

thư buồng trứng tiến triển, có 2 phác đồ có paclitaxel được khuyến cáo. Cần quan tâm đến độc tính khi chọn phác đồ thích hợp cho bệnh nhân. Một phác đồ dùng paclitaxel 175 mg/m² truyền tĩnh mạch 3 giờ, sau đó truyền tĩnh mạch cisplatin 75 mg/m², cách 3 tuần một đợt. Một phác đồ khác dùng paclitaxel 135 mg/m² truyền tĩnh mạch 24 giờ, sau đó truyền tĩnh mạch cisplatin 75 mg/m², cách 3 tuần một đợt.

Phác đồ lựa chọn hàng hai hoặc điều trị kế tiếp đối với ung thư buồng trứng tiến triển: Dùng đơn trị liệu ở bệnh nhân ung thư buồng trứng di căn không đáp ứng với phác đồ lựa chọn hàng đầu hoặc hóa trị liệu kế tiếp, phác đồ khuyến dùng paclitaxel là 135 hoặc 175 mg/m², truyền tĩnh mạch trong 3 giờ và cách 3 tuần nhắc lại nếu dung nạp được.

Ung thư vú:

Điều trị hỗ trợ ung thư vú: Dùng paclitaxel dạng thông thường 175 mg/m² truyền tĩnh mạch trong 3 giờ, cách 3 tuần một đợt, dùng 4 đợt, sau khi đã hoàn tất dùng anthracyclin trong phác đồ phối hợp. Điều trị ung thư vú tiến triển: Paclitaxel thông thường: Đối với ung thư vú di căn đã trở với dùng hóa trị liệu hoặc ung thư vú tái phát trong vòng 6 tháng sau khi điều trị hỗ trợ, dùng paclitaxel thông thường 175 mg/m² truyền tĩnh mạch trong 3 giờ, cách 3 tuần một lần hoặc dạng paclitaxel kết hợp với albumin 260 mg/m²/1 lần truyền, cách 3 tuần truyền một lần.

Ung thư phổi không tế bào nhỏ:

Khi dùng phối hợp với cisplatin để điều trị khởi đầu ung thư phổi không tế bào nhỏ ở bệnh nhân không có chỉ định phẫu thuật hoặc xạ trị, dùng paclitaxel dạng thông thường 135 mg/m² truyền tĩnh mạch trong 24 giờ, sau đó truyền tĩnh mạch cisplatin 75 mg/m², cách 3 tuần một đợt. Hoặc dùng dạng paclitaxel gắn với albumin 100 mg/m² vào các ngày 1, 8 và 15 của chu kỳ 21 ngày trong 4 chu kỳ (kết hợp với carboplatin và pembrolizumab), sau đó duy trì bằng pembrolizumab.

Ung thư Kaposi có liên quan đến AIDS (chỉ dùng paclitaxel dạng thông thường):

Đối với bệnh nhân nhiễm HIV tiến triển, chỉ được bắt đầu dùng paclitaxel nếu bạch cầu trung tính ít nhất là 1 000/mm³.

Dùng paclitaxel 135 mg/m² truyền tĩnh mạch trong 3 giờ cách 3 tuần một lần hoặc paclitaxel 100 mg/m² truyền tĩnh mạch trong 3 giờ, cách 2 tuần một lần (bệnh nhân có sức khỏe kém nên dùng phác đồ có liều 100 mg/m² để giảm độc tính của thuốc).

Ung thư biểu mô tụy: dùng paclitaxel dạng gắn với albumin 125 mg/m² vào các ngày 1, 8 và 15 trong chu kỳ 28 ngày (kết hợp với gemcitabin).

Điều chỉnh liều

Người suy thận: Không cần điều chỉnh liều.

Người suy gan: Mức liều của paclitaxel có thể giảm tùy thuộc vào chỉ số enzym gan AST và ALT.

Ở người bệnh có số lượng bạch cầu hạt bị giảm nặng (dưới $0,5 \times 10^9/\text{lit}$) ($500/\text{mm}^3$) trong quá trình điều trị dài bằng paclitaxel thì nên giảm 20% liều dùng, với paclitaxel liên kết albumin, liều có thể giảm xuống 180 mg/m². Đợt điều trị nhắc lại paclitaxel chỉ tiến hành khi số lượng bạch cầu hạt $\geq 1\,500$ tế bào/mm³ và số lượng tiểu cầu $\geq 100\,000$ tế bào/mm³. Với bệnh nhân bị nhiễm HIV, chu kỳ sử dụng paclitaxel chỉ nhắc lại khi số lượng bạch cầu hạt đạt ít nhất 1 000/mm³.

