1. **Vaminolact Sol 100ml 1s**

Dạng bào chế: Dung dịch truyền tĩnh mạch

Thành phần:

1000 ml dung dịch chứa

Acid amin (Qf) = Acid amin (gf)

Alanin 6,3	Methionin 1,3
Arginin 41	Phenylalanin 2,7
Acid aspartic 4,1	Prolin 56
Cystein/Cystin 1,0	Serin 3,8
Glutamic acid 7,1	Taurin 0,3
Glycin (acid amin acetic) 2,1	Threonin 3,6
Histidin 2,1	Tryptophan 1.4
lsoleucin 3,1	Tyrosin 0,5
Leucin 7,0	Valin 3.6

Lysin monohydrat tương ứng với Lysin 5,6

Tá dược: nước cất pha tiêm

Tổng lượng acid amin	65,3 g/l trong đó 31,9 g là các acid amin thiết yêu (bao gồm cả cystein, histidin và tyrosin).
Hàm lượng ni-tơ	9,3 g/l
Các chát điện giải	Không có Các chắt chống oxy hóa Không có
Năng lượng cung cáp	1,0 MJ/L (240 kcal/l)
pH	5,2
Nông độ thẩm thấu	510 mosm/kg nước

Chỉ định:

Vaminolact được chỉ định cung cắp acid amin đẻ tổng hợp protein và để cung cáp taurin cho trẻ sơ sinh và trẻ em có nhụ cầu nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch, khi nuôi dưỡng qua đường ăn hoặc qua đường tiêu hóa không đầy đủ hoặc do chống chỉ định.

Chống chỉ định:

Vaminolact chống chỉ định khi có bắt thường bẩm sinh về chuyển hóa acid amin, có rối loạn chức năng gan nghiêm trọng và tăng urê máu nghiêm trọng nhưng không có điều kiện để lọc thẩm tách máu.

Liều dùng, cách dùng:

Liều gợi ý

	thể trọng (kg)	**liều dùng (ml/kg/ngày)**
Trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ		đến 35*
Trẻ em	10	24**
---------	20	18.5**
---------	30	16**
---------	40	14.5**

* Liều dùng nên tăng dằn cho re tỳ tối đa trong tuản đầu tiên dùng thuốc và nên truyền liên tục trong 24 giờ.

** Thời gian truyện tôi thiêu là 8 giờ.

Cách dùng

Vaminolact có thể được truyền qua tĩnh mạch trung tâm hoặc tĩnh mạch ngoại vi cùng với đường glucose và nhũ tương mỡ bằng ống nối hình chữ Y gần vị trí kim truyền.

2. Acid amin 10%250ml (Aminoplasmal B. Braunn 10% E)

Dạng bào chế: Dung dịch truyền tĩnh mạch

Thành phần:

Cứ 250 ml dung dịch chứa

Hoạt chất chính:

Amino acid:	
Isoleucine	1,25g
Leucine	2,225g
Lysine hydroclorid	214g
(equivalent to lysine)	1,7125g
Methionine	1,10g
Phenylalanine	1,175g
Threonine	1,05g
Tryptaphan	040g
Valine	1,55g
Arginine	2,875 9
Histidine	0,75g
Alanine	2,625 g
Glycine	3,00g
Acid aspartic	140g
Acid glutamic	1,80 g
Proline	1,378 g
Serine	0,575 g
Tyrosine	0,10g
Các chất điên giải:	
Natri acetat trihydrat	0,7145 g
Natri hydroxyd	0,09g
Kali acetat	0,61325g
Magnesi clorid hexahydrat	0,127g
Dinatri phasphat dodecahydrat	0,89525 g
Tá dược:	
Acetylcysteine	
Acid citric ngậm 1 phân tử nước	
Nước cất pha tiêm	
Nóng độ các chất điên giải:	mmol/t
Natri	50
Kali	25
Magnesi	2,5
Acetat	46
Clorid	§2
Phosphat	10
Citrat	2,0
Amino acid toàn phần	100 g/l
Nite toàn phan	15,8 g/l
Giá tri năng lương 1675 kJ/l tương đương	400 kcal/l
Nồng dộ áp lực thẩm thấu	1021 mOsm/l

Chuẩn độ acid (đến pH 7,4) khoảng	26 mmol/l
PH	5,7-6,3

Chỉ định:

Cung cấp amino acid như một chất nền cho quá trình tổng hợp protein trang chế dé nuôi dưỡng qua đường tinh mach, khi đường uống và đường tiêu hóa là không thể thực hiện được, thiếu hoặc chống chỉ định.

Chống chỉ định:

- Mẫn cảm với amino acid có mặt trong dung dịch
- Chuyển hóa amino acid bất thường bẩm sinh
- Rồi loạn tuần hoàn nghiêm trọng đe doa đến tính mang,ví dụ bị sốc.
- Giảm Oxy huyết.
- Nhiễm acid chuyển hóa.
- Bệnh gan tiến triển.
- Suy thận nặng không phải lọc máu hoặc thẩm tách máu.
- Nồng độ bệnh lý hoặc cao trong huyết thanh của bất kỳ chất điện giải nào trong thành phần sản phẩm.
- Trẻ em dưới 2 tuổi
- Chống chỉ định chung trong truyền tinh mạch:
  - ✓ Suy tim mất hù
  - ✓ Phù phối cấp
  - ✓ Tình trang ứ nước

Liều dùng, cách dùng:

Liều dùng được điều chỉnh theo nhu cầu của từng bệnh nhân về amino acid, chất điện giải và dịch cơ thể, phụ thuốc vào điều kiên lâm sàng của bệnh nhân (tình trạng dinh dưỡng và/hoặc mức độ dị hóa nitơ do bệnh lý).

<u>Người lớn và trẻ vị thành niên từ 15-17 tuổi:</u>

Liều trung bình hàng ngày:	
10- 20 ml/kg thể trọng	Tương đương: 1,0 - 2,0 g amino acid/kg Tương đương: 700 - 1400 ml cho bệnh nhân nặng 70 kg
Liểu tối đa hàng ngày:	
20 ml/kg thé trang	Tương đương: 2,0 g amino acid/kg thể trọng Tương đương: 140 g amino acid cho bệnh nhân nặng 70 kg. Tương đương: 1400 ml cho bệnh nhân nặng 70 kg.
Tốc độ truyền và giọt tối đa:	
1,0 ml/kg thể trọng/giờ	Tương đương: 0,1 g amino acid/kg thé trong/h Tương đương: 25 giot/phút cho bệnh nhân nặng 70 kg. Tương đương: 1,7 ml/ phút cho bệnh nhân nặng 70kg

<u>Trẻ em và thanh thiếu niên đến 14 tuổi:</u>

Liều khuyến cáo được đưa ra ở đây là giá trị trung bình có tính chất định hướng. Liểu phải được điều chỉnh tương ứng theo lứa tuổi của từng BN, giai đoạn nhát triển của bệnh và tình trạng bệnh tật.

