sử dụng quá liều có thể gặp triệu chứng như phù, nổi ban, hồng ban dạng nút, mệt, sốt, đau đầu, chóng mặt, mất ngủ, buồn nôn, nôn, thâm nhiễm phổi, sút cân và đau hồi phục sau khi ngừng thuốc. Trên đối tượng trẻ em, triệu chứng quá liều được ghi nhận bao gồm giảm bạch cầu trung tính đơn độc mức độ nhẹ, tăng lactat huyết và tụt hồi phục sau 1 tuần mà không cần can thiệp điều trị.

Cập nhật lần cuối: 2018.

NHÔM HYDROXYD

Tên chung quốc tế: Aluminium hydroxide.

Mã ATC: A02AB01.

Loại thuốc: Trung hòa acid dịch vị, thuốc giải độc, chất bảo vệ dạ dày (dùng ngoài).

Dạng thuốc và hàm lượng

Viên nang: 475 mg; viên nén: 300 mg, 600 mg; viên nén bao phim: 600 mg.

Hỗn dịch: 320 mg/5 ml, 600 mg/5 ml.

Thuốc mỡ dùng ngoài: 113 g.

Dược lực học

Gel nhôm hydroxyd khô là bột vô định hình, không tan trong nước và ethanol. Bột này có chứa 50 - 57% nhôm oxyd dưới dạng hydrat oxyd và có thể chứa các lượng khác nhau nhôm carbonat và nhôm bicarbonat.

Nhôm hydroxyd là một muối vô cơ được dùng làm thuốc kháng acid. Thuốc phản ứng với acid hydrocloric trong dạ dày để làm giảm độ acid trong dạ dày, nên làm giảm các triệu chứng loét dạ dày tá tràng, ợ chua, ợ nóng hoặc đầy bụng, trào ngược dạ dày - thực quản. Nhôm hydroxyd hay gây táo bón, nên nhôm hydroxyd thường uống cùng thuốc kháng acid chứa magesi (magnesi oxyd hoặc magesi hydroxyd) là thuốc có tác dụng nhuận tràng.

Nhôm hydroxyd cũng gắn vào phosphat thức ăn ở dạ dày và ruột để tạo thành những phức hợp không hoà tan và làm giảm hấp thu phosphat. Như vậy, nhôm hydroxyd còn được dùng để điều trị tăng phosphat huyết ở người bị suy thận hoặc tăng năng cận giáp phát (tuy tích lũy nhôm là một vấn đề cần xem xét).

Nhôm hydroxyd cũng được dùng làm chất phụ (tá dược) trong vắc xin hấp phụ nhưng gần đây đã có báo cáo về phản ứng phụ do nhôm.

Được động học

Khi uống, nhôm hydroxyd phản ứng chậm với acid hydrocloric dạ dày để tạo thành nhôm clorid hòa tan, một số nhỏ được hấp thu vào cơ thể. Thức ăn trong dạ dày làm cho thuốc ra khỏi dạ dày chậm hơn khi không có thức ăn nên kéo dài thời gian phản ứng của nhôm hydroxyd với acid hydrocloric dạ dày và làm tăng lượng nhôm clorid. Khoảng 17 - 30% nhôm clorid tạo thành được hấp thu và đào thải rất nhanh qua thận ở người có chức năng thận bình thường. Ở ruột non, nhôm clorid được chuyển nhanh thành các muối nhôm kiềm không hoà tan, kém hấp thu, có thể là một hỗn hợp nhôm hydroxyd, oxaluminum hydroxyd, các loại nhôm carbonat kiềm và các xà phòng nhôm. Nhôm hydroxyd cũng phối hợp với phosphat trong thức ăn ở ruột non để tạo thành nhôm phosphat không hòa tan, không hấp thu và bị đào thải vào phân. Nếu phosphat thức ăn được đưa vào cơ thể ít ở người bệnh có chức năng thận bình thường thì nhôm hydroxyd sẽ làm giảm hấp thu phosphat, gây giảm phosphat huyết, giảm phosphat niệu và hấp thu calci tăng lên. *In vitro*, nhôm hydroxyd gắn với muối mật tương tự như cholestyramin và ít hòa tan trong dịch vị để giải phóng anion làm trung hòa một phần acid dịch vị.

