

chứng an thần kinh ác tính. Điều trị hỗ trợ tích cực và theo dõi chặt bệnh nhân. Cần thận trọng khi sử dụng lại olanzapin cho bệnh nhân sau khi xuất hiện hội chứng an thần kinh ác tính: Nên lựa chọn các thuốc ít gây hội chứng này hơn và cần tăng liều từ từ cho bệnh nhân.

Ngừng thuốc hoặc giảm liều olanzapin nếu xuất hiện loạn động muộn trong quá trình sử dụng thuốc.

Giảm liều hoặc dùng thuốc ngày 1 lần lúc đi ngủ, nếu xuất hiện buồn ngủ trong quá trình sử dụng olanzapin.

Sử dụng các biện pháp điều trị dùng thuốc hoặc không dùng thuốc để điều chỉnh rối loạn lipid huyết nếu xuất hiện trong quá trình điều trị bằng olanzapin. Có thể cân nhắc sử dụng thay thế bằng các thuốc an thần kinh khác ít gây ảnh hưởng trên chuyển hóa lipid như risperidon, ziprasidon hay aripiprazol.

**Liều lượng và cách dùng**

**Cách dùng**

Olanzapin được dùng đường uống, có thể uống trong bữa ăn hoặc cách xa bữa ăn. Viên nén phân tán chứa olanzapin chỉ nên được tách khỏi vỉ thiếc ngay trước khi sử dụng, đặt ngay vào miệng để được hòa tan bởi nước bọt sau đó nuốt với nước hoặc không cần dùng nước. Các bệnh nhân có biểu hiện buồn ngủ kéo dài có thể sử dụng liều hàng ngày vào buổi tối trước khi đi ngủ.

Với dạng tiêm bắp, dùng nước cất pha tiêm để hòa tan. Dung dịch này cần được sử dụng trong vòng 1 giờ sau khi hòa tan và chỉ được dùng để tiêm bắp sâu vào vùng cơ lớn, không được tiêm dưới da hoặc tiêm tĩnh mạch. Viên olanzapin thông thường và viên nén phân tán có tác dụng tương đương.

Liều dùng của olanzapin phải được hiệu chỉnh thận trọng trên từng bệnh nhân và sử dụng liều thấp nhất có hiệu quả.

**Liều lượng**

*Liều dùng cho người lớn*

*Điều trị tâm thần phân liệt:* Liều khởi đầu 10 mg, uống ngày 1 lần, hiệu chỉnh liều theo đáp ứng, liều tối đa khuyến cáo 20 mg/ngày.

Liều duy trì: 10 - 20 mg/ngày, uống ngày 1 lần.

Đối với những bệnh nhân suy nhược, dễ hạ huyết áp hoặc những bệnh nhân chuyển hóa olanzapin chậm (phụ nữ, người không hút thuốc hoặc bệnh nhân trên 65 tuổi) rất nhạy cảm với tác dụng của olanzapin, liều khởi đầu khuyến cáo là 5 mg/ngày.

*Dự phòng rối loạn lưỡng cực tái phát:* Liều khởi đầu 10 mg/ngày, uống ngày 1 lần, hiệu chỉnh liều theo đáp ứng. Liều duy trì 5 - 20 mg/ngày. Liều tối đa 20 mg/ngày.

*Điều trị rối loạn hưng cảm:* Liều khởi đầu 15 mg/ngày, uống ngày 1 lần, hiệu chỉnh liều theo đáp ứng. Liều duy trì 5 - 20 mg/ngày. Liều tối đa 20 mg/ngày.

*Cơn kích động cấp do tâm thần phân liệt hoặc do bệnh hưng cảm:*

Tiêm bắp olanzapin, khởi đầu 5 - 10 mg/liều (thường là 10 mg), sau 2 giờ có thể thêm 5 - 10 mg nữa nếu cần thiết. Người cao tuổi: Khởi đầu 2,5 - 5 mg, sau 2 giờ có thể thêm 2,5 - 5 mg nữa nếu cần thiết. Trong 24 giờ không tiêm quá 3 liều và liều tối đa kể cả đường tiêm và đường uống không vượt quá 20 mg/ngày. Thời gian tiêm bắp tối đa là 3 ngày và phải chuyển ngay sang uống khi có thể.

*Bệnh nhân suy thận:* Không cần hiệu chỉnh liều cho bệnh nhân suy thận.