Liều hàng ngày cho trẻ từ 3 - 5 tuổi: 15 ml/kg/ngày (1,5 g amino acid/kg thể trọng/ngày)

Liều hàng ngày cho trẻ từ 6 - 14 tuổi: 10 ml/kg thể trọng/ngày (1,0 g amino acid/kg thể trọng/ngày)

Tốc độ truyền tối đa:1,0 ml/kg thể trọng/giờ (0,1 g amino acid/kg thể trọng/giờ)

Phương pháp truyền và thời gian sử dụng:

Truyền tĩnh mạch trung tâm

Dung dịch Amino acid có thể được sử dụng lâu như dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch được chỉ định.

Aminoplasmal B. Braun 10% E chỉ là mật thành phần của dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch. Trong dinh dưỡng qua đường tình mạch, cung cấp amino acid phải được kết hợp với cung cấp các nguồn năng lương, acid béo thiết yếu, vitamin và các nguyên tố vi lượng

3. Calci clorid 500mg/ 5ml (Calci clorid 500mg/ 5ml)

Dạng bào chế: Dung dịch tiêm

Chỉ định:

- Các trường hợp cần tăng nhanh nồng độ ion calci trong máu như: Co giật do hạ calci huyết ở trẻ sơ sinh, co thắt thanh quản do hạ calci huyết, thiểu năng cận giáp trạng gây tetani, hạ calci huyết do tái khoáng hóa; sau phẫu thuật cường cận giáp; hạ calci huyết do thiếu vitamin D, nhiễm kiềm. Sau truyền máu khối lượng lớn chứa calci citrat gây giảm Ca++ máu.
- Trường hợp tăng kali huyết, để giảm tác dụng gây ức chế tim, biểu hiện trên điện tâm đồ.
- Trường hợp tăng magnesi huyết, calci clorid cũng được sử dụng nhằm mục đích điều trị các tác động gây ức chế hệ thần kinh trung ương khi dùng quá liều magnesi sulfat.
- Quá liều do thuốc chẹn calci, ngộ độc do ethylen glycol.

Chống chỉ định:

- Rung thất trong hồi sức tim;
- Tăng calci máu, như ở người bị tăng năng cận giáp, quá liều do vitamin D;
- Sỏi thận và suy thận nặng;
- Người bệnh đang dùng digitalis, epinephrin;
- U ác tính tiêu xương;
- Calci niệu nặng; loãng xương do bất động.

Liều dùng, cách dùng:

Chống hạ calci huyết hoặc bổ sung chất điện giải (tiêm tĩnh mạch).

Trẻ em: 25 mg (6,8 mg ion calci) cho 1 kg thể trọng, tiêm chậm.

Người lớn: 500 mg tới 1 g (136 - 272 mg ion calci). Tiêm tĩnh mạch chậm với tốc độ không được vượt quá 0,5 ml (13,6 mg ion calci) tới 1 ml (27,2 mg ion calci) trong 1 phút. Liều này có thể được dùng nhắc lại cách quãng 1 đến 3 ngày tùy theo đáp ứng của người bệnh và nồng độ calci trong huyết thanh.

Bỏng acid hydrofluoric:

Tiêm truyền nhỏ giọt động mạch: 10 ml dung dịch 100 mg/ml calci clorid (272 mg ion calci) pha với 40 ml nước muối sinh lý trong 4 giờ.

Đảo ngược tác dụng chẹn thần kinh cơ do polymyxin và các chất gây mê:

1 g calci clorid (272 mg ion calci).

Chống tăng kali huyết:

Phải điều chỉnh liều qua theo dõi thường xuyên bằng điện tâm đồ.

Chống tăng magnesi huyết:

Tiêm tĩnh mạch, bắt đầu 500 mg (136 mg ion calci), nhắc lại nếu tình trạng lâm sàng thấy cần thiết.

4. Glucose10%-250ml (Glucose 10%)

Dạng bào chế: Dung dịch tiêm truyền

Thành phần: Công thức bào chế cho 100 ml thành phần:

Glucose monohydrat tương đương glucose khan 10g

NCPT vđ 100ml

Chỉ định:

- Phòng và điều trị hạ đường huyết
- Mất nước hoặc mất nước kèm theo có nhu cầu cao carbonhydrat
- Cung cấp năng lượng trong chế độ dinh dưỡng lâm sàng
- Dùng để pha loãng các sản phẩm thuốc tương thích

Chống chỉ định:

- Bệnh tiểu đường mất bù, đái tháo nhạt
- Hôn mê tăng thẩm thấu
- Chứng loãng máu, tăng lượng nước ngoài tế bào, tăng dung lượng máu lớn
- Tăng đường huyết và tăng lactat máu
- Suy thận nặng (với thiểu niệu/vô niệu)
- Suy tim mất bù
- Phù (bao gồm phù phổi và phù não) và xơ gan cổ trướng
- Không dung nạp glucose (như tình trạng rối loạn chuyển hóa)
- Các trương hợp quá mẫn với hoạt chất thuốc
- Cần xem các chống chỉ định có liên quan đên các sản phẩm thuốc pha loãng cùng dung dịch glucose 10%
- Tình trạng mất nước nhược trương nếu lượng chất điện giải không được bù đắp.
- Bệnh nhân sau tai biến mạch máu não
- Mê sảng do rượu kèm mất nước, ngộ độc rượu cấp

Liều dùng, cách dùng:

Liều dùng

Liều dùng và tốc độ truyền của glucose 10% phụ thuộc vào nhiều yếu tố: chỉ định sử dụng, lứa tuổi, cân nặng, tình trạng lâm sàng.

Người lớn và người cao tuổi:

Chỉ dẫn liều dùng cho người có cân nặng trung bình (70kg)(*)

Chỉ định	Liều dùng ban đầu	Tốc độ truyền	Khoảng thời gian
Cung cấp năng lượng trong chế độ dinh dưỡng lâm sàng	500 ml – 3000 ml/ngày (từ 7-40 ml/kg/ngày)	Tốc độ truyền khuyến cáo tối đa không được vượt quá quá trình oxy hóa glucose của BN, vì điều này có thể gây tăng đường huyết: 5 mg/kg/phút (3ml/kg/h)	Không giới hạn về thời gian điều trị - tùy thuộc vào tình trạng lâm sàng của người bệnh
Phòng và điều trị hạ đường huyết			
Mất nước hoặc mất nước kèm theo có nhu cầu cao carbohydrat			
Dùng để pha loãng các sản phẩm thuốc tương thích	50- 250 ml trên liều dùng	tùy thuộc vào thuốc pha loãng cùng	tùy thuộc vào thuốc pha loãng cùng

* Thể tích lớn nhất trong liều khuyến cáo nên dùng trong 24h để tránh chứng loãng máu.

