

tenofovir kết hợp với các thuốc kháng retrovirus khác. Phải dùng sớm nhất có thể, trong vòng vài giờ sau khi bị phơi nhiễm. Liều tenofovir disoproxil fumarat là 300 mg, ngày 1 lần, kéo dài trong 4 tuần nếu được dung nạp tốt.

Viêm gan B mạn tính: Uống tenofovir disoproxil fumarat viên 300 mg, ngày uống 1 viên. Thời gian dùng thuốc tối ưu hiện nay chưa rõ.

*Trẻ em:*

Điều trị nhiễm HIV: Trẻ em 2 - 17 tuổi: 8 mg/kg, ngày uống 1 lần (tối đa 300 mg).

Điều trị viêm gan B mạn tính: Trẻ em từ 12 tuổi trở lên và cân nặng trên 35 kg: 300 mg, ngày uống 1 lần.

*Bệnh nhân suy gan:* Không cần hiệu chỉnh liều trên.

*Bệnh nhân suy thận:* Cần hiệu chỉnh liều trên bệnh nhân có  $Cl_{cr} < 50$  ml/phút:

Tenofovir đơn độc:

$Cl_{cr}$  30 - 49 ml/phút: 300 mg mỗi 48 giờ.

$Cl_{cr}$  10 - 29 ml/phút: 300 mg mỗi 72 - 96 giờ.

Thẩm tách máu: 300 mg mỗi 7 ngày hoặc sau khi có thời gian lọc máu tương đương 12 giờ, uống thuốc sau khi lọc máu.

Tenofovir kết hợp emtricitabin:

$Cl_{cr}$  30 - 49 ml/phút: 1 viên mỗi 48 giờ.

Không sử dụng cho bệnh nhân có  $Cl_{cr} < 30$  ml/phút.

Tenofovir kết hợp emtricitabin, enfavirenz hoặc tenofovir kết hợp emtricitabin, rilpivirin: Không sử dụng cho bệnh nhân có  $Cl_{cr} < 50$  ml/phút.

### Tương tác thuốc

Cần tránh sử dụng đồng thời tenofovir và adefovir dipivoxil.

Tenofovir làm tăng nồng độ didanosin trong huyết tương, dẫn tới ADR của didanosin. Cần giảm liều didanosin và theo dõi chặt chẽ đáp ứng lâm sàng và các biểu hiện ADR của didanosin. Ngừng didanosin nếu ADR xảy ra.

Tenofovir làm giảm nồng độ atazanavir sulfat trong huyết tương.

Tenofovir làm giảm nồng độ đỉnh của lamivudin trong huyết tương.

Không nên dùng chế độ ngày 1 lần 3 thuốc tenofovir, lamivudin và abacavir hoặc didanosin do nguy cơ thất bại điều trị cao và tăng kháng thuốc.

Indinavir dùng đồng thời với tenofovir: Làm tăng nồng độ đỉnh tenofovir và làm giảm nồng độ đỉnh indinavir trong huyết tương.

Tenofovir dùng đồng thời với lopinavir và ritonavir: Tăng nồng độ tenofovir trong huyết tương, giảm nồng độ lopinavir và nồng độ đỉnh ritonavir trong huyết tương.

Telaprevir làm tăng nồng độ tenofovir trong huyết tương.

Tenofovir dùng đồng thời với thuốc được thải chủ yếu qua thận (aciclovir, cidofovir, ganciclovir, valacyclovir, valganciclovir): Có thể làm tăng nồng độ trong huyết thanh của tenofovir hoặc của thuốc còn lại do tranh chấp đường đào thải.

Các thuốc làm giảm chức năng thận có thể làm tăng nồng độ tenofovir trong huyết thanh.

### Quá liều và xử trí

Chưa có số liệu đầy đủ về quá liều. Nếu nghi ngờ quá liều cần đến trung tâm chống độc. Xét theo tính chất dược động học của thuốc thì thẩm phân màng bụng hoặc thẩm phân máu có thể làm tăng tốc độ đào thải tenofovir. Chưa rõ phương pháp này có làm thay đổi bệnh cảnh lâm sàng của quá liều thuốc hay không.

Điều trị ngộ độc, quá liều tenofovir là điều trị triệu chứng và điều trị hỗ trợ. Chú ý trợ giúp về tâm lý cho bệnh nhân có ý định tự sát bằng thuốc.