Tương tác thuốc

Với các chất chống ung thư khác, các tương tác thuốc có thể xảy ra tùy theo thuốc được sử dụng kết hợp với paclitaxel. Cisplatin ra tùy theo thuốc được sử dụng kết hợp với paclitaxel (thường được dùng sau paclitaxel) nếu dùng trước sẽ làm giảm sự đào thải paclitaxel qua thận từ 20 đến 25% và làm tăng sự ức chế tùy xương. Dùng paclitaxel với doxorubicin sẽ làm tăng nồng độ

trong máu của doxorubicin, tăng hiệu quả chống ung thư nhưng cũng làm tăng ADR trên tim.

Paclitaxel có thể tăng mức độ/nồng độ điều trị khi sử dụng cùng với các chất gây giảm khả năng chuyển hóa hoặc thải trừ trong cơ thể, đặc biệt các chất ức chế, hoặc các chất cạnh tranh chuyển hóa qua isoenzym CYP2C8, CYP2C9, CYP3A4 và cytochrom P450. Trên *in vitro*, ketoconazol, verapamil, diazepam, quinidin, dexamethason, cyclosporin, teniposid, etoposid và vincristin, các chất ức chế protease ức chế sự chuyển hóa và thải trừ của paclitaxel. Ngược lại, các thuốc cảm ứng cytochrom P450 hoặc isoenzym CYP2C8, CYP2C9, CYP3A4 sẽ làm giảm nồng độ của paclitaxel trong máu, như các thuốc chống co giật phenobarbital, phenytoin.

Cập nhật lần cuối: 2020.

PALIVIZUMAB

Tên chung quốc tế: Palivizumab

Mã ATC: J06BB16

Loại thuốc: Kháng thể đơn dòng đặc hiệu.

Dạng thuốc và hàm lượng

Dung dịch tiêm bắp: Lọ 50 mg/0,5 ml, 100 mg/1 ml.

Được lực học

Cơ chế tác dụng: Palivizumab là một kháng thể đơn dòng nhân hóa tái tổ hợp trên tế bào chuột nhắt, có tính đặc hiệu cao chống lại virus hợp bào hô hấp (RSV). Palivizumab có tác dụng trung hòa và ngăn chặn sự tụ hợp của virus, dẫn đến ngăn chặn virus sao chép. Đặc điểm của kháng thể trung hòa của palivizumab là chống lại glycoprotein bề mặt F của virus, là một trong 2 protein bề mặt (protein kia là G) có nhiệm vụ chủ yếu nhận biết virus và virus vào trong tế bào. Glycoprotein F thúc đẩy kết hợp vô virus với màng tế bào nhiễm virus (của túc chủ) trong giai đoạn đầu nhiễm virus. Glycoprotein F cũng bộc lộ trên bề mặt của tế bào nhiễm virus và có nhiệm vụ tụ hợp các tế bào khác để tạo thành hợp bào. Như vậy, bằng cách gắn vào glycoprotein bề mặt F của RSV, palivizumab có thể trực tiếp trung hòa virus và/hoặc ngăn chặn virus vào trong tế bào và/hoặc ngăn chặn tạo thành hợp bào. Các kháng thể kháng glycoprotein bề mặt F của RSV có phản ứng tính chéo cao giữa hai chủng (strains) chính của virus (chủng phân nhóm A và B) và palivizumab đã chứng tỏ hiệu quả trung hòa trên cả hai chủng đó *in vitro*.

Nghiên cứu trên chuột cho thấy nồng độ palivizumab trong huyết thanh từ 40 microgram/ml trở lên có khả năng làm giảm sự sao chép của RSV ở phổi đến 100 lần.

Phổ tác dụng: Palivizumab có phổ kháng virus hẹp, chỉ có tác dụng kháng virus hợp bào hô hấp (RSV). Palivizumab có tác dụng đối với cả 2 chủng phân nhóm A và B, là 2 chủng chính của RSV. Tác dụng trung hòa của palivizumab *in vivo* được ghi nhận trong 1 thử nghiệm lâm sàng trên trẻ em nhiễm RSV, với hiệu quả làm giảm sự nhân lên của RSV từ dịch tiết đường hô hấp dưới. Nghiên cứu trên động vật cho thấy dùng palivizumab không ngăn cản phát triển đáp ứng miễn dịch bảo vệ đối với RSV.

