

BIGINOL 2.5



1. Thành phần hoạt chất:

Bisoprolol.....2,5mg

2. Thuốc này là thuốc gì

Thuốc ức chế thụ thể giao cảm chọn lọc beta1.

3. Chỉ định điều trị:

Tăng huyết áp.

Đau thắt ngực.

Suy tim mạn ổn định, kèm giảm chức năng tâm thu thất trái phối hợp với các thuốc ức chế enzym chuyển, lợi tiểu, và với glycosid trợ tim khi cần

4. Liều dùng và cách dùng:

-Cách dùng

Bisoprolol fumarat được dùng theo đường uống. Thời điểm uống không phụ thuộc bữa ăn, tuy nhiên nên dùng vào buổi sáng. Nên nuốt nguyên viên và không nhai.

-Liều lượng

+Liều lượng của bisoprolol fumarat phải được điều chỉnh theo từng người bệnh và được hiệu chỉnh tùy theo đáp ứng của bệnh và sự dung nạp của người bệnh, thường cách nhau ít nhất 2 tuần.

+Điều trị tăng huyết áp và đau thắt ngực ở người lớn

Liều đầu tiên thường dùng là 2,5 - 5 mg, 1 lần/ngày. Vì tính chọn lọc chọn beta1 adrenergic của bisoprolol fumarat không tuyệt đối (tính chọn lọc giảm xuống khi tăng liều), phải dùng thuốc thận trọng cho người bệnh có bệnh co thắt phế

quản và bắt đầu điều trị với liều 2,5 mg, 1 lần/ngày. Liều bắt đầu giảm bớt như vậy cũng có thể thích hợp với các người bệnh khác.

Nếu liều 5 mg không có hiệu quả điều trị đầy đủ, có thể tăng liều lên 10 mg, và sau đó, nếu cần trong một số trường hợp rất nặng có thể tăng dần liều được dung nạp tới mức tối đa 20 mg, 1 lần/ngày. Tuy nhiên, một số tác giả khuyên liều thường dùng trong điều trị tăng huyết áp từ 2,5 - 10 mg/ngày.

Trường hợp bệnh nhân tăng huyết áp không có đáp ứng đầy đủ với bisoprolol 2,5 - 20 mg/ngày hoặc bị giảm Kali huyết nặng sau khi dùng hydrochlorothiazid 50 mg/ngày thì nên chuyển sang dùng kết hợp hai thuốc. Liều khởi đầu hàng ngày dạng kết hợp bisoprolol 2,5 mg và hydrochlorothiazid 6,25 mg. Khi cần có thể tăng liều thuốc kết hợp nhưng không vượt quá 20 mg bisoprolol và 12,5 mg hydrochlorothiazid/ ngày.

Suy thận: Trên bệnh nhân suy thận nặng ($Cl < 20$ ml/phút), liều không vượt quá 10 mg, 1 lần/ngày. Tổng liều có thể chia thành 2 lần/ngày.

Suy gan: Không cần hiệu chỉnh liều, tuy nhiên cần theo dõi cẩn thận.

Người cao tuổi: Không cần điều chỉnh liều. Khuyến cáo bắt đầu với liều thấp nhất có thể.

Trẻ em: Chưa có số liệu. Không khuyến cáo dùng cho trẻ em.

+Điều trị suy tim mạn ổn định

Trước khi cho điều trị bisoprolol, người bệnh bị suy tim mạn không có đợt cấp tính trong vòng 6 tuần và phải được điều trị ổn định bằng phác đồ chuẩn (thuốc ức chế enzym chuyển, lợi tiểu, và/hoặc digitalis), đạt tới tình trạng suy tim “khô” (hết phù, không còn dịch màng phổi/màng tim, không còn ứ đọng phổi, gan thu nhỏ), sau đó bắt đầu dùng thêm bisoprolol vào phác đồ điều trị với nguyên tắc khởi đầu dùng liều thấp và tăng dần chậm. Việc điều trị phải do một thầy thuốc chuyên khoa tim mạch theo dõi. Điều trị suy tim mạn ổn định bằng bisoprolol phải bắt đầu bằng một thời gian điều chỉnh liều, liều được tăng dần theo các bước như sau:

Bước 1: 1,25 mg/lần/ngày (uống vào buổi sáng) trong 1 tuần. Nếu dung nạp được, chuyển bước 2.

