

Trong trường hợp bệnh nhân không nuốt được viên, ví dụ như khi phẫu thuật hoặc khi bệnh nhân bất tỉnh, có thể dùng kim 18G để lấy toàn bộ lượng thuốc trong viên nang mềm chuyên vào xylanh và cho ăn qua sonde dạ dày. Thuốc rút từ nang mềm không được dùng qua đường tĩnh mạch.

Trên bệnh nhân xơ gan, do độ thanh thải giảm đáng kể và C<sub>max</sub> tăng khoảng gấp đôi, khuyến cáo dùng liều 30 mg/lần, cách 4 giờ/lần kèm theo dõi chặt chẽ huyết áp và nhịp tim.

**Liều trong điều trị:**

Trong 2 giờ đầu, truyền nimodipin vào tĩnh mạch trung tâm với tốc độ 1 mg/giờ (khoảng 15 microgam/kg/giờ), tương ứng 5 ml/giờ (dung dịch nimodipin 10 mg/50 ml). Nếu bệnh nhân dung nạp tốt, sau 2 giờ có thể tăng liều lên 2 mg (khoảng 15 microgam/kg/giờ), tương ứng 10 ml/giờ (dung dịch nimodipin 10 mg/50 ml) miễn là huyết áp giảm không đáng kể.

Trên bệnh nhân có cân nặng dưới 70 kg hoặc bệnh nhân có huyết áp không ổn định hoặc bệnh nhân xơ gan, nên dùng liều khởi đầu 0,5 mg/giờ, tương ứng 2,5 ml/giờ (dung dịch nimodipin 10 mg/50 ml) hoặc liều thấp hơn nếu cần thiết.

Nên bắt đầu nimodipin sớm nhất có thể sau co thắt mạch não gây thiếu máu cục bộ thần kinh sau xuất huyết dưới màng nhện. Cần dùng trong ít nhất 5 ngày và không quá 14 ngày.

Trong trường hợp có can thiệp phẫu thuật khi đang điều trị, có thể tiếp tục dùng nimodipin (liều như trên) trong ít nhất 5 ngày.

Không sử dụng đồng thời cả nimodipin uống và nimodipin đường tĩnh mạch. Nếu hai thuốc được dùng nối tiếp nhau, tổng thời gian điều trị không được quá 21 ngày. Số ngày dùng nimodipin đường tĩnh mạch không quá 14 ngày.

**Tương tác thuốc**

*Các thuốc có tác dụng hạ huyết áp*

Nimodipin có thể làm tăng tác dụng làm giảm huyết áp của thuốc dùng đồng thời, như thuốc lợi tiểu, thuốc chẹn beta, thuốc ức chế men chuyển, thuốc phong bế thụ thể angiotensin, thuốc chẹn kênh calci khác, thuốc chẹn thụ thể alpha, thuốc ức chế PDE5 (phosphodiesterase-5) và methyl dopa. Nên theo dõi chặt chẽ huyết áp và điều chỉnh liều của các thuốc hạ huyết áp nếu cần thiết.

*Thuốc ức chế CYP3A4*

Nồng độ nimodipin huyết tương có thể tăng đáng kể khi dùng đồng thời với thuốc ức chế mạnh CYP3A4, dẫn tới tăng tác dụng hạ huyết áp của thuốc. Vì vậy, thường tránh các phối hợp này. Các thuốc ức chế CYP3A4 mạnh bao gồm: kháng sinh macrolid (như clarithromycin, telithromycin), thuốc điều trị HIV theo cơ chế ức chế protease (như ritonavir, indinavir, nelfinavir, saquinavir), thuốc kháng nấm (như ketoconazol, itraconazol, posaconazol, voriconazol), thuốc điều trị viêm gan C theo cơ chế ức chế protease (như boceprevir, telaprevir), conivaptan, delavirdin, nefazodon.

