

DANH MỤC TƯƠNG TÁC THUỐC THEO TỪNG HOẠT CHẤT

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-----------------|-------------------|--|--|--|
| 1 | Aceclofenac | Ketorolac | Hiệp đồng tác dụng kích ứng đường tiêu hóa | Tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa nghiêm trọng (sử dụng đồng thời ketorolac với 1 NSAID khác làm tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa gấp 5 lần so với phối hợp 2 NSAID khác) | Chống chỉ định phối hợp. Cần đặc biệt lưu ý nguy cơ tương tác trong trường hợp giảm đau hậu phẫu. |
| 2 | Acenocoumarol | Tamoxifen | Tamoxifen ức chế CYP2C9 làm giảm chuyển hóa của acenocoumarol | Tăng nguy cơ xuất huyết | 1. Chống chỉ định phối hợp ở bệnh nhân sử dụng tamoxifen dự phòng tiên phát ung thư vú. 2. Ở bệnh nhân ung thư vú, nên cân nhắc sử dụng heparin trọng lượng phân tử thấp (LMWH) hoặc các thuốc chống đông đường uống tác động trực tiếp (DOAC) thay thế cho warfarin để điều trị thuyên tắc tĩnh mạch do huyết khối. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng đồng thời tamoxifen với warfarin, cần giảm 1/2 đến 2/3 liều warfarin và theo dõi chặt chẽ bệnh nhân. |
| 3 | Acid mefenamic | Ketorolac | Hiệp đồng tác dụng kích ứng đường tiêu hóa | Tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa nghiêm trọng (sử dụng đồng thời ketorolac với 1 NSAID khác làm tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa gấp 5 lần so với phối hợp 2 NSAID khác) | Chống chỉ định phối hợp. Cần đặc biệt lưu ý nguy cơ tương tác trong trường hợp giảm đau hậu phẫu. |
| 4 | Acid tranexamic | Ethinyl estradiol | Nguy cơ huyết khối khi sử dụng ethinyl estradiol tăng lên khi phối hợp với acid tranexamic | Tăng nguy cơ biến cố huyết khối | 1. Chống chỉ định sử dụng acid tranexamic điều trị rong kinh ở bệnh nhân đang dùng thuốc tránh thai chứa ethinyl estradiol. |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-----------------|-------------------|--|---------------------------------|--|
| | | | | | <p>2. Với các chỉ định khác của acid tranexamic, có thể sử dụng ở người đang dùng thuốc tránh thai nhưng cần đặc biệt thận trọng.</p> <p>Lưu ý các yếu tố tăng nguy cơ: béo phì, hút thuốc lá, đặc biệt ở người trên 35 tuổi.</p> |
| 5 | Acid tranexamic | Estradiol valerat | Nguy cơ huyết khối khi sử dụng estradiol valerat tăng lên khi phối hợp với acid tranexamic | Tăng nguy cơ biến cố huyết khối | <p>1. Chống chỉ định sử dụng acid tranexamic điều trị rong kinh ở bệnh nhân đang dùng thuốc tránh thai chứa estradiol valerat.</p> <p>2. Với các chỉ định khác của acid tranexamic, có thể sử dụng ở người đang dùng thuốc tránh thai nhưng cần đặc biệt thận trọng.</p> <p>Lưu ý các yếu tố tăng nguy cơ: béo phì, hút thuốc lá, đặc biệt ở người trên 35 tuổi.</p> |
| 6 | Acid tranexamic | Estriol | Nguy cơ huyết khối khi sử dụng estriol tăng lên khi phối hợp với acid tranexamic | Tăng nguy cơ biến cố huyết khối | <p>1. Chống chỉ định sử dụng acid tranexamic điều trị rong kinh ở bệnh nhân đang dùng thuốc tránh thai chứa estriol.</p> <p>2. Với các chỉ định khác của acid tranexamic, có thể sử dụng ở người đang dùng thuốc tránh thai nhưng cần đặc biệt thận trọng.</p> <p>Lưu ý các yếu tố tăng nguy cơ: béo phì, hút thuốc lá, đặc biệt ở người trên 35 tuổi.</p> |
| 7 | Acid tranexamic | Clormadinon | Nguy cơ huyết khối khi sử dụng clormadinon tăng lên khi phối hợp với acid tranexamic | Tăng nguy cơ biến cố huyết khối | <p>1. Chống chỉ định sử dụng acid tranexamic điều trị rong kinh ở bệnh nhân đang dùng thuốc tránh thai chứa clormadinon.</p> <p>2. Với các chỉ định khác của acid tranexamic, có thể sử dụng ở người đang dùng thuốc tránh thai nhưng cần đặc biệt thận trọng.</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-----------------|-------------|--|---------------------------------|--|
| | | | | | Lưu ý các yếu tố tăng nguy cơ: béo phì, hút thuốc lá, đặc biệt ở người trên 35 tuổi. |
| 8 | Acid tranexamic | Desogestrel | Nguy cơ huyết khối khi sử dụng desogestrel tăng lên khi phối hợp với acid tranexamic | Tăng nguy cơ biến cố huyết khối | <p>1. Chống chỉ định sử dụng acid tranexamic điều trị rong kinh ở bệnh nhân đang dùng thuốc tránh thai chứa desogestrel.</p> <p>2. Với các chỉ định khác của acid tranexamic, có thể sử dụng ở người đang dùng thuốc tránh thai nhưng cần đặc biệt thận trọng.</p> <p>Lưu ý các yếu tố tăng nguy cơ: béo phì, hút thuốc lá, đặc biệt ở người trên 35 tuổi.</p> |
| 9 | Acid tranexamic | Dienogest | Nguy cơ huyết khối khi sử dụng dienogest tăng lên khi phối hợp với acid tranexamic | Tăng nguy cơ biến cố huyết khối | <p>1. Chống chỉ định sử dụng acid tranexamic điều trị rong kinh ở bệnh nhân đang dùng thuốc tránh thai chứa dienogest.</p> <p>2. Với các chỉ định khác của acid tranexamic, có thể sử dụng ở người đang dùng thuốc tránh thai nhưng cần đặc biệt thận trọng.</p> <p>Lưu ý các yếu tố tăng nguy cơ: béo phì, hút thuốc lá, đặc biệt ở người trên 35 tuổi.</p> |
| 10 | Acid tranexamic | Drospirenon | Nguy cơ huyết khối khi sử dụng drospirenon tăng lên khi phối hợp với acid tranexamic | Tăng nguy cơ biến cố huyết khối | <p>1. Chống chỉ định sử dụng acid tranexamic điều trị rong kinh ở bệnh nhân đang dùng thuốc tránh thai chứa drospirenon.</p> <p>2. Với các chỉ định khác của acid tranexamic, có thể sử dụng ở người đang dùng thuốc tránh thai nhưng cần đặc biệt thận trọng.</p> <p>Lưu ý các yếu tố tăng nguy cơ: béo phì, hút thuốc lá, đặc biệt ở người trên 35 tuổi.</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-----------------|----------------|---|---------------------------------|---|
| 11 | Acid tranexamic | Etonogestrel | Nguy cơ huyết khối khi sử dụng etonogestrel tăng lên khi phối hợp với acid tranexamic | Tăng nguy cơ biến cố huyết khối | <p>1. Chống chỉ định sử dụng acid tranexamic điều trị rong kinh ở bệnh nhân đang dùng thuốc tránh thai chứa etonogestrel.</p> <p>2. Với các chỉ định khác của acid tranexamic, có thể sử dụng ở người đang dùng thuốc tránh thai nhưng cần đặc biệt thận trọng.</p> <p>Lưu ý các yếu tố tăng nguy cơ: béo phì, hút thuốc lá, đặc biệt ở người trên 35 tuổi.</p> |
| 12 | Acid tranexamic | Gestoden | Nguy cơ huyết khối khi sử dụng gestoden tăng lên khi phối hợp với acid tranexamic | Tăng nguy cơ biến cố huyết khối | <p>1. Chống chỉ định sử dụng acid tranexamic điều trị rong kinh ở bệnh nhân đang dùng thuốc tránh thai chứa gestoden.</p> <p>2. Với các chỉ định khác của acid tranexamic, có thể sử dụng ở người đang dùng thuốc tránh thai nhưng cần đặc biệt thận trọng.</p> <p>Lưu ý các yếu tố tăng nguy cơ: béo phì, hút thuốc lá, đặc biệt ở người trên 35 tuổi.</p> |
| 13 | Acid tranexamic | Levonorgestrel | Nguy cơ huyết khối khi sử dụng levonorgestrel tăng lên khi phối hợp với acid tranexamic | Tăng nguy cơ biến cố huyết khối | <p>1. Chống chỉ định sử dụng acid tranexamic điều trị rong kinh ở bệnh nhân đang dùng thuốc tránh thai chứa levonorgestrel.</p> <p>2. Với các chỉ định khác của acid tranexamic, có thể sử dụng ở người đang dùng thuốc tránh thai nhưng cần đặc biệt thận trọng.</p> <p>Lưu ý các yếu tố tăng nguy cơ: béo phì, hút thuốc lá, đặc biệt ở người trên 35 tuổi.</p> |
| 14 | Acid tranexamic | Lynestrenol | Nguy cơ huyết khối khi sử dụng lynestrenol tăng lên khi phối hợp với acid tranexamic | Tăng nguy cơ biến cố huyết khối | <p>1. Chống chỉ định sử dụng acid tranexamic điều trị rong kinh ở bệnh nhân đang dùng thuốc tránh thai chứa lynestrenol.</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-----------------|--------------------|---|---------------------------------|---|
| | | | | | <p>2. Với các chỉ định khác của acid tranexamic, có thể sử dụng ở người đang dùng thuốc tránh thai nhưng cần đặc biệt thận trọng.</p> <p>Lưu ý các yếu tố tăng nguy cơ: béo phì, hút thuốc lá, đặc biệt ở người trên 35 tuổi.</p> |
| 15 | Acid tranexamic | Medroxyprogesteron | Nguy cơ huyết khối khi sử dụng medroxyprogesteron tăng lên khi phối hợp với acid tranexamic | Tăng nguy cơ biến cố huyết khối | <p>1. Chống chỉ định sử dụng acid tranexamic điều trị rong kinh ở bệnh nhân đang dùng thuốc tránh thai chứa medroxyprogesteron.</p> <p>2. Với các chỉ định khác của acid tranexamic, có thể sử dụng ở người đang dùng thuốc tránh thai nhưng cần đặc biệt thận trọng.</p> <p>Lưu ý các yếu tố tăng nguy cơ: béo phì, hút thuốc lá, đặc biệt ở người trên 35 tuổi.</p> |
| 16 | Acid tranexamic | Norelgestromin | Nguy cơ huyết khối khi sử dụng norelgestromin tăng lên khi phối hợp với acid tranexamic | Tăng nguy cơ biến cố huyết khối | <p>1. Chống chỉ định sử dụng acid tranexamic điều trị rong kinh ở bệnh nhân đang dùng thuốc tránh thai chứa norelgestromin.</p> <p>2. Với các chỉ định khác của acid tranexamic, có thể sử dụng ở người đang dùng thuốc tránh thai nhưng cần đặc biệt thận trọng.</p> <p>Lưu ý các yếu tố tăng nguy cơ: béo phì, hút thuốc lá, đặc biệt ở người trên 35 tuổi.</p> |
| 17 | Acid tranexamic | Norethindron | Nguy cơ huyết khối khi sử dụng norethindron tăng lên khi phối hợp với acid tranexamic | Tăng nguy cơ biến cố huyết khối | <p>1. Chống chỉ định sử dụng acid tranexamic điều trị rong kinh ở bệnh nhân đang dùng thuốc tránh thai chứa norethindron.</p> <p>2. Với các chỉ định khác của acid tranexamic, có thể sử dụng ở người đang dùng thuốc tránh thai nhưng cần đặc biệt thận trọng.</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-----------------|-------------|---|---|--|
| | | | | | Lưu ý các yếu tố tăng nguy cơ: béo phì, hút thuốc lá, đặc biệt ở người trên 35 tuổi. |
| 18 | Acid tranexamic | Norgestrel | Nguy cơ huyết khối khi sử dụng norgestrel tăng lên khi phối hợp với acid tranexamic | Tăng nguy cơ biến cố huyết khối | <p>1. Chống chỉ định sử dụng acid tranexamic điều trị rong kinh ở bệnh nhân đang dùng thuốc tránh thai chứa noregestrel.</p> <p>2. Với các chỉ định khác của acid tranexamic, có thể sử dụng ở người đang dùng thuốc tránh thai nhưng cần đặc biệt thận trọng.</p> <p>Lưu ý các yếu tố tăng nguy cơ: béo phì, hút thuốc lá, đặc biệt ở người trên 35 tuổi.</p> |
| 19 | Acitretin | Doxycyclin | Hiệp đồng tăng độc tính | Tăng nguy cơ tăng áp nội sọ lành tính (phù gai thị, đau đầu, buồn nôn và nôn, và rối loạn thị giác) | Chống chỉ định phối hợp |
| 20 | Acitretin | Minocyclin | Hiệp đồng tăng độc tính | Tăng nguy cơ tăng áp nội sọ lành tính (phù gai thị, đau đầu, buồn nôn và nôn, và rối loạn thị giác) | Chống chỉ định phối hợp |
| 21 | Acitretin | Tetracyclin | Hiệp đồng tăng độc tính | Tăng nguy cơ tăng áp nội sọ lành tính (phù gai thị, đau đầu, buồn nôn và nôn, và rối loạn thị giác) | Chống chỉ định phối hợp |
| 22 | Acitretin | Tigecyclin | Hiệp đồng tăng độc tính | Tăng nguy cơ tăng áp nội sọ lành tính (phù gai thị, đau đầu, buồn nôn và nôn, và rối loạn thị giác) | Chống chỉ định phối hợp |
| 23 | Adipiodon | Metformin | Nguy cơ suy thận cấp liên quan đến cả metformin và thuốc cản quang iod. Suy | Tăng nguy cơ nhiễm toan lactic và suy thận cấp | 1. Bệnh nhân có MLCT > 30 ml/phút/1,73m ² và không có bằng chứng tổn thương thận cấp, được chỉ định tiêm thuốc cản quang đường tĩnh mạch hoặc tiêm thuốc cản quang đường động mạch tiếp xúc với |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|---------------|---|--|--|
| | | | thận cấp làm tăng nguy cơ nhiễm toan lactic. | | <p>thận thứ cấp (ví dụ: bơm thuốc vào tim phải, động mạch phổi, động mạch cảnh, động mạch dưới đòn, động mạch vành, động mạch mạc treo hay động mạch dưới động mạch thận): tiếp tục sử dụng metformin như bình thường.</p> <p>2. Bệnh nhân (1) MLCT < 30 ml/phút/1,73m² tiêm thuốc cản quang đường tĩnh mạch, đường động mạch tiếp xúc với thận thứ cấp, hoặc (2) Bệnh nhân tiêm thuốc cản quang đường động mạch tiếp xúc với thận đầu tiên (ví dụ: bơm thuốc vào tim trái, động mạch chủ ngực, động mạch chủ bụng trên động mạch thận hoặc động mạch thận) hoặc (3) Có tổn thương thận: Ngừng metformin trước hoặc tại thời điểm tiến hành thủ thuật chẩn đoán hình ảnh và không được dùng lại cho đến ít nhất 48 giờ sau đó. Sau 48 giờ, chỉ sử dụng lại metformin sau khi chức năng thận được đánh giá lại và cho thấy ổn định.</p> <p>* Lưu ý:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Các yếu tố nguy cơ: suy thận, suy tim, không đủ dịch hoặc thiếu dịch, sử dụng liều cao thuốc cản quang hoặc sử dụng đồng thời các thuốc độc tính trên thận khác. - Khuyến cáo về tương tác này không áp dụng trong trường hợp bơm thuốc cản quang iod để chụp X-quang tử cung - vòi trứng. |
| 24 | Agomelatin | Ciprofloxacin | Ciprofloxacin ức chế CYP1A2 mạnh làm giảm chuyển hóa của agomelatin | Tăng nồng độ của agomelatin trong huyết thanh, tăng nguy cơ tác dụng không mong muốn (đau đầu, buồn ngủ, mệt mỏi, kích | Chống chỉ định phối hợp |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|--------------------------|--|---|--|
| | | | | động, lo lắng, căng thẳng, chóng mặt, tím tái...) | |
| 25 | Agomelatin | Fluvoxamin | Fluvoxamin ức chế CYP1A2 mạnh làm giảm chuyển hóa của agomelatin | Tăng nồng độ của agomelatin trong huyết thanh, tăng nguy cơ tác dụng không mong muốn(đau đầu, buồn ngủ, mệt mỏi, kích động, lo lắng, căng thẳng, chóng mặt, tím tái...) | Chống chỉ định phối hợp |
| 26 | Alfuzosin | Boceprevir | Boceprevir ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của alfuzosin | Tăng nồng độ alfuzosin trong huyết thanh, tăng nguy cơ hạ huyết áp nghiêm trọng | Chống chỉ định phối hợp |
| 27 | Alfuzosin | Lopinavir/ritonavir | Lopinavir/ritonavir ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của alfuzosin | Tăng nồng độ alfuzosin trong huyết thanh, tăng nguy cơ hạ huyết áp nghiêm trọng | Chống chỉ định phối hợp |
| 28 | Alfuzosin | Atazanavir/ritonavir | Atazanavir/ritonavir ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của alfuzosin | Tăng nồng độ alfuzosin trong huyết thanh, tăng nguy cơ hạ huyết áp nghiêm trọng | Chống chỉ định phối hợp |
| 29 | Alfuzosin | Darunavir/ritonavir | Darunavir/ritonavir ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của alfuzosin | Tăng nồng độ alfuzosin trong huyết thanh, tăng nguy cơ hạ huyết áp nghiêm trọng | Chống chỉ định phối hợp |
| 30 | Alfuzosin | Indinavir +/- ritonavir | Indinavir ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của alfuzosin | Tăng nồng độ alfuzosin trong huyết thanh, tăng nguy cơ hạ huyết áp nghiêm trọng | Chống chỉ định phối hợp |
| 31 | Alfuzosin | Saquinavir +/- ritonavir | Saquinavir ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của alfuzosin | Tăng nồng độ alfuzosin trong huyết thanh, tăng nguy cơ hạ huyết áp nghiêm trọng | Chống chỉ định phối hợp |
| 32 | Aliskiren | Benazepril | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ tăng kali máu, suy thận và hạ huyết áp | 1. Chống chỉ định ở bệnh nhân đái tháo đường hoặc suy thận (MLCT < 60 ml/ph/1,73 m ²). |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|-------------|-------------------------|---|--|
| | | | | | 2. Ở các đối tượng khác, cũng nên tránh phối hợp này. Trong trường hợp bắt buộc phối hợp, theo dõi chặt chẽ kali, creatinin và huyết áp của bệnh nhân. |
| 33 | Aliskiren | Candesartan | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ tăng kali máu, suy thận và hạ huyết áp | 1. Chống chỉ định ở bệnh nhân đái tháo đường hoặc suy thận (MLCT < 60 ml/ph/1,73 m ²). 2. Ở các đối tượng khác, cũng nên tránh phối hợp này. Trong trường hợp bắt buộc phối hợp, theo dõi chặt chẽ kali, creatinin và huyết áp của bệnh nhân. |
| 34 | Aliskiren | Captopril | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ tăng kali máu, suy thận và hạ huyết áp | 1. Chống chỉ định ở bệnh nhân đái tháo đường hoặc suy thận (MLCT < 60 ml/ph/1,73 m ²). 2. Ở các đối tượng khác, cũng nên tránh phối hợp này. Trong trường hợp bắt buộc phối hợp, theo dõi chặt chẽ kali, creatinin và huyết áp của bệnh nhân. |
| 35 | Aliskiren | Enalapril | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ tăng kali máu, suy thận và hạ huyết áp | 1. Chống chỉ định ở bệnh nhân đái tháo đường hoặc suy thận (MLCT < 60 ml/ph/1,73 m ²). 2. Ở các đối tượng khác, cũng nên tránh phối hợp này. Trong trường hợp bắt buộc phối hợp, theo dõi chặt chẽ kali, creatinin và huyết áp của bệnh nhân. |
| 36 | Aliskiren | Eprosartan | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ tăng kali máu, suy thận và hạ huyết áp | 1. Chống chỉ định ở bệnh nhân đái tháo đường hoặc suy thận (MLCT < 60 ml/ph/1,73 m ²). 2. Ở các đối tượng khác, cũng nên tránh phối hợp này. Trong trường hợp bắt buộc phối hợp, theo dõi chặt chẽ kali, creatinin và huyết áp của bệnh nhân. |
| 37 | Aliskiren | Imidapril | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ tăng kali máu, suy thận và hạ huyết áp | 1. Chống chỉ định ở bệnh nhân đái tháo đường hoặc suy thận (MLCT < 60 ml/ph/1,73 m ²). 2. Ở các đối tượng khác, cũng nên tránh phối hợp này. Trong trường hợp bắt buộc phối hợp, theo dõi chặt chẽ kali, creatinin và huyết áp của bệnh nhân. |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|-------------|-------------------------|---|--|
