

**Thời kỳ cho con bú**

Oxytetracyclin phân bố trong sữa mẹ. Mặc dù các tetracyclin có thể tạo phức không tan với calci trong sữa mẹ nên không được hấp thu, vẫn không nên dùng oxytetracyclin trong thời kỳ cho con bú vì khả năng biến màu răng vĩnh viễn, giảm sản men răng, ức chế sự phát triển xương. Bà mẹ cần nhắc không nên dùng oxytetracyclin hoặc không cho con bú khi dùng thuốc này.

**Tác dụng không mong muốn (ADR)**

Những ADR thường gặp nhất của oxytetracyclin là ở đường tiêu hóa và phụ thuộc vào liều như buồn nôn, nôn, ỉa chảy, chán ăn và khó chịu ở bụng. Những phản ứng ở đường tiêu hóa xảy ra nhiều nhất khi uống, nhưng cũng có thể xảy ra khi tiêm bắp.

*Thường gặp và rất thường gặp*

Tiêu hóa: buồn nôn, ỉa chảy.

Khác: biến thẫm màu răng vĩnh viễn và giảm sản men răng (trẻ nhỏ).

*Ít gặp*

TKTW: giả u não.

Da: ngứa, viêm da tróc vảy.

Nội tiết và chuyển hóa: hội chứng đái tháo nhạt.

*Hiếm gặp và rất hiếm gặp*

Phản ứng da, mẫn cảm ánh sáng.

Tiêu hóa: viêm thực quản, loét thực quản.

Tại chỗ: viêm tĩnh mạch huyết khối (khi tiêm).

*Chưa xác định được tần suất*

TKTW: tăng áp lực nội sọ, thóp phồng ở trẻ nhỏ.

Bội nhiễm, phản vệ, nhiễm sắc tố ở móng tay chân, phản ứng quá mẫn, bội nhiễm nấm *Candida*.

Huyết học và hệ tạo máu, tim mạch, viêm tụy, gan mật, rối loạn chức năng gan, thận.

**Hướng dẫn cách xử trí ADR**

Khi có phản ứng mẫn cảm ảnh hưởng nặng, phải ngừng oxytetracyclin và điều trị bằng thuốc kháng histamin và corticosteroid.

Nếu dùng các tetracyclin để điều trị nhiễm khuẩn *Brucella* hoặc xoắn khuẩn, cần báo cho người bệnh biết có thể xảy ra phản ứng Jarisch - Herxheimer (gồm nhức đầu, sốt, rét run, khó chịu, đau cơ, tăng thương tổn da và tăng bạch cầu), có thể điều trị bằng cách nằm nghỉ và dùng aspirin nếu cần.

Chườm lạnh có thể làm giảm đau và nổi cứng chỗ tiêm sau khi tiêm bắp oxytetracyclin.

Khi xảy ra bội nhiễm, kể cả nhiễm nấm, phải ngừng oxytetracyclin và điều trị bằng liệu pháp thích hợp.

**Liều lượng và cách dùng**

*Cách dùng*

Oxytetracyclin được dùng uống. Khi không uống được, có thể tiêm bắp. Tuy vậy, cần chuyển sang dùng uống càng sớm càng tốt. Ít dùng oxytetracyclin tiêm bắp vì gây đau và với liều thường dùng, cho nồng độ thuốc trong huyết thanh thấp hơn so với khi uống.

Vì thức ăn và sữa làm giảm hấp thu oxytetracyclin qua đường tiêu hóa, nên phải uống thuốc 1 giờ trước hoặc 2 giờ sau bữa ăn hoặc uống sữa.

Để giảm đau, tiêm bắp sâu vào trong khối cơ tương đối lớn và thay đổi chỗ tiêm. Cần thận để bảo đảm không chọc kim vào mạch máu.

*Liều lượng*

Liều lượng oxytetracyclin hydroclorid được biểu thị bằng oxytetracyclin base.

*Người lớn:*

Liều thường dùng: Uống mỗi lần 250 - 500 mg, 6 giờ một lần. Liều tối đa 4 g/ngày.

Tiêm bắp: 100 mg, 8 giờ một lần; 150 mg, 12 giờ một lần hoặc 250 mg ngày một lần. Liều tiêm tối đa 500 mg/ngày.

*Trẻ em 8 tuổi trở lên:*

Uống: 6,25 - 12,5 mg/kg thể trọng/lần, 6 giờ một lần.