Nồng độ nimodipin cũng có thể gia tăng khi dùng cùng thuốc ức chế CYP3A4 mức độ yếu hoặc trung bình. Nếu sử dụng đồng thời, nên theo dõi huyết áp, có thể cần phải giảm liều nimodipin. Các thuốc ức chế CYP3A4 mức độ trung bình và yếu bao gồm: alprazolam, amprenavir, amiodaron, aprepitant, atazanavir, cimetidin, cyclosporin, quinupristin/ dalfopristin, acid valproic, verapamil.

Nghiên cứu trên 8 người tình nguyện khỏe mạnh đã chỉ ra nồng độ nimodipin trung bình trong huyết tương tăng 50%, diện tích dưới đường cong tăng 90% sau một tuần điều trị bằng cimetidin liều 1 000 mg/ngày và nimodipin liều 90 mg/ngày. Ảnh hưởng này có thể do cimetidin ức chế CYP450, do vậy làm giảm chuyển hóa bước một của nimodipin.

Nước bưởi chùm: không khuyến cáo dùng khi đang dùng nimodipin

**Thuốc cảm ứng CYP3A4**

Nồng độ nimodipin trong huyết tương và hiệu quả có thể giảm

đáng kể khi dùng cùng thuốc cảm ứng CYP3A4 mạnh bao gồm carbamazepin, phenobarbital, phenytoin, rifampin, cỏ St. John. Vì vậy, thường tránh các phối hợp này.

Hiệu quả của nimodipin cũng có thể giảm khi dùng cùng thuốc cảm ứng CYP3A4 mức độ trung bình hoặc yếu. Cần theo dõi chặt chẽ các bệnh nhân này vì nguy cơ thuốc không đạt được hiệu quả đầy đủ và có thể cần tăng liều nimodipin. Các thuốc cảm ứng CYP3A4 mức độ trung bình và yếu bao gồm: amprenavir, aprepitant, armodafinil, bosentan, efavirenz, etravirin, modafinil, nafcilin, pioglitazon, prednison.

**Tương kỵ**

Nimodipin có tương kỵ với polyvinyl clorid (PVC), do vậy không dùng ống truyền PVC mà phải dùng ống polyethylen hoặc polypropylen thay thế, hoặc không được để nimodipin tiếp xúc với PVC.

Không được trộn dung dịch truyền nimodipin vào các chai hoặc túi truyền, hoặc các thuốc khác.

Lưu ý đến thành phần ethanol chứa trong dung dịch nimodipin.

**Quá liều và xử trí**

*Triệu chứng:* Hạ huyết áp rõ rệt, nhịp tim nhanh hoặc chậm nhịp tim. Triệu chứng khó chịu trên đường tiêu hóa và buồn nôn đã được báo cáo khi quá liều nimodipin đường uống.

*Xử trí:* Ngừng điều trị nimodipin ngay lập tức. Điều trị triệu chứng. Nếu quá liều nimodipin đường uống, rửa dạ dày và uống than hoạt. Nếu huyết áp hạ đáng kể, có thể dùng dopamin hoặc norepinephrin để nâng huyết áp.

Vì nimodipin liên kết nhiều với protein, thẩm tách máu ít khả năng loại được thuốc ra khỏi cơ thể.

*Cập nhật lần cuối:* 2019.

**NITROFURANTOIN**

**Tên chung quốc tế:** Nitrofurantoin.

**Mã ATC:** J01XE01.

**Loại thuốc:** Thuốc nitrofurantoin kháng khuẩn đường tiết niệu.

**Dạng thuốc và hàm lượng**

Viên nang: 25 mg, 50 mg, 100 mg.

Viên nang giải phóng 2 lớp: 100 mg.

Hỗn dịch uống: 25 mg/ml (300 ml).