| 38 | Aliskiren | Irbesartan | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ tăng kali máu, suy thận và hạ huyết áp | <p>1. Chống chỉ định ở bệnh nhân đái tháo đường hoặc suy thận (MLCT < 60 ml/ph/1,73 m²).</p> <p>2. Ở các đối tượng khác, cũng nên tránh phối hợp này. Trong trường hợp bắt buộc phối hợp, theo dõi chặt chẽ kali, creatinin và huyết áp của bệnh nhân.</p> |
| 39 | Aliskiren | Lisinopril | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ tăng kali máu, suy thận và hạ huyết áp | <p>1. Chống chỉ định ở bệnh nhân đái tháo đường hoặc suy thận (MLCT < 60 ml/ph/1,73 m²).</p> <p>2. Ở các đối tượng khác, cũng nên tránh phối hợp này. Trong trường hợp bắt buộc phối hợp, theo dõi chặt chẽ kali, creatinin và huyết áp của bệnh nhân.</p> |
| 40 | Aliskiren | Losartan | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ tăng kali máu, suy thận và hạ huyết áp | <p>1. Chống chỉ định ở bệnh nhân đái tháo đường hoặc suy thận (MLCT < 60 ml/ph/1,73 m²).</p> <p>2. Ở các đối tượng khác, cũng nên tránh phối hợp này. Trong trường hợp bắt buộc phối hợp, theo dõi chặt chẽ kali, creatinin và huyết áp của bệnh nhân.</p> |
| 41 | Aliskiren | Olmесartan | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ tăng kali máu, suy thận và hạ huyết áp | <p>1. Chống chỉ định ở bệnh nhân đái tháo đường hoặc suy thận (MLCT < 60 ml/ph/1,73 m²).</p> <p>2. Ở các đối tượng khác, cũng nên tránh phối hợp này. Trong trường hợp bắt buộc phối hợp, theo dõi chặt chẽ kali, creatinin và huyết áp của bệnh nhân.</p> |
| 42 | Aliskiren | Perindopril | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ tăng kali máu, suy thận và hạ huyết áp | <p>1. Chống chỉ định ở bệnh nhân đái tháo đường hoặc suy thận (MLCT < 60 ml/ph/1,73 m²).</p> <p>2. Ở các đối tượng khác, cũng nên tránh phối hợp này. Trong trường hợp bắt buộc phối hợp, theo dõi chặt chẽ kali, creatinin và huyết áp của bệnh nhân.</p> |
| 43 | Aliskiren | Quinapril | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ tăng kali máu, suy thận và hạ huyết áp | <p>1. Chống chỉ định ở bệnh nhân đái tháo đường hoặc suy thận (MLCT < 60 ml/ph/1,73 m²).</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|--------------|-------------------------|---|--|
| | | | | | 2. Ở các đối tượng khác, cũng nên tránh phối hợp này. Trong trường hợp bắt buộc phối hợp, theo dõi chặt chẽ kali, creatinin và huyết áp của bệnh nhân. |
| 44 | Aliskiren | Ramipril | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ tăng kali máu, suy thận và hạ huyết áp | 1. Chống chỉ định ở bệnh nhân đái tháo đường hoặc suy thận (MLCT < 60 ml/ph/1,73 m ²). 2. Ở các đối tượng khác, cũng nên tránh phối hợp này. Trong trường hợp bắt buộc phối hợp, theo dõi chặt chẽ kali, creatinin và huyết áp của bệnh nhân. |
| 45 | Aliskiren | Telmisartan | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ tăng kali máu, suy thận và hạ huyết áp | 1. Chống chỉ định ở bệnh nhân đái tháo đường hoặc suy thận (MLCT < 60 ml/ph/1,73 m ²). 2. Ở các đối tượng khác, cũng nên tránh phối hợp này. Trong trường hợp bắt buộc phối hợp, theo dõi chặt chẽ kali, creatinin và huyết áp của bệnh nhân. |
| 46 | Aliskiren | Trandolapril | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ tăng kali máu, suy thận và hạ huyết áp | 1. Chống chỉ định ở bệnh nhân đái tháo đường hoặc suy thận (MLCT < 60 ml/ph/1,73 m ²). 2. Ở các đối tượng khác, cũng nên tránh phối hợp này. Trong trường hợp bắt buộc phối hợp, theo dõi chặt chẽ kali, creatinin và huyết áp của bệnh nhân. |
| 47 | Aliskiren | Valsartan | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ tăng kali máu, suy thận và hạ huyết áp | 1. Chống chỉ định ở bệnh nhân đái tháo đường hoặc suy thận (MLCT < 60 ml/ph/1,73 m ²). 2. Ở các đối tượng khác, cũng nên tránh phối hợp này. Trong trường hợp bắt buộc phối hợp, theo dõi chặt chẽ kali, creatinin và huyết áp của bệnh nhân. |
| 48 | Aliskiren | Zofenopril | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ tăng kali máu, suy thận và hạ huyết áp | 1. Chống chỉ định ở bệnh nhân đái tháo đường hoặc suy thận (MLCT < 60 ml/ph/1,73 m ²). 2. Ở các đối tượng khác, cũng nên tránh phối hợp này. Trong trường hợp bắt buộc phối hợp, theo dõi chặt chẽ kali, creatinin và huyết áp của bệnh nhân. |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|----------------------------|--|---|---|
| 49 | Alprazolam | Indinavir +/- ritonavir | Indinavir ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của alprazolam | Tăng nồng độ alprazolam trong huyết thanh, tăng nguy cơ tác dụng không mong muốn (buồn ngủ, lơ đãng, lẫn lộn, nặng hơn có thể xuất hiện mất điều hòa vận động, giảm trương lực cơ, hạ huyết áp, suy hô hấp, hôn mê) | Chống chỉ định phối hợp |
| 50 | Amiodaron | Thioridazin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn.</p> |
| 51 | Amiodaron | Moxifloxacin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn.</p> |
| 52 | Amiodaron | Sotalol | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|--------------|-------------------------|---|---|
| | | | | | thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn. |
| 53 | Amiodaron | Clorpromazin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn.</p> |
| 54 | Amiodaron | Citalopram | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn.</p> |
| 55 | Amiodaron | Escitalopram | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|-------------|-------------------------|---|---|
| | | | | | magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn. |
| 56 | Amiodaron | Haloperidol | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn.</p> |
| 57 | Amiodaron | Cloroquin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn.</p> |
| 58 | Amiodaron | Domperidon | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | Chống chỉ định phối hợp. |
| 59 | Amiodaron | Fluconazol | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|--|---|---|--|
| | | | | | magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn. |
| 60 | Amiodaron | Piperaquin/ dihydroartemisin in (piperaquin) | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | 1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải. 2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn. |
| 61 | Amiodaron | Colchicin | Amiodaron ức chế P-gp làm giảm thải trừ colchicin. | Tăng nồng độ colchicin trong huyết thanh, tăng nguy cơ tác dụng độc tính (tiêu chảy, nôn, đau bụng, sốt, xuất huyết, giảm cả ba dòng tế bào máu, các dấu hiệu độc tính trên cơ như đau cơ, mỏi cơ hoặc yếu cơ, nước tiểu sẫm màu, dị cảm, trường hợp nặng có thể gây suy đa tạng và tử vong). | 1. Chống chỉ định ở bệnh nhân suy gan hoặc suy thận. 2. Ở bệnh nhân chức năng gan, thận bình thường: nên tránh phối hợp. Nếu phối hợp: giảm liều colchicin. Dùng liều tiếp theo của colchicin sau 3 ngày. Theo dõi nguy cơ độc tính của colchicin. |
| 62 | Amiodaron | Lopinavir/ritonavir (ritonavir) | Ritonavir ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của amiodaron | Tăng nồng độ amiodaron trong huyết thanh, tăng nguy cơ tác dụng không mong muốn (hạ huyết áp, chậm nhịp tim, ngừng xoang...) | Chống chỉ định phối hợp |
| 63 | Amiodaron | Darunavir/ritonavir (ritonavir) | Ritonavir ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của amiodaron | Tăng nồng độ amiodaron trong huyết thanh, tăng nguy cơ tác dụng không mong muốn (hạ huyết áp, chậm nhịp tim, ngừng xoang...) | Chống chỉ định phối hợp |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|----------------------------------|--|--|---|
| 64 | Amiodaron | Atazanavir/ritonavir (ritonavir) | Ritonavir ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của amiodaron | Tăng nồng độ amiodaron trong huyết thanh, tăng nguy cơ tác dụng không mong muốn (hạ huyết áp, chậm nhịp tim, ngừng xoang...) | Chống chỉ định phối hợp |
| 65 | Amiodaron | Indinavir +/- ritonavir | Indinavir ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của amiodaron | Tăng nồng độ amiodaron trong huyết thanh, tăng nguy cơ tác dụng không mong muốn (hạ huyết áp, chậm nhịp tim, ngừng xoang...) | Chống chỉ định phối hợp |
| 66 | Amiodaron | Saquinavir +/- ritonavir | Saquinavir ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của amiodaron | Tăng nồng độ amiodaron trong huyết thanh, tăng nguy cơ tác dụng không mong muốn (hạ huyết áp, chậm nhịp tim, ngừng xoang...) | Chống chỉ định phối hợp |
| 67 | Amiodaron | Sparfloxacin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn.</p> |
| 68 | Amisulpirid | Thioridazin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|--------------|--|------------------------------|--|---|
| | | | | | magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn. |
| 69 | Amisulpirid | Sparfloxacin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn.</p> |
| 70 | Amitriptylin | Linezolid | Hiệp đồng tác dụng serotonin | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | <p>1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời linezolid và amitriptylin. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn.</p> <p>2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng linezolid và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc.</p> |
| 71 | Amitriptylin | Xanh methylen (sử dụng đường tiêm tĩnh mạch) | Hiệp đồng tác dụng serotonin | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | <p>1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời xanh methylen và sumatriptan. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn.</p> <p>2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng xanh</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-----------------|--------------|---|--|---|
| | | | | | methylen và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc. |
| 72 | Amitriptylin | Furazolidon | Hiệp đồng tác dụng serotonin. Tác dụng ức chế MAO của furazolidon do chất chuyển hóa của thuốc, xuất hiện chậm sau 5 - 10 ngày. | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | <p>1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời furazolidon và amitriptylin. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn.</p> <p>2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng furazolidon và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc.</p> |
| 73 | Arsenic trioxid | Thioridazin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn.</p> |
| 74 | Arsenic trioxid | Sparfloxacin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | 1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải. |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|------------------------|-------------|---|---|--|
| | | | | | 2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn. |
| 75 | Arsenic trioxid | Domperidon | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | Chống chỉ định phối hợp. |
| 76 | Artemether/lumefantrin | Posaconazol | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | 1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải. 2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn. |
| 77 | Artemether/lumefantrin | Fluconazol | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | 1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải. 2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn. |
| 78 | Artemether/lumefantrin | Domperidon | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | Chống chỉ định phối hợp. |
| 79 | Artemether/lumefantrin | Rifampicin | Rifampicin cảm ứng CYP3A4 làm tăng chuyển | Giảm nồng độ của artemether/lumefantrin | Chống chỉ định phối hợp. |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|------------------------|---------------|--|--|--|
| | | | hóa của artemether/lumefantrin | trong huyết thanh, dẫn đến giảm hiệu quả điều trị | |
| 80 | Artemether/lumefantrin | Enzalutamid | Enzalutamid cảm ứng CYP3A4 làm tăng chuyển hóa của artemether/lumefantrin | Giảm nồng độ của artemether/lumefantrin trong huyết thanh, dẫn đến giảm hiệu quả điều trị | Chống chỉ định phối hợp. |
| 81 | Artemether/lumefantrin | Carbamazepin | Carbamazepin cảm ứng CYP3A4 mạnh làm tăng chuyển hóa của artemether/lumefantrin | Giảm nồng độ của artemether/lumefantrin trong huyết thanh, dẫn đến giảm hiệu quả điều trị | Chống chỉ định phối hợp. |
| 82 | Artemether/lumefantrin | Phenobarbital | Phenobarbital cảm ứng CYP3A4 mạnh làm tăng chuyển hóa của artemether/lumefantrin | Giảm nồng độ của artemether/lumefantrin trong huyết thanh, dẫn đến giảm hiệu quả điều trị | Chống chỉ định phối hợp. |
| 83 | Artemether/lumefantrin | Phenytoin | Phenytoin cảm ứng CYP3A4 mạnh làm tăng chuyển hóa của artemether/lumefantrin | Giảm nồng độ của artemether/lumefantrin trong huyết thanh, dẫn đến giảm hiệu quả điều trị | Chống chỉ định phối hợp. |
| 84 | Artemether/lumefantrin | Sparfloxacin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | 1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải. 2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn. |
| 85 | Aspirin | Ketorolac | Hiệp đồng tác dụng kích ứng đường tiêu hóa | Tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa nghiêm trọng (sử dụng đồng thời ketorolac với 1 NSAID khác làm tăng | Chống chỉ định phối hợp. Cần đặc biệt lưu ý nguy cơ tương tác trong trường hợp giảm đau hậu phẫu. |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|----------------------|------------------|--|--|--|
| | | | | nguy cơ xuất huyết tiêu hóa gấp 5 lần so với phối hợp 2 NSAID khác) | |
| 86 | Atazanavir/ritonavir | Lovastatin | Atazanavir/ritonavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của lovastatin | Tăng nồng độ của lovastatin trong huyết thanh, tăng nguy cơ bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân cấp | Chống chỉ định phối hợp. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng dẫn chất statin, thay lovastatin bằng các dẫn chất statin khác (ngoại trừ simvastatin), sử dụng liều thấp nhất có hiệu quả, atorvastatin không quá 10 mg/ngày, rosuvastatin không vượt quá 10 mg/ngày, pitavastatin không cần hiệu chỉnh liều khi phối hợp. |
| 87 | Atazanavir/ritonavir | Simvastatin | Atazanavir/ritonavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của simvastatin | Tăng nồng độ của simvastatin trong huyết thanh, tăng nguy cơ bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân cấp | Chống chỉ định phối hợp. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng dẫn chất statin, thay simvastatin bằng các dẫn chất statin khác (ngoại trừ lovastatin) sử dụng liều thấp nhất có hiệu quả, atorvastatin không quá 10 mg/ngày, rosuvastatin không vượt quá 10 mg/ngày, pitavastatin không cần hiệu chỉnh liều khi phối hợp. |
| 88 | Atazanavir/ritonavir | Dihydroergotamin | Atazanavir/ritonavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của dihydroergotamin | Tăng nồng độ của dihydroergotamin trong huyết thanh, tăng nguy cơ độc tính (nôn, buồn nôn, hoại tử đầu chi, thiếu máu cục bộ do co thắt mạch...) | Chống chỉ định phối hợp |
| 89 | Atazanavir/ritonavir | Ergotamin | Atazanavir/ritonavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của ergotamin | Tăng nồng độ của ergotamin trong huyết thanh, tăng nguy cơ độc tính (nôn, buồn nôn, hoại tử đầu chi, thiếu máu cục bộ do co thắt mạch...) | Chống chỉ định phối hợp |
| 90 | Atazanavir/ritonavir | Ergometrin | Atazanavir/ritonavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của ergometrin | Tăng nồng độ của ergometrin trong huyết thanh, tăng nguy cơ độc tính (nôn, buồn nôn, hoại tử đầu | Tốt nhất nên tránh phối hợp. Đối với trường hợp điều trị băng huyết sau sinh, nếu không còn thuốc khác thay thế ở người bệnh đang sử dụng atazanavir, sử dụng ergometrin chỉ khi lợi ích vượt trội nguy cơ |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|----------------------|------------------|--|--|---|
| | | | | chi, thiếu máu cục bộ do co thắt mạch...) | và sử dụng liều thấp nhất có hiệu quả trong thời gian ngắn nhất. |
| 91 | Atazanavir/ritonavir | Methylergometrin | Atazanavir/ritonavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của methylergometrin | Tăng nồng độ của methylergometrin trong huyết thanh, tăng nguy cơ độc tính (nôn, buồn nôn, hoại tử đầu chi, thiếu máu cục bộ do co thắt mạch...) | Tốt nhất nên tránh phối hợp. Đối với trường hợp điều trị bằng huyết sau sinh, nếu không còn thuốc khác thay thế ở người bệnh đang sử dụng atazanavir, sử dụng methylergometrin chỉ khi lợi ích vượt trội nguy cơ và sử dụng liều thấp nhất có hiệu quả trong thời gian ngắn nhất. |
| 92 | Atazanavir/ritonavir | Ivabradin | Atazanavir/ritonavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của ivabradin | Tăng nồng độ ivabradin trong huyết thanh, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT và chậm nhịp tim | Chống chỉ định phối hợp |
| 93 | Atazanavir/ritonavir | Ticagrelor | Atazanavir/ritonavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của ticagrelor | Tăng nồng độ của ticagrelor trong huyết thanh, tăng nguy cơ xuất huyết | Chống chỉ định phối hợp |