*Bệnh nhân suy gan:* Cần hiệu chỉnh liều cho bệnh nhân suy gan. Tuy nhiên chưa có khuyến cáo hiệu chỉnh liều đặc hiệu nào được đưa ra. Cần theo dõi chặt bệnh nhân.

**Tương tác thuốc**

*Tránh phối hợp:* Không nên phối hợp olanzapin với các thuốc điều trị Parkinson trên bệnh nhân Parkinson và sa sút trí tuệ do tăng

nguy cơ tử vong. Tránh phối hợp olanzapin với metoclopramid do tăng nguy cơ xuất hiện hội chứng ngoại tháp, hội chứng an thần kinh ác tính.

*Các thuốc cần thận trọng khi phối hợp*

Làm tăng tác dụng và độc tính của olanzapin: Dùng đồng thời olanzapin với các thuốc ức chế hệ TKTW (rượu, các dẫn chất benzodiazepin) làm tăng tác dụng hạ huyết áp tư thế của olanzapin. Các thuốc ức chế CYP1A2 (ciprofloxacin, fluvoxamin, các thuốc ức chế CYP1A2 khác) làm tăng nồng độ olanzapin trong máu do đó có thể làm tăng tác dụng và độc tính của thuốc, có thể cần dùng liều khởi đầu thấp hơn hoặc giảm liều duy trì nếu cần. Than hoạt làm giảm sinh khả dụng của olanzapin, do vậy nên uống ít nhất 2 giờ trước hoặc sau khi uống olanzapin.

Làm giảm tác dụng của olanzapin: Các thuốc gây cảm ứng CYP1A2 (carbamazepin, thuốc lá) làm giảm nồng độ olanzapin trong máu, có thể cần tăng liều nếu cần.

Làm tăng tác dụng và độc tính của một số thuốc khác: Olanzapin làm tăng tác dụng (táo bón, khô miệng, bí tiểu, an thần, rối loạn thị giác) của các thuốc kháng cholinergic, làm tăng tác dụng hạ huyết áp của các thuốc chống tăng huyết áp, làm tăng tác dụng kéo dài khoảng QT của các thuốc có nguy cơ.

Làm giảm tác dụng và độc tính của một số thuốc khác: Olanzapin có thể làm giảm tác dụng của levodopa và các thuốc chủ dopamin.

**Tương kỵ**

Dung dịch tiêm bắp chứa olanzapin không được trộn lẫn với dung dịch có chứa các dẫn chất benzodiazepin (lorazepam, diazepam) do tạo kết tủa. Dung dịch tiêm bắp có chứa haloperidol không được trộn cùng bơm tiêm với dung dịch tiêm bắp chứa olanzapin do pH kiểm của dung dịch này sẽ phá hủy được chất olanzapin.

**Quá liều và xử trí**

*Triệu chứng:* Quá liều gây tử vong ở bệnh nhân thường với mức liều trên 450 mg. Các triệu chứng quá liều thường gặp: loạn nhịp nhanh, kích động, rối loạn ngôn ngữ, hội chứng ngoại tháp, suy giảm ý thức từ mức độ an thần cho đến hôn mê, đôi khi xuất hiện mê sảng, co giật, hội chứng thần kinh ác tính, suy hô hấp, tăng hoặc giảm huyết áp, ngừng tim và hô hấp.

*Xử trí:* Chưa có thuốc giải độc đặc hiệu. 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.

*Cập nhật lần cuối:* 2017.

**OMEPRAZOL**

**Tên chung quốc tế:** Omeprazole.

**Mã ATC:** A02BC01.

**Loại thuốc:** Thuốc ức chế tiết acid dạ dày thuộc nhóm ức chế bơm proton.

**Dạng thuốc và hàm lượng**

Viên nén bao tan trong ruột: 10 mg, 20 mg, 40 mg.

Viên nang bao tan trong ruột: 10 mg, 20 mg, 40 mg.

Cốm bao tan trong ruột pha hỗn dịch uống: 2,5 mg/gói, 10 mg/gói, 20 mg/gói, 40 mg/gói.

Bột đông khô pha tiêm: 40 mg (dùng dạng muối natri, hàm lượng tính theo omeprazol).