*Cập nhật lần cuối: 2016.*

## TENOXICAM

**Tên chung quốc tế:** Tenoxicam.

**Mã ATC:** M01AC02.

**Loại thuốc:** Thuốc chống viêm không steroid.

**Dạng thuốc và hàm lượng**

Viên nén: 20 mg.

Thuốc bột pha tiêm: 20 mg.

### Dược lực học

Tenoxicam là thuốc chống viêm không steroid có tác dụng chống viêm và giảm đau đáng kể và phần nào có tác dụng hạ sốt. Tenoxicam ức chế cyclooxygenase, enzym đóng vai trò quan trọng trong sinh tổng hợp prostaglandin, giảm tập trung bạch cầu ở chỗ viêm. Tenoxicam dùng để điều trị triệu chứng trong bệnh thoái hóa khớp và viêm khớp dạng thấp, tổn thương mô mềm (dùng trong thời gian ngắn). Tenoxicam không tác động đến quá trình tiến triển bệnh viêm khớp dạng thấp.

Giống như các thuốc chống viêm không steroid khác, tenoxicam làm giảm tổng hợp prostaglandin dẫn đến ức chế tạo mucin (chất có tác dụng bảo vệ đường tiêu hóa). Prostaglandin có vai trò duy trì tưới máu thận. Các thuốc chống viêm không steroid ức chế tổng hợp prostaglandin, nên có thể gây viêm thận kẽ, viêm cầu thận, hoại tử nhu và hội chứng thận hư, đặc biệt ở những người bị bệnh thận hoặc suy tim mạn tính. Với những người bệnh này, các thuốc chống viêm không steroid có thể làm tăng suy thận cấp và suy tim cấp.

Tác dụng và tính dung nạp của tenoxicam tương tự như naproxen và piroxicam. Tác dụng kéo dài cho phép dùng ngày 1 lần.

### Dược động học

Tenoxicam được hấp thu tốt sau khi uống, nồng độ đỉnh trong huyết tương đạt được sau khi uống khoảng 2 giờ khi đói và có thể chậm tới 6 giờ khi no. Thức ăn làm chậm hấp thu nhưng không làm giảm sinh khả dụng của thuốc. Nồng độ trong huyết tương có tương quan tuyến tính với liều dùng. Thuốc liên kết cao với protein (99%) và thẩm một lượng đáng kể vào hoạt dịch. Nửa đời thải trừ trong huyết tương từ 42 đến 81 giờ. Nếu dùng thuốc hàng ngày, nồng độ ổn định đạt được trong vòng 10 - 15 ngày. Tenoxicam chuyển hóa hoàn toàn thành dạng không hoạt tính và bài tiết chủ yếu qua nước tiểu, một lượng nhỏ bài tiết qua mật ở dạng liên hợp glucuronic.

### Chỉ định

Điều trị triệu chứng viêm khớp dạng thấp và thoái hóa xương khớp.

Điều trị ngắn ngày trong rối loạn cơ xương cấp như căng cơ quá mức, bong gân và các vết thương phần mềm khác.

### Chống chỉ định

Quá mẫn với tenoxicam.

Viêm loét tiêu hóa tiến triển hoặc tiền sử có viêm loét tiêu hóa, chảy máu đường tiêu hóa (đại tiện ra máu, nôn ra máu).

Trường hợp dễ có nguy cơ chảy máu như xơ gan, suy tim, suy thận ( $Cl_{cr} < 30$  ml/phút).

Người bệnh có tiền sử quá mẫn (hen, viêm mũi, phù mạch hoặc nổi mề đay) với aspirin hoặc các thuốc chống viêm không steroid khác.

Phụ nữ mang thai 3 tháng cuối

### Thận trọng

**Nguy cơ huyết khối tim mạch:** Các thuốc NSAID, không phải aspirin, dùng đường toàn thân, có thể làm tăng nguy cơ xuất hiện biến cố huyết khối tim mạch, bao gồm cả nhồi máu cơ tim và đột quỵ, có thể dẫn đến tử vong. Nguy cơ này có thể xuất hiện sớm trong vài tuần đầu dùng thuốc và có thể tăng lên theo thời gian dùng thuốc. Nguy cơ huyết khối tim mạch được ghi nhận chủ yếu

ở liều cao. Cần đánh giá định kỳ sự xuất hiện của các biến cố tim mạch, ngay cả khi bệnh nhân không có các triệu chứng tim mạch trước đó. Người bệnh cần được cảnh báo về các triệu chứng của biến cố tim mạch nghiêm trọng và cần thăm khám bác sĩ ngay khi có các triệu chứng này. Để giảm thiểu nguy cơ xuất hiện biến cố bất lợi, cần sử dụng thuốc ở liều hàng ngày thấp nhất có hiệu quả trong thời gian ngắn nhất có thể.