| 94 | Atazanavir/ritonavir | Ranolazin | Atazanavir/ritonavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của ranolazin | Tăng nồng độ ranolazin trong huyết thanh, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT | Chống chỉ định phối hợp |
| 95 | Atazanavir/ritonavir | Tolvaptan | Atazanavir/ritonavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của tolvaptan | Tăng nồng độ tolvaptan trong huyết thanh, tăng nguy cơ tác dụng không mong muốn (tăng nồng độ natri huyết thanh, đa niệu, khát nước, giảm thể tích tuần hoàn...) | Chống chỉ định phối hợp |
| 96 | Atazanavir/ritonavir | Felodipin | Atazanavir/ritonavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của felodipin | Tăng nồng độ felodipin, tăng nguy cơ hạ huyết áp nghiêm trọng | Chống chỉ định phối hợp |
| 97 | Atazanavir/ritonavir | Lercanidipin | Atazanavir/ritonavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của lercanidipin | Tăng nồng độ lercanidipin, tăng nguy cơ hạ huyết áp nghiêm trọng | Chống chỉ định phối hợp |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|----------------------------------|----------------------|--|---|---|
| 98 | Atazanavir/ritonavir | Sildenafil | Atazanavir/ritonavir ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của sildenafil | Tăng nồng độ sildenafil trong huyết thanh, tăng nguy cơ độc tính (hạ huyết áp, ngất, rối loạn thị giác) | 1. Chống chỉ định phối hợp trong trường hợp sử dụng sildenafil điều trị tăng áp động mạch phổi. 2. Trong trường hợp sử dụng sildenafil điều trị rối loạn cương dương, liều sildenafil không vượt quá 25 mg mỗi 48 giờ ở người đang sử dụng atazanavir. |
| 99 | Atazanavir/ritonavir | Quetiapin | Atazanavir/ritonavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của quetiapin | Tăng nồng độ của quetiapin, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT | Tốt nhất nên tránh phối hợp. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng atazanavir, giảm liều quetiapin còn 1/6 liều so với liều bình thường. |
| 100 | Atazanavir/ritonavir | Rifampicin | Rifampicin cảm ứng CYP3A4 làm tăng chuyển hóa của Atazanavir/ritonavir | Giảm nồng độ atazanavir trong huyết thanh, giảm hiệu quả điều trị | Chống chỉ định phối hợp |
| 101 | Atazanavir/ritonavir | Grazoprevir/elbasvir | Atazanavir/ritonavir ức chế OATP1B1/3 làm giảm vận chuyển grazoprevir vào gan. | Tăng nồng độ grazoprevir/elbasvir, tăng nguy cơ tăng ALT | Chống chỉ định phối hợp |
| 102 | Atazanavir/ritonavir | Domperidon | Atazanavir/ritonavir ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của domperidon | Tăng nồng độ domperidon trong huyết thanh, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT | Chống chỉ định phối hợp |
| 103 | Atazanavir/ritonavir (ritonavir) | Colchicin | Ritonavir ức chế mạnh CYP3A4 và ức chế P-gp làm giảm chuyển hóa và thải trừ colchicin. | Tăng nồng độ colchicin trong huyết thanh, tăng nguy cơ tác dụng độc tính (tiêu chảy, nôn, đau bụng, sốt, xuất huyết, giảm cả ba dòng tế bào máu, các dấu hiệu độc tính trên cơ như đau cơ, mỏi cơ hoặc yếu cơ, nước tiểu sẫm màu, dị cảm, trường hợp nặng có thể gây suy đa tạng và tử vong). | 1. Chống chỉ định ở bệnh nhân suy gan hoặc suy thận. 2. Ở bệnh nhân chức năng gan, thận bình thường: nên tránh phối hợp. Nếu phối hợp: giảm liều colchicin. Dùng liều tiếp theo của colchicin sau 3 ngày. Theo dõi nguy cơ độc tính của colchicin. |
| 104 | Atazanavir/ritonavir (ritonavir) | Vardenafil | Ritonavir ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của vardenafil | Tăng nồng độ vardenafil trong huyết thanh, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT | Chống chỉ định phối hợp |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|----------------------------------|-------------|--|---|---|
| 105 | Atazanavir/ritonavir (ritonavir) | Propafenon | Ritonavir ức chế chuyển hóa của propafenon qua CYP3A4 và CYP2D6. | Tăng nồng độ, dẫn đến tăng độc tính của propafenon (đặc biệt là loạn nhịp tim). | Chống chỉ định phối hợp. |
| 106 | Atazanavir/ritonavir (ritonavir) | Everolimus | Ritonavir ức chế mạnh CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của everolimus ở gan, đồng thời, ức chế P-gp làm giảm thải trừ everolimus khỏi cơ thể. | Tăng nồng độ everolimus trong huyết thanh, tăng tác dụng bất lợi liên quan đến ức chế miễn dịch | Chống chỉ định phối hợp |
| 107 | Atazanavir/ritonavir (ritonavir) | Voriconazol | Ritonavir cảm ứng CYP2C19 (hoặc ức chế CYP3A4 ở người thiếu hoặc giảm hoạt tính CYP2C19) làm tăng (hoặc giảm) chuyển hóa của voriconazol tùy thuộc từng cá thể (voriconazol là cơ chất của cả CYP3A4 và CYP2C19) | Giảm (hoặc tăng) nồng độ voriconazol. | 1. Việc phối hợp voriconazol và ritonavir liều cao (400mg mỗi 12 giờ) làm giảm rõ rệt nồng độ voriconazol, vì vậy, chống chỉ định phối hợp voriconazol với ritonavir ở mức liều này. 2. Việc phối hợp voriconazol với ritonavir liều thấp (100mg mỗi 12 giờ) cũng đã cho thấy làm giảm nồng độ voriconazol mặc dù mức độ ít hơn so với liều cao ritonavir, vì vậy, nên tránh phối hợp thuốc trừ khi lợi ích vượt trội nguy cơ. |
| 108 | Atorvastatin | Ciclosporin | Ciclosporin ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của atorvastatin; ciclosporin cũng ức chế cả OATP1B1 làm giảm vận chuyển atorvastatin vào gan. | Tăng nồng độ simvastatin trong huyết thanh, tăng nguy cơ bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân cấp | Chống chỉ định phối hợp. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn: thay atorvastatin bằng fluvastatin (tối đa 20 mg/ngày), pravastatin (tối đa 20 mg/ngày), rosuvastatin (tối đa 5 mg/ngày). |
| 109 | Atorvastatin | Gemfibrozil | Gemfibrozil ức chế OATP1B1 làm giảm vận chuyển atorvastatin vào gan. | Tăng nồng độ atorvastatin trong huyết thanh, tăng nguy cơ bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân cấp | Chống chỉ định phối hợp. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng dẫn chất fibrat, thay thế gemfibrozil bằng fenofibrat nhưng cần thận trọng khi phối hợp. |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|--------------|--|---|---|---|
| 110 | Atropin | Kali clorid (dạng uống giải phóng kéo dài) | Atropin kháng cholinergic gây tồn lưu hoặc làm tăng thời gian kali qua đường tiêu hóa khi sử dụng đường uống, gây loét đường tiêu hóa | Tăng nguy cơ loét tiêu hóa | <p>1. Tốt nhất nên tránh phối hợp, đặc biệt ở người cao tuổi. Cần nhắc chuyển sang sử dụng kali đường tĩnh mạch.</p> <p>2. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng đồng thời, cần nhắc một số khuyến cáo sau giúp giảm nguy cơ loét tiêu hóa: (1) uống ít nhất 100 mL nước sau khi uống kali, (2) ngồi hoặc đứng thẳng trong ít nhất 5 - 10 phút sau khi uống thuốc.</p> |
| 111 | Azithromycin | Thioridazin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn.</p> |
| 112 | Azithromycin | Haloperidol | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn.</p> |
| 113 | Azithromycin | Sparfloxacin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|--------------|-----------------------------------|---|--|--|
| | | | | | 2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn. |
| 114 | Azithromycin | Domperidon | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | Chống chỉ định phối hợp. |
| 115 | Benazepril | Sacubitril/valsartan (sacubitril) | Tăng tích lũy bradykinin gây phù mạch | Tăng nguy cơ phù mạch | Chống chỉ định phối hợp. Chỉ bắt đầu sử dụng Sacubitril/valsartan (sacubitril) sau khi ngừng benazepril ít nhất 36 giờ. |
| 116 | Bleomycin | Brentuximab | Chưa rõ | Tăng nguy cơ độc tính (không nhiễm trùng) trên phổi (bao gồm viêm phổi không nhiễm trùng, bệnh phổi kẽ hoặc hội chứng suy hô hấp cấp tính (ARDS) do tổn thương phế nang, với biểu hiện khó thở, ho và sốt không đặc hiệu | Chống chỉ định phối hợp |
| 117 | Boceprevir | Lovastatin | Boceprevir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của lovastatin | Tăng nồng độ của lovastatin trong huyết thanh, tăng nguy cơ bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân cấp | Chống chỉ định phối hợp |
| 118 | Boceprevir | Simvastatin | Boceprevir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của simvastatin | Tăng nồng độ của simvastatin trong huyết thanh, tăng nguy cơ bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân cấp | Chống chỉ định phối hợp |
| 119 | Boceprevir | Colchicin | Boceprevir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của colchicin | Tăng nồng độ colchicin trong huyết thanh, tăng nguy cơ tác dụng độc tính (tiêu | 1. Chống chỉ định ở bệnh nhân suy gan hoặc suy thận. |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|------------------|--|--|---|
| | | | | chảy, nôn, đau bụng, sốt, xuất huyết, giảm cả ba dòng tế bào máu, các dấu hiệu độc tính trên cơ như đau cơ, mỏi cơ hoặc yếu cơ, nước tiểu sẫm màu, dị cảm, trường hợp nặng có thể gây suy đa tạng và tử vong). | 2. Ở bệnh nhân chức năng gan, thận bình thường: nên tránh phối hợp. Nếu phối hợp: giảm liều colchicin. Dùng liều tiếp theo của colchicin sau 3 ngày. Theo dõi nguy cơ độc tính của colchicin. |
| 120 | Boceprevir | Dihydroergotamin | Boceprevir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của dihydroergotamin | Tăng nồng độ của dihydroergotamin trong huyết thanh, tăng nguy cơ độc tính (nôn, buồn nôn, hoại tử đầu chi, thiếu máu cục bộ do co thắt mạch...) | Chống chỉ định phối hợp |
| 121 | Boceprevir | Ergotamin | Boceprevir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của ergotamin | Tăng nồng độ của ergotamin trong huyết thanh, tăng nguy cơ độc tính (nôn, buồn nôn, hoại tử đầu chi, thiếu máu cục bộ do co thắt mạch...) | Chống chỉ định phối hợp |
| 122 | Boceprevir | Ergometrin | Boceprevir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của ergometrin | Tăng nồng độ của ergometrin trong huyết thanh, tăng nguy cơ độc tính (nôn, buồn nôn, hoại tử đầu chi, thiếu máu cục bộ do co thắt mạch...) | Chống chỉ định phối hợp |
| 123 | Boceprevir | Methylergometrin | Boceprevir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của methylergometrin | Tăng nồng độ của methylergometrin trong huyết thanh, tăng nguy cơ độc tính (nôn, buồn nôn, hoại tử đầu chi, thiếu máu cục bộ do co thắt mạch...) | Chống chỉ định phối hợp |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|--------------|---|--|--|
| 124 | Boceprevir | Ivabradin | Boceprevir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của ivabradin | Tăng nồng độ ivabradin trong huyết thanh, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT và chậm nhịp tim | Chống chỉ định phối hợp |
| 125 | Bosentan | Glibenclamid | Bosentan cảm ứng CYP3A4 và CYP2C9, làm tăng chuyển hóa của glibenclamid. Cơ chế tăng enzym gan chưa rõ | Tăng nguy cơ tăng enzym gan, giảm nồng độ glibenclamid trong huyết thanh, giảm hiệu quả điều trị | Chống chỉ định phối hợp |
| 126 | Bosentan | Ciclosporin | Ciclosporin ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của bosentan; bosentan cảm ứng CYP3A4 làm tăng chuyển hóa của ciclosporin | Tăng nồng độ của bosentan, tăng nguy cơ tác dụng không mong muốn (đau đầu..); giảm nồng độ của ciclosporin trong huyết thanh, giảm hiệu quả điều trị, tăng nguy cơ thải ghép | Chống chỉ định phối hợp |
| 127 | Brivudin | Capecitabin | Chất chuyển hóa của brivudin ức chế enzym dihydropyrimidine dehydrogenase (DPD) - enzym chuyển hóa capecitabin | Tăng nồng độ capecitabin trong máu, dẫn đến tăng nguy cơ độc tính | Chống chỉ định phối hợp. Chỉ bắt đầu sử dụng capecitabin sau khi ngừng brivudin ít nhất 4 tuần. |
| 128 | Brivudin | Fluorouracil | Chất chuyển hóa của brivudin ức chế enzym dihydropyrimidine dehydrogenase (DPD) - enzym chuyển hóa fluorouracil | Tăng nồng độ fluorouracil trong máu, dẫn đến tăng nguy cơ độc tính | Chống chỉ định phối hợp. Chỉ bắt đầu sử dụng fluorouracil sau khi ngừng brivudin ít nhất 4 tuần. |
| 129 | Brivudin | Tegafur | Chất chuyển hóa của brivudin ức chế enzym dihydropyrimidine | Tăng nồng độ tegafur trong máu, dẫn đến tăng nguy cơ độc tính | Chống chỉ định phối hợp. Chỉ bắt đầu sử dụng tegafur sau khi ngừng brivudin ít nhất 4 tuần. |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|--------------|--|--|--|--|
| | | | dehydrogenase (DPD) - enzym chuyển hóa tegafur | | |
| 130 | Bromocriptin | Metoclopramid | Đôi kháng tác dụng của nhau | Giảm hiệu quả của cả hai thuốc | Chống chỉ định phối hợp |
| 131 | Bromocriptin | Sulpirid | Đôi kháng tác dụng của nhau | Giảm hiệu quả của cả hai thuốc | Chống chỉ định phối hợp |
| 132 | Bupropion | Linezolid | Hiệp đồng tác dụng serotonin | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | <p>1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời linezolid và bupropion. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn.</p> <p>2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng linezolid và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc.</p> |
| 133 | Bupropion | Xanh methylen (sử dụng đường tiêm tĩnh mạch) | Hiệp đồng tác dụng serotonin | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | <p>1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời xanh methylen và bupropion. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn.</p> <p>2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng xanh methylen và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ chặt chẽ bệnh</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-----------------|-------------|---|--|--|
| | | | | | nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc. |
| 134 | Bupropion | Furazolidon | Hiệp đồng tác dụng serotonin. Tác dụng ức chế MAO của furazolidon do chất chuyển hóa của thuốc, xuất hiện chậm sau 5 - 10 ngày. | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | <p>1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời furazolidon và bupropion. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn.</p> <p>2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng furazolidon và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc.</p> |
| 135 | Calci clorid | Ceftriaxon | Hình thành tủa calci - ceftriaxon tại mô phổi và thận khi dùng đồng thời đường tĩnh mạch ở trẻ sơ sinh | Tạo kết tủa tại phổi và thận, có thể dẫn đến tử vong ở trẻ sơ sinh | <p>1. Chống chỉ định sử dụng đồng thời ở trẻ sơ sinh (< 28 ngày tuổi).</p> <p>2. Ở các đối tượng khác, không trộn lẫn calci và ceftriaxon trong cùng 1 đường truyền, dùng 2 thuốc theo 2 đường truyền tại 2 vị trí khác nhau hoặc dùng lần lượt từng thuốc sau đó khi tráng rửa đường truyền bằng dung môi tương hợp.</p> |
| 136 | Calci glubionat | Ceftriaxon | Hình thành tủa calci - ceftriaxon tại mô phổi và thận khi dùng đồng thời đường tĩnh mạch ở trẻ sơ sinh | Tạo kết tủa tại phổi và thận, có thể dẫn đến tử vong ở trẻ sơ sinh | <p>1. Chống chỉ định sử dụng đồng thời ở trẻ sơ sinh (< 28 ngày tuổi).</p> <p>2. Ở các đối tượng khác, không trộn lẫn calci và ceftriaxon trong cùng 1 đường truyền, dùng 2 thuốc theo 2 đường truyền tại 2 vị trí khác nhau hoặc dùng lần lượt từng thuốc sau đó khi tráng rửa đường truyền bằng dung môi tương hợp.</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|----------------|--|--|--|--|
| 137 | Calci gluconat | Ceftriaxon | Hình thành tủa calci - ceftriaxon tại mô phổi và thận khi dùng đồng thời đường tĩnh mạch ở trẻ sơ sinh | Tạo kết tủa tại phổi và thận, có thể dẫn đến tử vong ở trẻ sơ sinh | 1. Chống chỉ định sử dụng đồng thời ở trẻ sơ sinh (< 28 ngày tuổi). 2. Ở các đối tượng khác, không trộn lẫn calci và ceftriaxon trong cùng 1 đường truyền, dùng 2 thuốc theo 2 đường truyền tại 2 vị trí khác nhau hoặc dùng lần lượt từng thuốc sau đó khi tráng rửa đường truyền bằng dung môi tương hợp. |
| 138 | Captopril | Sacubitril/valsartan (sacubitril) | Tăng tích lũy bradykinin gây phù mạch | Tăng nguy cơ phù mạch | Chống chỉ định phối hợp. Chỉ bắt đầu sử dụng Sacubitril/valsartan (sacubitril) sau khi ngừng captopril ít nhất 36 giờ. |
| 139 | Carbamazepin | Linezolid | Hiệp đồng tác dụng serotonin | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | 1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời linezolid và carbamazepin. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn. 2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng linezolid và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc. |
| 140 | Carbamazepin | Xanh methylen (sử dụng đường tiêm tĩnh mạch) | Hiệp đồng tác dụng serotonin | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | 1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời xanh methylen và carbamazepin. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn. 2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng xanh |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|--------------|--------------------------|---|---|---|
| | | | | | methylen và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc. |