Bệnh nhi:

Tốc độ truyền và thể tích truyền tùy thuộc vào lứa tuổi, cân nặng, tình trạng lâm sàng và tình trạng chuyển hóa của BN, việc điều trị và kiểm soát phải được làm bởi bác sĩ có kinh nghiệm trong sử dụng liệu pháp dịch truyền tĩnh mạch ở bệnh nhân nhi.

Chỉ dẫn liều dùng cho bệnh nhân nhi:

Chỉ định	**Liều dùng ban đầu**	**Tốc độ truyền ban đầu**			
		trẻ sinh non và TSS	**TSS và mới biết đi)1-23 tháng)**	**TE (2-11 tuổi)**	**Thanh thiếu niên (12-18 tuổi)**
Cung cấp năng lượng trong chế độ dinh dưỡng lâm sàng Phòng và điều trị hạ đường huyết Mất nước hoặc mất nước kèm theo có nhu cầu cao carbohydrat	0-10 kg (BW): 100 ml/kg/ngày 10-20 kg (BW): 1000 ml + thêm 50ml/kg >10 kg/ngày >20kg (BW): 1500ml + thêm 20 ml/kg >20 kg/ngày	6-11 ml/kg/h (10-18 mg/kg/phút)	5-11 ml/kg/h (9-18 mg/kg/phút)	4-8 ml/kg/h (7-14 mg/kg/phút)	4 ml/kg/h (7-8.5 mg/kg/phút)
Dùng để pha loãng các sản phẩm thuốc tương thích	**Liều ban đầu**: 50-100ml trên liều. không tùy thuộc vào lứa tuổi **Tốc độ truyền**: tùy thuộc vào thuốc pha loãng cùng. Không tùy thuốc vào lứa tuổi				

LƯU Ý: Thể tích lớn nhất trong liều khuyến cáo nên dùng trong 24h để tránh chứng loãng máu.

Tốc độ truyền khuyến cáo tối đa không được vượt quá quá trình oxy hóa glucose của bệnh nhân, vì điều này có thể gây tăng đường huyết.

Tùy thuộc tình trạng lâm sàng của BN, tốc độ truyền thấp hơn so với khuyến cáo có thể được sử dụng để làm giảm nguy cơ gây lợi tiểu thẩm thấu không mong muốn.

Khi thuốc được sử dụng để pha loãng các sản phẩm thuốc tương thích khác để truyền TM, chỉ dẫn sử dụng của thuốc pha loãng cùng sẽ quyết định thể tích truyền phù hợp cho mỗi điều trị

Cách dùng:

Truyền qua TMTT hoặc ngoại vi

Glucose 10% truyền TM là dd ưu trương

Áp suất thẩm thấu của dung dịch truyền cuối cùng sau khi pha loãng cùng thuốc khác phải được tính toán khi dùng cho truyền TM ngoại vi.

Việc tăng dần tốc độ truyền nên được xem xét khi truyền các dung dịch chứa glucose.

5. **Glucose 5%-500ml (Glucose 5%)**

Dạng bào chế: Dung dịch tiêm truyền

Đóng gói: Chai nhựa 100ml, chai nhựa 200ml**; chai nhựa 500ml**; chai thủy tinh 500ml

Thành phần:

	Chai 100 ml	Chai 250ml	Chai 500ml
Glucose khan	5 g	12.5 g	25 g
(dưới dạng glucose monnohydrat)	(5.5 g)	(13,75 g)	(27.5 g)
NCPT vđ	100 ml	250ml	500 ml

Chỉ định:

- Điều trị thiếu hút carbohydrat và dịch
- Dùng làm chất vận chuyển và dung môi pha loãng cho các thuốc tương thích để dùng đường TM

Chống chỉ định:

- Ứ nước hoặc phù nề, cao huyết áp và BN chưa được đánh giá đúng về cân bằng điện giải để lựa chọn loại dung dịch điều trị phù hợp
- BN đái tháo đường mất bù hoặc các tình trạng không dung nạp glucose (như RLCH, hôn mê tăng áp lực thẩm thấu, tăng đường huyết, tăng lactat máu).

Liều dùng, cách dùng:

Liều dùng:

Người lớn, người cao tuổi, trẻ em:

Hàm lượng và liều lượng tùy thuộc vào lứa tuổi, cân nặng, tình trạng lâm sàng của BN. Theo dõi chặt chẽ nồng độ glucose huyết của BN

Liều khuyến cáo cho điều trị thiều hụt carbohydrat và dịch:

Người lớn: 500ml -3000 ml/24h

Trẻ nhỏ và TE:

0-10 kg: 100 ml/kg/24h

10-20 kg: 1000 ml + 50 ml/10 kg/24h

>20 kg: 1500 ml + 20 ml/20 kg/24h

Tốc độ truyền phụ thuộc vào tình trạng lâm sàng của NB

Tốc độ truyền không được vượt quá khả năng oxy hóa glucose của BN để tránh tăng đường huyết. vì vaayh, tốc độ truyền tối đa thay đổi từ 5 mg/kg/phút cho người lớn đến 10-18 mg/kg/phút cho trẻ nhỏ và TE phụ thuộc vào lứa tuổi và trọng lượng cơ thể

Liều khuyến cáo khi dùng làm chất vận chuyển và dung dịch pha loãng cho các thuốc tương thích: 50-250ml/liều của thuốc dùng cùng

Khi G5% được dùng để pha loãng chế phẩn thuốc tiêm khác, liều dùng và tốc độ truyền được quy định bởi bản chất và liêu của thuốc tiêm đó.

Trẻ em:

Tốc độ và thể tích truyền phụ thuộc vào lứa tuổi, cân nặng tình trạng lâm sàng và chuyển hóa của NB, các điều trị kết hợp khác và phải được quyết đinh bởi bác sĩ có kinh nghiệm trong sử dụng liệu pháp dịch truyền ở TE.

Cách dùng:

Tiêm truyền TM ngoại vi hoặc Trung tâm theo chỉ dẫn của thầy thuốc

Khi thuốc được sử dụng để pha loãng các sản phẩm thuốc tương thích khác để truyền TM, HDSD của thuốc pha loãng cũng sẽ quyết định thể tích truyền phù hợp cho mỗi điều trị

Glucose 5% là dung dịch đẳng trương.