Cần theo dõi cẩn thận người bệnh dùng tenoxicam khi có bệnh đường tiêu hóa.

Cần theo dõi cẩn thận chức năng tim, gan, thận ở người bệnh trước đây đã bị bệnh thận (kể cả người đái tháo đường có giảm chức năng thận), hội chứng thận hư, mất dịch, bệnh gan, suy tim sung huyết và khi những người bệnh ấy đang điều trị đồng thời với các thuốc lợi tiểu hoặc thuốc có khả năng độc với thận.

Với người bệnh cao tuổi cần theo dõi thường xuyên để phát hiện các tương tác khi điều trị đồng thời với thuốc khác và theo dõi chức năng thận, gan và tim mạch vì có thể bị ảnh hưởng đáng kể bởi các thuốc chống viêm không steroid. Nguy cơ tăng kali huyết có thể tăng ở người cao tuổi.

Thận trọng với người bệnh có phẫu thuật lớn (như thay khớp) vì tenoxicam làm giảm ngưng kết tiểu cầu, do vậy có thể kéo dài thời gian chảy máu.

#### **Thời kỳ mang thai**

Độ an toàn của tenoxicam với phụ nữ mang thai vẫn chưa được xác định. Các thuốc chống viêm không steroid gây đóng động mạch ở trẻ sơ sinh. Do vậy, không nên dùng thuốc này cho phụ nữ mang thai.

#### **Thời kỳ cho con bú**

Chưa biết thuốc có tiết vào sữa mẹ không, do vậy không nên dùng thuốc này cho phụ nữ đang cho con bú, hoặc cần cân nhắc giữa việc dùng thuốc hay ngừng cho con bú.

#### **Tác dụng không mong muốn (ADR)**

Tenoxicam dùng đường toàn thân có nguy cơ xảy ra huyết khối tim mạch (Xem phần Thận trọng). Tỷ lệ mắc ADR đối với hệ tiêu hóa là 11,4%, hệ thần kinh là 2,8% và trên da là 2,5%. Các triệu chứng bao gồm: nôn, buồn nôn (14,7%), khó tiêu (2,3%), chảy máu tại vị trí phẫu thuật (4,3%), nhiễm khuẩn vết thương (92,7%), chóng mặt (5,7%), đau đầu (10,7%).

#### **Thường gặp**

Toàn thân: đau đầu, chóng mặt.

Tiêu hóa: đau thượng vị, buồn nôn, khó tiêu.

Da: ngoại ban, mày đay, ngứa.

#### **Ít gặp**

Toàn thân: mệt mỏi, phù, chán ăn, khô miệng.

Tuần hoàn: đánh trống ngực.

Tiêu hóa: nôn, táo bón dai dẳng, ỉa chảy, viêm miệng, chảy máu đường tiêu hóa, loét tá tràng và dạ dày, viêm dạ dày, đại tiện máu đen.

Tâm thần: rối loạn giấc ngủ.

Tiết niệu - sinh dục: phù.

#### **Hiếm gặp**

Toàn thân: phản ứng quá mẫn (hen, phản vệ, phù mạch).

Máu: thiếu máu, giảm bạch cầu, mất bạch cầu hạt, giảm tiểu cầu, chảy máu do ức chế ngưng kết tiểu cầu.

Tuần hoàn: tăng huyết áp.

Thần kinh: nhìn mờ.

Da: nhạy cảm với ánh sáng, hội chứng Stevens-Johnson, hoại tử biểu bì nhiễm độc (hội chứng Lyell).

Tiết niệu - sinh dục: khó tiểu tiện.

#### **Hướng dẫn cách xử trí ADR**

Nếu xảy ra loét đường tiêu hóa hoặc chảy máu đường tiêu hóa, phải

ngừng thuốc ngay.

Dùng các thuốc kháng acid hoặc kháng thụ thể  $H_2$  có thể có hiệu quả.

Nếu các xét nghiệm chức năng gan không bình thường hoặc xấu đi, nếu thấy các dấu hiệu lâm sàng và các triệu chứng của bệnh gan hoặc nếu có phản ứng toàn thân khác xảy ra (như tăng bạch cầu ái toan, nổi ban), cần phải dừng thuốc ngay.