| 141 | Carbamazepin | Praziquantel | Carbamazepin cảm ứng CYP3A4 mạnh làm tăng chuyển hóa của praziquantel | Giảm nồng độ của praziquantel trong huyết thanh, dẫn đến giảm hiệu quả điều trị | Chống chỉ định phối hợp. |
| 142 | Carbamazepin | Rilpivirin | Carbamazepin cảm ứng CYP3A4 mạnh làm tăng chuyển hóa của rilpivirin | Giảm nồng độ của rilpivirin trong huyết thanh, dẫn đến giảm hiệu quả điều trị | Chống chỉ định phối hợp. |
| 143 | Carbamazepin | Voriconazol | Carbamazepin cảm ứng CYP3A4 mạnh làm tăng chuyển hóa của voriconazol | Giảm nồng độ của voriconazol trong huyết thanh, dẫn đến giảm hiệu quả điều trị | Chống chỉ định phối hợp. |
| 144 | Carbamazepin | Daclatasvir | Carbamazepin cảm ứng CYP3A4 mạnh làm tăng chuyển hóa của daclatasvir | Giảm nồng độ của daclatasvir trong huyết thanh, dẫn đến giảm hiệu quả điều trị | Chống chỉ định phối hợp. |
| 145 | Carbamazepin | Delamanid | Carbamazepin cảm ứng CYP3A4 mạnh làm tăng chuyển hóa của delamanid | Giảm nồng độ của delamanid trong huyết thanh, dẫn đến giảm hiệu quả điều trị | Chống chỉ định phối hợp. |
| 146 | Carbamazepin | Grazoprevir/ elbasvir | Carbamazepin cảm ứng CYP3A4 mạnh làm tăng chuyển hóa của Grazoprevir/elbasvir | Giảm nồng độ grazoprevir/elbasvir trong huyết thanh, dẫn đến giảm hiệu quả điều trị | Chống chỉ định phối hợp. |
| 147 | Carbamazepin | Ranolazin | Carbamazepin cảm ứng CYP3A4 và P-gp làm tăng | Giảm nồng độ ranolazin trong huyết thanh, giảm hiệu quả điều trị | Chống chỉ định phối hợp |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|--------------|---|---|---|--|
| | | | chuyển hóa của ranolazin và thải trừ của ranolazin. | | |
| 148 | Carbamazepin | Furazolidon | Hiệp đồng tác dụng serotonin. Tác dụng ức chế MAO của furazolidon do chất chuyển hóa của thuốc, xuất hiện chậm sau 5 - 10 ngày. | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | <p>1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời furazolidon và carbamazepin. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn.</p> <p>2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng furazolidon và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc.</p> |
| 149 | Carvedilol | Colchicin | Carvedilol ức chế P-gp làm giảm thải trừ colchicin. | Tăng nồng độ colchicin trong huyết thanh, tăng nguy cơ tác dụng độc tính (tiêu chảy, nôn, đau bụng, sốt, xuất huyết, giảm cả ba dòng tế bào máu, các dấu hiệu độc tính trên cơ như đau cơ, mỏi cơ hoặc yếu cơ, nước tiểu sẫm màu, dị cảm, trường hợp nặng có thể gây suy đa tạng và tử vong). | <p>1. Chống chỉ định ở bệnh nhân suy gan hoặc suy thận.</p> <p>2. Ở bệnh nhân chức năng gan, thận bình thường: nên tránh phối hợp. Nếu phối hợp: giảm liều colchicin. Dùng liều tiếp theo của colchicin sau 3 ngày. Theo dõi nguy cơ độc tính của colchicin.</p> |
| 150 | Ceftriaxon | Dung dịch nuôi dưỡng đường tĩnh mạch chứa calci | Hình thành tủa calci - ceftriaxon tại mô phổi và thận khi dùng đồng thời đường tĩnh mạch ở trẻ sơ sinh | Tạo kết tủa tại phổi và thận, có thể dẫn đến tử vong ở trẻ sơ sinh | <p>1. Chống chỉ định sử dụng đồng thời ở trẻ sơ sinh (< 28 ngày tuổi).</p> <p>2. Ở các đối tượng khác, không trộn lẫn calci và ceftriaxon trong cùng 1 đường truyền, dùng 2 thuốc theo 2 đường truyền tại 2 vị trí khác nhau hoặc dùng</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|---------------|--|--|--|
| | | | | | lần lượt từng thuốc sau đó khi tráng rửa đường truyền bằng dung môi tương hợp. |
| 151 | Ceftriaxon | Ringer Lactat | Hình thành tủa calci - ceftriaxon tại mô phổi và thận khi dùng đồng thời đường tĩnh mạch ở trẻ sơ sinh | Tạo kết tủa tại phổi và thận, có thể dẫn đến tử vong ở trẻ sơ sinh | 1. Chống chỉ định sử dụng đồng thời ở trẻ sơ sinh (< 28 ngày tuổi). 2. Ở các đối tượng khác, không trộn lẫn calci và ceftriaxon trong cùng 1 đường truyền, dùng 2 thuốc theo 2 đường truyền tại 2 vị trí khác nhau hoặc dùng lần lượt từng thuốc sau đó khi tráng rửa đường truyền bằng dung môi tương hợp. |
| 152 | Celecoxib | Ketorolac | Hiệp đồng tác dụng kích ứng đường tiêu hóa | Tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa nghiêm trọng (sử dụng đồng thời ketorolac với 1 NSAID khác làm tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa gấp 5 lần so với phối hợp 2 NSAID khác) | Chống chỉ định phối hợp. Cần đặc biệt lưu ý nguy cơ tương tác trong trường hợp giảm đau hậu phẫu. |
| 153 | Ciclosporin | Pitavastatin | Ciclosporin ức chế OATP1B1 làm giảm vận chuyển pitavastatin vào gan. | Tăng nồng độ pitavastatin trong huyết thanh, tăng nguy cơ bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân cấp | Chống chỉ định phối hợp. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn: thay pitavastatin bằng fluvastatin (tối đa 20 mg/ngày), pravastatin (tối đa 20 mg/ngày), rosuvastatin (tối đa 5 mg/ngày). |
| 154 | Ciclosporin | Lovastatin | Ciclosporin ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của lovastatin; ciclosporin cũng ức chế cả OATP1B1 làm giảm vận chuyển lovastatin vào gan. | Tăng nồng độ lovastatin trong huyết thanh, tăng nguy cơ bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân cấp | Chống chỉ định phối hợp. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng dẫn chất statin, thay lovastatin bằng fluvastatin (tối đa 20 mg/ngày), pravastatin (tối đa 20 mg/ngày), rosuvastatin (tối đa 5 mg/ngày). |
| 155 | Ciclosporin | Simvastatin | Ciclosporin ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của simvastatin; ciclosporin cũng ức chế cả OATP1B1 | Tăng nồng độ simvastatin trong huyết thanh, tăng nguy cơ bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân cấp | Chống chỉ định phối hợp. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng dẫn chất statin, thay simvastatin bằng fluvastatin (tối đa 20 mg/ngày), pravastatin (tối đa 20 mg/ngày), rosuvastatin (tối đa 5 mg/ngày). |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|---------------|--------------------------|--|---|--|
| | | | làm giảm vận chuyển simvastatin vào gan. | | |
| 156 | Ciclosporin | Colchicin | Ciclosporin ức chế P-gp làm giảm thải trừ colchicin. | Tăng nồng độ colchicin trong huyết thanh, tăng nguy cơ tác dụng độc tính (tiêu chảy, nôn, đau bụng, sốt, xuất huyết, giảm cả ba dòng tế bào máu, các dấu hiệu độc tính trên cơ như đau cơ, mỏi cơ hoặc yếu cơ, nước tiểu sẫm màu, dị cảm, trường hợp nặng có thể gây suy đa tạng và tử vong). | 1. Chống chỉ định ở bệnh nhân suy gan hoặc suy thận. 2. Ở bệnh nhân chức năng gan, thận bình thường: nên tránh phối hợp. Nếu phối hợp: giảm liều colchicin. Dùng liều tiếp theo của colchicin sau 3 ngày. Theo dõi nguy cơ độc tính của colchicin. |
| 157 | Ciclosporin | Lercanidipin | Ciclosporin ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của lercanidipin và ngược lại, lercanidipin ức chế yếu CYP3A4 làm giảm chuyển hóa ciclosporin. | Tăng nồng độ ciclosporin, tăng nồng độ lercanidipin trong huyết thanh, tăng nguy cơ hạ huyết áp nghiêm trọng | Chống chỉ định phối hợp |
| 158 | Ciclosporin | Grazoprevir/ elbasvir | Ciclosporin ức chế OATP1B1/3 làm giảm vận chuyển grazoprevir vào gan. | Tăng nồng độ grazoprevir/elbasvir, tăng nguy cơ tăng ALT | Chống chỉ định phối hợp |
| 159 | Cilostazol | Domperidon | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | Chống chỉ định phối hợp. |
| 160 | Ciprofloxacin | Thioridazin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | 1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải. 2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|---------------|--|---|--|--|
| | | | | | magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn. |
| 161 | Ciprofloxacin | Tizanidin | Ciprofloxacin ức chế CYP1A2 mạnh làm giảm chuyển hóa của tizanidin | Tăng nồng độ của tizanidin trong huyết thanh, tăng nguy cơ tác dụng bất lợi (hạ huyết áp, buồn ngủ, nhịp tim chậm...) | Chống chỉ định phối hợp |
| 162 | Ciprofloxacin | Duloxetine | Ciprofloxacin ức chế CYP1A2 mạnh làm giảm chuyển hóa của duloxetine | Tăng nồng độ của duloxetine trong huyết thanh, tăng nguy cơ tác dụng không mong muốn (buồn ngủ, hôn mê, hội chứng serotonin, co giật, nôn và nhịp tim nhanh...) | Chống chỉ định phối hợp |
| 163 | Ciprofloxacin | Domperidon | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | Chống chỉ định phối hợp. |
| 164 | Citalopram | Linezolid | Hiệp đồng tác dụng serotonin | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | 1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời linezolid và citalopram. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn. 2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng linezolid và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc. |
| 165 | Citalopram | Xanh methylen (sử dụng đường tiêm tĩnh mạch) | Hiệp đồng tác dụng serotonin | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng | 1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời xanh methylen và carbamazepin. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|--------------|-------------------------|---|--|
| | | | | ơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn. 2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng xanh methylen và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc. |
| 166 | Citalopram | Thioridazin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | 1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải. 2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn. |
| 167 | Citalopram | Moxifloxacin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | 1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải. 2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn. |
| 168 | Citalopram | Clorpromazin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | 1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải. |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|-------------|-------------------------|---|--|
| | | | | | 2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn. |
| 169 | Citalopram | Domperidon | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | Chống chỉ định phối hợp. |
| 170 | Citalopram | Fluconazol | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | 1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải. 2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn. |
| 171 | Citalopram | Haloperidol | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | 1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải. 2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn. |
| 172 | Citalopram | Sotalol | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | 1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải. |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|----------------|--------------|---|--|--|
| | | | | | 2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn. |
| 173 | Citalopram | Furazolidon | Hiệp đồng tác dụng serotonin. Tác dụng ức chế MAO của furazolidon do chất chuyển hóa của thuốc, xuất hiện chậm sau 5 - 10 ngày. | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | 1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời furazolidon và citalopram. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn. 2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng furazolidon và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc. |
| 174 | Citalopram | Sparfloxacin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | 1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải. 2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn. |
| 175 | Clarithromycin | Thioridazin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | 1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải. |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|----------------|--|-------------------------|---|---|
| | | | | | 2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn. |
| 176 | Clarithromycin | Fluconazol | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn.</p> |
| 177 | Clarithromycin | Haloperidol | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn.</p> |
| 178 | Clarithromycin | Piperaquin/ dihydroartemisin in (piperaquin) | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|----------------|-------------|---|--|--|
| | | | | | nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn. |
| 179 | Clarithromycin | Lovastatin | Clarithromycin ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của lovastatin | Tăng nồng độ của lovastatin trong huyết thanh, tăng nguy cơ bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân cấp | <p>Chống chỉ định phối hợp. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trong trường hợp bắt buộc sử dụng kháng sinh macrolid, thay clarithromycin bằng azithromycin HOẶC - Trong trường hợp bắt buộc sử dụng dẫn chất statin, thay lovastatin bằng các dẫn chất statin khác (lưu ý liều pravastatin không vượt quá 40 mg/ngày, fluvastatin không vượt quá 20 mg/ngày, thận trọng khi phối hợp với atorvastatin). |
| 180 | Clarithromycin | Simvastatin | Clarithromycin ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của simvastatin | Tăng nồng độ của simvastatin trong huyết thanh, tăng nguy cơ bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân cấp | <p>Chống chỉ định phối hợp. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trong trường hợp bắt buộc sử dụng kháng sinh macrolid, thay clarithromycin bằng azithromycin HOẶC - Trong trường hợp bắt buộc sử dụng dẫn chất statin, thay simvastatin bằng các dẫn chất statin khác (lưu ý liều pravastatin không vượt quá 40 mg/ngày, fluvastatin không vượt quá 20 mg/ngày, thận trọng khi phối hợp với atorvastatin). |
| 181 | Clarithromycin | Colchicin | Clarithromycin ức chế mạnh CYP3A4 và ức chế P-gp làm giảm chuyển hóa và thải trừ colchicin. | Tăng nồng độ colchicin trong huyết thanh, tăng nguy cơ tác dụng độc tính (tiêu chảy, nôn, đau bụng, sốt, xuất huyết, giảm cả ba dòng | <ol style="list-style-type: none"> 1. Chống chỉ định ở bệnh nhân suy gan hoặc suy thận. 2. Ở bệnh nhân chức năng gan, thận bình thường: nên tránh phối hợp. Nếu phối hợp: giảm liều |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|----------------|------------------|--|--|---|
| | | | | tê bào máu, các dấu hiệu độc tính trên cơ như đau cơ, mỏi cơ hoặc yếu cơ, nước tiểu sẫm màu, dị cảm, trường hợp nặng có thể gây suy đa tạng và tử vong). | colchicin. Dùng liều tiếp theo của colchicin sau 3 ngày. Theo dõi nguy cơ độc tính của colchicin. |
| 182 | Clarithromycin | Dihydroergotamin | Clarithromycin ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của dihydroergotamin | Tăng nồng độ của dihydroergotamin trong huyết thanh, tăng nguy cơ độc tính (nôn, buồn nôn, hoại tử đầu chi, thiếu máu cục bộ do co thắt mạch...) | Chống chỉ định phối hợp |
| 183 | Clarithromycin | Ergotamin | Clarithromycin ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của ergotamin | Tăng nồng độ của ergotamin trong huyết thanh, tăng nguy cơ độc tính (nôn, buồn nôn, hoại tử đầu chi, thiếu máu cục bộ do co thắt mạch...) | Chống chỉ định phối hợp |
| 184 | Clarithromycin | Ergometrin | Clarithromycin ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của ergometrin | Tăng nồng độ của ergometrin trong huyết thanh, tăng nguy cơ độc tính (nôn, buồn nôn, hoại tử đầu chi, thiếu máu cục bộ do co thắt mạch...) | Chống chỉ định phối hợp |
| 185 | Clarithromycin | Methylergometrin | Clarithromycin ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của methylergometrin | Tăng nồng độ của methylergometrin trong huyết thanh, tăng nguy cơ độc tính (nôn, buồn nôn, hoại tử đầu chi, thiếu máu cục bộ do co thắt mạch...) | Chống chỉ định phối hợp |
| 186 | Clarithromycin | Ivabradin | Clarithromycin ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của ivabradin | Tăng nồng độ ivabradin trong huyết thanh, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT và chậm nhịp tim | Chống chỉ định phối hợp. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn: Trong trường hợp bắt buộc sử |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|----------------|--------------|--|--|--|
| | | | | | dụng kháng sinh macrolid, thay clarithromycin bằng azithromycin. |
| 187 | Clarithromycin | Ticagrelor | Clarithromycin ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của ticagrelor | Tăng nồng độ của ticagrelor trong huyết thanh, tăng nguy cơ xuất huyết | Chống chỉ định phối hợp. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn: Trong trường hợp bắt buộc sử dụng kháng sinh macrolid, thay clarithromycin bằng azithromycin. |
| 188 | Clarithromycin | Ranolazin | Clarithromycin ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của ranolazin | Tăng nồng độ ranolazin trong huyết thanh, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT | Chống chỉ định phối hợp. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn: Trong trường hợp bắt buộc sử dụng kháng sinh macrolid, thay clarithromycin bằng azithromycin. |