6. Glucose 30% - 5ml (Glucose 30%; **Glucose Kabi 30%)**

Dạng bào chế: Dung dịch tiêm

Thành phần:

Glucosse khan 1.5g

(dưới dạng glucose monohydrat 1.65g)

NCPT vđ 5ml

Chỉ định:

- Điều trị khẩn cấp các trường hợp hạ đường huyết nặng
- Điều trị thiếu hụt hydrat carbon

Chống chỉ định:

- NB không dung nạp glucose
- Mất nước nhược trương nếu chưa bù đủ các chất điện giải
- Mê sảng rượu kèm mất nước, ngộ độc rượu cấp
- Tuyệt đối không dùng cho NB sau cơn tai biến mạch máu não
- Ứ nước
- Hạ kali huyết
- Hôn mê tăng thẩm thấu, nhiễm toan
- Vô niệu
- Bị chảy máu trong sọ hoặc trong tủy sống
- Không được tiêm dung dịch glucose ưu trương cho NB bị mất nước vì tình trạng mất nước sẽ nặng thêm do bị lợ niệu thẩm thấu

Liều dùng, cách dùng:

Liều dùng:

Liều dùng tùy thuộc vào lứa tuổi, cân nặng, tình trạng lâm sàng của BN. Theo dõi chặt chẽ nồng độ glucose huyết của BN

Liều glucose tối đa khuyên dùng là 0.5 glucose/kg/h (tương ứng 1.7 ml/kg/h)

Lưu ý: dd ưu trương phải được tiêm rất chậm

Các phòng ngừa khi dùng thuốc:

Chỉ sử dụng 1 lần, loại bỏ phần thừa sau khi sử dụng

Các dạng thuốc tiêm nên được kiểm tra cảm quan về các tiểu phân và sự đổi màu trước khi tiêm, kiểm tra tính nguyên vẹn của bao bì. Chỉ sử dụng nếu dung dịch trong, không có các tiểu phân nhìn thấy, bao bì không hư hỏng.

Việc bổ sung chất điện giải nên theo nhu cầu lâm sàng của từng BN

Kiểm soát:

Việc điều trị nên được thực hiện dưới sự giám sát thường xuyên và cẩn thận. các thông số lâm sàng và sinh học, đb nồng độ glucose huyết, cân bằng dịch và ddienj giải nên được theo dõi thường xuyên và trong suốt quá trình điều trị.

7. Kali clorid 500mg/5ml (Kali clorid 10%)

Dạng bào chế: Dung dịch tiêm truyền

Thành phần:

Hộp 2 vỉ x 5 ống x 10ml

Hộp 10 vỉ x 5 ống x 10ml

Chỉ định:

- Điều trị giảm kali huyết
- Điều trị giảm kali huyết nặng ở NB dùng thuốc lợi tiểu thải kali để điều trị tăng huyết áp vô văn chưa biến chứng
- Phòng giảm kali huyết ở những người đặc biệt có nguy cơ giảm kali huyết
- Cũng được chỉ định cho người bị xơ gan có chức năng thận bình thường, một số trạng thái ỉa chảy, kể cả do sử dụng thuốc nhuận tràng dài ngày, nôn kéo dài, hội chứng Barter, bệnh thận gây mất kali và ở những người bệnh (kể cả trẻ em) điều trị corticoid kéo dài.
- Điều trị tăng huyết áp do thiếu hụt kali, kết hợp với magnesi để điều trị nhồi máu cơ tim cấp, làm giảm nguy cơ loạn nhịp thất.

Chống chỉ định:

- Mẫn cảm với các thành phần nào của thuốc
- Tăng kali huyết, khi nồng độ kali huyết > 5mmol/l, vì nồng độ kali cao có thể gây ngừng tim
- Tăng clorid huyết

Liều dùng, cách dùng:

Cách dùng:

Tiêm truyền TM sau khi pha loãng và theo sự chỉ dẫn của bác sĩ

Không bao giờ dùng kali clorid đậm đặc mà không pha loãng

Không dùng các dung dịch chứa glucose khi đang truyền TM kali.

1 mmol tương đương 75 mg kali clorid

Tiêm truyền TM: phải pha loãng nồng độ kali clorid với thể tích lớn (1000 ml) của dung dịch NaCl 0.9% để truyền TM, nồng độ kali clorid tốt nhất là 40mmol (3000 mg kali clorid) trong 1 lít, và không vượt quá 80 mmol/l. Để tránh tăng kali máu trong khi truyền tĩnh mạch, tốc độ truyền không được nhanh, tốc độ 10 mmol trong một giờ thường là an toàn, khi lượng nước tiểu thải ra thỏa đáng (trong điều trị cấp cứu, tốc độ truyền là 20 mmol/giờ). Thông thường, tốc độ truyền không bao giờ được phép vượt quá 1 mmol trong một phút cho người lớn và 0,02 mmol cho một kg thể trọng trong một phút đối với trẻ em. Nếu tốc độ truyền vượt quá 0,5 mmol/kg/giờ, thầy thuốc phải ngồi bên cạnh và theo dõi điện tâm đồ liên tục. Trong suốt thời gian dùng ở tốc độ cao, người bệnh cần được theo dõi thường xuyên về lâm sàng và điện tâm đồ. Nếu có rối loạn chức năng thận, đặc biệt là suy thận cấp như có dấu hiệu thiểu niệu và/ hoặc tăng creatinin huyết thanh, xảy ra trong khi truyền kali clorid, cần ngừng truyền ngay. Có thể truyền lại nếu cần, nên dùng rất thận trọng và theo dõi chặt chẽ.

Liều dùng:

Điều trị giảm kali máu

Người lớn: Tiêm truyền nhỏ giọt tĩnh mạch ngoại biên (kali huyết thanh nhỏ hơn 2,5 mmol/lít) tốc độ truyền 10 - 20 mmol/giờ; dành tốc độ nhanh hơn 20 mmol/giờ cho những trường hợp cấp cứu; có thể lặp lại cách 2 - 3 giờ nếu cần, nhưng nồng độ kali trong dịch truyền không được vượt quá nồng độ tối đa 40 mmol/lít.

Các trường hợp khác: Liều duy trì dựa vào kali huyết thanh. Tổn thương thận, giảm nhu cầu. Đối với người có tổn thương thận hoặc bị blốc tim bất cứ thể nào, phải giảm tốc độ truyền xuống một nửa và không được vượt quá 5 - 10 mmol/giờ.

Liều lượng phụ thuộc vào ion - đồ huyết thanh và cân bằng kiềm toan. Thiếu kali được tính theo công thức:

mmol kali = kg thể trọng x 0,2 x 2 x (4,5 - kali huyết thanh hiện tại tính theo mmol)

(thể tích ngoài tế bào được tính từ thể trọng kg x 0,2)

8. Ringer lactat +Glucose 5%-500ml (Lactated ringer`s and dextrose)

Dạng bào chế: Dung dịch tiêm truyền

Thành phần:

- Dextrose khan 4,546 g
- Natri clorid 600mg
- Kali clorid 30mg
- Calci clorid 20mg
- Natri lactat 300mg
- Nước cất vđ 100ml

Chỉ định:

- Mất nước (chủ yếu mất nước ngoài tế bào) nặng, không thể bổi phụ được bằng đường uống (người bệnh hôn mê, nôn, truy mạch).
- Giảm thể tích tuần hoàn nặng, cần bù nhanh (sốc phần vệ, sốc sốt xuất huyết).
- Nhiễm toan chuyển hoá.