Bước 2: 2,5 mg/lần/ngày trong 1 tuần, nếu dung nạp được tốt, chuyển bước 3.

Bước 3: 5 mg/lần/ngày trong 4 tuần sau; nếu dung nạp được tốt, chuyển bước 4.

Bước 4: 7,5 mg/lần/ngày trong 4 tuần sau; nếu dung nạp được tốt, chuyển bước 5.

Bước 5: 10 mg/lần/ngày để điều trị duy trì.

Sau khi bắt đầu cho liều đầu tiên 1,25 mg, phải theo dõi người bệnh trong vòng 4 giờ (đặc biệt theo dõi huyết áp, tần số tim, rối loạn dẫn truyền, các dấu hiệu suy tim nặng lên).

Liều tối đa khuyến cáo: 10 mg/lần/ngày.

Liều điều chỉnh không phải theo đáp ứng lâm sàng mà theo mức độ dung nạp được thuốc để đi đến liều đích.

Ở một số người bệnh có thể xuất hiện các tác dụng phụ, nên không thể đạt được liều tối đa khuyến cáo. Nếu cần, phải giảm liều dần dần. Trong trường hợp cần thiết, phải ngừng điều trị, rồi lại tiếp tục điều trị lại.

Trong thời gian điều chỉnh liều, khi suy tim nặng lên hoặc không dung nạp thuốc, phải giảm liều, thậm chí phải ngừng ngay điều trị nếu cần (hạ huyết áp nặng, suy tim nặng lên kèm theo phù phổi cấp, sốc tim, nhịp tim chậm hoặc block nhĩ - thất).

Điều trị suy tim mạn ổn định bằng bisoprolol là một điều trị lâu dài, không được ngừng đột ngột, có thể làm suy tim nặng lên. Nếu cần ngừng, phải giảm liều dần, chia liều ra một nửa mỗi tuần.

Suy thận hoặc suy gan: Không có thông tin liên quan đến dược động học của bisoprolol trên bệnh nhân suy tim mạn tính có kèm suy giảm chức năng gan hoặc thận. Cần thận trọng hơn khi điều chỉnh liều các bệnh nhân này.

Người cao tuổi: Không cần phải điều chỉnh liều.

Trẻ em: Chưa có số liệu. Không khuyến cáo dùng cho trẻ em.

5. Chống chỉ định:

Người bệnh có sốc do tim, suy tim cấp, suy tim chưa kiểm soát được bằng điều trị nền, suy tim độ III hoặc độ IV với chức năng co bóp thất trái thấp ($EF < 30\%$), block nhĩ - thất độ 2 hoặc 3 và nhịp tim chậm xoang (dưới 60 nhịp/phút trước khi điều trị), bệnh nút xoang.

Hen nặng hoặc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nặng.

Giai đoạn cuối của bệnh tắc động mạch ngoại vi và hội chứng Raynaud.

U tủy thượng thận (u tế bào ưa crôm) khi chưa được điều trị.

Hạ huyết áp có triệu chứng.

Toan chuyển hóa.

Mẫn cảm với thuốc.

6. Tác dụng không mong muốn

-Rất thường gặp

Tim mạch: chậm nhịp tim (trên bệnh nhân suy tim).

-Thường gặp

Tiêu hóa: ỉa chảy, nôn, buồn nôn, táo bón.

Tim mạch: xấu đi tình trạng suy tim trên bệnh nhân suy tim mạn, lạnh đầu chi, hạ huyết áp trên bệnh nhân có tăng huyết áp.

TKTW: chóng mặt, đau đầu.

Chung: suy nhược ở bệnh nhân suy tim, mệt mỏi. T

7. **Tương tác thuốc**

-Các tương tác không khuyến cáo phối hợp

Trên bệnh nhân suy tim mạn: Thuốc chống loạn nhịp nhóm I như quinidin, disopyramid, lidocain, Phenytoin, flecainid, propafenon vì có thể tăng tác động lên thời gian dẫn truyền nhĩ thất và tăng tác dụng hướng cơ âm tính.

Trên tất cả các bệnh nhân:

Thuốc chẹn kênh calci: Verapamil hoặc diltiazem: ảnh hưởng tới co bóp cơ tim và dẫn truyền nhĩ thất. Verapamil dùng đường tĩnh mạch trên bệnh nhân đang dùng thuốc chẹn beta có thể dẫn tới hạ huyết áp và block nhĩ thất đáng kể.