| 189 | Clarithromycin | Tolvaptan | Clarithromycin ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của tolvaptan | Tăng nồng độ tolvaptan trong huyết thanh, tăng nguy cơ tác dụng không mong muốn (tăng nồng độ natri huyết thanh, đa niệu, khát nước, giảm thể tích tuần hoàn...) | Chống chỉ định phối hợp. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn: Trong trường hợp bắt buộc sử dụng kháng sinh macrolid, thay clarithromycin bằng azithromycin. |
| 190 | Clarithromycin | Felodipin | Clarithromycin ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của felodipin | Tăng nồng độ felodipin, tăng nguy cơ hạ huyết áp nghiêm trọng | Chống chỉ định phối hợp. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn: Trong trường hợp bắt buộc sử dụng kháng sinh macrolid, thay clarithromycin bằng azithromycin. |
| 191 | Clarithromycin | Lercanidipin | Clarithromycin ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của lercanidipin | Tăng nồng độ lercanidipin, tăng nguy cơ hạ huyết áp nghiêm trọng | Chống chỉ định phối hợp. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn: Trong trường hợp bắt buộc sử dụng kháng sinh macrolid, thay clarithromycin bằng azithromycin. |
| 192 | Clarithromycin | Quetiapin | Clarithromycin ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của quetiapin | Tăng nồng độ của quetiapin, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT | Chống chỉ định phối hợp. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn: Trong trường hợp bắt buộc sử |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|----------------|--|---|--|--|
| | | | | | dụng kháng sinh macrolid, thay clarithromycin bằng azithromycin. |
| 193 | Clarithromycin | Everolimus | Clarithromycin ức chế mạnh CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của everolimus ở gan, đồng thời, ức chế P-gp làm giảm thải trừ everolimus khỏi cơ thể. | Tăng nồng độ everolimus trong huyết thanh, tăng tác dụng bất lợi liên quan đến ức chế miễn dịch | Chống chỉ định phối hợp |
| 194 | Clarithromycin | Saquinavir/ ritonavir | Clarithromycin ức chế CYP3A4 và P-gp, làm giảm chuyển hóa và thải trừ saquinavir. Saquinavir cũng ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của clarithromycin. | Tăng nồng độ clarithromycin, tăng nồng độ saquinavir, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT và xoắn đỉnh. | 1. Chống chỉ định phối hợp ở bệnh nhân có QTc > 450 ms và saquinavir ở dạng phối hợp ritonavir. 2. Trong trường hợp bắt buộc phối hợp, định kỳ đo điện tâm đồ mỗi 3-4 ngày. Nếu QTc > 480 ms hoặc tăng > 20 ms so với ban đầu, ngừng 1 trong 2 hoặc cả 2 thuốc. |
| 195 | Clarithromycin | Sparfloxacin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | 1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải. 2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn. |
| 196 | Clarithromycin | Domperidon | Clarithromycin ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của domperidon | Tăng nồng độ domperidon trong huyết thanh, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT | Chống chỉ định phối hợp |
| 197 | Clidinium | Kali clorid (dạng uống giải phóng kéo dài) | Clidinium kháng cholinergic gây tồn lưu hoặc làm tăng thời gian kali qua đường tiêu hóa khi sử dụng đường | Tăng nguy cơ loét tiêu hóa | 1. Tốt nhất nên tránh phối hợp, đặc biệt ở người cao tuổi. Cần nhắc chuyển sang sử dụng kali đường tĩnh mạch. |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|--|-------------------------------|--|--|
| | | | uống, gây loét đường tiêu hóa | | 2. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng đồng thời, cân nhắc một số khuyến cáo sau giúp giảm nguy cơ loét tiêu hóa: (1) uống ít nhất 100 mL nước sau khi uống kali, (2) ngồi hoặc đứng thẳng trong ít nhất 5 - 10 phút sau khi uống thuốc. |
| 198 | Clomipramin | Linezolid | Hiệp đồng tác dụng serotonin | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | <p>1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời linezolid và clomipramin. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn.</p> <p>2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng linezolid và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc.</p> |
| 199 | Clomipramin | Xanh methylen (sử dụng đường tiêm tĩnh mạch) | Hiệp đồng tác dụng serotonin | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | <p>1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời xanh methylen và pethidin. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng opioid, có thể đổi sang các opioid khác không có hoạt tính ức chế thu hồi serotonin (morphin, codein, oxycodon, buprenorphin)</p> <p>2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng xanh methylen và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ chặt chẽ bệnh</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|-------------|---|--|--|
| | | | | | nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc. |
| 200 | Clomipramin | Furazolidon | Hiệp đồng tác dụng serotonin. Tác dụng ức chế MAO của furazolidon do chất chuyển hóa của thuốc, xuất hiện chậm sau 5 - 10 ngày. | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | <p>1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời furazolidon và clomipramin. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn.</p> <p>2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng furazolidon và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc.</p> |
| 201 | Clonixin | Ketorolac | Hiệp đồng tác dụng kích ứng đường tiêu hóa | Tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa nghiêm trọng (sử dụng đồng thời ketorolac với 1 NSAID khác làm tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa gấp 5 lần so với phối hợp 2 NSAID khác) | Chống chỉ định phối hợp. Cần đặc biệt lưu ý nguy cơ tương tác trong trường hợp giảm đau hậu phẫu. |
| 202 | Cloroquin | Thioridazin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn.</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|--------------|--------------|-------------------------|---|---|
| 203 | Cloroquin | Sparfloxacin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn.</p> |
| 204 | Cloroquin | Domperidon | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | Chống chỉ định phối hợp. |
| 205 | Clorpromazin | Thioridazin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn.</p> |
| 206 | Clorpromazin | Moxifloxacin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn.</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|--------------|--|-------------------------|---|---|
| 207 | Clorpromazin | Escitalopram | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn.</p> |
| 208 | Clorpromazin | Haloperidol | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn.</p> |
| 209 | Clorpromazin | Piperaquin/ dihydroartemisin in (piperaquin) | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn.</p> |
| 210 | Clorpromazin | Sparfloxacin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|--------------|---------------------------------|--|---|--|
| | | | | | 2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn. |
| 211 | Clorpromazin | Domperidon | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | Chống chỉ định phối hợp. |
| 212 | Colchicin | Indinavir +/- ritonavir | Indinavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của colchicin | Tăng nồng độ colchicin trong huyết thanh, tăng nguy cơ tác dụng độc tính (tiêu chảy, nôn, đau bụng, sốt, xuất huyết, giảm cả ba dòng tế bào máu, các dấu hiệu độc tính trên cơ như đau cơ, mỏi cơ hoặc yếu cơ, nước tiểu sẫm màu, dị cảm, trường hợp nặng có thể gây suy đa tạng và tử vong). | 1. Chống chỉ định ở bệnh nhân suy gan hoặc suy thận. 2. Ở bệnh nhân chức năng gan, thận bình thường: nên tránh phối hợp. Nếu phối hợp: giảm liều colchicin. Dùng liều tiếp theo của colchicin sau 3 ngày. Theo dõi nguy cơ độc tính của colchicin. |
| 213 | Colchicin | Lopinavir/ritonavir (ritonavir) | Ritonavir ức chế mạnh CYP3A4 và ức chế P-gp làm giảm chuyển hóa và thải trừ colchicin. | Tăng nồng độ colchicin trong huyết thanh, tăng nguy cơ tác dụng độc tính (tiêu chảy, nôn, đau bụng, sốt, xuất huyết, giảm cả ba dòng tế bào máu, các dấu hiệu độc tính trên cơ như đau cơ, mỏi cơ hoặc yếu cơ, nước tiểu sẫm màu, dị cảm, trường hợp nặng có thể gây suy đa tạng và tử vong). | 1. Chống chỉ định ở bệnh nhân suy gan hoặc suy thận. 2. Ở bệnh nhân chức năng gan, thận bình thường: nên tránh phối hợp. Nếu phối hợp: giảm liều colchicin. Dùng liều tiếp theo của colchicin sau 3 ngày. Theo dõi nguy cơ độc tính của colchicin. |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|---------------------------------|--|---|---|
| 214 | Colchicin | Darunavir/ritonavir (ritonavir) | Ritonavir ức chế mạnh CYP3A4 và ức chế P-gp làm giảm chuyển hóa và thải trừ colchicin. | Tăng nồng độ colchicin trong huyết thanh, tăng nguy cơ tác dụng độc tính (tiêu chảy, nôn, đau bụng, sốt, xuất huyết, giảm cả ba dòng tế bào máu, các dấu hiệu độc tính trên cơ như đau cơ, mỏi cơ hoặc yếu cơ, nước tiểu sẫm màu, dị cảm, trường hợp nặng có thể gây suy đa tạng và tử vong). | 1. Chống chỉ định ở bệnh nhân suy gan hoặc suy thận. 2. Ở bệnh nhân chức năng gan, thận bình thường: nên tránh phối hợp. Nếu phối hợp: giảm liều colchicin. Dùng liều tiếp theo của colchicin sau 3 ngày. Theo dõi nguy cơ độc tính của colchicin. |
| 215 | Colchicin | Saquinavir +/- ritonavir | Saquinavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của colchicin | Tăng nồng độ colchicin trong huyết thanh, tăng nguy cơ tác dụng độc tính (tiêu chảy, nôn, đau bụng, sốt, xuất huyết, giảm cả ba dòng tế bào máu, các dấu hiệu độc tính trên cơ như đau cơ, mỏi cơ hoặc yếu cơ, nước tiểu sẫm màu, dị cảm, trường hợp nặng có thể gây suy đa tạng và tử vong). | 1. Chống chỉ định ở bệnh nhân suy gan hoặc suy thận. 2. Ở bệnh nhân chức năng gan, thận bình thường: nên tránh phối hợp. Nếu phối hợp: giảm liều colchicin. Dùng liều tiếp theo của colchicin sau 3 ngày. Theo dõi nguy cơ độc tính của colchicin. |
| 216 | Colchicin | Itraconazol | Itraconazol ức chế mạnh CYP3A4 và ức chế P-gp làm giảm chuyển hóa và thải trừ colchicin. | Tăng nồng độ colchicin trong huyết thanh, tăng nguy cơ tác dụng độc tính (tiêu chảy, nôn, đau bụng, sốt, xuất huyết, giảm cả ba dòng tế bào máu, các dấu hiệu độc tính trên cơ như đau cơ, mỏi cơ hoặc yếu cơ, nước tiểu sẫm màu, dị cảm, trường hợp nặng có thể gây suy đa tạng và tử vong). | 1. Chống chỉ định ở bệnh nhân suy gan hoặc suy thận. 2. Ở bệnh nhân chức năng gan, thận bình thường: nên tránh phối hợp. Nếu phối hợp: giảm liều colchicin. Dùng liều tiếp theo của colchicin sau 3 ngày. Theo dõi nguy cơ độc tính của colchicin. |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|---------------|--|---|---|
| 217 | Colchicin | Posaconazol | Posaconazol ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của colchicin | Tăng nồng độ colchicin trong huyết thanh, tăng nguy cơ tác dụng độc tính (tiêu chảy, nôn, đau bụng, sốt, xuất huyết, giảm cả ba dòng tế bào máu, các dấu hiệu độc tính trên cơ như đau cơ, mỏi cơ hoặc yếu cơ, nước tiểu sẫm màu, dị cảm, trường hợp nặng có thể gây suy đa tạng và tử vong). | 1. Chống chỉ định ở bệnh nhân suy gan hoặc suy thận. 2. Ở bệnh nhân chức năng gan, thận bình thường: nên tránh phối hợp. Nếu phối hợp: giảm liều colchicin. Dùng liều tiếp theo của colchicin sau 3 ngày. Theo dõi nguy cơ độc tính của colchicin. |
| 218 | Colchicin | Voriconazol | Voriconazol ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của colchicin | Tăng nồng độ colchicin trong huyết thanh, tăng nguy cơ tác dụng độc tính (tiêu chảy, nôn, đau bụng, sốt, xuất huyết, giảm cả ba dòng tế bào máu, các dấu hiệu độc tính trên cơ như đau cơ, mỏi cơ hoặc yếu cơ, nước tiểu sẫm màu, dị cảm, trường hợp nặng có thể gây suy đa tạng và tử vong). | 1. Chống chỉ định ở bệnh nhân suy gan hoặc suy thận. 2. Ở bệnh nhân chức năng gan, thận bình thường: nên tránh phối hợp. Nếu phối hợp: giảm liều colchicin. Dùng liều tiếp theo của colchicin sau 3 ngày. Theo dõi nguy cơ độc tính của colchicin. |
| 219 | Colchicin | Roxithromycin | Roxithromycin ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của colchicin | Tăng nồng độ colchicin trong huyết thanh, tăng nguy cơ tác dụng độc tính (tiêu chảy, nôn, đau bụng, sốt, xuất huyết, giảm cả ba dòng tế bào máu, các dấu hiệu độc tính trên cơ như đau cơ, mỏi cơ hoặc yếu cơ, nước tiểu sẫm màu, dị cảm, trường hợp nặng có thể gây suy đa tạng và tử vong). | 1. Chống chỉ định ở bệnh nhân suy gan hoặc suy thận. 2. Ở bệnh nhân chức năng gan, thận bình thường: nên tránh phối hợp. Nếu phối hợp: giảm liều colchicin. Dùng liều tiếp theo của colchicin sau 3 ngày. Theo dõi nguy cơ độc tính của colchicin. |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|--------------|---|---|---|
| 220 | Colchicin | Erythromycin | Erythromycin ức chế mạnh CYP3A4 và ức chế P-gp làm giảm chuyển hóa và thải trừ colchicin. | Tăng nồng độ colchicin trong huyết thanh, tăng nguy cơ tác dụng độc tính (tiêu chảy, nôn, đau bụng, sốt, xuất huyết, giảm cả ba dòng tế bào máu, các dấu hiệu độc tính trên cơ như đau cơ, mỏi cơ hoặc yếu cơ, nước tiểu sẫm màu, dị cảm, trường hợp nặng có thể gây suy đa tạng và tử vong). | 1. Chống chỉ định ở bệnh nhân suy gan hoặc suy thận. 2. Ở bệnh nhân chức năng gan, thận bình thường: nên tránh phối hợp. Nếu phối hợp: giảm liều colchicin. Dùng liều tiếp theo của colchicin sau 3 ngày. Theo dõi nguy cơ độc tính của colchicin. |
| 221 | Colchicin | Ranolazin | Ranolazin ức chế P-gp làm giảm thải trừ colchicin. | Tăng nồng độ colchicin trong huyết thanh, tăng nguy cơ tác dụng độc tính (tiêu chảy, nôn, đau bụng, sốt, xuất huyết, giảm cả ba dòng tế bào máu, các dấu hiệu độc tính trên cơ như đau cơ, mỏi cơ hoặc yếu cơ, nước tiểu sẫm màu, dị cảm, trường hợp nặng có thể gây suy đa tạng và tử vong). | 1. Chống chỉ định ở bệnh nhân suy gan hoặc suy thận. 2. Ở bệnh nhân chức năng gan, thận bình thường: nên tránh phối hợp. Nếu phối hợp: giảm liều colchicin. Dùng liều tiếp theo của colchicin sau 3 ngày. Theo dõi nguy cơ độc tính của colchicin. |
| 222 | Colchicin | Verapamil | Verapamil ức chế P-gp làm giảm thải trừ colchicin. | Tăng nồng độ colchicin trong huyết thanh, tăng nguy cơ tác dụng độc tính (tiêu chảy, nôn, đau bụng, sốt, xuất huyết, giảm cả ba dòng tế bào máu, các dấu hiệu độc tính trên cơ như đau cơ, mỏi cơ hoặc yếu cơ, nước tiểu sẫm màu, dị cảm, trường hợp nặng có thể gây suy đa tạng và tử vong). | 1. Chống chỉ định ở bệnh nhân suy gan hoặc suy thận. 2. Ở bệnh nhân chức năng gan, thận bình thường: nên tránh phối hợp. Nếu phối hợp: giảm liều colchicin. Dùng liều tiếp theo của colchicin sau 3 ngày. Theo dõi nguy cơ độc tính của colchicin. |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|-------------|--|---|---|
| 223 | Colchicin | Diltiazem | Diltiazem ức chế P-gp làm giảm thải trừ colchicin. | Tăng nồng độ colchicin trong huyết thanh, tăng nguy cơ tác dụng độc tính (tiêu chảy, nôn, đau bụng, sốt, xuất huyết, giảm cả ba dòng tế bào máu, các dấu hiệu độc tính trên cơ như đau cơ, mỏi cơ hoặc yếu cơ, nước tiểu sẫm màu, dị cảm, trường hợp nặng có thể gây suy đa tạng và tử vong). | 1. Chống chỉ định ở bệnh nhân suy gan hoặc suy thận. 2. Ở bệnh nhân chức năng gan, thận bình thường: nên tránh phối hợp. Nếu phối hợp: giảm liều colchicin. Dùng liều tiếp theo của colchicin sau 3 ngày. Theo dõi nguy cơ độc tính của colchicin. |
| 224 | Colchicin | Sunitinib | Sunitinib ức chế P-gp làm giảm thải trừ colchicin. | Tăng nồng độ colchicin trong huyết thanh, tăng nguy cơ tác dụng độc tính (tiêu chảy, nôn, đau bụng, sốt, xuất huyết, giảm cả ba dòng tế bào máu, các dấu hiệu độc tính trên cơ như đau cơ, mỏi cơ hoặc yếu cơ, nước tiểu sẫm màu, dị cảm, trường hợp nặng có thể gây suy đa tạng và tử vong). | 1. Chống chỉ định ở bệnh nhân suy gan hoặc suy thận. 2. Ở bệnh nhân chức năng gan, thận bình thường: nên tránh phối hợp. Nếu phối hợp: giảm liều colchicin. Dùng liều tiếp theo của colchicin sau 3 ngày. Theo dõi nguy cơ độc tính của colchicin. |
| 225 | Colchicin | Nilotinib | Nilotinib ức chế P-gp làm giảm thải trừ colchicin. | Tăng nồng độ colchicin trong huyết thanh, tăng nguy cơ tác dụng độc tính (tiêu chảy, nôn, đau bụng, sốt, xuất huyết, giảm cả ba dòng tế bào máu, các dấu hiệu độc tính trên cơ như đau cơ, mỏi cơ hoặc yếu cơ, nước tiểu sẫm màu, dị cảm, trường hợp nặng có thể gây suy đa tạng và tử vong). | 1. Chống chỉ định ở bệnh nhân suy gan hoặc suy thận. 2. Ở bệnh nhân chức năng gan, thận bình thường: nên tránh phối hợp. Nếu phối hợp: giảm liều colchicin. Dùng liều tiếp theo của colchicin sau 3 ngày. Theo dõi nguy cơ độc tính của colchicin. |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|---------------------|---------------|---|--|---|
| 226 | Dabigatran | Itraconazol | Itraconazol ức chế P-gp làm giảm thải trừ dabigatran khỏi cơ thể | Tăng nồng độ dabigatran trong huyết thanh, tăng nguy cơ xuất huyết | Chống chỉ định phối hợp |
| 227 | Daclatasvir | Rifampicin | Rifampicin cảm ứng CYP3A4 làm tăng chuyển hóa của daclatasvir | Giảm nồng độ của daclatasvir trong huyết thanh, dẫn đến giảm hiệu quả điều trị | Chống chỉ định phối hợp. |