**Dược lực học**

Nitrofurantoin là một dẫn chất nitrofuran có tác dụng kháng khuẩn. *In vitro*, thuốc có tác dụng với hầu hết các chủng vi khuẩn Gram âm và Gram dương gây bệnh đường tiết niệu. Cơ chế tác dụng kháng khuẩn của nitrofurantoin chưa được rõ và đầy đủ. Trong tế bào vi khuẩn, nitrofurantoin bị khử thành chất trung gian gây bất hoạt hoặc biến đổi protein ribosom của vi khuẩn và một số đại phân tử khác. Do đó, nitrofurantoin ức chế quá trình sinh tổng hợp protein, DNA, RNA và quá trình sinh tổng hợp vách tế bào của vi khuẩn. Thuốc có thể có tác dụng kim khuẩn hoặc diệt khuẩn tùy thuộc vào nồng độ thuốc đạt được tại vị trí nhiễm khuẩn. Khi dùng ở liều điều trị, nitrofurantoin có tác dụng diệt khuẩn tại đường niệu.

*Phổ tác dụng:* *In vitro*, nitrofurantoin có tác dụng trên nhiều vi khuẩn Gram dương và Gram âm gây bệnh ở đường tiết niệu. Các chủng Gram dương nhạy cảm với nitrofurantoin bao gồm *Staphylococcus aureus*, *S. saprophyticus*, *coagulase-negative staphylococci* (ví dụ *S. epidermidis*), *Enterococcus faecalis*, *Streptococcus agalactiae*, streptococci nhóm D, viridans streptococci và *Corynebacterium*. Các chủng Gram âm nhạy với nitrofurantoin bao gồm *Citrobacter amaloniticus*, *C. diversus*, *C. freundii*, *Klebsiella oxytoca*, *K. ozaenae*, *Enterobacter*, *Escherichia coli*, *Neisseria*, *Salmonella*.



*Shigella*. Nitrofurantoin thường bị kháng bởi phần lớn các chủng *Proteus*, *Serratia*, *Pseudomonas*, *Acinetobacter*, *Providencia*. Kháng thuốc hiếm khi xảy ra trong khi điều trị, nhưng có thể tăng khi dùng thuốc dài ngày.

#### Dược động học

Nitrofurantoin được hấp thu nhanh và hoàn toàn qua đường tiêu hóa. Tốc độ hấp thu phụ thuộc vào kích thước tinh thể của dược chất. Dạng tinh thể kích thước lớn hòa tan và hấp thu chậm hơn, nồng độ thuốc trong huyết tương thấp hơn, thời gian đạt tới nồng độ đỉnh trong nước tiểu kéo dài hơn dạng tinh thể bé. Thức ăn có thể tăng sinh khả dụng của thuốc và kéo dài khoảng thời gian nồng độ thuốc trong nước tiểu có tác dụng điều trị, ảnh hưởng của thức ăn rõ rệt hơn khi thuốc được dùng ở dạng tinh thể kích thước lớn. Chế phẩm nitrofurantoin của các nhà sản xuất khác nhau có thể không tương đương sinh học, do vậy cần theo dõi và thay đổi thuốc nếu thấy không có đáp ứng.

Khoảng 20 - 60% nitrofurantoin có liên kết với protein huyết tương. Thuốc qua được nhau thai, có thể phân bố trong mật và có thể tìm thấy ở dạng vết trong sữa mẹ. Nồng độ thuốc trong máu và các mô thấp, không đạt tới nồng độ kháng khuẩn do thuốc thải trừ nhanh. Nửa đời thải trừ trong huyết tương khoảng 0,3 - 1 giờ. Nitrofurantoin chuyển hóa ở gan và hầu hết ở các mô cơ thể, khoảng 30 - 40% liều thải trừ qua nước tiểu dưới dạng không biến đổi. Liều trung bình có thể cho nồng độ trong nước tiểu từ 50 - 200 microgam/ml ở người có chức năng thận bình thường. Tốc độ thải trừ phụ thuộc tuyến tính vào độ thanh thải creatinin, vì vậy hiệu quả điều trị giảm và nguy cơ ngộ độc tăng ở người bệnh giảm chức năng thận. Nitrofurantoin làm nước tiểu có màu nâu.