Điều trị triệu chứng và hỗ trợ nếu cần. Một số ADR của NSAID như hội chứng thận hư, viêm thận, giảm tiểu cầu, thiếu máu tan máu, phản ứng da nặng hoặc các phản ứng quá mẫn khác, có thể có đáp ứng với các glucocorticoid.

#### **Liều lượng và cách dùng**

##### **Cách dùng**

Không nên dùng liều cao vì thường không đạt được tác dụng cao hơn đáng kể nhưng lại tăng nguy cơ xảy ra ADR.

Trong điều trị triệu chứng các bệnh lý Cơ - xương - khớp cấp, thường không cần phải dùng thuốc quá 7 ngày, nhưng trường hợp nặng có thể dùng tối đa tới 14 ngày.

Uống thuốc lúc no với một cốc nước đầy 150 ml. Tránh các đồ uống có rượu.

##### **Liều dùng**

**Uống:** Liều người lớn trên 18 tuổi (bao gồm cả người cao tuổi), liều đơn 20 mg, uống vào cùng thời điểm mỗi ngày. Đối với một số người bệnh chỉ cần uống 10 mg, 1 lần/ngày là đủ. Phải dùng liều thấp nhất có hiệu quả. Liều kê đơn thường giới hạn 20 mg/ngày.

**Tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch:** Liều người lớn trên 18 tuổi: Đầu tiên dùng liều đơn 20 mg/ngày, trong 1 hoặc 2 ngày (nếu không thể dùng đường uống), sau đó dùng tiếp dạng thuốc uống. Thuốc tiêm pha xong phải dùng ngay.

##### **Liều trong suy thận:**

$Cl_{cr} > 25$  ml/phút: Dùng liều thông thường nhưng phải theo dõi cẩn thận.

$Cl_{cr} < 25$  ml/phút: Chưa có số liệu đủ để khuyến cáo liều dùng.

#### **Tương tác thuốc**

Các thuốc kháng acid có thể làm giảm tốc độ hấp thu nhưng không ảnh hưởng tới mức độ hấp thu của tenoxicam.

Các salicylat có thể đẩy tenoxicam khỏi liên kết với protein, do làm tăng độ thanh thải và thể tích phân bố của tenoxicam. Cần tránh điều trị đồng thời với các salicylat, aspirin hoặc các thuốc chống viêm không steroid khác hoặc glucocorticoid vì tăng nguy cơ các phản ứng phụ (đặc biệt ở đường tiêu hóa).

Đã có thông báo các thuốc chống viêm không steroid gây giữ lithi, nếu dùng tenoxicam cho người bệnh đang dùng liệu pháp lithi, cần phải tăng cường theo dõi nồng độ lithi và báo cho người bệnh biết cần duy trì lượng nước đưa vào cơ thể và các triệu chứng ngộ độc để phát hiện kịp thời ngộ độc lithi.

Các thuốc chống viêm không steroid có thể gây giữ nước, natri, kali và có thể ảnh hưởng tới tác dụng bài xuất natri của các thuốc lợi tiểu nên cần điều chỉnh liều. Cần lưu ý các tính chất này khi điều trị cho người bệnh giảm chức năng tim hoặc tăng huyết áp do có thể làm bệnh nặng thêm.

Cholestyramin dùng phối hợp với tenoxicam tiêm tĩnh mạch làm giảm nửa đời của tenoxicam và tăng thanh thải tenoxicam.

#### **Quá liều và xử trí**

Chưa thấy thông báo kinh nghiệm xử lý các trường hợp nặng quá liều tenoxicam. Cần cho rửa dạ dày càng sớm càng tốt sau khi uống quá liều và theo dõi chặt chẽ người bệnh, điều trị hỗ trợ nếu cần. Có thể cho gây nôn để loại bỏ thuốc nhưng không nên dùng sirô ipeca vì có thể gây các triệu chứng tương tự như ngộ độc thuốc chống

viêm không steroid, gây phức tạp thêm cho chẩn đoán.

Có thể cho dùng than hoạt, nhưng tác dụng của than hoạt làm giảm hấp thu các thuốc chống viêm không steroid chưa được xác định rõ nếu cho uống sau 2 giờ.

*Cập nhật lần cuối: 2017.*

## TERAZOSIN HYDROCLORID

**Tên chung quốc tế:** Terazosin hydrochloride.

**Mã ATC:** G04CA03.

**Loại thuốc:** Thuốc chẹn thụ thể  $\alpha_1$ -adrenergic.

### Dạng thuốc và hàm lượng

Viên nang: 1 mg, 2 mg, 5 mg, 10 mg.