Chống chỉ định:

- Mẫn cảm với một trong các thành phần của thuốc.
- Nhiễm kiềm chuyển hoá, suy tim, ứ nước (chủ yếu ứ nước ngoại bào), người bệnh đang dùng digitalis.

Liều dùng, cách dùng:

- Tiêm truyền tĩnh mạch theo sự chỉ dẫn của Bác sĩ.

- Số lượng và tốc độ truyền dịch phụ thuộc vào triệu chứng lâm sàng và sinh hoá (điện giải - đồ, hematocrit, lượng nước tiểu).

- **Điều trị mất nước nặng ở trẻ em**, có thể theo khuyến cáo của Tổ chức y tế thế giới:

+ *Trẻ dưới 12 tháng tuổi*: Tiêm truyền tĩnh mạch, lúc đầu 30ml/kg trong 1 giờ, sau đó 70ml/kg trong 5 giờ.

+ *Trẻ trên 12 tháng đến 5 tuổi***:** Tiêm truyền tĩnh mạch, lúc đầu 70ml/kg trong 30 phút, sau đó 70ml/kg trong 2 giờ 30phút.

+ *Cách 1-2 giờ*, phải đánh giá lại tình trạng người bệnh.

- **Điều trị sốc sốt xuất huyết (độ III và IV):** 20ml/kg trong 1 giờ, rồi đánh giá lại tình trạng người bệnh.

9. Magnesi sulfat 750mg/5ml (Magnesi-BFS 15%)

Dạng bào chế: Dung dịch tiêm

Thành phần: ống 5 ml chứa:

Hoạt chất: Magnesi sulfat heptahydrat 750,0 mg.

Tá dược: Natri hydroxid và/hoặc acid sulfuric, nước cất pha tiêm.

Chỉ định:

- Điều trị loạn nhịp dạng xoắn.
- Điều trị giảm kali máu cấp đi kèm với giảm magnesi máu.
- Bổ sung magnesi trong phục hồi cân bằng nước điện giải.
- Dự phòng và điều trị sản giật

Chống chỉ định:

- Bệnh nhân block tim, tổn thương cơ tim.
- Suy thận nặng

Liều dùng, cách dùng:

Điểu trị loạn nhịp xoắn

Tiêm tĩnh mạch chậm 8 mmol ion magnesi tương đương 2 g magnesi sulfat heptahydrat, tiếp đó tiêm truyền liên tục 0,012 đến 0,08 mmol ion magnesi tương đương 3 tới 20 mg magnesi sulfat heptahydrat/phút.

Điều trị giảm kali máu cấp đi liền với giảm magnesi máu.

Truyền tĩnh mạch từ 24 - 32 mmol ion magnesi tương đương 6 - 8 g magnesi sulfat heptahydrat trong 24 giờ. Kali được bổ sung trong một bình khác với bình magnesi.

Ngừng điều trị ngay khi mức magnesi máu trở lại bình thường.

Bổ sung magnesi trong việc phục hồi cân bằng nước điện giải

Truyền tĩnh mạch từ 6 - 8 mmol ion magnesi tương đương 1,5 - 2 g magnesi sulfat heptahydrat trong 24 giờ. Liều dùng thông thường cho trẻ em là 0,1 — 0,3 mmol/kg tương đương 25 mg - 75 mg/kg trong 24 gid sau cơn sản giật cuối cùng.

Dự phòng và điều trị sản giật

Để ngăn ngừa hoặc điều trị cơn sản giật đã xảy ra, tiêm truyền tĩnh mạch 16 mmol ion magnesi tương đương 4 g magnesi sulfat heptahydrat trong 20 -30 phút

Nếu cơn sản giật vẫn còn tồn tại, truyền thêm 16 mmol ion magnesi tương đương 4 g magnesi sulfat heptahydrat g5

Tuy nhiên, không được vượt quá liều tích lũy 32 mmol ion magnesi tương đương 8 g magnesi sulfat heptahydrat trong gờ điều trị đầu tiên.

Sau đó, tiêm truyền liên tục 8 - 12 mmol ion magnesi tương đương 2-3 gmagnesi sulfat heptahydrat mỗi giờ, trong 24 giờ tiếp theo.

10. Manitol 20% - 250ml (Mannitol)

Dạng bào chế: Dung dịch tiêm truyền

Đóng gói: Chai 250ml;chai 500ml

Thành phần: 100 ml dung dịch 20% chứa:

D-Mannitol	20g
NCPT vđ	100ml

Chỉ định:

- Phòng hoại tử thận cấp do hạ huyết áp
- Thiểu niệu hậu phẫu
- Gây lợi niệu ép buộc để tăng đào thải các chất độc qua đường thận.
- Làm giảm áp lực nội sọ trong phù não.
- Làm giảm nhãn áp.
- Dùng trước và trong các phẫu thuật mắt.
- Dùng làm test thăm dò chức năng thận.
- Dùng làm dịch rửa trong cắt nội soi tuyến tiền liệt.

Chống chỉ định:

- Mẫn cảm với các thành phần của thuốc
- Mất nước.
- Suy tim sung huyết, các bệnh tim nặng.
- Phù phổi, sung huyết phổi.
- Chảy máu nội sọ sau chấn thương sọ não (trừ trong lúc phẫu thuật mở hộp sọ).
- Phù do rối loạn chuyển hóa có kèm theo dễ vỡ mao mạch.
- Suy thận nặng (trừ trường hợp có đáp ứng với test gây lợi niệu; nếu không có đáp ứng hoặc đáp ứng kém thì thể tích dịch ngoại bào tăng có thể dẫn đến ngộ độc nước cấp).
- Thiểu niệu hoặc vô niệu sau khi làm test với manitol.

Liều dùng, cách dùng:

Làm test: Truyền tĩnh mạch 200 mg/kg thể trọng hoặc 12,5 g dung dịch manitol 15% hoặc 25%, trong 3 đến 5 phút, sẽ gây bài xuất nước tiểu ít nhất là 30 đến 50 ml mỗi giờ trong vòng từ 2 đến 3 giờ sau đó. Nếu đáp ứng với lần thứ nhất không tốt thì có thể làm lại test lần thứ hai. Nếu lưu lượng nước tiểu 2 - 3 giờ sau khi làm test dưới 30 - 50 ml/giờ thì thận đã bị tổn thương thực thể (không được dùng manitol trong trường hợp này).

Phòng ngừa suy thận cấp: Làm test như trên liều thông thường người lớn cho từ 50 đến 100 g tiêm truyền tĩnh mạch với dung dịch từ 5 đến 25%. Tốc độ truyền thường điều chỉnh để có 1 lưu lượng nước tiểu ít nhất từ 30 đến 50 ml/giờ.

Để tăng đào thải các độc tố: Làm test như trên thông thường duy trì lưu lượng nước tiểu ít nhất 100 ml/giờ, thường duy trì 500 ml/giờ và cần bằng dương tính về dịch tới 1 - 2 lít.