#### Chỉ định

Các trường hợp nhiễm khuẩn đường tiết niệu cấp tính không có biến chứng và mạn tính do *Escherichia coli*, *Enterococcus*, *Staphylococcus saprophyticus*, *Staphylococcus aureus* và các chủng nhạy cảm *Klebsiella*, *Enterobacter*.

Phòng nhiễm khuẩn hoặc điều trị ngăn chặn dài ngày cho những trường hợp nhiễm khuẩn tiết niệu bị tái phát.

Dự phòng nhiễm khuẩn phẫu thuật đường tiết niệu sinh dục.

#### Chống chỉ định

Quá mẫn với nitrofurantoin.

Suy thận nặng, vô niệu, thiếu niệu, suy giảm chức năng thận ( $Cl_{cr} < 60$  ml/phút).

Người bệnh thiếu hụt G6PD.

Người loạn chuyển hóa porphyrin.

Trẻ em dưới 1 tháng tuổi.

Phụ nữ mang thai giai đoạn gần sinh (38 - 42 tuần) và khi sinh, vì nguy cơ gây bệnh thiếu máu cho trẻ sơ sinh.

#### Thận trọng

Theo dõi chức năng phổi khi phải điều trị dài ngày, ngừng thuốc nếu thấy bất kỳ dấu hiệu nào gây nguy hại ở phổi.

Thận trọng với những bệnh nhân đã có tiền sử bệnh ở phổi, gan, thần kinh hoặc dị ứng. Những người mắc các bệnh như suy thận, thiếu máu, hen, đái tháo đường mất cân bằng điện giải, thiếu vitamin B có xu hướng dễ mắc bệnh lý thần kinh ngoại biên. Cần ngừng thuốc nếu thấy có dấu hiệu của bệnh lý thần kinh ngoại biên tiến triển.

Mặc dù các triệu chứng bệnh lý ở gan như viêm gan, vàng da ứ mật, hoại tử gan hiếm khi xảy ra nhưng đã thấy thông báo có trường hợp tử vong. Do vậy, cần theo dõi cẩn thận và ngừng thuốc ngay nếu có dấu hiệu viêm gan.

Theo dõi chức năng thận khi phải điều trị dài ngày. Thuốc có thể làm cho nước tiểu người bệnh có màu nâu.

Thận trọng với người bệnh cao tuổi, cần điều chỉnh liều lượng, do nguy cơ ngộ độc cao, đặc biệt là tai biến cấp đường hô hấp. Phụ nữ mang thai.

#### Thời kỳ mang thai

Cần cân nhắc và thận trọng khi chỉ định dùng nitrofurantoin để điều trị nhiễm khuẩn tiết niệu ở phụ nữ mang thai.

Chống chỉ định dùng nitrofurantoin cho phụ nữ mang thai giai đoạn gần sinh (38 - 42 tuần).

#### Thời kỳ cho con bú

Nitrofurantoin có thể sử dụng đối với người cho con bú, trừ trường hợp trẻ bị thiếu G6PD.

#### Tác dụng không mong muốn (ADR)

ADR xảy ra ở khoảng 1% người bệnh dùng thuốc. Thường gặp là các phản ứng ở đường tiêu hóa, phản ứng mẫn cảm có hội phục. Các phản ứng cấp tính và đôi khi rất nặng có thể xảy ra ở phổi, cần hết sức lưu ý.

##### Thường gặp

Toàn thân: nhức đầu.

Tiêu hóa: buồn nôn, nôn, ỉa chảy, chán ăn.

Da: ngoại ban, mày đay, ngứa.

##### Ít gặp và hiếm gặp

Thần kinh: chóng mặt, buồn ngủ.