Tiêm bắp: 5 - 8,3 mg/kg thể trọng/lần, 8 giờ một lần; hoặc 7,5 - 12,5 mg/kg thể trọng, 12 giờ một lần. Liều tối đa 250 mg/ngày.

*Liều cho một số trường hợp đặc biệt:*

Nhiễm *Brucella*: Mỗi lần uống 500 mg, 6 giờ một lần, dùng trong 3 tuần. Điều trị phối hợp với streptomycin tiêm bắp 1 g/lần, cách 12 giờ một lần trong tuần đầu và ngày một lần trong tuần thứ hai.

Bệnh lậu không biến chứng: Uống 500 mg/lần, 6 giờ một lần, trong 7 ngày. Tổng liều tối đa 9 g.

Giang mai: Uống 500 mg/lần, 6 giờ một lần dùng trong 15 ngày (giang mai sớm), hoặc trong 30 ngày (giang mai thời kỳ muộn).

Trúng cá: Uống 250 - 500 mg/lần, 2 - 4 lần/ngày, tùy tình trạng bệnh, điều trị trong 6 - 8 tuần. Theo dõi và thay đổi phác đồ nếu tình trạng bệnh không tiến triển tốt.

Vì cơ chế tác dụng của các tetracyclin là kim khuẩn nên thời gian điều trị với các tetracyclin thường phải đủ dài để đảm bảo vi khuẩn sau thời gian không sản sinh được sẽ chết, tức là nhiễm khuẩn không tái phát. Với các trường hợp nhiễm khuẩn cấp thông thường, thời gian điều trị thường là 10 ngày, hoặc ít nhất 3 ngày sau khi hết các triệu chứng lâm sàng, 7 - 14 ngày sau khi hết sốt (sốt vệt); 6 - 8 tuần (trúng cá) và thay thuốc nếu như tình trạng bệnh không được cải thiện.

**Tương tác thuốc**

Tương tự tương tác của tetracyclin.

Sử dụng đồng thời oxytetracyclin với các thuốc kháng acid chứa nhôm, calci hoặc magnesi làm giảm tác dụng của oxytetracyclin. Các chế phẩm sắt và bismuth subsalicylat uống có thể làm giảm sinh khả dụng của oxytetracyclin.

Barbiturat, phenytoin và carbamazepin có thể làm giảm nửa đời của oxytetracyclin. Oxytetracyclin có thể làm tăng tác dụng của warfarin.

**Tương kỵ**

Dung dịch tiêm oxytetracyclin có pH acid và tương kỵ có thể xảy ra với các chế phẩm có tính base hay các thuốc không ổn định ở pH thấp. Oxytetracyclin tương kỵ tạo tủa với sữa và các alcaloid. Trong dung dịch, oxytetracyclin có thể tạo phức không tan với các ion kim loại, do vậy không nên dùng đồng thời với các dung dịch có chứa calci, magnesi, mangan, nhôm, sắt.

**Quá liều và xử trí**

*Triệu chứng:* Triệu chứng quá liều oxytetracyclin gồm buồn nôn, chán ăn và ỉa chảy.

*Xử trí:* Điều trị quá liều cần rửa dạ dày ruột và điều trị hỗ trợ.

*Cập nhật lần cuối:* 2017.

**OXYTOCIN**

**Tên chung quốc tế:** Oxytocin.

**Mã ATC:** H01BB02.

**Loại thuốc:** Thuốc thúc đẻ - Hormon thụ sau tuyến yên.

**Dạng thuốc và hàm lượng**

Ống tiêm: 2 đơn vị/ml, 5 đơn vị/ml, 10 đơn vị/ml; 2 đơn vị/2 ml, 5 đơn vị/5 ml.

Lọ nhỏ mũi: 40 đơn vị/ml (5 ml).

Chế phẩm có bán trên thị trường thường là dạng oxytocin tổng hợp, pH của dung dịch tiêm được điều chỉnh đến 2,5 - 4,5 bằng acid acetic. Hiệu lực của oxytocin được tính theo hoạt tính hạ huyết áp trên gà. Mỗi đơn vị tương ứng với 2 - 2,2 microgam hormon tinh khiết.

**Dược lực học**

Oxytocin dùng để gây sảy thai, gây chuyển dạ đẻ hoặc thúc đẻ và để giảm chảy máu nơi nhau bám. Oxytocin gây co bóp tử cung với mức độ đau thay đổi tùy theo cường độ co bóp tử cung. Oxytocin là một hormon nonapeptid, oxytocin ngoại sinh cũng có tất cả các tác dụng dược lý như oxytocin nội sinh.