Thuốc điều trị tăng huyết áp tác động trung ương như Clonidin và các thuốc khác (methyldopa, monoxidin, rilmenidin): Sử dụng đồng thời có thể làm xấu đi tình trạng suy tim do làm giảm xung giao cảm trung ương (giảm nhịp tim, nhịp cung lượng tim, giãn mạch). Ngừng đột ngột các thuốc này, đặc biệt trước khi ngừng thuốc chẹn beta có thể làm tăng nguy cơ tăng huyết áp bật ngược.

-Các tương tác cần sử dụng thận trọng

Trên bệnh nhân tăng huyết áp hoặc đau thắt ngực: thuốc chống loạn nhịp tim nhóm I như quinidin, disopyramid, lidocain, phenytoin, flecainid, propafenon vì có thể tăng tác động lên thời gian dẫn truyền nhĩ thất và tăng tác dụng hướng cơ âm tính.

Trên tất cả các bệnh nhân:

Thuốc chẹn kênh calci nhóm dihydropyridin như felodipin và amlodipin: tăng nguy cơ hạ huyết áp, tăng nguy cơ xấu đi chức năng thất trên bệnh nhân suy tim.

Thuốc chống loạn nhịp nhóm III như amiodaron: tăng thời gian dẫn truyền nhĩ thất.

Thuốc chẹn beta dùng tại chỗ (như thuốc nhỏ mắt dùng trong điều trị glôcôm): có thể làm tăng cường tác dụng toàn thân của bisoprolol.

Thuốc giống phó giao cảm: có thể làm tăng thời gian dẫn truyền nhĩ thất và tăng nguy cơ chậm nhịp tim.

Insulin và thuốc điều trị đái tháo đường đường uống: tăng tác dụng hạ Glucose huyết. Chẹn thụ thể beta có thể làm che dấu các triệu chứng của hạ đường huyết.

Thuốc gây mê: giảm tình trạng nhịp tim nhanh phản xạ và tăng nguy cơ hạ huyết áp.

Digitalis: giảm nhịp tim, tăng thời gian dẫn truyền nhĩ - thất.

NSAID: có thể làm giảm tác dụng hạ huyết áp của bisoprolol.

Thuốc giống giao cảm chủ vận beta như isoprenalin, dobutamin: giảm tác dụng của cả bisoprolol và những thuốc này.

Các thuốc điều trị tăng huyết áp khác cũng như các thuốc có thể làm giảm huyết áp như thuốc chống trầm cảm ba vòng, barbiturat, phenothiazin: tăng nguy cơ hạ huyết áp.

-Các tương tác khác cần cân nhắc khi phối hợp

Mefloquin: Tăng nguy cơ chậm nhịp tim.

Thuốc ức chế MAO (trừ các thuốc ức chế MAO-B): Tăng nguy cơ hạ huyết áp của thuốc chẹn beta, tăng nguy cơ gặp tình trạng tăng huyết áp khẩn cấp.

Rifampicin: Giảm nhẹ nửa đời thải trừ của bisoprolol do cảm ứng enzym gan chuyển hóa thuốc. Thông thường không cần chỉnh liều.

Dẫn xuất ergotamin: Trầm trọng hơn các tình trạng rối loạn tuần hoàn ngoại vi.

8. Dược động học:

Bisoprolol hầu như được hấp thu hoàn toàn qua Đường tiêu hóa, thức ăn không ảnh hưởng đến sự hấp thu thuốc.

Vì chỉ qua chuyển hóa bước đầu rất ít nên Sinh khả dụng qua đường uống khoảng 90%. Sau khi uống, nồng độ đỉnh trong huyết tương đạt được từ 2 - 4 giờ.

Khoảng 30% thuốc gắn vào protein huyết tương. Nửa đời thải trừ ở huyết tương từ 10 đến 12 giờ. Bisoprolol hòa tan vừa phải trong lipid. Thuốc chuyển hóa ở gan và bài tiết trong nước tiểu, khoảng 50% dưới dạng không đổi và 50% dưới dạng chất chuyển hóa.