Hô hấp: độc tính cấp trên phổi.

##### Rất hiếm gặp

Thần kinh: bệnh lý đa thần kinh ngoại biên, tăng áp lực nội sọ lạnh tính.

Tiêu hóa: độc gan.

Miễn dịch: hội chứng Stevens-Johnson, viêm da bong vảy, hội chứng giả lupus, sốt phản vệ, sốt do thuốc, tăng bạch cầu ưa acid. Máu: giảm bạch cầu đa nhân, giảm tiểu cầu, thiếu máu tan huyết ở người thiếu hụt G6PD di truyền.

Khác: rụng tóc tạm thời.

#### Hướng dẫn cách xử trí ADR

Với các trường hợp bị tổn thương ở phổi ngay cả khi ngừng thuốc, đặc biệt khi dùng thuốc dài ngày, phải được điều trị theo chuyên khoa. Khi gặp các phản ứng bệnh dây thần kinh ngoại biên, cần ngừng thuốc ngay và điều trị triệu chứng, hỗ trợ nếu cần.

Trường hợp viêm ruột có giả mạc có thể tăng khi dùng các thuốc chống nhiễm khuẩn. Trường hợp nhẹ có thể hết khi ngừng thuốc.

Trường hợp trung bình đến nặng có thể phải cho truyền dịch, cung cấp điện giải, thay thế protein. Nếu người bệnh không đáp ứng với các liệu pháp này hoặc trong những trường hợp nặng hơn, sử dụng các thuốc kháng khuẩn nếu cần.

#### Liều lượng và cách dùng

**Cách dùng:** Thuốc dùng đường uống. Để giảm phản ứng đối với dạ dày - ruột, đồng thời làm tăng hấp thu và dung nạp thuốc, nên uống nitrofurantoin cùng sữa hoặc bữa ăn.

##### Liều dùng:

**Người lớn:** Uống 50 - 100 mg/lần, 4 lần/ngày. Nếu dùng viên giải phóng 2 lớp, uống 100 mg, cách nhau mỗi 12 giờ. Đợt điều trị ít nhất 7 ngày hoặc cho tới 3 ngày sau khi cấy vi khuẩn nước tiểu cho kết quả âm tính.

Phòng tái phát: 50 - 100 mg, 1 lần mỗi ngày, uống trước khi đi ngủ. Dự phòng nhiễm khuẩn phẫu thuật niệu sinh dục: dùng viên giải phóng 2 lớp, 100 mg, 2 lần mỗi ngày vào ngày làm phẫu thuật và 3 ngày sau đó.

**Trẻ em > 1 tháng tuổi:** Liều thường dùng 3 mg/kg/ngày, chia 4 lần. Có thể dùng mức liều cao hơn là 5 - 7 mg/kg/24 giờ, chia 4 lần. Đợt điều trị ít nhất 7 ngày hoặc cho tới 3 ngày sau khi cấy vi khuẩn nước tiểu cho kết quả âm tính.

Phòng tái phát: Dùng dài ngày với liều 1 mg/kg/ngày, uống 1 lần



trước khi đi ngủ hoặc chia làm 2 lần/ngày.

*Người suy thận:*  $Cl_{cr} > 60$  ml/phút: dùng như liều bình thường. Không dùng trong trường hợp  $Cl_{cr} < 60$  ml/phút, thăm tách máu hoặc thăm phân màng bụng.

**Tương tác thuốc**

Nitrofurantoin và các kháng sinh nhóm quinolon đối kháng *in vitro*, nhưng chưa rõ tương tác trên lâm sàng.

Tác dụng kháng khuẩn của thuốc giảm khi có mặt các chất ức chế carbonic anhydrase và các thuốc khác làm kiềm hóa nước tiểu, do vậy không nên dùng đồng thời.