**Được lực học**

Omeprazol là một benzimidazol đã gắn các nhóm thế, có cấu trúc

và tác dụng tương tự như pantoprazol, lansoprazol, esomeprazol và rabeprazol. Omeprazol là tiền thuốc, cần được hoạt hóa trong môi trường acid. Sau khi hấp thu vào cơ thể, thuốc đi tới tế bào thành của niêm mạc dạ dày và tích lũy tại tiểu quản tiết acid của tế bào. Tại đây, thuốc được hoạt hóa trong môi trường acid và tạo liên kết hóa trị bền vững, không phục hồi với  $H^+/K^+ATPase$  là enzym có vai trò tiết proton  $H^+$  vào trong lòng dạ dày. Quá trình tiết acid dạ dày chỉ hồi phục sau khi bơm proton mới được tạo thành, nhờ vậy thuốc có tác dụng kéo dài 24 giờ, mặc dù nửa đời thải trừ của thuốc tương đối ngắn. Do ức chế giai đoạn cuối cùng của sự tiết acid dạ dày, thuốc có hiệu quả giảm tiết acid do mọi nguyên nhân, bao gồm cả giảm tiết acid dạ dày nền.

Các thuốc ức chế bơm proton có tác dụng ức chế nhưng không diệt trừ được *Helicobacter pylori*, nên phải phối hợp với các kháng sinh (như amoxicilin, tetracyclin và clarithromycin) mới có thể diệt trừ có hiệu quả vi khuẩn này.

#### Dược động học

**Hấp thu:** Omeprazol bị phá hủy trong môi trường acid. Để dùng đường uống, thuốc phải được bào chế dưới dạng các hạt bao tan trong ruột rồi đóng vào nang hoặc dập thành viên nén để tránh sự phá hủy của acid dạ dày. Omeprazol được hấp thu nhanh nhưng thay đổi sau khi uống. Mức độ và tốc độ hấp thu của omeprazol phụ thuộc vào dạng bào chế. Sự hấp thu không bị ảnh hưởng đáng kể bởi thức ăn. Sự hấp thu của omeprazol cũng phụ thuộc vào liều dùng; tăng liều trên 40 mg đã được báo cáo là làm tăng nồng độ thuốc trong huyết tương theo kiểu phi tuyến tính do chuyển hóa bước đầu qua gan có thể được bão hòa. Ngoài ra, sinh khả dụng cao hơn nếu dùng thuốc trong thời gian dài.

Sinh khả dụng của omeprazol có thể tăng ở bệnh nhân cao tuổi, người suy gan, nhưng không bị ảnh hưởng rõ ở người suy thận.

**Phân bố:** Thể tích phân bố của thuốc là 0,34 - 0,37 lít/kg. Thuốc gắn protein huyết tương khoảng 95%.

**Chuyển hóa, thải trừ:** Sau khi hấp thu, omeprazol được chuyển hóa hầu như hoàn toàn ở gan, chủ yếu nhờ isoenzym CYP2C19 của cytochrom P450 để thành hydroxy omeprazol và một phần nhỏ chuyển hóa qua CYP3A4 để thành omeprazol sulfon. Các chất chuyển hóa này không có hoạt tính và được đào thải chủ yếu qua nước tiểu và một phần qua phân. Nửa đời thải trừ trong huyết tương ngắn (từ 30 phút - 3 giờ), nhưng thuốc có thời gian tác dụng dài (do sự gắn kéo dài của thuốc vào  $H^+/K^+ATPase$ ).

#### Chỉ định

Loét dạ dày - tá tràng. Phối hợp với kháng sinh để điều trị diệt trừ *Helicobacter pylori* ở bệnh nhân loét dạ dày tá tràng.

Điều trị và dự phòng loét do thuốc chống viêm không steroid.

Bệnh trào ngược dạ dày - thực quản.

Hội chứng Zollinger - Ellison.

Khó tiêu do tăng tiết acid.

Dự phòng hít phải acid trong khi gây mê toàn thân.

#### Chống chỉ định

Quá mẫn với thuốc.

#### Thận trọng

Trước khi cho người bị loét dạ dày dùng omeprazol hoặc các thuốc ức chế bơm proton khác, phải loại trừ khả năng bị u ác tính dạ dày hoặc thực quản (thuốc có thể che lấp các triệu chứng, do đó làm muộn chẩn đoán).

Dùng omeprazol kéo dài có thể gây viêm teo dạ dày hoặc tăng nguy cơ nhiễm khuẩn (như viêm phổi mắc phải tại cộng đồng).

Có thể tăng nguy cơ tiêu chảy do *Clostridium difficile* khi dùng các thuốc ức chế bơm proton, đặc biệt ở người bệnh có một hoặc nhiều yếu tố nguy cơ nhiễm *Clostridium difficile*. Sử dụng các chất ức

chế bơm proton có thể làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn đường tiêu hóa (ví dụ nhiễm *Salmonella*, *Campylobacter*).