Oxytocin kích thích gián tiếp lên cơ bóp cơ trơn tử cung bằng cách làm tăng tính thấm natri của sợi cơ trơn tử cung. Nồng độ cao estrogen làm hạ thấp ngưỡng đáp ứng của tử cung với oxytocin. Tử cung đáp ứng với oxytocin tăng theo thời gian mang thai và cao hơn ở người đang chuyển dạ (thai kỳ càng lớn, tử cung càng đáp ứng với oxytocin, gây ra cơn co tử cung giống như khi chuyển dạ đẻ tự nhiên); chỉ liều rất cao mới gây co bóp tử cung ở đầu thai kỳ. Tử cung đến hạn đẻ co bóp do oxytocin gây ra giống như khi chuyển dạ đẻ tự nhiên. Ở tử cung đến hạn đẻ, oxytocin làm tăng biên độ và tần số cơn co tử cung, đồng thời làm giảm hoạt động của cổ tử cung nên làm giãn, làm cổ tử cung mở hết và nhất thời cản trở máu tới tử cung.

Oxytocin gây co bóp tế bào cơ biểu mô quanh nang tuyến sữa, làm sữa từ các nang tuyến sữa dồn vào các ống dẫn lớn hơn, vì vậy oxytocin làm sữa dễ chảy ra. Oxytocin không phải là chất tăng sinh sữa.

Oxytocin gây giãn mạch, tăng lưu lượng máu tới thận, mạch vành và não. Huyết áp thường không thay đổi, nhưng sau khi tiêm tĩnh mạch liều cao hoặc dung dịch không pha loãng, huyết áp có thể giảm thoáng qua, tim đập nhanh và cung lượng tim tăng do phản xạ. Bất kỳ một giảm huyết áp nào lúc đầu thường kéo theo tăng huyết áp nhẹ nhưng kéo dài sau đó, điều này có thể nguy hiểm cho người bệnh đã bị giảm thể tích máu hoặc có bệnh tim. Do đó không nên tiêm tĩnh mạch mà nên pha loãng truyền tĩnh mạch hoặc tiêm bắp.

Trái với vasopressin, oxytocin có tác dụng chống bài niệu yếu; tuy nhiên ngộ độc nước có thể xảy ra khi dùng oxytocin với một thể tích quá nhiều dịch truyền không có chất điện giải và/hoặc tiêm truyền quá nhanh.

**Dược động học**

**Hấp thu:** Oxytocin bị chymotrypsin phân hủy ở hệ tiêu hóa. Sau khi tiêm tĩnh mạch oxytocin, tử cung đáp ứng hầu như ngay lập tức và mức độ đáp ứng giảm xuống trong vòng 1 giờ. Sau khi tiêm bắp, tử cung đáp ứng trong vòng 3 - 5 phút và kéo dài 2 - 3 giờ. Sau khi tiêm tĩnh mạch với liều 100 - 200 mili đơn vị, tác dụng gây chảy sữa của oxytocin xảy ra trong vòng vài phút và kéo dài khoảng 20 phút.

**Phân bố:** Oxytocin được phân bố khắp dịch ngoại bào. Một lượng nhỏ oxytocin có thể vào vòng tuần hoàn thai nhi. Oxytocin có nửa đời trong huyết tương khoảng 3 - 5 phút.

**Chuyển hóa:** Thuốc bị phân hủy nhanh ở gan và thận. Oxytocinase là enzym trong tuần hoàn được sản xuất sớm từ đầu thai kỳ cũng có khả năng làm mất hoạt tính của oxytocin.

**Thải trừ:** Chỉ một lượng nhỏ oxytocin thải trừ vào nước tiểu ở dạng không đổi.

**Chỉ định**

Gây chuyển dạ đẻ cho người mang thai đến hoặc sắp đến hạn đẻ (ngày dự kiến sinh nở) mà nếu tiếp tục mang thai có thể có nguy cơ cho mẹ hoặc thai (thí dụ, thai phụ bị đái tháo đường, tăng huyết áp, suy nhau thai...).

Thúc đẻ khi tăng chuyển dạ kéo dài.

Phòng và điều trị chảy máu sau đẻ do dờ tử cung.