Các thuốc thải acid uric niệu, như probenecid, sulfapyrazon có thể ức chế bài tiết nitrofurantoin ở ống thận, làm tăng nồng độ trong máu, tăng nguy cơ ngộ độc và làm giảm hiệu quả điều trị viêm đường tiết niệu.

Thuốc kháng acid có chứa magnesi trisilicat có thể làm giảm hấp thu nitrofurantoin qua đường tiêu hóa.

Nitrofurantoin có thể gây phản ứng dương tính giả, khi xét nghiệm glucose niệu bằng phương pháp khử đồng.

**Tương kỵ**

Nitrofurantoin tương kỵ với đệm citrat, phản ứng tạo thành tạp chất acid 3 - (5 -nitrofururyliden amino) hydantonic.

**Quá liều và xử trí**

*Triệu chứng:* Chủ yếu là nôn.

*Xử trí:* Để giảm hấp thu khi dùng quá liều, gây nôn nếu bệnh nhân không tự nôn được.

Không có thuốc giải độc đặc hiệu, chủ yếu duy trì cung cấp lượng dịch truyền lớn để tăng cường bài tiết thuốc qua nước tiểu. Thăm tách máu nếu cần loại thuốc nhanh hơn.

Chăm sóc hỗ trợ, chú ý rối loạn tâm thần.

*Cập nhật lần cuối:* 2020.

**NIZATIDIN**

**Tên chung quốc tế:** Nizatidine.

**Mã ATC:** A02BA04.

**Loại thuốc:** Thuốc kháng thụ thể histamin  $H_2$ .

**Dạng thuốc và hàm lượng**

Viên nén: 75 mg.

Viên nang: 150 mg, 300 mg.

Dung dịch uống: 15 mg/ml (473 ml, 480 ml).

**Dược lực học**

Nizatidin ức chế cạnh tranh với tác dụng của histamin ở thụ thể  $H_2$  của các tế bào thành dạ dày, làm giảm bài tiết acid dịch vị cả ngày và đêm, cả khi bị kích thích do thức ăn, histamin, pentagastrin, cafein, insulin. Hoạt tính kháng thụ thể  $H_2$  của nizatidin có tác dụng thuận nghịch. Tác dụng ức chế bài tiết acid dịch vị do kích thích của nizatidin tương tự như ranitidin và mạnh hơn cimetidin 4 - 10 lần. Sau khi uống một liều nizatidin 300 mg, bài tiết acid dạ dày vào ban đêm bị ức chế 90%, kéo dài tới 10 giờ và bài tiết acid dạ dày do kích thích bởi thức ăn bị ức chế 97% kéo dài tới 4 giờ. Tùy theo liều dùng, nizatidin cũng gián tiếp làm giảm bài tiết pepsin do giảm bài tiết acid dịch vị.

Tác dụng ức chế của nizatidin đối với bài tiết acid dạ dày không có tính chất tích lũy và tính nhờn thuốc cũng không phát triển nhanh. Đa số nghiên cứu cho là không có hiện tượng tăng bài tiết acid dạ dày sau khi hoàn thành điều trị ở người bị loét tá tràng. Nizatidin gây tăng bài tiết yếu tố nội tại do betazol kích thích. Thuốc có thể bảo vệ niêm mạc dạ dày, chống lại tác dụng kích ứng của một số thuốc (như thuốc chống viêm không steroid).

Nizatidin không tác dụng nhiều đến nồng độ trong huyết thanh của gastrin, gonadotropin, prolactin, hormon tăng trưởng, hormon chống bài niệu, hormon tuyến cận giáp, thyrotropin (TSH), thyroxin (T4) hoặc triiodothyronin (T3), cortison, testosteron, 5- $\alpha$ -dihydrotestosteron hoặc estradiol.