Khi dùng các thuốc ức chế bơm proton, đặc biệt với liều cao (nhiều lần/ngày) và kéo dài ( $\geq 1$  năm), có thể làm tăng nguy cơ gãy xương chày, xương cổ tay hoặc cột sống do loãng xương. Cơ chế của hiện tượng này chưa được giải thích, nhưng có thể do giảm hấp thu calci không hòa tan do tăng pH dạ dày. Khuyến cáo dùng liều thấp nhất có tác dụng trong thời gian ngắn nhất có thể, phù hợp với tình trạng lâm sàng. Những bệnh nhân có nguy cơ gãy xương do loãng xương nên dùng đủ calci và vitamin D, đánh giá tình trạng xương và điều trị nếu cần.

Hạ maggesi huyết (có hoặc không có triệu chứng) hiếm khi gặp ở người bệnh dùng thuốc ức chế bơm proton kéo dài (ít nhất 3 tháng hoặc trong hầu hết các trường hợp dùng kéo dài trên 1 năm).

#### Thời kỳ mang thai

Trên động vật không ghi nhận omeprazol có khả năng gây dị tật và độc hại cho bào thai. Trên lâm sàng, cho tới nay cũng chưa ghi nhận tác dụng độc hại nào cho thai. Tuy nhiên, thời gian theo dõi chưa đủ để loại trừ mọi nguy cơ. Vì vậy, việc sử dụng omeprazol trong thời gian mang thai chỉ được xem xét khi thật cần thiết.

#### Thời kỳ cho con bú

Omeprazol được tiết vào sữa mẹ. Kinh nghiệm còn hạn chế cho thấy, omeprazol liều thấp (dưới 20 mg/ngày) hiện diện trong sữa mẹ với nồng độ rất thấp và không gây ảnh hưởng tới trẻ bú mẹ. Tuy nhiên, do dữ liệu rất hạn chế, cần cân nhắc lợi ích nguy cơ cho trẻ và mẹ khi quyết định dùng thuốc trong thời gian đang cho con bú.

#### Tác dụng không mong muốn (ADR)

Omeprazol dung nạp tốt và ADR tương đối ít gặp, thường lành tính và có hồi phục.

##### Thường gặp

Toàn thân: nhức đầu, buồn ngủ, chóng mặt.

Tiêu hóa: tiêu chảy, buồn nôn, nôn, đau bụng, táo bón, trướng bụng.

##### Ít gặp

Thần kinh: mất ngủ, rối loạn cảm giác, mệt mỏi.

Da: mề đay, ngứa, nổi ban.

Gan: tăng transaminase nhất thời.

##### Hiếm gặp

Toàn thân: đổ mồ hôi, phù ngoại biên, quá mẫn bao gồm phù mạch, sốc phản vệ.

Huyết học: giảm bạch cầu, giảm tiểu cầu, giảm toàn bộ các dòng tế bào máu, mất bạch cầu hạt, thiếu máu tán huyết tự miễn.

Da: hồng ban đa dạng, hội chứng Stevens-Johnson, hoại tử da nhiễm độc.

Thần kinh: lú lẫn có hồi phục, kích động, trầm cảm, ảo giác ở người bệnh cao tuổi và đặc biệt ở người bệnh nặng, rối loạn thính giác.

Nội tiết: vú to ở đàn ông.

Tiêu hóa: viêm dạ dày, nhiễm nấm *Candida*, khô miệng.

Gan: viêm gan kèm vàng da hoặc không vàng da, bệnh não - gan ở người suy gan từ trước.

Hô hấp: co thắt phế quản.

Cơ - xương: đau khớp, đau cơ, yếu cơ.

Tiết niệu, sinh dục: viêm thận kẽ.

Các thuốc ức chế bơm proton có thể làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn đường tiêu hóa do tác dụng ức chế tiết acid dịch vị.

#### Hướng dẫn cách xử trí ADR

Phải ngừng thuốc khi có biểu hiện ADR nặng.

#### Liều lượng và cách dùng

##### Cách dùng

Đường uống: Omeprazol phải uống lúc đói (trước khi ăn 1 giờ).

Cần nuốt viên thuốc nguyên vẹn, không được nhai hoặc nghiền.

Bột pha hỗn dịch uống nên được pha với nước, khuấy đều, để yên trong 2 - 3 phút và uống luôn (hoặc trong vòng 30 phút sau khi pha).