Kháng thuốc: Các chủng RSV kháng thuốc đã được phân lập *in vitro* trong điều kiện phòng thí nghiệm, cho thấy virus biến đổi tạo thành chủng đột biến. Tuy nhiên, cho tới nay các chủng phân nhóm A và B của RSV phân lập trên lâm sàng vẫn nhạy cảm với palivizumab. Ngoài ra, bằng chứng từ các nghiên cứu trên động vật cho thấy khi RSV phơi nhiễm với thuốc ở nồng độ dưới mức ức chế không làm tăng sao chép virus hoặc thúc đẩy xuất hiện các chủng đột biến. Tuy nhiên, vì các kháng thể đơn dòng khác có liên

quan đến phát sinh virus kháng thuốc nên palivizumab cũng có thể có khả năng đó.

Dược động học

Hấp thu: Palivizumab hấp thu tốt sau khi tiêm bắp ở trẻ từ 24 tháng tuổi trở xuống và không có bệnh tim bẩm sinh, sinh khả dụng khoảng 70%. Sau khi tiêm bắp một liều duy nhất 15 mg/kg ở trẻ, nồng độ palivizumab vượt 40 microgam/ml trong vòng 2 ngày và đạt đỉnh trong vòng 5 - 7 ngày. Sau khi tiêm bắp palivizumab liều 15 mg/kg mỗi tháng một lần cho trẻ từ 24 tháng tuổi trở xuống và không mắc bệnh tim bẩm sinh, bao gồm cả trẻ từ 6 tháng tuổi trở xuống có tiền sử sinh thiếu tháng (từ 35 tuần mang thai trở xuống), nồng độ đáy trong huyết thanh của palivizumab định lượng tại thời điểm 30 ngày sau khi tiêm một liều có giá trị trung bình lần lượt là 37 - 49, 57 - 69, 68 - 70, 70 - 72 và 73 microgam/ml sau liều thứ nhất, thứ hai, thứ ba, thứ tư và thứ năm. Sau khi tiêm bắp liều 15 mg/kg mỗi tháng một lần cho những trẻ có bệnh tim bẩm sinh, nồng độ đáy của palivizumab lần lượt là 55,5 và 90,8 microgam/ml sau liều thứ nhất và liều thứ tư.

Từ các nghiên cứu trên động vật, đích nồng độ đáy của palivizumab được xác định cho người, lý tưởng là 40 microgam/ml. Nghiên cứu dược động học của palivizumab tiêm bắp và tiêm tĩnh mạch trên trẻ em với liều 15 mg/kg hàng tháng đủ để duy trì nồng độ đáy palivizumab trong huyết thanh vượt nồng độ đích lý tưởng suốt thời kỳ dùng thuốc. Trong khi đó, nồng độ của palivizumab giảm trung bình 58% sau phẫu thuật tim phổi nhân tạo ở trẻ. Các liều thấp (3 hoặc 10 mg/kg tiêm tĩnh mạch, 5 hoặc 10 mg/kg tiêm bắp) không đạt được nồng độ đáy phù hợp.

Phân bố: Ở một số ít người bệnh điều trị bằng palivizumab, đã thấy có gắn kháng thể kháng palivizumab không đặc hiệu nhất thời nhưng không làm thay đổi đặc điểm dược động học của palivizumab.

Thải trừ: Nửa đời thải trừ của palivizumab tương tự như của kháng thể IgG người, trung bình khoảng 18 ngày ở người lớn khỏe mạnh và 19 - 27 ngày ở trẻ từ 24 tháng tuổi trở xuống, bao gồm cả trẻ từ 6 tháng tuổi trở xuống có tiền sử sinh thiếu tháng (từ 35 tuần thai trở xuống).

Chỉ định

Dự phòng (không dùng để điều trị) bệnh lý đường hô hấp dưới thể nặng do virus hợp bào hô hấp (RSV) cho trẻ em có nguy cơ cao trong mùa dịch RSV:

Trẻ từ 6 tháng tuổi trở xuống có tiền sử sinh thiếu tháng (từ 35 tuần thai trở xuống).

Trẻ từ 24 tháng tuổi trở xuống bị loạn sản phế quản phổi cần phải điều trị trong vòng 6 tháng trước.

Trẻ từ 24 tháng tuổi trở xuống có bệnh tim bẩm sinh có ý nghĩa về mặt huyết động.

Chống chỉ định

Tiền sử mẫn cảm với palivizumab hoặc với kháng thể đơn dòng nhân hóa khác.