Để giảm độc tính của cisplatin lên thận: Truyền nhanh 12,5 g ngay trước khi dùng cisplatin, sau đó truyền 10 g/giờ, trong 6 giờ dùng dung dịch 20%. Bù dịch bằng dung dịch có natri clorid 0,45%, kali clorid 20 - 30 mEq/lít với tốc độ 250 ml/giờ, trong 6 giờ. Duy trì lưu lượng nước tiểu trên 100 ml/giờ bằng cách truyền tĩnh mạch manitol.

***Làm giảm áp lực nội sọ*:** Truyền tĩnh mạch nhanh dung dịch manitol 15% đến 25%, theo liều 1 đến 2 g/kg, trong vòng 30 đến 60 phút. Nếu hàng rào máu - não không nguyên vẹn thì truyền manitol có thể dẫn đến tăng áp lực nội sọ (trường hợp này nên dùng furosemid).

***Làm giảm áp lực nhãn cầu*:** Liều 1,5 đến 2 g/kg, truyền trong 30 - 60 phút với dung dịch 15 - 20%. Tác dụng xuất hiện trong vòng 15 phút tính từ lúc bắt đầu truyền manitol và kéo dài từ 3 đến

8 giờ sau khi ngừng truyền. Có thể đánh giá tác dụng của manitol lên áp lực nội sọ và nhãn áp bằng cách khám đáy mắt người bệnh (tình trạng phù gai thị, ứ trệ), theo dõi các triệu chứng lâm sàng. Điều chỉnh liều, nồng độ dịch và tốc độ truyền theo mức độ đáp ứng của người bệnh.

Dùng trong phẫu thuật cắt bỏ tuyến tiền liệt qua niệu đạo: Dung dịch manitol từ 2,5% đến 5% được dùng để tưới, rửa bàng quang trong phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt qua đường niệu đạo.

Liều dùng trong nhi khoa:

Điều trị thiểu niệu hoặc vô niệu: Làm test với liều 200 mg/kg như trên; liều điều trị là 2g/kg truyền tĩnh mạch dung dịch 15 - 20% trong 2 - 6 giờ.

Để giảm áp lực nội sọ hoặc áp lực nhãn cầu: Liều 2g/kg, truyền trong 30 - 60 phút dùng dung dịch 15 - 25%.

Điều trị ngộ độc: 2 g/kg, truyền dung dịch 5 - 10% sao cho duy trì được một lưu lượng nước tiểu lớn.

Người cao tuổi: Bắt đầu bằng liều ban đầu thấp nhất và điều chỉnh theo đáp ứng.

Tương tác: Người bệnh đang điều trị bằng lithi cần phải theo dõi đáp ứng với thuốc khi dùng manitol.

11. Natri clorid + Natri citrat + Kali clorid + Glucose khan + Kẽm (dưới dạng Kẽm Gluconate)2,6g + 2,9g + 1,5g + 13,5g + 20mg (Oremute 20)

Dạng bào chế: Thuốc bột uống

Thành phần:

Natri clorid	2600mg
Natri citrat dihydrat	2900 mg
Kali clorid	1500 mg
Glucose khan	13500mg
Kẽm	20mg
(tương đương Kẽm gluconat	140 mg)

Chỉ định:

- Bổ sung kẽm giúp chóng phục hồi, tăng cường sức khỏe, giảm nguy cơ mắc đợt tiêu chảy mới trong những tháng tiếp sau.
- Hỗ trợ điều trị mất chất điện giải và nước trong tiêu chảy cấp từ nhẹ đến trung bình.

Chống chỉ định:

- Vô niệu hoặc giảm niệu.
- Mất nước nặng kèm triệu chứng sốc.
- Tiêu chảy nặng (khi tiêu chảy vượt quá 30ml/kg thể trọng mỗi giờ).
- Nôn nhiều và kéo dài
- Tắc ruột, liệt ruột, thủng ruột.
- TE <6 tháng tuổi (có nguy cơ quá liều kẽm).

Liều dùng, cách dùng:

- Hòa tan cả gói với 1000 ml nước đun sôi để nguội và dùng theo hướng dẫn của bác sĩ hoặc uống để bổ sung kẽm, phòng mất nước và chất điện giải sau mỗi lần đi ngoài như sau:
- Bổ sung kẽm: TE > 6 tháng tuổi và người lớn: 20 mg kẽm/ngày (1 gói Oremute)
- Hỗ trợ điều trị mất chất điện giải và nước: có thể dùng kèm với oresol để đảm bảo bổ sung đầy đủ chất điện giải và nước.
- Lưu ý:
- Với trẻ nhỏ cho uống ít một. uống chậm và nhiều lần, uống liên tục cho đến hết liều đã quy định
- Không nên cho uống 1 lúc quá nhiều, sẽ gây nôn
- Nếu chưa hết 24h, BN đã uống hết liều quy định thì nên cho uống thêm nước trắng để tránh tăng natri huyết và đỡ khát.
- Dung dịch Oremute đã pha theo hướng dẫn không được pha loãng thêm với nước vì pha loãng làm giảm tính hấp thụ của hệ thống đồng vận chuyển glucose-natri
- Dung dịch đã pha chỉ dùng trong 24h.

12. Natri clorid 10% - 5ml (Natri clorid 10%)

Dạng bào chế: Dung dịch tiêm

Thành phần:

Hoạt chất: Natri clorid 500mg

Tá dược: NCPT vđ 5ml

Chỉ định:

- Dung dịch natri clorid ưu trương dùng cho trường hợp thiếu hụt natri clorid nghiêm trọng cần phục hồi điện giải nhanh;
- Dùng khi giảm natri và clo huyết do dùng dịch không có natri trong nước và điện giải trị liệu, khi xử lý trường hợp dịch ngoại bào pha loãng quá mức sau khi dùng quá nhiều nước.

Chống chỉ định:

- Người bệnh bị tăng natri huyết, bị ứ dịch.
- Khi nồng độ điện giải huyết thanh tăng, bình thường hoặc chỉ giảm nhẹ.

Liều dùng, cách dùng: tiêm TM hoặc tiêm truyền TM

- Khi có chỉ định dùng dung dịch natri clorid ưu trương, các dung dịch này phải được tiêm vào một tĩnh mạch lớn, không được để thuốc thoát mạch.
- Liều dùng natri clorid tùy thuộc vào tuổi, cân nặng, tình trạng mất nước, cân bằng kiềm toan và điện giải của người bệnh.
- Liều thông thường ban đầu tiêm tinh mach 1a 100 ml tiém trong1 giờ. Trước khi tiêm thêm, tan phải định lượng nồng độ điện giải trong huyết thanh bao gồm cả clorid và bicarbonat. Nếu là tiêm truyén tĩnh mạch, không được vượt quá 100 ml/giờ.