| 228 | Daclatasvir | Enzalutamid | Enzalutamid cảm ứng CYP3A4 làm tăng chuyển hóa của daclatasvir | Giảm nồng độ của daclatasvir trong huyết thanh, dẫn đến giảm hiệu quả điều trị | Chống chỉ định phối hợp. |
| 229 | Daclatasvir | Phenobarbital | Phenobarbital cảm ứng CYP3A4 mạnh làm tăng chuyển hóa của daclatasvir | Giảm nồng độ của daclatasvir trong huyết thanh, dẫn đến giảm hiệu quả điều trị | Chống chỉ định phối hợp. |
| 230 | Daclatasvir | Phenytoin | Phenytoin cảm ứng CYP3A4 mạnh làm tăng chuyển hóa của daclatasvir | Giảm nồng độ của daclatasvir trong huyết thanh, dẫn đến giảm hiệu quả điều trị | Chống chỉ định phối hợp. |
| 231 | Danazol | Simvastatin | Danazol ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của simvastatin | Tăng nồng độ simvastatin trong huyết thanh, tăng nguy cơ bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân cấp | Chống chỉ định phối hợp |
| 232 | Danazol | Lovastatin | Danazol ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của lovastatin | Tăng nồng độ lovastatin trong huyết thanh, tăng nguy cơ bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân cấp | Chống chỉ định phối hợp |
| 233 | Darunavir/ritonavir | Lovastatin | Darunavir/ritonavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của lovastatin | Tăng nồng độ của lovastatin trong huyết thanh, tăng nguy cơ bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân cấp | Chống chỉ định phối hợp. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng dẫn chất statin, thay lovastatin bằng các dẫn chất statin khác (ngoại trừ simvastatin), sử dụng liều thấp nhất có hiệu quả, atorvastatin không |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|---------------------|------------------|---|--|---|
| | | | | | vượt quá 20 mg/ngày (hoặc 40 mg/ngày theo Hướng dẫn điều trị HIV/AIDS của Bộ Y tế và Tổ chức Y tế Thế giới), pitavastatin không cần hiệu chỉnh liều khi phối hợp. |
| 234 | Darunavir/ritonavir | Simvastatin | Darunavir/ritonavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của simvastatin | Tăng nồng độ của simvastatin trong huyết thanh, tăng nguy cơ bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân cấp | Chống chỉ định phối hợp. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng dẫn chất statin, thay simvastatin bằng các dẫn chất statin khác (ngoại trừ lovastatin), sử dụng liều thấp nhất có hiệu quả, atorvastatin không vượt quá 20 mg/ngày (hoặc 40 mg/ngày theo Hướng dẫn điều trị HIV/AIDS của Bộ Y tế và Tổ chức Y tế Thế giới), pitavastatin không cần hiệu chỉnh liều khi phối hợp. |
| 235 | Darunavir/ritonavir | Dihydroergotamin | Darunavir/ritonavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của dihydroergotamin | Tăng nồng độ của dihydroergotamin trong huyết thanh, tăng nguy cơ độc tính (nôn, buồn nôn, hoại tử đầu chi, thiếu máu cục bộ do co thắt mạch...) | Chống chỉ định phối hợp |
| 236 | Darunavir/ritonavir | Ergotamin | Darunavir/ritonavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của ergotamin | Tăng nồng độ của ergotamin trong huyết thanh, tăng nguy cơ độc tính (nôn, buồn nôn, hoại tử đầu chi, thiếu máu cục bộ do co thắt mạch...) | Chống chỉ định phối hợp |
| 237 | Darunavir/ritonavir | Ergometrin | Darunavir/ritonavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của ergometrin | Tăng nồng độ của ergometrin trong huyết thanh, tăng nguy cơ độc tính (nôn, buồn nôn, hoại tử đầu chi, thiếu máu cục bộ do co thắt mạch...) | Tốt nhất nên tránh phối hợp. Đối với trường hợp điều trị băng huyết sau sinh, nếu không còn thuốc khác thay thế ở người bệnh đang sử dụng darunavir, sử dụng ergometrin chỉ khi lợi ích vượt trội nguy cơ và sử dụng liều thấp nhất có hiệu quả trong thời gian ngắn nhất. |
| 238 | Darunavir/ritonavir | Methylergometrin | Darunavir/ritonavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của methylergometrin | Tăng nồng độ của methylergometrin trong huyết thanh, tăng nguy cơ độc tính (nôn, buồn nôn, | Tốt nhất nên tránh phối hợp. Đối với trường hợp điều trị băng huyết sau sinh, nếu không còn thuốc khác thay thế ở người bệnh đang sử dụng darunavir, sử dụng methylergometrin chỉ khi lợi ích vượt trội |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|---------------------|--------------|---|--|--|
| | | | | hại tử đầu chi, thiếu máu cục bộ do co thắt mạch...) | nguy cơ và sử dụng liều thấp nhất có hiệu quả trong thời gian ngắn nhất. |
| 239 | Darunavir/ritonavir | Ivabradin | Darunavir/ritonavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của ivabradin | Tăng nồng độ ivabradin trong huyết thanh, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT và chậm nhịp tim | Chống chỉ định phối hợp |
| 240 | Darunavir/ritonavir | Ticagrelor | Darunavir/ritonavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của ticagrelor | Tăng nồng độ của ticagrelor trong huyết thanh, tăng nguy cơ xuất huyết | Chống chỉ định phối hợp |
| 241 | Darunavir/ritonavir | Ranolazin | Darunavir/ritonavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của ranolazin | Tăng nồng độ ranolazin trong huyết thanh, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT | Chống chỉ định phối hợp |
| 242 | Darunavir/ritonavir | Tolvaptan | Darunavir/ritonavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của tolvaptan | Tăng nồng độ tolvaptan trong huyết thanh, tăng nguy cơ tác dụng không mong muốn (tăng nồng độ natri huyết thanh, đa niệu, khát nước, giảm thể tích tuần hoàn...) | Chống chỉ định phối hợp |
| 243 | Darunavir/ritonavir | Felodipin | Darunavir/ritonavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của felodipin | Tăng nồng độ felodipin, tăng nguy cơ hạ huyết áp nghiêm trọng | Chống chỉ định phối hợp |
| 244 | Darunavir/ritonavir | Lercanidipin | Darunavir/ritonavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của lercanidipin | Tăng nồng độ lercanidipin, tăng nguy cơ hạ huyết áp nghiêm trọng | Chống chỉ định phối hợp |
| 245 | Darunavir/ritonavir | Sildenafil | Darunavir/ritonavir ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của sildenafil | Tăng nồng độ sildenafil trong huyết thanh, tăng nguy cơ độc tính (hạ huyết áp, ngất, rối loạn thị giác) | 1. Chống chỉ định phối hợp trong trường hợp sử dụng sildenafil điều trị tăng áp động mạch phổi. 2. Trong trường hợp sử dụng sildenafil điều trị rối loạn cương dương, liều sildenafil không vượt quá 25 mg mỗi 48 giờ ở người đang sử dụng darunavir. |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|---------------------------------|----------------------|--|---|---|
| 246 | Darunavir/ritonavir | Quetiapin | Darunavir/ritonavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của quetiapin | Tăng nồng độ của quetiapin, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT | Tốt nhất nên tránh phối hợp. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng darunavir, giảm liều quetiapin còn 1/6 liều so với liều bình thường. |
| 247 | Darunavir/ritonavir | Rifampicin | Rifampicin cảm ứng CYP3A4 làm tăng chuyển hóa của Darunavir/ritonavir | Giảm nồng độ darunavir trong huyết thanh, giảm hiệu quả điều trị | Chống chỉ định phối hợp |
| 248 | Darunavir/ritonavir | Grazoprevir/elbasvir | Darunavir/ritonavir ức chế OATP1B1/3 làm giảm vận chuyển grazoprevir vào gan. | Tăng nồng độ grazoprevir/elbasvir, tăng nguy cơ tăng ALT | Chống chỉ định phối hợp |
| 249 | Darunavir/ritonavir | Domperidon | Darunavir/ritonavir ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của domperidon | Tăng nồng độ domperidon trong huyết thanh, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT | Chống chỉ định phối hợp |
| 250 | Darunavir/ritonavir (ritonavir) | Vardenafil | Ritonavir ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của vardenafil | Tăng nồng độ vardenafil trong huyết thanh, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT | Chống chỉ định phối hợp |
| 251 | Darunavir/ritonavir (ritonavir) | Propafenon | Ritonavir ức chế chuyển hóa của propafenon qua CYP3A4 và CYP2D6. | Tăng nồng độ, dẫn đến tăng độc tính của propafenon (đặc biệt là loạn nhịp tim). | Chống chỉ định phối hợp. |
| 252 | Darunavir/ritonavir (ritonavir) | Everolimus | Ritonavir ức chế mạnh CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của everolimus ở gan, đồng thời, ức chế P-gp làm giảm thải trừ everolimus khỏi cơ thể. | Tăng nồng độ everolimus trong huyết thanh, tăng tác dụng bất lợi liên quan đến ức chế miễn dịch | Chống chỉ định phối hợp |
| 253 | Darunavir/ritonavir (ritonavir) | Voriconazol | Ritonavir cảm ứng CYP2C19 (hoặc ức chế CYP3A4 ở người thiếu hoặc giảm hoạt tính CYP2C19) làm tăng (hoặc giảm) chuyển hóa của voriconazol tùy thuộc từng cá thể | Giảm (hoặc tăng) nồng độ voriconazol. | 1. Việc phối hợp voriconazol và ritonavir liều cao (400mg mỗi 12 giờ) làm giảm rõ rệt nồng độ voriconazol, vì vậy, chống chỉ định phối hợp voriconazol với ritonavir ở mức liều này. 2. Việc phối hợp voriconazol với ritonavir liều thấp (100mg mỗi 12 giờ) cũng đã cho thấy làm giảm |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|---------------|-------------|---|--|---|
| | | | (voriconazol là cơ chất của cả CYP3A4 và CYP2C19) | | nồng độ voriconazol mặc dù mức độ ít hơn so với liều cao ritonavir, vì vậy, nên tránh phối hợp thuốc trừ khi lợi ích vượt trội nguy cơ. |
| 254 | Delamanid | Rifampicin | Rifampicin cảm ứng CYP3A4 làm tăng chuyển hóa của delamanid | Giảm nồng độ của delamanid trong huyết thanh, dẫn đến giảm hiệu quả điều trị | Chống chỉ định phối hợp. |
| 255 | Delamanid | Enzalutamid | Enzalutamid cảm ứng CYP3A4 làm tăng chuyển hóa của delamanid | Giảm nồng độ của delamanid trong huyết thanh, dẫn đến giảm hiệu quả điều trị | Chống chỉ định phối hợp. |
| 256 | Delamanid | Phenytoin | Phenytoin cảm ứng CYP3A4 mạnh làm tăng chuyển hóa của delamanid | Giảm nồng độ của delamanid trong huyết thanh, dẫn đến giảm hiệu quả điều trị | Chống chỉ định phối hợp. |
| 257 | Dexamethason | Rilpivirin | Dexamethason cảm ứng CYP3A4 mạnh làm tăng chuyển hóa của rilpivirin | Giảm nồng độ của rilpivirin trong huyết thanh, dẫn đến giảm hiệu quả điều trị | Chống chỉ định phối hợp. |
| 258 | Dexibuprofen | Ketorolac | Hiệp đồng tác dụng kích ứng đường tiêu hóa | Tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa nghiêm trọng (sử dụng đồng thời ketorolac với 1 NSAID khác làm tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa gấp 5 lần so với phối hợp 2 NSAID khác) | Chống chỉ định phối hợp. Cần đặc biệt lưu ý nguy cơ tương tác trong trường hợp giảm đau hậu phẫu. |
| 259 | Dexketoprofen | Ketorolac | Hiệp đồng tác dụng kích ứng đường tiêu hóa | Tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa nghiêm trọng (sử dụng đồng thời ketorolac với 1 NSAID khác làm tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa gấp 5 lần so với phối hợp 2 NSAID khác) | Chống chỉ định phối hợp. Cần đặc biệt lưu ý nguy cơ tương tác trong trường hợp giảm đau hậu phẫu. |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|------------------|--|---|--|---|
| 260 | Dexlansoprazol | Rilpivirin | Giảm hấp thu rilpivirin do tăng pH dạ dày | Giảm nồng độ rilpivirin trong huyết thanh, giảm hiệu quả điều trị | Chống chỉ định phối hợp. Trong trường hợp thay thế bằng thuốc kháng H2, sử dụng các thuốc H2 ít nhất 12 giờ trước hoặc 4 giờ sau khi uống rilpivirin. |
| 261 | Dextromethorphan | Linezolid | Hiệp đồng tác dụng serotonin | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | <p>1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời linezolid và dextromethorphan. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng opioid, có thể đổi sang các opioid khác không có hoạt tính ức chế thu hồi serotonin (codein)</p> <p>2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng linezolid và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc.</p> |
| 262 | Dextromethorphan | Xanh methylen (sử dụng đường tiêm tĩnh mạch) | Hiệp đồng tác dụng serotonin | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | <p>1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời xanh methylen và dextromethorphan. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng opioid, có thể đổi sang các opioid khác không có hoạt tính ức chế thu hồi serotonin (codein)</p> <p>2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng xanh methylen và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ bệnh nhân</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|------------------|-------------|---|--|---|
| | | | | | nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc. |
| 263 | Dextromethorphan | Paroxetin | Paroxetin ức chế CYP2D6 làm giảm chuyển hóa của dextromethorphan | Tăng nồng độ dextromethorphan, tăng nguy cơ độc tính (nôn, buồn nôn, nhìn mờ, ảo giác) hoặc tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | Chống chỉ định phối hợp |
| 264 | Dextromethorphan | Fluoxetin | Fluoxetin ức chế CYP2D6 làm giảm chuyển hóa của dextromethorphan | Tăng nồng độ dextromethorphan, tăng nguy cơ độc tính (nôn, buồn nôn, nhìn mờ, ảo giác) hoặc tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | Chống chỉ định phối hợp |
| 265 | Dextromethorphan | Furazolidon | Hiệp đồng tác dụng serotonin. Tác dụng ức chế MAO của furazolidon do chất chuyển hóa của thuốc, xuất hiện chậm sau 5 - 10 ngày. | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | 1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời furazolidon và dextromethorphan. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng opioid, có thể đổi sang các opioid khác không có hoạt tính ức chế thu hồi serotonin (codein) |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|------------------|--|--|--|--|
| | | | | | 2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng furazolidon và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc. |
| 266 | Diclofenac | Ketorolac | Hiệp đồng tác dụng kích ứng đường tiêu hóa | Tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa nghiêm trọng (sử dụng đồng thời ketorolac với 1 NSAID khác làm tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa gấp 5 lần so với phối hợp 2 NSAID khác) | Chống chỉ định phối hợp. Cần đặc biệt lưu ý nguy cơ tương tác trong trường hợp giảm đau hậu phẫu. |
| 267 | Dicycloverin | Kali clorid (dạng thuốc viên sử dụng đường uống) | Dicycloverin kháng cholinergic gây tồn lưu hoặc làm tăng thời gian kali qua đường tiêu hóa khi sử dụng đường uống, gây loét đường tiêu hóa | Tăng nguy cơ loét đường tiêu hóa | 1. Tốt nhất nên tránh phối hợp, đặc biệt ở người cao tuổi. Cân nhắc chuyển sang sử dụng kali đường tĩnh mạch. 2. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng đồng thời, cân nhắc một số khuyến cáo sau giúp giảm nguy cơ loét tiêu hóa: (1) uống ít nhất 100 mL nước sau khi uống kali, (2) ngồi hoặc đứng thẳng trong ít nhất 5 - 10 phút sau khi uống thuốc. |
| 268 | Dihydroergotamin | Sumatriptan | Hiệp đồng tác dụng co mạch | Co thắt mạch kéo dài | Chống chỉ định phối hợp. Hai thuốc cách nhau ít nhất 24 giờ. |
| 269 | Dihydroergotamin | Roxithromycin | Roxithromycin ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của dihydroergotamin | Tăng nồng độ của dihydroergotamin trong huyết thanh, tăng nguy cơ độc tính (nôn, buồn nôn, hoại tử đầu chi, thiếu máu cục bộ do co thắt mạch...) | Chống chỉ định phối hợp |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|------------------|--------------------------|--|--|-------------------------|
| 270 | Dihydroergotamin | Erythromycin | Erythromycin ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của dihydroergotamin | Tăng nồng độ của dihydroergotamin trong huyết thanh, tăng nguy cơ độc tính (nôn, buồn nôn, hoại tử đầu chi, thiếu máu cục bộ do co thắt mạch...) | Chống chỉ định phối hợp |
| 271 | Dihydroergotamin | Voriconazol | Voriconazol ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của dihydroergotamin | Tăng nồng độ của dihydroergotamin trong huyết thanh, tăng nguy cơ độc tính (nôn, buồn nôn, hoại tử đầu chi, thiếu máu cục bộ do co thắt mạch...) | Chống chỉ định phối hợp |
| 272 | Dihydroergotamin | Posaconazol | Posaconazol ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của dihydroergotamin | Tăng nồng độ của dihydroergotamin trong huyết thanh, tăng nguy cơ độc tính (nôn, buồn nôn, hoại tử đầu chi, thiếu máu cục bộ do co thắt mạch...) | Chống chỉ định phối hợp |
| 273 | Dihydroergotamin | Itraconazol | Itraconazol ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của dihydroergotamin | Tăng nồng độ của dihydroergotamin trong huyết thanh, tăng nguy cơ độc tính (nôn, buồn nôn, hoại tử đầu chi, thiếu máu cục bộ do co thắt mạch...) | Chống chỉ định phối hợp |
| 274 | Dihydroergotamin | Saquinavir +/- ritonavir | Saquinavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của dihydroergotamin | Tăng nồng độ của dihydroergotamin trong huyết thanh, tăng nguy cơ độc tính (nôn, buồn nôn, hoại tử đầu chi, thiếu máu cục bộ do co thắt mạch...) | Chống chỉ định phối hợp |