Ở người cao tuổi, nửa đời thải trừ trong huyết tương hơi kéo dài hơn so với người trẻ tuổi, tuy nồng độ trung bình trong huyết tương ở trạng thái ổn định tăng lên, nhưng không có sự khác nhau có ý nghĩa về mức độ tích lũy bisoprolol giữa người trẻ tuổi và người cao tuổi.

Ở người có $Cl_{cr} < 40$ ml/phút, nửa đời huyết tương tăng gấp khoảng 3 lần so với người bình thường.

Ở người xơ gan, tốc độ thải trừ bisoprolol thay đổi nhiều hơn và thấp hơn có ý nghĩa so với người bình thường (8,3 - 21,7 giờ).

9. Tài liệu tham khảo:

Tờ hướng dẫn sử dụng thuốc
Dược Thư Quốc Gia Việt Nam

Rx BIGINOL 2.5

Bisoprolol fumarat 2,5 mg

Để xem thêm tài liệu tham khảo, vui lòng truy cập vào địa chỉ: www.dhghang.com.vn

Thuốc này chỉ dùng theo đơn thuốc

THÀNH PHẦN CÔNG THỨC THUỐC

Thành phần hoạt chất:

Bisoprolol fumarat 2,5 mg

Thành phần tá dược: Tinh bột mì, microcrystalline cellulose M101, calci hydrophosphat dihydrat, povidon K30, natri starch glycolat, magnesi stearat, coloidal silicon dioxide, hypromellose 2910 (K100), hypromellose 2910 (F50), polyethylen glycol 6000, talc, titan dioxide.

DẠNG BẢO CHỨNG: Viên nén bao phim.

Màu và sản phẩm: Viên nén bao phim, hình tròn, màu trắng hoặc trắng ngà, cạnh và thành viên hình tròn.

Chỉ định

Điều trị bệnh suy tim mạn tính ổn định khi sử dụng các thuốc tăng tâm thu thất trái, kết hợp với thuốc ức chế men chuyển, thuốc lợi tiểu và các glycosid tim.

CÁCH DÙNG, LIỀU DÙNG

Phác đồ điều trị chuẩn của suy tim mạn tính gồm có một thuốc ức chế men chuyển (ACE) hoặc chẹn thụ thể angiotensin tương đương không dùng kèm thuốc ức chế men chuyển, một thuốc chẹn beta, thuốc lợi tiểu và glycosid tim phù hợp. Bệnh nhân cần ổn định (không bị suy tim cấp) khi được khởi đầu điều trị với bisoprolol.

Biết số liều trị của phác đồ kinh nghiệm trong điều trị suy tim mạn tính. Tiến trình suy tim nặng hơn, hãy tăng liều hoặc tiếp tục điều chỉnh liều cho đến mức độ ổn định và sau giai đoạn điều trị.

CÁC DUNG, LIỀU DÙNG

Giai đoạn chuẩn liều

Điều trị suy tim mạn tính ổn định với bisoprolol cần phải có giai đoạn chuẩn liều.

Việc điều trị với bisoprolol sẽ được bắt đầu với giai đoạn chuẩn liều, với các bước sau:

- 1,25 mg một lần/ngày trong 1 tuần, nếu dùng nạp thì, tăng liều lên

- 2,5 mg một lần/ngày trong 1 tuần nữa, nếu dùng nạp thì, tăng liều lên

- 3,75 mg một lần/ngày trong 1 tuần nữa, nếu dùng nạp thì, tăng liều lên

- 5 mg một lần/ngày trong 4 tuần tiếp theo, nếu dùng nạp thì, tăng liều lên

- 7,5 mg một lần/ngày trong 4 tuần tiếp theo, nếu dùng nạp thì, tăng liều lên

- Liều duy trì: 10 mg bisoprolol một lần/ngày

Liều khuyến cáo tối đa là 10 mg bisoprolol một lần/ngày.

Cần theo dõi chặt chẽ dấu hiệu sinh tồn (huyết áp, nhịp tim) và các dấu hiệu suy tim nặng liên quan giai đoạn chuẩn liều. Triệu chứng có thể xảy ra trong ngày đầu tiên sau khi bắt đầu điều trị.

Điều chỉnh liều

Nếu liều khuyến cáo tối đa không được dung nạp tốt, có thể cần giảm liều dần dần.