Nhôm hấp thu được đào thải qua nước tiểu. Do đó, người bệnh bị suy thận có nhiều nguy cơ tích lũy nhôm (đặc biệt trong xương, hệ thần kinh trung ương) và nhiễm độc nhôm. Nhôm hấp thu sẽ gắn vào protein huyết thanh (thí dụ albumin, transferrin) và do đó khó được loại bỏ bằng thẩm phân; nhôm sau đó có thể tích lũy trong xương, phổi và mô thần kinh.

Chỉ định

Làm giảm các triệu chứng do tăng acid dạ dày (chứng ợ nóng, ợ chua, đầy bụng khó tiêu do tăng acid) ở người có loét và không có loét dạ dày - tá tràng.

Điều trị triệu chứng trào ngược dạ dày - thực quản.

Tăng phosphat huyết.

Dùng ngoài để làm chất bảo vệ da khi bị trầy xước da, bỏng nhẹ, vết thương và kích ứng da do ma sát hay xoa bóp.

Chống chỉ định

Mẫn cảm với nhôm hydroxyd và chế phẩm chứa nhôm. Giảm phosphat huyết. Rối loạn chuyển hóa porphyrin. Viêm ruột thừa. Chảy máu tiêu hóa chưa chẩn đoán được nguyên nhân.

Trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ, vì nguy cơ nhiễm độc nhôm, đặc biệt trẻ mất nước hoặc bị suy thận.

Thận trọng

Cần dùng thận trọng với người có suy tim sung huyết, suy thận (gây tích lũy nhôm và nhiễm độc), phù, xơ gan và chế độ ăn ít natri và với người mới bị chảy máu đường tiêu hóa.

Người cao tuổi, táo bón, mất nước, mất dịch, rối loạn tiêu hóa có giảm nhu động ruột, tắc ruột. Chú ý tương tác thuốc khi dùng phối hợp.

Kiểm tra định kỳ hàng tháng hoặc 2 tháng 1 lần nồng độ phosphat trong huyết thanh cho người bệnh chạy thận nhân tạo và dùng lâu dài thuốc kháng acid chứa nhôm.

Muối citrat làm tăng hấp thu nhôm ở đường tiêu hóa và người bị suy thận khi uống thuốc chứa nhôm cần tránh uống các chế phẩm có citrat, như các viên sủi, viên phân tán. Acid ascorbic cũng làm tăng hấp thu nhôm.

Thời kỳ mang thai

Thuốc được coi là an toàn, nhưng nên tránh dùng liều cao kéo dài.

Thời kỳ cho con bú

Mặc dù một lượng nhỏ nhôm bài tiết qua sữa, nhưng nồng độ không đủ để gây tác hại đến trẻ bú mẹ.

Tác dụng không mong muốn (ADR)

Nhuễn xương, bệnh não, sa sút trí tuệ và thiếu máu hồng cầu nhỏ đã xảy ra ở người suy thận mạn tính dùng nhôm hydroxyd làm tác nhân gây dính kết phosphat.

Giảm phosphat huyết đã xảy ra khi dùng thuốc kéo dài hoặc liều cao. Thuốc kháng acid chứa nhôm có tác dụng làm săn se và gây táo bón, liều cao có thể gây tắc ruột. Ngộ độc nhôm và nhuễn xương có thể xảy ra ở người bệnh có hội chứng urê huyết cao.

Thường gặp

Táo bón, chát miệng, cứng bụng, phân rắn, buồn nôn, nôn, phân trắng.

Ít gặp

Giảm phosphat huyết làm tăng tiêu xương, nhuễn xương (khi chế độ ăn ít phosphat), tăng calci niệu, giảm magnesi huyết, tăng nhôm huyết gây bệnh não, sa sút trí tuệ, thiếu máu hồng cầu nhỏ.