| 275 | Dihydroergotamin | Lopinavir/ritonavir | Lopinavir/ritonavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm | Tăng nồng độ của dihydroergotamin trong | Chống chỉ định phối hợp |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|------------------|-------------------------|---|--|--------------------------|
| | | | chuyển hóa của dihydroergotamin | huyết thanh, tăng nguy cơ độc tính (nôn, buồn nôn, hoại tử đầu chi, thiếu máu cục bộ do co thắt mạch...) | |
| 276 | Dihydroergotamin | Indinavir +/- ritonavir | Indinavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của dihydroergotamin | Tăng nồng độ của dihydroergotamin trong huyết thanh, tăng nguy cơ độc tính (nôn, buồn nôn, hoại tử đầu chi, thiếu máu cục bộ do co thắt mạch...) | Chống chỉ định phối hợp |
| 277 | Diltiazem | Ivabradin | Diltiazem ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của ivabradin và hiệp đồng tác dụng làm chậm nhịp tim của ivabradin | Tăng nồng độ ivabradin trong huyết thanh, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT và chậm nhịp tim | Chống chỉ định phối hợp |
| 278 | Domperidon | Sotalol | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | Chống chỉ định phối hợp. |
| 279 | Domperidon | Donepezil | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | Chống chỉ định phối hợp. |
| 280 | Domperidon | Haloperidol | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | Chống chỉ định phối hợp. |
| 281 | Domperidon | Escitalopram | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | Chống chỉ định phối hợp. |
| 282 | Domperidon | Spiramycin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | Chống chỉ định phối hợp. |
| 283 | Domperidon | Moxifloxacin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | Chống chỉ định phối hợp. |
| 284 | Domperidon | Levofloxacin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | Chống chỉ định phối hợp. |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|--------------------------|--|---|--------------------------|
| 285 | Domperidon | Thioridazin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | Chống chỉ định phối hợp. |
| 286 | Domperidon | Methadon | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | Chống chỉ định phối hợp. |
| 287 | Domperidon | Sparfloxacin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | Chống chỉ định phối hợp. |
| 288 | Domperidon | Lopinavir/ritonavir | Lopinavir/ritonavir ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của domperidon | Tăng nồng độ domperidon trong huyết thanh, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT | Chống chỉ định phối hợp |
| 289 | Domperidon | Saquinavir +/- ritonavir | Saquinavir ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của domperidon | Tăng nồng độ domperidon trong huyết thanh, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT | Chống chỉ định phối hợp |
| 290 | Domperidon | Indinavir +/- ritonavir | Indinavir ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của domperidon | Tăng nồng độ domperidon trong huyết thanh, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT | Chống chỉ định phối hợp |
| 291 | Domperidon | Itraconazol | Itraconazol ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của domperidon | Tăng nồng độ domperidon trong huyết thanh, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT | Chống chỉ định phối hợp |
| 292 | Domperidon | Fluconazol | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | Chống chỉ định phối hợp. |
| 293 | Domperidon | Posaconazol | Posaconazol ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của domperidon | Tăng nồng độ domperidon trong huyết thanh, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT | Chống chỉ định phối hợp |
| 294 | Domperidon | Voriconazol | Voriconazol ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của domperidon | Tăng nồng độ domperidon trong huyết thanh, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT | Chống chỉ định phối hợp |
| 295 | Domperidon | Erythromycin | Erythromycin ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của domperidon | Tăng nồng độ domperidon trong huyết thanh, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT | Chống chỉ định phối hợp |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|----------------|-------------------------|---|---|
| 296 | Domperidon | Levomepromazin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | Chống chỉ định phối hợp. |
| 297 | Domperidon | Levosulpirid | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | Chống chỉ định phối hợp. |
| 298 | Domperidon | Ondansetron | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | Chống chỉ định phối hợp. |
| 299 | Domperidon | Oxaliplatin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | Chống chỉ định phối hợp. |
| 300 | Domperidon | Propofol | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | Chống chỉ định phối hợp. |
| 301 | Domperidon | Roxithromycin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | Chống chỉ định phối hợp. |
| 302 | Domperidon | Sevofluran | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | Chống chỉ định phối hợp. |
| 303 | Domperidon | Sulpirid | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | Chống chỉ định phối hợp. |
| 304 | Donepezil | Thioridazin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn.</p> |
| 305 | Donepezil | Fluconazol | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|--------------|------------------------------|--|---|
| | | | | | thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn. |
| 306 | Donepezil | Sparfloxacin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn.</p> |
| 307 | Doxycyclin | Tretinoin | Hiệp đồng tăng độc tính | Tăng nguy cơ tăng áp nội sọ lành tính (phù gai thị, đau đầu, buồn nôn và nôn, và rối loạn thị giác) | Chống chỉ định phối hợp |
| 308 | Doxycyclin | Isotretinoin | Hiệp đồng tăng độc tính | Tăng nguy cơ tăng áp nội sọ lành tính (phù gai thị, đau đầu, buồn nôn và nôn, và rối loạn thị giác) | Chống chỉ định phối hợp |
| 309 | Doxylamin | Linezolid | Hiệp đồng tác dụng serotonin | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | <p>1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời linezolid và doxylamin. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn.</p> <p>2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng linezolid và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|--|---|--|---|
| | | | | | lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc. |
| 310 | Doxylamin | Xanh methylen (sử dụng đường tiêm tĩnh mạch) | Hiệp đồng tác dụng serotonin | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | <p>1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời xanh methylen và carbamazepin. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn.</p> <p>2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng xanh methylen và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc.</p> |
| 311 | Doxylamin | Furazolidon | Hiệp đồng tác dụng serotonin. Tác dụng ức chế MAO của furazolidon do chất chuyển hóa của thuốc, xuất hiện chậm sau 5 - 10 ngày. | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | <p>1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời furazolidon và doxylamin. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn.</p> <p>2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng furazolidon và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc.</p> |
| 312 | Duloxetine | Linezolid | Hiệp đồng tác dụng serotonin | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn | 1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời linezolid và duloxetine. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|--|---|--|---|
| | | | | nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn. 2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng linezolid và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc. |
| 313 | Duloxetin | Xanh methylen (sử dụng đường tiêm tĩnh mạch) | Hiệp đồng tác dụng serotonin | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | 1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời xanh methylen và duloxetin. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn. 2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng xanh methylen và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc. |
| 314 | Duloxetin | Fluvoxamin | Fluvoxamin ức chế CYP1A2 mạnh làm giảm chuyển hóa của duloxetin | Tăng nồng độ của duloxetin trong huyết thanh, tăng nguy cơ tác dụng không mong muốn (buồn ngủ, hôn mê, hội chứng serotonin, co giật, nôn và nhịp tim nhanh...) | Chống chỉ định phối hợp |
| 315 | Duloxetin | Furazolidon | Hiệp đồng tác dụng serotonin. Tác dụng ức chế | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn | 1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời furazolidon và duloxetin. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|--------------------------------------|---|--|--|
| | | | MAO của furazolidon do chất chuyển hóa của thuốc, xuất hiện chậm sau 5 - 10 ngày. | nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | nhau 2 tuần. Cần nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn. 2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng furazolidon và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc. |
| 316 | Efavirenz | Grazoprevir/ elbasvir | Efavirenz cảm ứng CYP3A4 làm tăng chuyển hóa của Grazoprevir/elbasvir | Giảm nồng độ grazoprevir/elbasvir trong huyết thanh, dẫn đến giảm hiệu quả điều trị | Chống chỉ định phối hợp. |
| 317 | Efavirenz | Voriconazol | Efavirenz cảm ứng CYP3A4 làm tăng chuyển hóa của voriconazol; voriconazol ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của efavirenz | Giảm nồng độ voriconazol, tăng nồng độ efavirenz trong huyết thanh, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT | 1. Chống chỉ định với liều efavirenz trên 400 mg/ngày. 2. Voriconazol có thể phối hợp efavirenz khi tăng liều duy trì của voriconazol lên 400 mg mỗi 12 giờ và giảm liều của efavirenz còn 300 mg mỗi 24 giờ. Khi ngừng sử dụng voriconazol, có thể quay lại sử dụng liều ban đầu efavirenz. |
| 318 | Eltrombopag | Grazoprevir/ elbasvir | Eltrombopag ức chế OATP1B1/3 làm giảm vận chuyển grazoprevir vào gan. | Tăng nồng độ grazoprevir/elbasvir, tăng nguy cơ tăng ALT | Chống chỉ định phối hợp |
| 319 | Enalapril | Sacubitril/valsartan (sacubitril) | Tăng tích lũy bradykinin gây phù mạch | Tăng nguy cơ phù mạch | Chống chỉ định phối hợp. Chỉ bắt đầu sử dụng Sacubitril/valsartan (sacubitril) sau khi ngừng enalapril ít nhất 36 giờ. |
| 320 | Enzalutamid | Grazoprevir/ elbasvir | Enzalutamid cảm ứng CYP3A4 làm tăng chuyển hóa của Grazoprevir/elbasvir | Giảm nồng độ grazoprevir/elbasvir trong | Chống chỉ định phối hợp. |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------------------------|--|---|--|---|
| | | | | huyết thanh, dẫn đến giảm hiệu quả điều trị | |
| 321 | Ephedrin (sử dụng đường uống) | Xanh methylen (sử dụng đường tiêm tĩnh mạch) | Tăng tích lũy noradrenalin (norepinephrin) | Tăng nguy cơ xuất hiện cơn tăng huyết áp (đau đầu, đánh trống ngực, cứng cổ, tăng huyết áp) | 1. Chống chỉ định sử dụng ephedrin sử dụng đường uống đồng thời hoặc trong vòng 14 ngày trước đó có sử dụng linezolid. 2. Đối với ephedrin sử dụng đường tiêm, cần sử dụng rất thận trọng trên bệnh nhân đang dùng linezolid trong điều kiện giám sát huyết áp chặt chẽ. |
| 322 | Ephedrin (sử dụng đường uống) | Xanh methylen (sử dụng đường tiêm tĩnh mạch) | Tăng tích lũy noradrenalin (norepinephrin) | Tăng nguy cơ xuất hiện cơn tăng huyết áp (đau đầu, đánh trống ngực, cứng cổ, tăng huyết áp) | 1. Chống chỉ định sử dụng ephedrin sử dụng đường uống đồng thời hoặc trong vòng 14 ngày trước đó có sử dụng xanh methylen. 2. Đối với ephedrin sử dụng đường tiêm, cần sử dụng rất thận trọng trên bệnh nhân đang dùng xanh methylen trong điều kiện giám sát huyết áp chặt chẽ. |
| 323 | Ephedrin (sử dụng đường uống) | Furazolidon | Tăng tích lũy noradrenalin (norepinephrin). Tác dụng ức chế MAO của furazolidon do chất chuyển hóa của thuốc, xuất hiện chậm sau 5 - 10 ngày. | Tăng nguy cơ xuất hiện cơn tăng huyết áp (đau đầu, đánh trống ngực, cứng cổ, tăng huyết áp) | 1. Chống chỉ định sử dụng ephedrin sử dụng đường uống đồng thời hoặc trong vòng 14 ngày trước đó có sử dụng furazolidon. 2. Đối với ephedrin sử dụng đường tiêm, cần sử dụng rất thận trọng trên bệnh nhân đang dùng furazolidon trong điều kiện giám sát huyết áp chặt chẽ. |
| 324 | Ergometrin | Sumatriptan | Hiệp đồng tác dụng co mạch | Co thắt mạch kéo dài | Chống chỉ định phối hợp. Hai thuốc cách nhau ít nhất 24 giờ. |
| 325 | Ergometrin | Roxithromycin | Roxithromycin ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của ergometrin | Tăng nồng độ của ergometrin trong huyết thanh, tăng nguy cơ độc tính (nôn, buồn nôn, hoại tử đầu chi, thiếu máu cục bộ do co thắt mạch...) | Chống chỉ định phối hợp |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|--------------------------|--|--|---|
| 326 | Ergometrin | Erythromycin | Erythromycin ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của ergometrin | Tăng nồng độ của ergometrin trong huyết thanh, tăng nguy cơ độc tính (nôn, buồn nôn, hoại tử đầu chi, thiếu máu cục bộ do co thắt mạch...) | Chống chỉ định phối hợp |
| 327 | Ergometrin | Voriconazol | Voriconazol ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của ergometrin | Tăng nồng độ của ergometrin trong huyết thanh, tăng nguy cơ độc tính (nôn, buồn nôn, hoại tử đầu chi, thiếu máu cục bộ do co thắt mạch...) | Chống chỉ định phối hợp |
| 328 | Ergometrin | Posaconazol | Posaconazol ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của ergometrin | Tăng nồng độ của ergometrin trong huyết thanh, tăng nguy cơ độc tính (nôn, buồn nôn, hoại tử đầu chi, thiếu máu cục bộ do co thắt mạch...) | Chống chỉ định phối hợp |
| 329 | Ergometrin | Itraconazol | Itraconazol ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của ergometrin | Tăng nồng độ của ergometrin trong huyết thanh, tăng nguy cơ độc tính (nôn, buồn nôn, hoại tử đầu chi, thiếu máu cục bộ do co thắt mạch...) | Chống chỉ định phối hợp |
| 330 | Ergometrin | Saquinavir +/- ritonavir | Saquinavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của ergometrin | Tăng nồng độ của ergometrin trong huyết thanh, tăng nguy cơ độc tính (nôn, buồn nôn, hoại tử đầu chi, thiếu máu cục bộ do co thắt mạch...) | Tốt nhất nên tránh phối hợp. Đối với trường hợp điều trị bằng huyết sau sinh, nếu không còn thuốc khác thay thế ở người bệnh đang sử dụng saquinavir, sử dụng ergometrin chỉ khi lợi ích vượt trội nguy cơ và sử dụng liều thấp nhất có hiệu quả trong thời gian ngắn nhất. |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|-------------------------|---|--|--|
| 331 | Ergometrin | Lopinavir/ritonavir | Lopinavir/ritonavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của ergometrin | Tăng nồng độ của ergometrin trong huyết thanh, tăng nguy cơ độc tính (nôn, buồn nôn, hoại tử đầu chi, thiếu máu cục bộ do co thắt mạch...) | Tốt nhất nên tránh phối hợp. Đối với trường hợp điều trị bằng huyết sau sinh, nếu không còn thuốc khác thay thế ở người bệnh đang sử dụng lopinavir/ritonavir, sử dụng ergometrin chỉ khi lợi ích vượt trội nguy cơ và sử dụng liều thấp nhất có hiệu quả trong thời gian ngắn nhất. |
| 332 | Ergometrin | Indinavir +/- ritonavir | Indinavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của ergometrin | Tăng nồng độ của ergometrin trong huyết thanh, tăng nguy cơ độc tính (nôn, buồn nôn, hoại tử đầu chi, thiếu máu cục bộ do co thắt mạch...) | Tốt nhất nên tránh phối hợp. Đối với trường hợp điều trị bằng huyết sau sinh, nếu không còn thuốc khác thay thế ở người bệnh đang sử dụng indinavir, sử dụng ergometrin chỉ khi lợi ích vượt trội nguy cơ và sử dụng liều thấp nhất có hiệu quả trong thời gian ngắn nhất. |
| 333 | Ergotamin | Sumatriptan | Hiệp đồng tác dụng co mạch | Co thắt mạch kéo dài | Chống chỉ định phối hợp. Hai thuốc cách nhau ít nhất 24 giờ. |
| 334 | Ergotamin | Roxithromycin | Roxithromycin ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của ergotamin | Tăng nồng độ của ergotamin trong huyết thanh, tăng nguy cơ độc tính (nôn, buồn nôn, hoại tử đầu chi, thiếu máu cục bộ do co thắt mạch...) | Chống chỉ định phối hợp |
| 335 | Ergotamin | Erythromycin | Erythromycin ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của ergotamin | Tăng nồng độ của ergotamin trong huyết thanh, tăng nguy cơ độc tính (nôn, buồn nôn, hoại tử đầu chi, thiếu máu cục bộ do co thắt mạch...) | Chống chỉ định phối hợp |
| 336 | Ergotamin | Voriconazol | Voriconazol ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của ergotamin | Tăng nồng độ của ergotamin trong huyết thanh, tăng nguy cơ độc tính (nôn, buồn nôn, hoại tử đầu chi, thiếu máu cục bộ do co thắt mạch...) | Chống chỉ định phối hợp |