Trong trường hợp suy tim nặng hơn, hãy tiếp tục hay chậm nhịp tim thường qua, khuyến cáo nên xem xét lại liều của các thuốc đang sử dụng đồng thời. Giảm liều bisoprolol tạm thời hoặc xem xét ngừng điều trị bisoprolol khi cần thiết.

Nên cân nhắc việc sử dụng lại và hoặc điều chỉnh liều bisoprolol khi bệnh nhân ổn định trở lại.

Nếu ngừng thuốc, nên giảm dần liều dùng vì việc ngừng thuốc đột ngột có thể dẫn đến tình trạng bệnh nhân trở nên trầm trọng hơn.

Điều trị suy tim mạn tính ổn định với bisoprolol tương tự điều trị lâu dài.

Các trường hợp đặc biệt

Suy thận hay suy gan: Không có thông tin về tác dụng học của bisoprolol ở bệnh nhân suy tim mạn tính kèm suy gan hay thận. Việc điều chỉnh liều cho các đối tượng này cần rất cẩn thận.

Người già: Không có đặc điểm khác.

Trẻ em: Không có thông tin về việc sử dụng bisoprolol cho trẻ em, vì không khuyến cáo sử dụng cho trẻ em.

Hoặc theo chỉ định của thầy thuốc.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bisoprolol chống chỉ định ở bệnh nhân suy tim mạn tính kèm theo:

- Suy tim cấp hoặc các giai đoạn cuối của bệnh suy tim mạn tính kèm theo các thuốc gây co tim.

- Shock tim.

- Bệnh thận nặng.

- Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính.

- Bệnh mạch vành nặng.

- Bệnh động mạch vành nặng.

- Bệnh động mạch vành nặng.

- Bệnh động mạch vành nặng.

- Bệnh động mạch vành nặng.

- Bệnh động mạch vành nặng.

- Bệnh động mạch vành nặng.

- Bệnh động mạch vành nặng.

- Bệnh động mạch vành nặng.

- Bệnh động mạch vành nặng.

- Bệnh động mạch vành nặng.

- Bệnh động mạch vành nặng.

- Bệnh động mạch vành nặng.

- Bệnh động mạch vành nặng.

- Bệnh động mạch vành nặng.

- Bệnh động mạch vành nặng.

- Bệnh động mạch vành nặng.

- Bệnh động mạch vành nặng.

- Bệnh động mạch vành nặng.

- Bệnh động mạch vành nặng.

- Bệnh động mạch vành nặng.

- Bệnh động mạch vành nặng.

- Bệnh động mạch vành nặng.

- Bệnh động mạch vành nặng.

- Bệnh động mạch vành nặng.

- Bệnh động mạch vành nặng.

- Bệnh động mạch vành nặng.

- Bệnh động mạch vành nặng.

- Bệnh động mạch vành nặng.

- Bệnh động mạch vành nặng.

- Bệnh động mạch vành nặng.

- Bệnh động mạch vành nặng.

- Bệnh động mạch vành nặng.

- Bệnh động mạch vành nặng.

CẢNH BÁO VÀ THẬN TRỌNG KHI DÙNG THUỐC

Việc điều trị suy tim mạn tính ổn định với bisoprolol phải được bắt đầu với một giai đoạn chuẩn liều đặc biệt.

Đặc biệt ở những bệnh nhân bị bệnh tim thiếu máu cục bộ, việc ngừng điều trị với bisoprolol không được thực hiện đột ngột khi có chỉ định rõ ràng, vì điều này có thể dẫn đến tình trạng bệnh tim nặng hơn.

Việc bắt đầu và ngừng điều trị với bisoprolol cần phải theo dõi thường xuyên.

Không có kinh nghiệm sử dụng bisoprolol cho bệnh nhân điều trị suy tim kèm theo các bệnh sau:

- đau thắt ngực phụ thuộc insulin (típ 1)

- suy thận nặng

- suy gan nặng

- bệnh tim bẩm sinh

- bệnh van tim thực thể ảnh hưởng huyết động ở nặng

- nhồi máu cơ tim trong vòng 3 tháng gần đây

- co thắt phế quản (hen phế quản, bệnh tắc nghẽn đường thở)

Bisoprolol phải được sử dụng thận trọng trong:

- co thắt phế quản (hen phế quản, bệnh tắc nghẽn đường thở)

- bệnh đau thắt ngực có mức độ huyết áp thấp; Các triệu chứng của hạ đường huyết có thể bị che giấu

- đau đầu tri giác; Cũng như các thuốc chẹn beta khác, bisoprolol có thể làm tăng độ nhạy cảm đối với các kháng nguyên gây dị ứng và mẫn cảm ở bệnh nhân mắc các cơn đau thắt ngực khi dùng bisoprolol cho bệnh nhân đau thắt ngực Prinzmetal.