Thận trọng

Điều trị bệnh do RSV: Độ an toàn và tính hiệu quả của palivizumab để điều trị bệnh do RSV chưa được chứng minh, nên hiện nay chưa có khuyến cáo.

Phản ứng quá mẫn: Phản ứng dị ứng bao gồm cả phản ứng phản vệ đã xảy ra, tuy rất hiếm ở người dùng palivizumab. Phải sẵn sàng thuốc cấp cứu (epinephrin) và chăm sóc hỗ trợ.

Rối loạn đông máu: Cần thận trọng khi tiêm bắp palivizumab cho trẻ có giảm tiểu cầu hoặc bất kỳ rối loạn đông máu nào.

Ảnh hưởng đến xét nghiệm chẩn đoán RSV: Palivizumab có thể ảnh hưởng đến kết quả chẩn đoán RSV dựa vào miễn dịch như xét nghiệm kháng nguyên. Ngoài ra, palivizumab ức chế sao

chép virus trong nuôi cấy tế bào, do đó có thể ảnh hưởng đến xét nghiệm dựa vào nuôi cấy virus. Palivizumab không ảnh hưởng đến xét nghiệm qua phản ứng chuỗi polymerase sao chép ngược (RT-PCR). Do đó, cần kết hợp kết quả xét nghiệm và dấu hiệu lâm sàng để ra quyết định điều trị.

Bệnh nhân có nhiễm khuẩn cấp từ trung bình đến nặng, hoặc bệnh lý gây sốt có thể phải hoãn dùng palivizumab, trừ khi bác sĩ đánh giá việc không dùng thuốc có nguy cơ cao hơn. Trường hợp bệnh nhân có sốt nhẹ, như viêm đường hô hấp trên nhẹ, thường không cần phải trì hoãn dùng palivizumab.

Hiệu quả của palivizumab khi dùng cho người bệnh như đợt phòng bệnh thứ hai trong mùa dịch RSV tiếp theo chưa được đánh giá. Chưa thể loại bỏ dứt khoát được nguy cơ có thể xảy ra nhiễm RSV nặng hơn trong mùa dịch tiếp theo sau mùa dịch mà bệnh nhân đã được tiêm phòng bằng palivizumab.

Thời kỳ mang thai

Palivizumab không có chỉ định dùng cho người lớn.

Thời kỳ cho con bú

Palivizumab không có chỉ định dùng cho người lớn.

Tác dụng không mong muốn (ADR)

Các ADR sau được ghi nhận từ các thử nghiệm lâm sàng và các báo cáo hậu mẫn trên trẻ em. Tần suất xuất hiện các phản ứng được ghi nhận từ các thử nghiệm lâm sàng cho thấy không có sự khác biệt giữa nhóm placebo và palivizumab.

Rất thường gặp

Da: ban da.

Toàn thân: sốt.

Thường gặp

Hô hấp: ngừng thở.

Vị trí tiêm: phản ứng tại vị trí tiêm.

Ít gặp

Huyết học: giảm tiểu cầu.

Thần kinh: co giật.

Da: mề đay.

Chưa xác định được tần suất

Miễn dịch: Phản vệ, sốc phản vệ.

Hướng dẫn cách xử trí ADR

ADR thường nhẹ, nhất thời. Các ADR nghiêm trọng hiếm gặp, tuy vậy vẫn cần lưu ý biện pháp cấp cứu trong trường hợp nghi ngờ sốc phản vệ.

Liều lượng và cách dùng

Cách dùng

Palivizumab dùng để tiêm bắp, nên tiêm vào mặt trước đùi. Tránh tiêm thường xuyên vào mông vì nguy cơ tổn thương dây thần kinh hông to.

Dung dịch tiêm palivizumab không chứa chất bảo quản nên phải tiêm ngay sau khi được lấy ra khỏi lọ. Palivizumab chỉ dùng một lần, nếu không hết, phải bỏ đi. Không pha loãng, không khuấy lắc lọ thuốc. Liều mỗi lần phải chia nhỏ nếu thể tích tiêm vượt quá 1 ml.

Liều lượng

Liều thông thường để dự phòng bệnh nặng đường hô hấp dưới do RSV ở trẻ nhỏ có nguy cơ cao mắc bệnh là 15 mg/kg tiêm bắp mỗi tháng một lần.