Liều lượng và cách dùng

Cách dùng

Kháng acid dịch vị: Thuốc kháng acid dùng bằng đường uống. Liều lượng và tần suất dùng thuốc phụ thuộc lượng acid bài tiết, thời gian làm rỗng của dạ dày và tình trạng bệnh. Nếu uống lúc đói, thời gian tác dụng của thuốc vào khoảng từ 20 - 60 phút, nhưng nếu uống 1 giờ sau bữa ăn, tác dụng trung hòa acid có thể kéo dài tới 3 giờ.

In vivo, khả năng trung hòa acid của các thể tích bằng nhau của các chất kháng acid và chế phẩm kháng acid biến thiên rất lớn.

Thuốc kháng acid dưới dạng hỗn dịch hoà tan nhanh và nhiều hơn dạng bột và viên nén nên khả năng phản ứng và trung hòa acid dịch vị lớn hơn. Thông thường hỗn dịch kháng acid được ưa dùng hơn bột và viên nén. Viên nén phải nhai kỹ trước khi nuốt.

Dạng phối hợp thuốc kháng acid chứa hợp chất nhôm và/hoặc calci cùng với muối magnesi có ưu điểm là khắc phục tính gây táo bón của nhôm và/hoặc calci nhờ tính chất nhuận tràng của magnesi.

Liều dùng tối đa khuyến cáo để chữa triệu chứng rối loạn tiêu hóa, khó tiêu, không nên dùng quá 2 tuần, trừ khi có lời khuyên hoặc giám sát của thầy thuốc.

Loét dạ dày - tá tràng: Liều lượng cho theo kinh nghiệm và nhiều liều lượng khác nhau đã được sử dụng. Đối với bệnh nhân bị loét hành tá tràng không biến chứng, để đạt đầy đủ tác dụng chống acid ở thời điểm tối ưu, cần uống thuốc kháng acid 1 - 3 giờ sau bữa ăn và vào lúc đi ngủ để kéo dài tác dụng trung hòa. Có thể uống thêm liều thuốc để đỡ đau giữa các liều đã được quy định. Thuốc thường cho từ 4 - 6 tuần, còn nếu loét dạ dày, thuốc kháng acid thường cho đến khi vết loét hết hoàn toàn.

Trào ngược dạ dày thực quản: Cho thuốc kháng acid cách 1 giờ 1 lần. Nếu triệu chứng kéo dài, có thể cho cách 30 phút 1 lần. Nếu điều trị lâu dài, cho thuốc 1 và 3 giờ sau khi ăn và lúc đi ngủ.

Liều lượng

Kháng acid (để làm dịu các triệu chứng khó tiêu, ợ nóng, ợ chua do tăng acid dạ dày):

Người lớn: Dạng viên nang 475 mg, uống 1 viên/lần, 5 lần/ngày; dạng hỗn dịch uống: 640 mg/lần, 5 - 6 lần/ngày, uống vào 1 - 3 giờ sau khi ăn và khi đi ngủ.

Chế phẩm phối hợp nhôm hydroxyd và magnesi hydroxyd/carbonat:

Hỗn dịch:

Chứa 200 mg nhôm hydroxyd + 200 mg magnesi hydroxyd/5 ml:

Người lớn và trẻ em ≥ 12 tuổi: Uống 10 - 20 ml/lần, 4 lần/ngày.

Chứa 31,7 mg nhôm hydroxyd + 119,3 mg magnesi carbonat/5 ml:

Người lớn và trẻ em ≥ 12 tuổi: Uống 15 - 30 ml/lần, 4 lần/ngày.

Chứa 254 mg nhôm hydroxyd + 237,5 mg magnesi carbonat/5 ml:

Người lớn uống 10 - 20 ml/lần, 4 lần/ngày.

Dạng viên nhai: Chứa 160 mg nhôm hydroxyd + 105 mg magnesi

carbonat: Người lớn nhai 2 - 4 viên/lần, 4 lần/ngày.

Tăng phosphat huyết: Điều chỉnh liều tùy theo từng bệnh nhân, liều có thể tới 10 g/ngày chia làm nhiều lần, uống trong bữa ăn. Cùng với chế độ ăn hạn chế phosphat, uống hỗn dịch nhôm hydroxyd 30 - 40 ml/lần, 3 hoặc 4 lần/ngày.