- bệnh tắc nghẽn động mạch ngoại biên; Các triệu chứng có thể trầm trọng hơn, đặc biệt trong thời gian bắt đầu điều trị.

- glycosid tim

Ở những bệnh nhân gây mê toàn thân, sử dụng thuốc chẹn beta giúp giảm nguy cơ loạn nhịp tim và thiếu máu cục bộ cơ tim trong giai đoạn dẫn mê, đặc biệt khi quản và trong giai đoạn hậu phẫu. Hiện nay đang khuyến cáo nên duy trì thuốc chẹn beta trong giai đoạn cho phẫu.

Bác sĩ gây mê phải được thông báo trong trường hợp bệnh nhân cần gây mê vì sử dụng thuốc chẹn beta do nguy cơ tương tác với các thuốc khác, làm chậm nhịp tim, làm giảm phản xạ tăng nhịp tim và giảm khả năng phản xạ bù lại sự mất máu. Nếu cần thiết phải ngừng sử dụng thuốc chẹn beta trước khi phẫu thuật, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Không khuyến cáo kết hợp bisoprolol với thuốc ức chế calci loại verapamil hoặc diltiazem, các thuốc chống loạn nhịp nhĩ nhĩ và với thuốc hạ huyết áp có tác dụng trung ương.

Mặc dù thuốc chẹn beta chọn lọc trên tim (beta1) có thể ảnh hưởng đến chức năng phổi như các thuốc chẹn beta không chọn lọc, nên tránh dùng thuốc này ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, trừ khi có liều dùng thấp nhất có thể.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên bắt đầu điều trị bằng bisoprolol với liều thấp nhất có thể và bệnh nhân phải được theo dõi cẩn thận các dấu hiệu tắc nghẽn mạn tính, các triệu chứng có thể xảy ra trong ngày đầu tiên sau khi bắt đầu điều trị.

Đối với bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

Ở những bệnh nhân bị bệnh tắc nghẽn đường thở, nên giảm liều dần dần và kết thúc 48 giờ trước khi phẫu thuật.

nặng lên và vận hành máy móc có thể bị ảnh hưởng. Cần lưu ý đến khả năng này khi bắt đầu điều trị, khi thay đổi liều dùng như khi uống rượu.

TƯƠNG TÁC, TƯƠNG Kỵ CỦA THUỐC

Các kết hợp không nên dùng

Các thuốc ức chế calci loại verapami và diltiazem có thể làm giảm tính co thắt cơ tim và làm chậm dẫn truyền nhĩ thất. Đặc biệt khi kèm liên mạch verapami cho bệnh nhân đang điều trị với thuốc chẹn beta có thể gây ra hạ huyết áp mạnh và block nhĩ thất.

Các thuốc chống loạn nhịp tim nhóm I (như quinidin, disopyramid, floxacin, phenytoin, flecainid, propafenon) có thể ảnh hưởng đến tính dẫn truyền nhĩ thất và tăng hiệu quả co cơ tim.

Các thuốc chống tăng huyết áp tác động lên thần kinh trung ương như clonidin và các thuốc khác (methylopa, moxonidin, nifedipin) sử dụng đồng thời với các thuốc chống tăng huyết áp tác động lên thần kinh trung ương có thể làm trầm trọng hơn tình trạng suy tim do làm giảm trương lực giao cảm (giảm nhịp tim, giảm tăng tâm, giảm mạch). Ngừng thuốc đột ngột, đặc biệt nếu trước khi ngừng sử dụng thuốc chẹn beta, có thể làm tăng nguy cơ tăng huyết áp hồi phục.

Các kết hợp phải thận trọng

Các chất ức chế calci loại dihydropyridin (như ledipin và amlodipin): khi dùng đồng thời có thể làm tăng nguy cơ hạ huyết áp và tăng nguy cơ suy giảm chức năng bơm tâm thất ở bệnh nhân suy tim.

Các thuốc chống loạn nhịp tim nhóm III (như amiodaron): có ảnh hưởng đến tính dẫn truyền nhĩ thất.