13. Natricloride 9%o 500ml (Sodium chloride 0,9%, **Natri Clorid 0,9%)**

Dạng bào chế: Dung dịch tiêm truyền

Thành phần:

Natri clorid	0.9g
Nước cắt pha tiém vd	100ml

Chỉ định:

- Bổ sung Natri clorid và nước trong trường hợp mất nước: Tiêu chảy, sốt cao, sau phẫu thuật, mất máu.
- Phòng và điều trị thiếu hụt Natri và Clorid do bài niệu quá mức hoặc hạn chế muối quá mức; phòng co cơ (chuột rút) và mệt lả do ra mồ hôi quá nhiều vì nhiệt độ cao.
- Dung dich Natri clorid 0,9% được dùng rộng rãi để thay thế dịch ngoại bào và trong xử lý nhiễm kiềm chuyển hóa có mất dịch và giảm Natri nhẹ; và là dịch dùng trong thẩm tách máu, dùng khi bắt đầu và kết thúc truyền máu.

Chống chỉ định: Người bệnh bị tăng Natri huyết, bị ứ dịch

Liều dùng, cách dùng:

Liều dùng natri clorid tùy thuộc vào tuổi, cân nặng, tình trang mất nước, cân bằng kiềm toan và điện giải của người bệnh.

- Tiêm truyền tĩnh mạch theo sự chỉ dẫn của bác si.
- Tốc độ truyền: 120 - 180 giot/phút tương ứng với 360 – 540 ml/giờ.
- Nhu cầu Natri và Clorid ở người lớn thường có thể được bù đủ bằng tiêm truyền tĩnh mạch 1 lít dung dịch tiêm Natri clorid hàng ngày.

14. Nhũ dịch Lipid (Lipofundin MCT/LCT 20%)

Dạng bào chế: Nhũ dịch tiêm truyền

Thành phần: Mỗi lọ bột pha tiêm có chứa:

Colistin base 2 MIU

Tá dược vđ

Chỉ định:

Natri colistimethat được chỉ định điều trị các nhiễm khuẩn nghiêm trọng gây ra bởi các vi khuẩn nhạy cảm với thuốc.

Nhiễm khuẩn toàn thân nghiêm trọng gây ra bởi các chuẩn vi khuẩn Gram âm nhạy cảm (ví dụ như nhiễm khuẩ huyết hoặc nhiễm khuẩn đường hô hấp), nếu các thuốc kháng sinh thông thường được sử dụng bị chống chỉ định hoặc không có hiệu quả.

Dùng đường hít để hỗ trợ cho kháng sinh đường uống hoặc tiêm trong điều trị các bệnh nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới ở bệnh nhân bị xơ nang.

Lưu ý: Trước khi bắt đầu sử dụng natri colistimethat, cần làm kháng sinh đồ để xác định sự nhạy cảm của vi khuẩn gây ra nhiễm khuẩn với thuốc. Điều trị có thể được bắt đầu trước khi có kết quả kháng sinh đồ. Sau khi có kết quả kháng sinh đồ, có thể thay đổi kháng sinh cho phù hợp.

Chống chỉ định:

- Bệnh nhân mẫn cảm với natri colistimethat hoặc các polymyxin, hoặc bất kỳ các thành phần khác của thuốc.
- Bệnh nhân bị nhược cơ.

Liều dùng, cách dùng:

Cách dùng :

Natri colistimethat có thể dùng đường tĩnh mạch (tiêm hoặc truyền), tiêm bắp và hít qua miệng.

Đường tĩnh mạch (tiêm hoặc truyền): Natri colistimethat thường được pha thành 50 ml dung dịch để tiêm truyền tĩnh mạch trong 30 phút hoặc pha thành 10ml dung dịch để tiêm tĩnh mạch (cho liều lên tơí 2.000.000 IU) trong its nhất 5 phút.

Tiêm bắp: Nếu không tiêm được vào tĩnh mạch, có thể tiêm bắp chậm vào các cơ lớn.

Hít qua miệng: Dùng các dụng cụ hít thích hợp (có ở các hiệu thuốc).

Phương pháp pha chế:

Dung dịch tiêm bắp: Pha chế trong lọ với 2ml nước pha tiêm, lắc nhẹ để tránh tạo bọt. Có thể pha loãng tiếp dung dịch thu được với nước pha tiêm hoặc natri clorid 0.9% pha tiêm để thành 5ml.

Dung dịch tiêm tĩnh mạch: Pha thuốc trong lọ với 2ml nước pha tiêm, lắc nhẹ để tránh tạo bọt. Pha loãng tiếp dung dịch thu được với natri clorid 0.9% pha tiêm để thành 10ml. Tiêm tĩnh mạch trong ít nhất 5 phút.

Dung dịch truyền tĩnh mạch: Pha thuốc trong lọ với 2 ml nước pha tiêm, lắc nhẹ để tránh tạo bọt. Pha loãng tiếp dung dịch thu được với natri clorid 0.9% pha tiêm để thành 50ml hoặc 100ml. Truyền tĩnh mạch trong 30 phút.

Lưu ý: Nên dùng thuốc sau khi pha. Dung dịch tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm cơ bắp có thể bảo quản trong tủ lạnh ở 2-8ºC trong 24 giờ. Dung dịch tiêm truyền tĩnh mạch phải được dùng trong vòng 24 giờ.

Dung dịch để hít qua miệng: Pha thuốc trong lọ với 2-4 ml nước pha tiêm hoặc natri clorid 0.9% pha tiêm. Dùng hít với ống hít phù hợp. Dung dịch đã pha phải dùng ngay.

Liều dùng:

Tiêm/truyền tĩnh mạch:

Bệnh nhân ≤ 60 kg: 50.000 IU/kg (4 mg/kg), tối đa 75.000 IU/kg (6mg/kg) mỗi ngày, chia làm 3 lần (8 giờ một lần).

Bệnh nhân > 60 kg: 1.000.000-2.000.000 IU/lần ba lần mỗi ngày (8 giờ một lần). Liều dùng hàng ngày tối đa là 6.000.000 IU.

Liều dùng cho bệnh nhân suy thận: ở những bệnh nhân suy thận, xơ nang và trẻ sơ sinh, cần kiểm soát nồng độ thuốc trong máu.

Nồng độ hiệu quả cho điều trị phần lớn các nhiễm khuẩn là 125-200 IU/ml (10-15 g/ml).

Chế độ liều khuyến cáo cho bệnh nhân nặng trên 60 kg bị suy thận là như sau:

Mức độ suy thận	Thanh thải creatinin (ml/phút)	Liều
Nhẹ	20-50	1.000.000-2.000.000 IU mỗi 8 giờ
Vừa	10-20	1.000.000 IU mỗi 12-18 giờ
Nặng	<10	1.000.000 IU mỗi 18-24 giờ

Liều chính xác cần được tính dựa theo nồng độ thuốc trong máu và các biểu hiện của độc tính do thuc.