Với những người khó nuốt hoặc trẻ em dưới 6 tuổi, có thể mờ viên nang hoặc bẻ viên nên chứa các hạt bao kháng acid rồi trộn với một loại thực phẩm hơi acid (pH < 5) như sữa chua, nước cam rồi cho nuốt ngay mà không nhai.

**Tiêm, truyền tĩnh mạch:**

Hoàn nguyên lọ thuốc bằng dung môi đi kèm hoặc 5 ml natri clorid 0,9% hoặc glucose 5%, sau đó có thể pha loãng bằng natri clorid 0,9% hoặc glucose 5%. Ở những bệnh nhân không sử dụng được omeprazol đường uống, có thể dùng ngắn hạn natri omeprazol đường truyền tĩnh mạch với liều tương đương 40 mg omeprazol trong thời gian từ 20 - 30 phút trong 100 ml dung dịch natri clorid 0,9% hoặc glucose 5%. Thuốc cũng có thể dùng theo đường tiêm tĩnh mạch chậm trong 5 phút.

**Liều dùng**

Người lớn:

Điều trị loét dạ dày - tá tràng: Uống hàng ngày một liều 20 mg, hoặc 40 mg trong trường hợp nặng. Với loét tá tràng, uống 20 mg - 40 mg/ngày trong 4 tuần, còn với loét dạ dày uống 20 - 40 mg/ngày trong 8 tuần.

Để diệt trừ *Helicobacter pylori* trong bệnh loét dạ dày - tá tràng, phối hợp omeprazol với các thuốc kháng khuẩn trong phác đồ 3 hoặc 4 thuốc trong 10 - 14 ngày. Trong các phác đồ này, liều của omeprazol là 20 mg, uống 2 lần/ngày hoặc 40 mg, uống 1 lần/ngày. Sau khi kết thúc phác đồ, omeprazol có thể tiếp tục thêm 4 - 8 tuần nữa.

Điều trị loét liên quan đến dùng thuốc chống viêm không steroid: dùng liều 20 mg omeprazol uống hàng ngày; liều 20 mg hàng ngày cũng có thể dùng để dự phòng cho bệnh nhân có tiền sử thương tổn dạ dày - tá tràng mà vẫn phải tiếp tục điều trị thuốc chống viêm không steroid.

Điều trị bệnh trào ngược dạ dày - thực quản: Liều thường dùng là 20 mg omeprazol uống ngày một lần trong 4 tuần, sau đó thêm 4 - 8 tuần nữa nếu chưa lành hẳn. Trường hợp viêm thực quản kháng trị, có thể dùng liều hàng ngày là 40 mg. Điều trị duy trì viêm thực quản sau khi lành là 20 mg ngày một lần và với trào ngược acid là 10 mg mỗi ngày.

Người bệnh bị hội chứng Zollinger - Ellison: Liều khởi đầu là 60 mg omeprazol uống một lần mỗi ngày, rồi điều chỉnh nếu cần thiết. Đa số bệnh nhân được kiểm soát hữu hiệu bằng các liều trong khoảng 20 - 120 mg mỗi ngày, nhưng các liều tới 120 mg, 3 lần một ngày cũng đã từng được sử dụng. Các liều hàng ngày trên 80 mg phải được chia nhỏ (thường là 2 lần).

Để giảm bớt chứng khó tiêu liên quan đến acid, omeprazol được uống hàng ngày với liều 10 hoặc 20 mg trong từ 2 - 4 tuần.

Omeprazol cũng được dùng để dự phòng chống sặc acid trong quá trình gây mê, với liều 40 mg uống buổi tối hôm trước khi mổ và một liều 40 mg nữa vào khoảng 2 - 6 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở người cao tuổi, không cần thiết phải điều chỉnh liều lượng.

Ở người suy thận, sinh khả dụng của omeprazol thay đổi không đáng kể.

Ở người suy gan, diện tích dưới đường cong tăng và sự đào thải của thuốc chậm lại; một liều 20 mg omeprazol mỗi ngày thường là đủ cho những người bệnh này.

Trẻ em:

Để điều trị bệnh trào ngược dạ dày - thực quản, Zollinger - Ellison, điều trị biến chứng loét dạ dày tá tràng do thuốc chống viêm không steroid, xơ phổi, chứng khó tiêu do rối loạn tiết acid ở trẻ em, liều được xác định theo thể trọng như sau:

Trẻ sơ sinh: 700 microgam/kg, ngày 1 lần, trong 7 - 10 ngày, sau đó tăng lên nếu cần tới 1,4 - 2,8 mg/kg/ngày.