Thể tích thuốc palivizumab mỗi lần tiêm (ml) = cân nặng (kg) × 0,15. Tiêm liều đầu tiên palivizumab trước khi bắt đầu mùa RSV và các liều sau mỗi tháng một lần cho tới cuối mùa RSV. Về mặt dịch tễ, ở vùng bắc bán cầu, mùa RSV điển hình bắt đầu từ tháng Mười một và kéo dài hết tháng Tư, nhưng cũng có thể bắt đầu sớm hơn hoặc kéo dài lâu hơn ở một số vùng. Theo các thử nghiệm lâm sàng pha 3, tiêm 5 liều palivizumab là đủ bảo vệ trẻ trong 1 mùa RSV; lợi ích

khi tiêm quá 5 liều chưa được chứng minh.

Trẻ nhỏ bị nhiễm RSV trong khi đang tiêm palivizumab phải tiếp tục tiêm liều thông thường hàng tháng cho đến hết mùa RSV.

Do nồng độ palivizumab trong máu giảm sau khi sử dụng tim phổi nhân tạo, do đó, ở trẻ phải sử dụng tim phổi nhân tạo, khuyến cáo tiêm bổ sung một liều palivizumab 15 mg/kg ngay khi bệnh nhân ổn định sau phẫu thuật để đảm bảo đủ nồng độ tác dụng của thuốc (ngay cả khi sớm hơn 1 tháng sau liều cuối). Sau đó, tiêm tiếp các liều thông thường mỗi tháng một lần.

Tương tác thuốc

Chưa có một nghiên cứu chính thức nào về tương tác thuốc giữa palivizumab với các thuốc khác. Trong thử nghiệm lâm sàng pha 3 ở trẻ sinh non và trẻ bị loạn sản phế quản phổi, tỷ lệ bệnh nhân trong nhóm placebo và palivizumab đã được tiêm chủng các vắc xin thông thường, vắc xin phòng cúm, thuốc giãn phế quản hoặc corticosteroid là tương tự nhau và không thấy tăng ADR nào trong các nhóm bệnh nhân đó.

Vì là kháng thể đơn dòng đặc hiệu đối với RSV, nên palivizumab được cho là không ảnh hưởng đến đáp ứng miễn dịch đối với các vắc xin.

Palivizumab có thể ảnh hưởng đến kết quả chẩn đoán RSV (xem phần Thận trọng).

Tương kỵ

Không được trộn palivizumab với các thuốc khác hoặc các dung môi khác.

Quá liều và xử trí

Trong các thử nghiệm lâm sàng, 3 trẻ nhỏ đã dùng liều vượt quá 15 mg/kg, lần lượt là 20,25 mg/kg, 21,1 mg/kg và 22,27 mg/kg, nhưng không gây hậu quả nào.

Theo các báo cáo hậu mãi, đã ghi nhận trường hợp dùng liều cao tới 85 mg/kg, nhưng các phản ứng bất lợi được ghi nhận không khác biệt so với bệnh nhân dùng liều 15 mg/kg.

Trong trường hợp quá liều, nhà sản xuất khuyến cáo theo dõi các phản ứng bất lợi và điều trị triệu chứng nếu cần.

Cập nhật lần cuối: 2020.

PALONOSETRON

Tên chung quốc tế: Palonosetron.

Mã ATC: A04AA05.

Loại thuốc: Thuốc chống nôn, thuốc kháng chọn lọc trên thụ thể serotonin (5HT₃).

Dạng thuốc và hàm lượng

Viên nang 500 microgam.

Thuốc tiêm tĩnh mạch: 50 microgam/ml (1,5 ml, 5 ml).

Được lực học

Serotonin (5-HT) là chất trung gian thần kinh chính cho phản ứng nôn sau hóa trị liệu. Các thụ thể 5-HT₃ tập trung ở ngoại vi của dây thần kinh phế vị và ở trung ương tại vùng nhận cảm hóa học (CTZ) và trung tâm nôn ở hành não. Sau khi tiếp xúc với các chất phóng xạ hoặc các chất gây độc tế bào, serotonin (5-HT) được giải phóng từ các tế bào thần kinh nội tiết (tế bào ECL) trong lớp chất nhày niêm mạc ruột non. Serotonin sau đó sẽ kích thích dây thần kinh phế vị thông qua thụ thể 5-HT₃. Kích thích này sau đó được truyền đến và kích thích thụ thể 5-HT₃ trong trung tâm nôn trên hành não và vùng nhận cảm hóa học (CTZ) và khởi phát đáp ứng nôn.