Gây sảy thai (sảy thai không hoàn toàn, thai chết lưu).

**Chống chỉ định**

Cơn co tử cung cường tính, tắc cơ học đường sô thai; suy thai khi chưa đẻ; trường hợp không thể đẻ theo đường tự nhiên được (ví dụ: không tương ứng kích thước giữa đầu thai nhi và khung chậu, ngôi bất thường, nhau tiền đạo, mạch tiền đạo, nhau bong non, sa dây nhau, dễ bị vỡ tử cung do mang thai nhiều lần, đa ối, hoặc có sẹo tử cung do phẫu thuật, kể cả sẹo nạo thủng, bóc nhân xơ tử cung); tránh dùng thuốc kéo dài ở người bị dờ tử cung trở với oxytocin, nhiễm độc thai nghén, tiền sản giật nặng, sản giật, hoặc bệnh tim mạch. Người bệnh có tiền sử quá mẫn cảm với thuốc.

**Thận trọng**

Chỉ các cán bộ chuyên khoa cao trong bệnh viện có sẵn phương tiện chăm sóc tăng cường và phẫu thuật mới được dùng oxytocin. Trong khi dùng oxytocin, phải theo dõi liên tục cơn co tử cung, tần số tim thai nhi và mẹ, huyết áp mẹ và áp lực trong tử cung (nếu có thể) để tránh các biến chứng. Nếu xảy ra cơn co tử cung cường tính, phải ngừng ngay oxytocin. Kích thích tử cung do oxytocin thường giảm ngay sau khi ngừng thuốc.

Vì oxytocin có thể gây một vài tác dụng chống bài niệu, nên được khuyến cáo hạn chế đưa dịch vào cơ thể, tránh dùng các dịch tiêm truyền nồng độ natri thấp. Tránh dùng oxytocin liều cao (40 - 50 mili đơn vị/phút) hoặc trong giai đoạn dài (truyền chậm trên 24 giờ), đồng thời giám sát lượng dịch đưa vào, thải ra trong khi dùng thuốc. Tác dụng trên tim mạch của oxytocin như loạn nhịp tim, hạ huyết áp, thiếu máu cơ tim, dẫn mạch ngoại biên và nhịp tim nhanh đã được báo cáo. Nguy cơ các phản ứng có hại này phụ thuộc vào liều và đường dùng, đồng thời gia tăng trên bệnh nhân có bệnh tim mạch kèm theo. Cần rất thận trọng khi sử dụng thuốc cho bệnh nhân có huyết động không ổn định.

Các trường hợp tử vong ở thai nhi hoặc mẹ do cơn tăng huyết áp, xuất huyết dưới màng nhện hoặc vỡ tử cung đã xảy ra khi dùng oxytocin để thúc đẻ trong giai đoạn đầu tiên hoặc thứ hai khi sinh đẻ. Liều cao hoặc nhạy cảm với oxytocin có thể dẫn đến tăng trương lực cơ tử cung, chuột rút, cơ cơ kiểu uốn ván hoặc vỡ tử cung.

**Thời kỳ mang thai**

Oxytocin không được dùng trong 3 hoặc 6 tháng đầu thai kỳ, trừ trường hợp sảy thai tự nhiên hay gây sảy thai. Oxytocin không gây dị dạng thai khi dùng theo chỉ định, tuy nhiên có thể gây các ADR khác không phải quái thai.

**Thời kỳ cho con bú**

Oxytocin có thể vào sữa mẹ một lượng nhỏ. Khi cần điều trị oxytocin sau đẻ (kiểm soát chảy máu nặng), chỉ cho con bú sau khi ngừng thuốc ít nhất 1 ngày.

**Tác dụng không mong muốn (ADR)**

*Thường gặp và rất thường gặp*

Tim mạch: loạn nhịp tim.

Tiêu hóa: buồn nôn, nôn.

TKTW: nhức đầu.

*Ít gặp*

Chuyển hóa: tác dụng chống bài niệu có thể gây ngộ độc nước thoáng qua kèm đau đầu và buồn nôn.

*Hiếm gặp và rất hiếm gặp*

Toàn thân: phản ứng phản vệ.

Da: ban da, mảy đay.

Hô hấp: phù thanh quản.

Liều cao hoặc tử cung quá mẫn cảm với oxytocin: tăng trương lực tử cung, co thắt, co cứng tử cung hoặc vỡ tử cung.