Viên nén: 1 mg, 2 mg, 5 mg, 10 mg.

### Dược lực học

Terazosin hydroclorid là một dẫn xuất của quinazolin có tác dụng chẹn thụ thể  $\alpha_1$ -adrenergic sau synap. Terazosin làm giảm sức kháng của mạch máu ngoại biên và huyết áp do tác dụng giãn mạch; thuốc gây giãn cả động mạch và tĩnh mạch. Terazosin thường làm giảm huyết áp từ từ ban đầu, sau đó là tác dụng hạ huyết áp kéo dài. Tác dụng hạ huyết áp rõ ràng nhất đối với huyết áp tâm trương. Terazosin làm giảm huyết áp của bệnh nhân cả ở tư thế nằm ngửa và tư thế đứng; tác dụng rõ rệt nhất trên huyết áp ở tư thế đứng và hạ huyết áp tư thế có thể xảy ra. Terazosin thường không làm thay đổi tần số tim hoặc hiệu suất của tim ở tư thế nằm ngửa. Các tác dụng của terazosin trên hệ tim mạch là do hoạt tính của thuốc trên các thụ thể  $\alpha_1$ , ở cơ trơn mạch máu.

Các thụ thể  $\alpha_1$ -adrenergic cũng có ở cơ trơn không phải của mạch máu (như cơ tam giác và cơ thắt bàng quang, u tuyến tiền liệt, bao tuyến tiền liệt, niệu quản), terazosin làm giãn cơ trơn cổ bàng quang, do đó làm giảm sự tắc cổ bàng quang.

### Dược động học

**Hấp thu:** Terazosin được hấp thu nhanh và gần như hoàn toàn qua đường tiêu hóa sau khi uống. Thuốc bắt đầu có tác dụng sau 1 - 2 giờ, đạt nồng độ đỉnh trong huyết tương sau khoảng 1 giờ. Sinh khả dụng khoảng 90%. Thức ăn ít hoặc không ảnh hưởng đến sinh khả dụng của thuốc nhưng có thể làm chậm thời gian đạt nồng độ đỉnh trong huyết tương khoảng 1 giờ. Sau khi uống, giá trị AUC và  $C_{max}$  của terazosin tăng tương ứng với liều vượt quá khoảng liều khuyến cáo (2 - 10 mg).

**Phân bố:** Terazosin gắn với protein 90 - 94%.

**Chuyển hóa:** Thuốc được chuyển hóa ở gan, sự chuyển hóa bước đầu rất ít, các chất chuyển hóa chính của terazosin là do quá trình khử methyl và liên hợp.

**Thải trừ:** Nửa đời trong huyết tương khoảng 12 giờ. Khoảng 60% terazosin được bài tiết qua phân (khoảng 20% ở dạng không biến đổi) và khoảng 40% qua nước tiểu (khoảng 10% ở dạng không biến đổi).

Trong một nghiên cứu đánh giá ảnh hưởng của tuổi lên dược động học của terazosin, nửa đời thải trừ trong huyết tương trung bình lần lượt là 14,0 và 11,4 giờ đối với nhóm tuổi  $\geq 70$  và nhóm 20 - 39 tuổi. Sau khi uống, độ thanh thải trong huyết tương giảm 31,7% ở bệnh nhân  $\geq 70$  tuổi so với ở bệnh nhân 20 - 39 tuổi.

Suy giảm chức năng thận không có ảnh hưởng đáng kể đến việc thải trừ terazosin và việc điều chỉnh liều lượng terazosin để bù đắp cho việc loại bỏ thuốc trong quá trình chạy thận nhân tạo (khoảng 10%) dường như không cần thiết.

### Chỉ định

Điều trị tăng huyết áp từ nhẹ đến vừa, dùng đơn độc hoặc phối hợp

với các thuốc khác như thuốc lợi tiểu hoặc thuốc chẹn beta.

Điều trị làm giảm triệu chứng bí tiểu tiện ở bệnh nhân có tăng sản lành tính tuyến tiền liệt.

### Chống chỉ định

Quá mẫn với terazosin hoặc với bất cứ dẫn xuất nào khác của quinazolin (như doxazosin, prazosin).

Tiền sử hạ huyết áp tư thế đứng.

Tiền sử ngất xỉu lúc tiểu tiện.