Palonosetron là một thuốc chống nôn mạnh, thuốc đối kháng chọn lọc trên thụ thể 5-HT₃, giúp dự phòng và làm giảm phản ứng nôn do hóa trị liệu và xạ trị. Các cơ chế chống nôn và buồn nôn sau

phẫu thuật chưa được biết rõ nhưng có lẽ cũng theo cơ chế chống nôn và buồn nôn do nhiễm độc tế bào.

Được động học

Hấp thu: Palonosetron hấp thu nhanh và hoàn toàn qua đường tiêu hóa, sinh khả dụng đường uống của thuốc vào khoảng 97%. Thức ăn không ảnh hưởng đến hấp thu thuốc.

Phân bố: Thuốc phân bố rộng, thể tích phân bố của thuốc khoảng 6,9 - 7,9 lít/kg. Thuốc gắn với protein huyết tương vào khoảng 62%.

Chuyển hóa: Khoảng 50% thuốc bị chuyển hóa ở gan thông qua hệ thống enzym CYP1A2, CYP2D6, CYP3A4 thành các chất chuyển hóa ít có hoạt tính N-oxid-palonosetron và 6-S-hydroxy-palonosetron.

Thải trừ: Thuốc được thải trừ chủ yếu qua thận 80% trong đó 40% dưới dạng không biến đổi. Nửa đời thải trừ của thuốc ở người lớn khoảng 40 giờ, ở trẻ em khoảng 20 - 30 giờ.

Chỉ định

Dự phòng buồn nôn và nôn do hóa trị liệu ung thư gây nôn trung bình.

Dự phòng buồn nôn và nôn do hóa trị liệu ung thư gây nôn nặng.

Dự phòng buồn nôn và nôn sau phẫu thuật.

Chống chỉ định

Mẫn cảm với thuốc.

Thận trọng

Thuốc có thể làm giảm nhu động ruột. Thận trọng khi sử dụng thuốc trên bệnh nhân táo bón hoặc có dấu hiệu tắc nghẽn ruột bán cấp, theo dõi chặt chẽ bệnh nhân sau khi dùng palonosetron.

Thuốc không làm kéo dài khoảng QT có ý nghĩa lâm sàng. Tuy nhiên, tương tự các thuốc đối kháng trên thụ thể 5-HT₃, thận trọng khi sử dụng thuốc trên các bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ kéo dài khoảng QT như tiền sử hoặc tiền sử gia đình có kéo dài khoảng QT, bất thường điện giải, suy tim sung huyết, loạn nhịp chậm, rối loạn dẫn truyền, bệnh nhân đang dùng các thuốc chống loạn nhịp hoặc các thuốc khác gây kéo dài khoảng QT hoặc bất thường điện giải. Tình trạng hạ kali huyết và magiesi huyết nên được điều trị trước khi dùng các thuốc đối kháng trên thụ thể 5-HT₃.

Kiểm soát chặt chẽ các dấu hiệu hội chứng serotonin như thay đổi trạng thái (kích động ảo giác, hoang tưởng, hôn mê), bất thường trên hệ thần kinh thực vật (nhịp tim nhanh, huyết áp không ổn định, chóng mặt, bốc hỏa, tăng thân nhiệt), triệu chứng trên thần kinh cơ (run, cứng cơ, tăng phản xạ, rung giật cơ), cơ giật có hoặc không có các triệu chứng tiêu hóa như buồn nôn, nôn tiêu chảy. Thận trọng khi phối hợp với các thuốc tác dụng trên hệ serotonergic do có thể làm tăng nguy cơ hội chứng serotonin.

Thời kỳ mang thai

Chưa đủ dữ liệu nghiên cứu về việc sử dụng palonosetron ở phụ nữ mang thai. Các nghiên cứu trên động vật cho thấy thuốc không gây độc tính trên sinh sản. Tuy nhiên chưa rõ nguy cơ cho người. Không khuyến cáo dùng thuốc cho phụ nữ mang thai, trừ khi lợi ích đối với mẹ vượt trội nguy cơ tiềm ẩn đối với thai nhi.

Thời kỳ cho con bú

Chưa rõ liệu palonosetron và chất chuyển hóa của nó có bài tiết vào sữa mẹ hay không. Không nên cho trẻ bú mẹ trong thời gian mẹ dùng thuốc.

Tác dụng không mong muốn (ADR)

Ít gặp

Tim mạch: kéo dài khoảng QT trên điện tâm đồ, nhịp tim chậm, nhịp xoang chậm, nhịp tim nhanh.

TKTW: đau đầu, chóng mặt, lo âu.

Da: ngứa.

Nội tiết và chuyển hóa: tăng kali huyết.