**Liều lượng và cách dùng**

*Gây chuyển dạ đẻ:*

Truyền tĩnh mạch bằng dụng cụ kiểm soát được tốc độ truyền;

trước khi truyền tĩnh mạch, thuốc thường phải pha loãng với dung dịch natri clorid 0,9% hoặc dung dịch Ringer lactat hoặc dung dịch dextrose 5% đến nồng độ thích hợp. Dung dịch oxytocin có nồng độ 10 mili đơn vị/ml thường được sử dụng. Dung dịch này được chuẩn bị bằng cách thêm dung dịch chứa 5 đơn vị vào 500 ml dung dịch pha loãng.

Dung dịch oxytocin có nồng độ 20 mili đơn vị/ml cũng có thể được sử dụng trong những trường hợp cần thiết, được chuẩn bị bằng cách thêm 10 đơn vị vào 500 ml dung dịch pha loãng.

Liều lượng và tốc độ truyền được xác định theo đáp ứng của tử cung. Phải giám sát liên tục tần số tim thai và cơn co tử cung. Phải ngừng truyền oxytocin khi có cơn co tử cung cường tính hoặc suy thai, thêm vào đó cần kết hợp cho sản phụ thở oxygen và áp dụng các xử lý cần thiết khác.

Tốc độ truyền ban đầu là 0,5 - 1 mili đơn vị (0,0005 - 0,001 đv)/phút, sau đó tăng dần thêm 1 - 2 mili đơn vị (0,001 - 0,002 đv)/phút, cách nhau ít nhất 30 phút, cho tới khi có cơn co tử cung như chuyển dạ bình thường (khoảng 3 - 4 cơn co trong 10 phút thường đáp ứng ở liều 0,01 mili đơn vị/phút) và tối đa 0,02 mili đơn vị/phút; nếu cơn co tử cung như chuyển dạ bình thường không đạt được sau khi dùng 5 đơn vị thì phải ngừng dùng thuốc (có thể nhắc lại vào ngày tiếp theo và bắt đầu truyền 0,001 - 0,004 đơn vị/phút). Tốc độ tới 6 mili đơn vị/phút (0,006 đv/phút) đã được báo cáo cho nồng độ oxytocin huyết tương giống như khi chuyển dạ đẻ tự nhiên. Một khi chuyển dạ đã tiến triển, có thể ngừng dần dần tiêm truyền oxytocin.

**Mô lấy thai:** Tiêm tĩnh mạch chậm 5 đơn vị ngay sau khi lấy thai ra. **Phòng chảy máu sau khi đẻ, sau khi đã xổ nhau:**

Ngay sau khi bong nhau, tiêm tĩnh mạch chậm 5 đơn vị (nếu đã tiêm truyền tĩnh mạch để gây chuyển dạ đẻ hoặc thúc đẻ, tăng tốc độ truyền trong giai đoạn 3 và trong vài giờ sau).

**Chú ý:** Có thể tiêm bắp ergometrin thay cho oxytocin nếu không cần tác dụng nhanh.

**Điều trị chảy máu sau khi đẻ:** Tiêm tĩnh mạch chậm 5 đơn vị (liều này có thể nhắc lại), tiếp theo trong trường hợp nặng có thể truyền tĩnh mạch 40 đơn vị/500 ml dịch truyền với tốc độ thích hợp để kiểm soát đỡ tử cung.

**Chú ý:** Tránh tiêm tĩnh mạch nhanh (có thể gây tụt huyết áp nhất thời), cần tiêm chậm.

**Sảy thai thường, nhất là thai chết lưu:** Tiêm tĩnh mạch chậm 5 đơn vị, sau đó nếu cần thiết truyền tĩnh mạch 0,02 - 0,04 đơn vị/phút hoặc nhanh hơn. Tổng liều trong 12 giờ không vượt quá 30 đơn vị để tránh gây ngộ độc nước cùng với hạ natri huyết.

**Tương tác thuốc**

Tránh phối hợp oxytocin với carbopost tromethamin hoặc gemepost do có thể làm tăng độc tính của oxytocin.

Dùng cyclopropan gây mê phối hợp với dùng oxytocin sẽ gây hạ huyết áp.

Oxytocin có thể làm tăng tác dụng kéo dài khoảng QT khi dùng cùng với các thuốc kéo dài khoảng QT như haloperidol.

Oxytocin sử dụng đồng thời với dinoprostol, misoprostol có thể gây tăng trương lực cơ tử cung. Oxytocin làm chậm tác dụng gây mê của thiopental.