### Thận trọng

Terazosin, giống như các thuốc chẹn alpha-adrenoceptor khác, có thể gây hạ huyết áp rõ rệt, đặc biệt là hạ huyết áp tư thế và ngất liên quan đến liều đầu tiên hoặc vài liều đầu tiên của liệu pháp. Tác dụng tương tự xảy ra nếu ngừng điều trị trong vài ngày và sau đó tiếp tục điều trị lại, nếu tăng liều nhanh, hoặc nếu dùng terazosin phối hợp với một thuốc chống tăng huyết áp khác (đặc biệt thuốc giãn mạch). Ngất, có thể liên quan đến hạ huyết áp tư thế và kéo dài trong vài phút, đã được quan sát thấy khoảng 30 đến 90 phút sau khi dùng liều đầu tiên, có thể xuất hiện trước các triệu chứng báo trước (chóng mặt, cảm giác mệt mỏi, đổ mồ hôi). Trong trường hợp này, bệnh nhân phải được nằm nghỉ và điều trị hỗ trợ cần thiết cho đến khi các triệu chứng biến mất hoàn toàn. Nguy cơ xảy ra các biến cố là lớn nhất trong 7 ngày đầu điều trị, nhưng vẫn tiếp tục trong mọi khoảng thời gian.

Trong các thử nghiệm lâm sàng, tỷ lệ hạ huyết áp tư thế ở bệnh nhân phi đại lành tính tuyến tiền liệt cao hơn ở những người bị tăng huyết áp. Trong những trường hợp này, tỷ lệ biến cố hạ huyết áp tư thế ở bệnh nhân từ 65 tuổi trở lên (5,6%) cao hơn so với bệnh nhân dưới 65 tuổi (2,6%).

Để giảm khả năng ngất hoặc hạ huyết áp quá mức, nên bắt đầu điều trị với liều 1 mg terazosin trước khi đi ngủ. Sau đó, nên tăng liều từ từ, theo khuyến cáo trong phần Liều lượng và Cách dùng và phải thận trọng khi bổ sung thêm các thuốc hạ huyết áp. Bệnh nhân nên được cảnh báo về những tác dụng phụ có thể xảy ra và các trường hợp chúng có thể xảy ra và được khuyên tránh lái xe hoặc các công việc nguy hiểm trong khoảng 12 giờ sau liều ban đầu hoặc khi tăng liều. Nếu ngừng dùng terazosin trong hơn vài ngày, nên bắt đầu điều trị lại bằng chế độ liều khởi đầu.

Do nguy cơ giảm huyết áp quá mức, nên thận trọng khi dùng đồng thời terazosin và thiazid hoặc các thuốc hạ huyết áp khác. Nếu bổ sung thuốc lợi tiểu thiazid hoặc thuốc hạ huyết áp khác trong khi điều trị bằng terazosin, thì phải giảm liều terazosin hoặc ngừng thuốc. Chuẩn độ liều mới là điều cần thiết. Khi dùng terazosin cùng với các thuốc hạ huyết áp khác, nên giảm liều của các thuốc hạ huyết áp khác trước khi bắt đầu điều trị và điều chỉnh sau khi ngừng terazosin.

Sử dụng đồng thời các chất ức chế phosphodiesterase-5 (ví dụ: sildenafil, tadalafil, vardenafil) và terazosin có thể dẫn đến hạ huyết áp có triệu chứng ở một số bệnh nhân. Để giảm thiểu nguy cơ xuất hiện hạ huyết áp tư thế, bệnh nhân điều trị ổn định bằng thuốc chẹn alpha-adrenoceptor trước khi bắt đầu sử dụng thuốc ức chế phosphodiesterase-5.

Do tác dụng giãn mạch của terazosin, nên sử dụng thận trọng nếu có các vấn đề về tim như: phù phổi do hẹp van động mạch chủ hoặc van hai lá, suy tim tăng cung lượng, suy tim phải do thuyên tắc phổi hoặc tràn dịch màng tim, suy tim trái với áp lực đổ đầy thấp. Ở những bệnh nhân bị bệnh mạch vành nặng, huyết áp giảm rất nhanh hoặc quá nhiều có thể dẫn đến cơn đau thắt ngực kịch phát. Trước khi điều trị các triệu chứng của tăng sản lành tính tuyến tiền liệt bằng thuốc chẹn alpha, cần loại trừ các nguyên nhân khác gây giảm lượng nước tiểu hoặc các triệu chứng tiết niệu. Ngoài ra, khi