Tăng phosphat huyết ở người bị bệnh thận mạn, suy thận: Dùng khi mức phospho huyết thanh > 7 mg/dl và dùng trong thời gian ngắn (4 - 6 tuần đối với thanh thiếu niên, 4 tuần đối với người lớn). Thanh thiếu niên và người lớn: Uống liều ban đầu 300 - 600 mg/lần, 3 lần/ngày trong bữa ăn.

Trẻ em 5 - 11 tuổi: Uống 1 - 2 viên nang 475 mg, 3 - 4 lần/ngày.

Trẻ em 12 - 17 tuổi: Uống 1 - 5 viên nang 475 mg, 3 - 4 lần/ngày, điều chỉnh liều nếu cần.

Dùng ngoài: Bôi thuốc mỡ lên chỗ da bị tổn thương khi cần hoặc theo hướng dẫn.

Người suy gan: Tránh dùng, có thể gây táo bón và dẫn đến hôn mê.

Tương tác thuốc

Nhôm hydroxyd có thể làm thay đổi hấp thu của các thuốc. Uống đồng thời với tetracyclin, digoxin, indomethacin, muối sắt, isoniazid, alopurinol, benzodiazepin, corticosteroid, penicilamin, phenothiazin, ranitidin, ketoconazol, itraconazol, clodiazepoxyd có thể làm giảm sự hấp thu của những thuốc này. Vì vậy, cần uống các thuốc này cách xa thuốc kháng acid từ 2 - 3 giờ.

Nhôm hydroxyd cũng làm giảm hấp thu của một số thuốc kháng virus như dolutegravir, elvitegravir, raltegravir, do đó cần uống các thuốc này cách xa nhôm hydroxyd ít nhất 4 giờ (đối với elvitegravir) hoặc trước ít nhất 2 giờ hay sau 6 giờ (đối với dolutegravir).

Thuốc kháng acid chứa nhôm có thể làm giảm hấp thu của deferasirox.

Nguy cơ gây tắc ruột khi uống nhôm hydroxyd cùng với polystyren sulfonat resin.

Uống đồng thời dicoumarol với chế phẩm nhôm và magnesi hydroxyd làm tăng hấp thu của dicoumarol.

Nhôm hydroxyd làm tăng hấp thu của pseudoephedrin hoặc diazepam khi uống đồng thời.

Thuốc kháng acid làm tăng pH đường tiêu hóa có thể ảnh hưởng đến độ rã, độ hòa tan hoặc ion hóa của những chế phẩm bao tan trong ruột và thuốc có tính acid yếu hoặc kiềm yếu nên có thể làm hỏng lớp bao của các thuốc bao tan trong ruột.

Thuốc kháng acid làm tăng pH nước tiểu, làm giảm nồng độ salicylat trong máu, có thể làm giảm bài tiết những thuốc có tính kiềm yếu, tăng bài tiết các thuốc có tính acid yếu.

Cập nhật lần cuối: 2016.

NHÔM PHOSPHAT

Tên chung quốc tế: Aluminium phosphate.

Mã ATC: A02AB03.

Loại thuốc: Kháng acid.

Dạng thuốc và hàm lượng

Túi (gói): 13 g nhôm phosphat keo trong 100 g gel.

Viên nhai: 540 mg nhôm phosphat/viên.

Dịch treo (hỗn dịch) để uống: Túi 20 g hỗn dịch chứa 12,38 g nhôm phosphat keo, tương đương với 2,476 g nhôm phosphat và lọ chứa 250 g hỗn dịch kê trên.

Dược lực học

Nhôm phosphat được dùng như một thuốc kháng acid dịch dạ dày dưới dạng gel nhôm phosphat (một hỗn dịch) và dạng viên nén.