**Dược động học**

*Hấp thu:* Nizatidin hấp thu nhanh, dễ dàng và gần như hoàn toàn qua đường tiêu hóa nên sinh khả dụng khi uống khoảng 70%, có thể tăng nhẹ khi có mặt thức ăn và giảm nhẹ khi có mặt thuốc kháng acid, nhưng thay đổi này không có ý nghĩa lâm sàng. Dùng đường tĩnh mạch, tác dụng ức chế bài tiết acid dạ dày bắt đầu trong vòng 30 phút. Thời gian và mức độ ức chế bài tiết acid dạ dày do nizatidin phụ thuộc vào liều, sự ức chế tối đa ở liều uống 300 mg. Ức chế bài tiết acid kích thích thức ăn thường tồn tại đến 4 giờ sau khi dùng liều nizatidin 150 mg hoặc 300 mg.

*Phân bố:* Nizatidin gắn khoảng 35% vào protein huyết tương, thể tích phân bố là 0,8 - 1,5 lít/kg ở người lớn. Nizatidin qua được nhau thai và phân bố vào sữa mẹ. Trong một nghiên cứu dùng thuốc cho người mẹ đang cho con bú, khoảng 0,1% liều uống đã tìm thấy trong sữa mẹ. Chưa biết là nizatidin có vào được dịch não tủy hay không, tuy rằng đa số các thuốc kháng thụ thể  $H_2$  qua được hàng rào máu - não.

*Chuyển hóa:* Nizatidin chuyển hóa một phần nhỏ ở gan, các chất chuyển hóa đã được xác định là: Nizatidin N-2-oxyd, nizatidin S-oxyd, N-2-monodesmethylnizatidin, trong đó N-2-monodesmethylnizatidin có khoảng 60% hoạt tính của nizatidin.

*Thời trừ:* Nửa đời thải trừ khoảng 1 - 2 giờ, hầu như không bị ảnh hưởng do tuổi, nhưng kéo dài khi suy thận. Ở người bệnh có chức năng thận bình thường, trên 90% liều uống của nizatidin thải trừ qua nước tiểu trong vòng 12 - 16 giờ, khoảng 60 - 65% dưới dạng không chuyển hóa. Dưới 6% liều uống của nizatidin được thải trừ qua phân.

**Chỉ định**

Điều trị đợt cấp loét tá tràng, loét dạ dày lành tính (bao gồm cả loét do sang chấn tâm lý (stress) hay do thuốc chống viêm không steroid.

Điều trị duy trì để phòng tái phát loét tá tràng, loét dạ dày lành tính sau khi vết loét đã liền.

Điều trị trào ngược dạ dày - thực quản.

Làm giảm các triệu chứng rối loạn tiêu hóa do thừa acid dịch vị (ợ nóng, khó tiêu, ợ chua).

**Chống chỉ định**

Quá mẫn với các thuốc kháng thụ thể histamin  $H_2$ .

**Thận trọng**

Trước khi dùng nizatidin để điều trị loét dạ dày, phải loại trừ khả năng ung thư, vì thuốc có thể che lấp các triệu chứng và làm chậm chẩn đoán ung thư.

Mẫn cảm chéo: Những người bệnh mẫn cảm với một trong những thuốc kháng thụ thể histamin  $H_2$  có thể cũng mẫn cảm với các thuốc khác trong nhóm kháng thụ thể histamin  $H_2$ .

Dùng thận trọng và giảm liều và/hoặc kéo dài khoảng cách giữa các lần dùng thuốc ở người suy thận ( $Cl_{cr} < 50$  ml/phút) vì thuốc được thải trừ chủ yếu qua thận.

Cần nhắc nguy cơ/lợi ích khi dùng ở người xơ gan hoặc suy gan (có thể phải giảm liều hoặc kéo dài khoảng cách giữa các lần dùng thuốc).

Độ an toàn và hiệu quả của nizatidin đối với trẻ dưới 12 tuổi chưa được chứng minh.

**Thời kỳ mang thai**

Nizatidin qua được nhau thai. Các nghiên cứu dùng nizatidin ở phụ