**Tương kỵ**

Tương kỵ với fibrinolysin, norepinephrin bitartrat, prochlorperazin edisylat và natri warfarin. Oxytocin cũng tương kỵ với nhiều thuốc khác, nhưng sự tương hợp phụ thuộc vào nhiều thông số (nồng độ của thuốc, pH, nhiệt độ).

**Quá liều và xử trí**

**Triệu chứng:** Suy thai, ngạt và tử vong thai nhi, có thể làm tăng

trương lực cơ tử cung, tử cung co cứng, vỡ tử cung và tổn thương mô mềm, bong nhau non và nghẽn mạch do nước ối.

**Xử trí:** Ngừng sử dụng oxytocin ngay. Điều trị triệu chứng và hỗ trợ nói chung.

*Cập nhật lần cuối: 2021.*

**PACLITAXEL**

**Tên chung quốc tế:** Paclitaxel.

**Mã ATC:** L01CD01.

**Loại thuốc:** Thuốc chống ung thư, thuộc nhóm taxan.

**Dạng thuốc và hàm lượng**

Dung dịch tiêm truyền: 6 mg/ml, lọ 5 ml, 16,7 ml, 25 ml và 50 ml.

Bột pha hỗn dịch để tiêm truyền: 100 mg (dạng paclitaxel kết hợp với albumin).

**Dược lực học**

Paclitaxel gắn vào tiểu đơn vị  $\beta$ -tubulin ở mặt trong của các vi ống và ức chế quá trình giải trùng hợp vi ống. Ức chế quá trình giải trùng hợp vi ống làm tích tụ các khối vi ống và các cấu trúc bất thường tạo ra từ các vi ống ở pha nguyên phân của chu kỳ tế bào dẫn đến ức chế giai đoạn này của quá trình phân bào và làm tế bào chết theo chương trình.

**Dược động học**

**Phân bố:** thuốc phân bố rộng vào các mô và dịch cơ thể, có thể bị ảnh hưởng bởi liều và thời gian truyền. Tỷ lệ gắn với protein huyết tương là 88 - 98%. Thuốc không dễ qua hàng rào máu - não nhưng đã được chứng minh là có phân bố vào dịch cổ trướng. Hiện tại chưa rõ thuốc có phân bố vào sữa mẹ hay không. Khi sử dụng cùng liều, dạng thuốc paclitaxel gắn với albumin phân bố vào tế bào ung thư cao hơn so với dạng thuốc thông thường.

**Chuyển hóa:** thuốc được chuyển hóa mạnh ở gan bởi các enzym cytochrom P450 2C8 và 3A4.

**Thời trừ:** paclitaxel và các chất chuyển hóa của nó chủ yếu được thải trừ qua phân, một phần nhỏ thải trừ qua nước tiểu. Khi truyền tĩnh mạch 6 - 24 giờ paclitaxel dạng thông thường ở bệnh nhân người lớn, nồng độ thuốc trong huyết thanh giảm theo 2 pha với nửa đời thải trừ của pha phân bố là 0,34 giờ và nửa đời thải trừ trung bình của pha thải trừ là 5,8 giờ. Nồng độ thuốc trong huyết tương khi sử dụng dạng paclitaxel gắn với albumin cũng giảm theo 2 pha với nửa đời thải trừ chung là khoảng 27 giờ.

**Chỉ định**

Ung thư buồng trứng.

Ung thư vú.

Ung thư phổi không tế bào nhỏ.

Ung thư Kaposi liên quan đến AIDS.

Ung thư biểu mô tụy (chỉ dạng paclitaxel kết hợp với albumin).

**Chống chỉ định**

Mẫn cảm với thuốc.

Bệnh nhân có khối u đặc có số lượng bạch cầu trung tính < 1 500/mm<sup>3</sup>.

Bệnh nhân ung thư Kaposi có số lượng bạch cầu trung tính < 1 000/mm<sup>3</sup>

**Thận trọng**

Cần giảm liều ở người bệnh có rối loạn hoặc suy chức năng gan. Paclitaxel được khuyến cáo không sử dụng trong trường hợp transaminase tăng 10 lần so với giá trị giới hạn trên người bình thường, hoặc bilirubin > 7,5 mg/100 ml hoặc 5 lần so với giới hạn trên của người bình thường.

Sử dụng thận trọng ở người có bệnh tim.