Cũng giống như nhôm hydroxyd, nhôm phosphat có những đặc

tính chung tương tự như làm giảm acid dịch vị dư thừa để làm giảm độ acid trong dạ dày, như vậy, làm giảm các triệu chứng trong viêm loét dạ dày tá tràng, ợ chua, ợ nóng, đầy bụng hoặc trào ngược dạ dày thực quản. Gel dạng keo tạo một màng bảo vệ tựa chất nhầy che phủ diện rộng niêm mạc đường tiêu hóa. Lớp màng bảo vệ gồm nhôm phosphat phân tán mịn làm liền nhanh ổ viêm và loét, bảo vệ niêm mạc dạ dày chống lại tác động bên ngoài và làm người bệnh dễ chịu ngay. Nhôm phosphat gây táo bón, nên cũng thường kết hợp với thuốc kháng acid chứa magnesi hydroxyd là thuốc có tác dụng nhuận tràng. Nhưng khác với nhôm hydroxyd, nhôm phosphat không gắn vào phosphat thức ăn trong dạ dày ruột nên không làm giảm phosphat huyết.

Bình thường thuốc không được hấp thu vào cơ thể và không ảnh hưởng đến cân bằng acid-base của cơ thể.

Nhôm phosphat cũng được dùng làm chất phụ (tá dược) trong vắc xin hấp phụ, nhưng có báo cáo về phản ứng phụ do nhôm.

Dược động học

Khi uống, nhôm phosphat hòa tan chậm trong dạ dày và phản ứng chậm với acid hydrochloric để tạo thành nhôm clorid hoà tan, một số ít được hấp thu vào cơ thể. Ngoài việc tạo nhôm clorid, nhôm phosphat còn tạo acid phosphoric. Uống lúc no, thuốc ở lâu trong dạ dày, nên kéo dài thời gian phản ứng của nhôm phosphat với acid hydrochloric dạ dày và làm tăng lượng nhôm clorid. Khoảng 17 - 30% lượng nhôm clorid tạo thành được hấp thu và nhanh chóng được thận đào thải ở người có chức năng thận bình thường. Nhôm phosphat không tan trong nước, không được hấp thu sẽ đào thải qua phân. Nhôm phosphat không gắn vào phosphat từ thức ăn, do đó không gây mất phospho. Nhôm phosphat không cản tia X.

Nhôm phosphat có khả năng trung hòa (tăng pH): 10%, khả năng đệm (duy trì xung quanh một pH cố định): 90% ở pH 1,6.

Chỉ định

Làm dịu các triệu chứng do tăng acid dạ dày (chứng ợ nóng, ợ chua, đầy bụng khó tiêu do tăng acid).

Điều trị tăng acid dạ dày trong loét dạ dày tá tràng (nhưng hiện nay còn nhiều cách điều trị hiệu quả hơn và không tái phát).

Phòng và điều trị loét và chảy máu dạ dày tá tràng do stress.

Điều trị triệu chứng trào ngược dạ dày - thực quản.

Chống chỉ định

Các trường hợp mẫn cảm với nhôm hoặc các chế phẩm chứa nhôm.

Thận trọng

Tránh điều trị liều cao lâu dài ở người bệnh suy thận.

Nếu điều trị thuốc kháng acid trong vòng 2 tuần mà không đỡ các triệu chứng như đầy bụng, ợ nóng, ợ chua thì phải đi khám bệnh.

Nếu táo bón, có thể dùng xen kẽ hoặc chuyển sang dùng thuốc kháng acid chứa magnesi.

Thời kỳ mang thai

Các thuốc kháng acid thường được coi là an toàn, miễn là tránh dùng lâu dài với liều cao.

Thời kỳ cho con bú

Mặc dù một lượng nhỏ nhôm được đào thải qua sữa, nhưng nồng độ không đủ gây tác hại đến trẻ bú mẹ.

Tác dụng không mong muốn (ADR)

Thường gặp: Táo bón.

Liều lượng và cách dùng

Cách dùng: Thông thường, hỗn dịch chống acid thường được ưa dùng hơn thuốc viên hoặc bột. Nên dành thuốc viên cho người bệnh không chịu uống hỗn dịch vì bất tiện hoặc không ngon. Phải nhai kỹ viên trước khi nuốt.

Liều lượng: 1 - 2 viên (hoặc 1 - 2 thìa canh hỗn dịch hoặc 1 - 2