Các thuốc chẹn beta tác dụng tại chỗ (như thuốc nhỏ mắt điều trị tăng nhãn áp) có thể có tác dụng phụ lên vào tác dụng toàn thân của bisoprolol.

Các thuốc chống phù gao cảm: có thể làm tăng tác dụng ức chế lên tính dẫn truyền nhĩ thất và nguy cơ chậm nhịp tim khi sử dụng đồng thời.

Insulin và các chất điều hòa đường huyết đường uống: làm tăng tác dụng hạ đường huyết.

Các thuốc ức chế beta adrenergic có thể che lấp các dấu hiệu của hạ đường huyết.

Thuốc gây mê: làm giảm phản xạ nhịp tim nhanh và làm tăng nguy cơ tăng huyết áp.

Các glycosid tim (digoxin): giảm thời gian dẫn truyền nhĩ thất.

Các thuốc kháng viêm không steroid (NSAIDs): có thể làm giảm tác dụng hạ huyết áp của bisoprolol.

Các chất chống gao cảm beta (như isoprenaline, dobutamin): sử dụng chung với bisoprolol có thể làm giảm tác dụng của hai.

Các thuốc chống gao cảm hoạt hóa lên cơ thụ thể alpha và beta adrenergic (như noreadrenaline, adrenaline): sử dụng chung với bisoprolol có thể tác dụng co mạch qua thụ thể alpha của các thuốc chẹn beta dẫn đến tăng huyết áp và làm trầm trọng hơn chứng hẹp khớp khớp mạch.

Các thuốc gây mê: làm giảm phản xạ nhịp tim nhanh và làm tăng nguy cơ tăng huyết áp.

Sử dụng đồng thời với các thuốc hạ huyết áp cũng như các thuốc khác có khả năng làm hạ huyết áp (như thuốc chống trầm cảm ba vòng, barbiturat, phenothiazin) có thể làm tăng nguy cơ hạ huyết áp.

Kết hợp cần cân nhắc

Mefenazin: làm tăng nguy cơ chậm nhịp tim.

Thuốc ức chế monoamine oxidase (ngay từ chế chế MAO-B): làm tăng tác dụng hạ huyết áp của các thuốc chẹn beta, cũng như tác dụng co mạch trung ương.

TÁC DỤNG KHÔNG MUỐN CỦA THUỐC

Các tác dụng không mong muốn được phân loại theo tần số sau: Rất thường gặp (> 1/10); thường gặp (> 1/100, < 1/10); không thường gặp (> 1/1000, < 1/100); hiếm gặp (> 1/10000, < 1/1000); rất hiếm gặp (< 1/10000), không rõ (không thể ước tính từ số liệu có sẵn).

Rối loạn tim

Rối loạn nhịp: nhịp tim chậm. Thường gặp; tăng suy tim. Không thường gặp; rối loạn dẫn truyền nhĩ thất.

Xét nghiệm

Hiếm gặp: tăng triglyxerid, tăng men gan (ALAT, ASAT).

Rối loạn hệ tiêu hóa

Thường gặp: chóng mặt; nhức đầu.

Hiếm gặp: mệt.

Rối loạn mắt

Hiếm gặp: nhức mắt (cần lưu ý nếu bệnh nhân dùng kính sát bóng).

Rối loạn da

Rối loạn: viêm kết mạc.

Rối loạn tai và thính giác

Hiếm gặp: rối loạn thính giác.

Rối loạn hệ hô hấp, ngực và trung thất

ít gặp: có thể phát hiện ở bệnh nhân hen phế quản hay có tiền sử tắc nghẽn khí quản.

Hiếm: viêm mũi dị ứng.

Rối loạn tiểu hòa

Thường gặp: các rối loạn về tiểu hòa như buồn tiểu, nóng, tiểu đêm, tiểu bần.

Rối loạn da và mô mềm

Hiếm gặp: các phản ứng mẫn cảm (ngứa, đỏ da, phát ban và phù mạch).

Rối loạn: ngứa mắt. Các thuốc chẹn beta có thể gây ra hay làm nặng thêm bệnh vẩy nến hoặc ban đỏ như vẩy nến.

Rối loạn cơ xương và mô liên kết

Không thường gặp: yếu cơ, vọp bẻ.

Rối loạn mạch máu