Thời gian điều trị: ít nhất 5 ngày. Ở những bệnh nhân bị xơ nang, đặc biệt là trong đợt kịch phát bệnh, điều trị nên trong 12 ngày.

HÍT QUA MIỆNG:

Liều dùng hít qua miệng nên được thiết lập riêng, tùy thuộc vào đáp ứng của bệnh nhân.

Hướng dẫn liều chung như sau:

Trẻ em dưới 2 tuổi: 500.000-1.000.000 IU × hai lần mỗi ngày.

Trẻ em trên 2 tuổi và người lớn: 1.000.000-2.000.000 IU× hai lần mỗi ngày.

15. Ringer lactat 500ml (Ringer lactate)

Dạng bào chế: Dung dịch tiêm truyền

Thành phần:

Calci clorid dihydrate	0.135 g
Kali clorid	0.2 g
Natri clorid	3.00 g
Natri lactate	1.6 g
Nước pha tiêm vđ	500ml

Chỉ định:

- Là nguồn cung cấp nước, chất điện giải và là tác nhân kiềm hóa đước sử dụng để:
- Phục hồi cân bằng dịch, cân bằng điện giải ngoại bào, bù dịch trong trường hợp mất nước ngoại bào
- Bổ sung ngắn hạn (dùng riêng lẻ hoặc kết hợp với chất keo) trong trường hợp giảm thể tích tuần hoàn hawocj hạ huyết áp.
- Điều trị nhiễm toan chuyển hóa nhẹ hoặc trung bình (trừ trường hợp nhiễm acid lactic)

Chống chỉ định:

- Mất nước ưu trương
- Tăng kali huyết, tăng natri huyết, tăng calci huyết, tăng clo huyết
- Suy thận nặng (bao gồm thiểu niệu/vô niệu)
- Suy tim mất bù
- Tăng huyết áp nặng
- Phù nề chung và xơ gan cổ trướng
- Nhiễm kiềm chuyển hóa
- Nhiễm toan chuyển hóa nặng
- Nhiễm acid lactic
- Suy tế bào gan nặng hoặc rối loạn chuyển hóa lactat
- Dùng đồng thời với thuốc digitalis,
- Cũng như dung dịch chứa calci khác, chống chỉ định kết hợp với ceftriaxon và Ringer lactate ở trẻ sơ sinh non tháng và trẻ sơ sinh đủ tháng (≤ 28 ngày tuổi) ngay cả khi sử dụng theo đường truyền riên biệt (nguy cơ tử cong do muối calci ceftrixon gây ra trong máu trẻ sinh non)

Liều dùng, cách dùng:

Liều dùng: người lớn, người cao tuổi, trẻ vị thành niên, trẻ em:

Liều dùng tùy thuộc vào lứa tuổi, cân nặng, tình trạng sinh học và lâm sàng của NB và thuốc điều trị đồng thời

Liều dùng khuyến cáo:

Người lớn, người cao tuổi, trẻ vị thành niên: 500 ml – 3 lít/24h

Trẻ sơ sinh và trẻ em: 20-100 ml/kg/24h

Tốc độ truyền:

Tốc độ thường là: 40 ml/kg/24h ở Người lớn, người cao tuổi, trẻ vị thành niên.

Ở bệnh nhân nhi: 5ml/kg/h nhưng thay đổi theo lứa tuổi: 6-8 ml/kg/h ở trẻ sơ sinh; 4-6 ml/kg/h ở trẻ nhỏ; 2-4 ml/kg/h ở trẻ lớn hơn.

Trẻ em bị bỏng: liều trung bình 3.4 ml/kg/phần trăm bị bỏng/24h sau khi bỏng và 6.3 ml/kg/phần trăm bị bỏng sau 48h. Ở trẻ bị tổn thương đầu nặng, liều trung bình là 2850 ml/m^2

Tốc độ truyền hoặc tổng thể tích truyền có thể cao hơn khi phẫu thuật hoặc khi cần thiết.

Lưu ý:

TSS và trẻ nhỏ: có tuổi khoảng 28 ngày tuổi – 23 tháng (trẻ nhỏ là trẻ đã biết đi)

Trẻ em và trẻ đi học: 2-11 tuổi

Cân bằng dịch, các chất điện giải và acid – base có thể cần phải được kiểm soát trước và trong suốt quá trình truyền dịch, đặc biệt chú ý đến nồng độ natri huyết ở BN tăng tiết hormon chống bài niệu không thẩm thấu (hội chứng tiết hormon chống bài niệu không thích hợp, SIADH) và ở BN dùng kết hợp đồng thời với các thuốc kích thích hormon chống bài niệu, do nguy cơ hạ natri huyết mắc phải ở BV.

Ringer lactate là dung dịch đẳng trương.

Tốc độ và thể tích truyền phụ thuộc vào lứa tuổi, cân nặng, tình trạng LS (như bỏng, phẫu thuật, chấn thương đầu , nhiễm trùng ...) và các thuốc dùng đồng thời cần được xác định bởi bác sĩ có kinh nghiệm trong sử dụng liệu pháp dịch truyền cho bệnh nhân nhi

Cách dùng:

Tiêm truyền TM

Cần phải kiểm tra cảm quan dung dịch trước khi truyền

Chỉ dùng khi dung dịch trong, không có các tiểu phân nhìn thấy và bao bì không bị hư hại. Truyền ngay lập tức sau khi đã kết thúc nối chai dịch với bộ dây truyền dịch

Không sử dụng chai nhựa trong truyền nối tiếp. Việu sử dụng như vậy có thể gây thuyên tác khí do không khí dư thừa được rút ra từ chai dichj đầu tiên trước khi hoàn tất truyền dịch từ chai thứ hai.

Việc ép dịch truyền chứa trong chai nhựa dẻo để tăng tốc độ dòng chảy có thể gây thuyên tắc khí nếu không khí dư thừa được rút ra từ chai không được đẩy ra hoàn toàn trước khi truyền

Sử dụng bộ dây truyền TM có lỗ thông khí với lỗ thông ở vị trí mở có thể gây thuyên tắc khí. Bộ dây truyền TM có lỗ thông khí với lỗ thông ở vị trí mở không nên sử dụng với chai nhựa dẻo.

Sử dụng bộ dây truyền dịch vô trùng với kĩ thuật vô trùng. Cần phải đuổi khí bộ dây truyền dịch bằng dung dịch Ringer Lactate để phòng ngừa không khí đi vào hệ thống truyền.

Các thuốc pha loãng cũng có thể được thêm vào trước hoặc trong suốt quá trình truyền dịch qua cổng tiêm.

Kiểm soát: cân bằng dịch và nồng độ cá chất điện giải (natri, kali, calici, clorid) cần phải được kiểm soát trong suốt quá trình truyền dịch.