Trẻ 1 tháng - 1 năm (5 - < 10 kg): 700 microgam/kg/ngày, tăng lên nếu cần tới 3 mg/kg, ngày 1 lần (tối đa 20 mg/liều).

Trẻ 2 - 17 tuổi (10 - 20 kg): Uống 10 mg, ngày 1 lần, có thể tăng liều nếu cần tới 20 mg/ngày.

Trẻ 2 - 17 tuổi (> 20 kg): 20 mg, ngày 1 lần, có thể tăng liều nếu cần tới 40 mg/ngày.

Liều diệt trừ *Helicobacter pylori* trong phác đồ 3 thuốc: Trẻ 1 - 11 tuổi: 1 - 2 mg/kg/ngày (tối đa 40 mg). Trẻ > 12 tuổi: 40 mg/ngày.

Với liều tiêm ở trẻ em, có thể tiêm tĩnh mạch 500 microgam/kg (tối đa 20 mg) ngày một lần ở trẻ em từ 1 tháng - 12 tuổi và có thể tăng lên tới 2 mg/kg (tối đa 40 mg) ngày 1 lần, tiêm trong tối thiểu 5 phút.

**Tương tác thuốc**

Omeprazol chuyển hóa qua cytochrom P450, chủ yếu là CYP2C19 và một phần nhỏ qua CYP3A4. Các thuốc cảm ứng mạnh CYP2C19 hoặc CYP3A4 như rifampin, cỏ St John's wort làm giảm đáng kể nồng độ omeprazol. Clarithromycin có thể làm tăng tới 89% diện tích dưới đường cong của omeprazol do ức chế CYP3A4.

Omeprazol ức chế CYP2C19, do đó làm kéo dài thời gian thải trừ của diazepam, warfarin, phenytoin, cyclosporin, disulfiram, benzodiazepin, cần cân nhắc điều chỉnh liều các thuốc này khi bắt đầu hoặc ngừng điều trị với omeprazol. Không khuyến cáo dùng omeprazol với clopidogrel do omeprazol ức chế chuyển clopidogrel sang dạng có hoạt tính, làm giảm tác dụng của clopidogrel.

Omeprazol làm giảm hấp thu của một số thuốc có mức độ hấp thu phụ thuộc vào acid dạ dày như ketoconazol, erlotinib, ampicilin dạng este, muối sắt, digoxin.

Omeprazol dùng kèm với thuốc lợi tiểu hoặc các thuốc khác gây hạ magiesi máu có thể làm trầm trọng hơn tình trạng hạ magiesi. Cần theo dõi nồng độ magiesi huyết trước khi điều trị và định kỳ sau đó.

Omeprazol làm tăng nồng độ của methotrexat và chất chuyển hóa, có thể làm tăng độc tính của methotrexat. Nhà sản xuất khuyến cáo có thể cân nhắc tạm ngừng omeprazol khi cần sử dụng methotrexat liều cao.

**Tương kỵ**

Tương kỵ với lorazepam, midazolam, vancomycin. Không được trộn hoặc pha dung dịch omeprazol để tiêm tĩnh mạch với các dung dịch tiêm truyền tĩnh mạch khác.

**Quá liều và xử trí**

Liều uống một lần tới 160 mg, liều tiêm tĩnh mạch một lần tới 80 mg, liều tiêm tĩnh mạch một ngày tới 200 mg và liều 520 mg tiêm tĩnh mạch trong thời gian 3 ngày vẫn dung nạp tốt. Trong y văn, có thông báo về 2 trường hợp quá liều omeprazol. Các biểu hiện lâm sàng chủ yếu là buồn ngủ, nhức đầu (có lẽ do chất chuyển hóa) và tim đập nhanh. Cả hai bệnh nhân đều hồi phục, không có biến cố gì và cũng không phải điều trị đặc biệt gì.

*Cập nhật lần cuối: 2019.*

**ONDANSETRON**

**Tên chung quốc tế:** Ondansetron.

**Mã ATC:** A04AA01.

**Loại thuốc:** Thuốc chống nôn, đối kháng chọn lọc thụ thể 5-HT<sub>3</sub>.

**Dạng thuốc và hàm lượng**

Viên nén tan rã trong miệng, viên nén bao phim: 4 mg, 8 mg.

Dung dịch uống, siro uống: 4 mg/5 ml.