| 337 | Ergotamin | Posaconazol | Posaconazol ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của ergotamin | Tăng nồng độ của ergotamin trong huyết thanh, tăng nguy cơ độc tính (nôn, buồn nôn, | Chống chỉ định phối hợp |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|--------------|--------------------------|--|---|---|
| | | | | hoại tử đầu chi, thiếu máu cục bộ do co thắt mạch...) | |
| 338 | Ergotamin | Itraconazol | Itraconazol ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của ergotamin | Tăng nồng độ của ergotamin trong huyết thanh, tăng nguy cơ độc tính (nôn, buồn nôn, hoại tử đầu chi, thiếu máu cục bộ do co thắt mạch...) | Chống chỉ định phối hợp |
| 339 | Ergotamin | Saquinavir +/- ritonavir | Saquinavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của ergotamin | Tăng nồng độ của ergotamin trong huyết thanh, tăng nguy cơ độc tính (nôn, buồn nôn, hoại tử đầu chi, thiếu máu cục bộ do co thắt mạch...) | Chống chỉ định phối hợp |
| 340 | Ergotamin | Lopinavir/ritonavir | Lopinavir/ritonavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của ergotamin | Tăng nồng độ của ergotamin trong huyết thanh, tăng nguy cơ độc tính (nôn, buồn nôn, hoại tử đầu chi, thiếu máu cục bộ do co thắt mạch...) | Chống chỉ định phối hợp |
| 341 | Ergotamin | Indinavir +/- ritonavir | Indinavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của ergotamin | Tăng nồng độ của ergotamin trong huyết thanh, tăng nguy cơ độc tính (nôn, buồn nôn, hoại tử đầu chi, thiếu máu cục bộ do co thắt mạch...) | Chống chỉ định phối hợp |
| 342 | Erythromycin | Thioridazin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn.</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|--------------|--|--|--|---|
| 343 | Erythromycin | Fluconazol | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn.</p> |
| 344 | Erythromycin | Piperaquin/ dihydroartemisin in (piperaquin) | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn.</p> |
| 345 | Erythromycin | Lovastatin | Erythromycin ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của lovastatin | Tăng nồng độ của lovastatin trong huyết thanh, tăng nguy cơ bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân cấp | <p>Chống chỉ định phối hợp. Cần nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trong trường hợp bắt buộc sử dụng kháng sinh macrolid, thay erythromycin bằng azithromycin HOẶC - Trong trường hợp bắt buộc sử dụng dẫn chất statin, thay lovastatin bằng các dẫn chất statin khác (thận trọng khi phối hợp với pravastatin). |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|--------------|--------------------------|---|--|---|
| 346 | Erythromycin | Simvastatin | Erythromycin ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của simvastatin | Tăng nồng độ của simvastatin trong huyết thanh, tăng nguy cơ bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân cấp | <p>Chống chỉ định phối hợp. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trong trường hợp bắt buộc sử dụng kháng sinh macrolid, thay erythromycin bằng azithromycin HOẶC - Trong trường hợp bắt buộc sử dụng dẫn chất statin, thay simvastatin bằng các dẫn chất statin khác (thận trọng khi phối hợp với pravastatin). |
| 347 | Erythromycin | Methylergometrin | Erythromycin ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của methylergometrin | Tăng nồng độ của methylergometrin trong huyết thanh, tăng nguy cơ độc tính (nôn, buồn nôn, hoại tử đầu chi, thiếu máu cục bộ do co thắt mạch...) | Chống chỉ định phối hợp |
| 348 | Erythromycin | Ivabradin | Erythromycin ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của ivabradin | Tăng nồng độ ivabradin trong huyết thanh, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT và chậm nhịp tim | Chống chỉ định phối hợp. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn: Trong trường hợp bắt buộc sử dụng kháng sinh macrolid, thay erythromycin bằng azithromycin. |
| 349 | Erythromycin | Saquinavir/ ritonavir | Erythromycin ức chế CYP3A4 và P-gp, làm giảm chuyển hóa và thải trừ saquinavir. Saquinavir cũng ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của erythromycin. | Tăng nồng độ erythromycin, tăng nồng độ saquinavir, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT và xoắn đỉnh. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Chống chỉ định phối hợp ở bệnh nhân có QTc > 450 ms và saquinavir ở dạng phối hợp ritonavir. 2. Trong trường hợp bắt buộc phối hợp, định kỳ đo điện tâm đồ mỗi 3-4 ngày. Nếu QTc > 480 ms hoặc tăng > 20 ms so với ban đầu, ngừng 1 trong 2 hoặc cả 2 thuốc. |
| 350 | Erythromycin | Sparfloxacin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | 1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải. |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|--------------|--|------------------------------|--|--|
| | | | | | 2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn. |
| 351 | Escitalopram | Linezolid | Hiệp đồng tác dụng serotonin | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | <p>1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời linezolid và escitalopram. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn.</p> <p>2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng linezolid và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc.</p> |
| 352 | Escitalopram | Xanh methylen (sử dụng đường tiêm tĩnh mạch) | Hiệp đồng tác dụng serotonin | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | <p>1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời xanh methylen và methadon. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng opioid, có thể đổi sang các opioid khác không có hoạt tính ức chế thu hồi serotonin (morphin, codein, oxycodon, buprenorphin)</p> <p>2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng xanh methylen và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|--------------|--------------|-------------------------|---|---|
| | | | | | lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc. |
| 353 | Escitalopram | Thioridazin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn.</p> |
| 354 | Escitalopram | Moxifloxacin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn.</p> |
| 355 | Escitalopram | Fluconazol | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn.</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|--------------|-------------|---|--|--|
| 356 | Escitalopram | Haloperidol | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn.</p> |
| 357 | Escitalopram | Sotalol | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn.</p> |
| 358 | Escitalopram | Furazolidon | Hiệp đồng tác dụng serotonin. Tác dụng ức chế MAO của furazolidon do chất chuyển hóa của thuốc, xuất hiện chậm sau 5 - 10 ngày. | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | <p>1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời furazolidon và escitalopram. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn.</p> <p>2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng furazolidon và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc.</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|--------------|---------------------------------|--|--|--|
| 359 | Escitalopram | Sparfloxacin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | 1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải. 2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn. |
| 360 | Etodolac | Ketorolac | Hiệp đồng tác dụng kích ứng đường tiêu hóa | Tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa nghiêm trọng (sử dụng đồng thời ketorolac với 1 NSAID khác làm tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa gấp 5 lần so với phối hợp 2 NSAID khác) | Chống chỉ định phối hợp. Cần đặc biệt lưu ý nguy cơ tương tác trong trường hợp giảm đau hậu phẫu. |
| 361 | Etoricoxib | Ketorolac | Hiệp đồng tác dụng kích ứng đường tiêu hóa | Tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa nghiêm trọng (sử dụng đồng thời ketorolac với 1 NSAID khác làm tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa gấp 5 lần so với phối hợp 2 NSAID khác) | Chống chỉ định phối hợp. Cần đặc biệt lưu ý nguy cơ tương tác trong trường hợp giảm đau hậu phẫu. |
| 362 | Everolimus | Lopinavir/ritonavir (ritonavir) | Ritonavir ức chế mạnh CP3A4 làm giảm chuyển hóa của everolimus ở gan, đồng thời, ức chế P-gp làm giảm thải trừ everolimus khỏi cơ thể. | Tăng nồng độ everolimus trong huyết thanh, tăng tác dụng bất lợi liên quan đến ức chế miễn dịch | Chống chỉ định phối hợp |
| 363 | Everolimus | Indinavir/ritonavir (ritonavir) | Ritonavir ức chế mạnh CP3A4 làm giảm chuyển hóa của everolimus ở gan, | Tăng nồng độ everolimus trong huyết thanh, tăng tác | Chống chỉ định phối hợp |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|----------------------------------|---|---|--|
| | | | đồng thời, ức chế P-gp làm giảm thải trừ everolimus khỏi cơ thể. | dụng bất lợi liên quan đến ức chế miễn dịch | |
| 364 | Everolimus | Saquinavir/ritonavir (ritonavir) | Ritonavir ức chế mạnh CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của everolimus ở gan, đồng thời, ức chế P-gp làm giảm thải trừ everolimus khỏi cơ thể. | Tăng nồng độ everolimus trong huyết thanh, tăng tác dụng bất lợi liên quan đến ức chế miễn dịch | Chống chỉ định phối hợp |
| 365 | Everolimus | Itraconazol | Itraconazol ức chế mạnh CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của everolimus ở gan, đồng thời, ức chế P-gp làm giảm thải trừ everolimus khỏi cơ thể. | Tăng nồng độ everolimus trong huyết thanh, tăng tác dụng bất lợi liên quan đến ức chế miễn dịch | Chống chỉ định phối hợp |
| 366 | Felodipin | Lopinavir/ritonavir | Lopinavir/ritonavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của felodipin | Tăng nồng độ felodipin, tăng nguy cơ hạ huyết áp nghiêm trọng | Chống chỉ định phối hợp |
| 367 | Felodipin | Indinavir +/- ritonavir | Indinavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của felodipin | Tăng nồng độ felodipin, tăng nguy cơ hạ huyết áp nghiêm trọng | Chống chỉ định phối hợp |
| 368 | Felodipin | Saquinavir +/- ritonavir | Saquinavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của felodipin | Tăng nồng độ felodipin, tăng nguy cơ hạ huyết áp nghiêm trọng | Chống chỉ định phối hợp |
| 369 | Felodipin | Itraconazol | Itraconazol ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của felodipin | Tăng nồng độ felodipin, tăng nguy cơ hạ huyết áp nghiêm trọng | Chống chỉ định phối hợp. 1. Chỉ bắt đầu sử dụng felodipin sau khi ngừng itraconazol ít nhất 2 tuần HOẶC 2. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn: Trong trường hợp bắt buộc sử dụng thuốc kháng nấm azol, |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|-------------|--|--|--|
| | | | | | thay itraconazol bằng fluconazol (nhưng tránh dùng liều cao, có tác dụng ức chế mạnh CYP3A4). |
| 370 | Felodipin | Posaconazol | Posaconazol ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của felodipin | Tăng nồng độ felodipin, tăng nguy cơ hạ huyết áp nghiêm trọng | Chống chỉ định phối hợp. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn: Trong trường hợp bắt buộc sử dụng thuốc kháng nấm azol, thay posaconazol bằng fluconazol (nhưng tránh dùng liều cao, có tác dụng ức chế mạnh CYP3A4). |
| 371 | Felodipin | Voriconazol | Voriconazol ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của felodipin | Tăng nồng độ felodipin, tăng nguy cơ hạ huyết áp nghiêm trọng | Chống chỉ định phối hợp. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn: Trong trường hợp bắt buộc sử dụng thuốc kháng nấm azol, thay voriconazol bằng fluconazol (nhưng tránh dùng liều cao, có tác dụng ức chế mạnh CYP3A4). |
| 372 | Fentanyl | Linezolid | Hiệp đồng tác dụng serotonin | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | <p>1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời linezolid và fentanyl. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng opioid, có thể đổi sang các opioid khác không có hoạt tính ức chế thu hồi serotonin (morphin, codein, oxycodon, buprenorphin)</p> <p>2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng linezolid và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc.</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|--|---|--|---|
| 373 | Fentanyl | Xanh methylen (sử dụng đường tiêm tĩnh mạch) | Hiệp đồng tác dụng serotonin | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | <p>1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời xanh methylen và fentanyl. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng opioid, có thể đổi sang các opioid khác không có hoạt tính ức chế thu hồi serotonin (morphin, codein, oxycodon, buprenorphin)</p> <p>2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng xanh methylen và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc.</p> |
| 374 | Fentanyl | Furazolidon | Hiệp đồng tác dụng serotonin. Tác dụng ức chế MAO của furazolidon do chất chuyển hóa của thuốc, xuất hiện chậm sau 5 - 10 ngày. | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | <p>1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời furazolidon và fentanyl. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng opioid, có thể đổi sang các opioid khác không có hoạt tính ức chế thu hồi serotonin (morphin, codein, oxycodon, buprenorphin)</p> <p>2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng furazolidon và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc.</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|-------------|--|--|---|
| 375 | Floctafenin | Ketorolac | Hiệp đồng tác dụng kích ứng đường tiêu hóa | Tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa nghiêm trọng (sử dụng đồng thời ketorolac với 1 NSAID khác làm tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa gấp 5 lần so với phối hợp 2 NSAID khác) | Chống chỉ định phối hợp. Cần đặc biệt lưu ý nguy cơ tương tác trong trường hợp giảm đau hậu phẫu. |
| 376 | Fluconazol | Thioridazin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn.</p> |
| 377 | Fluconazol | Ondansetron | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn.</p> |
| 378 | Fluconazol | Methadon | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|--------------|------------------------------|--|---|
| | | | | | và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn. |
| 379 | Fluconazol | Haloperidol | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn.</p> |
| 380 | Fluconazol | Sparfloxacin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn.</p> |
| 381 | Fluoxetin | Linezolid | Hiệp đồng tác dụng serotonin | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | <p>1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời linezolid và fluoxetin. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 5 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn.</p> <p>2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 5 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng linezolid và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|--|---|--|--|
| | | | | | lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc. |
| 382 | Fluoxetin | Xanh methylen (sử dụng đường tiêm tĩnh mạch) | Hiệp đồng tác dụng serotonin | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | <p>1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời xanh methylen và dextromethorphan. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng opioid, có thể đổi sang các opioid khác không có hoạt tính ức chế thu hồi serotonin (morphin, codein, oxycodon, buprenorphin)</p> <p>2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng xanh methylen và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc.</p> |
| 383 | Fluoxetin | Furazolidon | Hiệp đồng tác dụng serotonin. Tác dụng ức chế MAO của furazolidon do chất chuyển hóa của thuốc, xuất hiện chậm sau 5 - 10 ngày. | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | <p>1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời furazolidon và fluoxetin. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 5 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn.</p> <p>2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 5 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng furazolidon và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ bệnh nhân.</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|--------------|--|---|--|---|
| | | | | | bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc. |
| 384 | Flurbiprofen | Ketorolac | Hiệp đồng tác dụng kích ứng đường tiêu hóa | Tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa nghiêm trọng (sử dụng đồng thời ketorolac với 1 NSAID khác làm tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa gấp 5 lần so với phối hợp 2 NSAID khác) | Chống chỉ định phối hợp. Cần đặc biệt lưu ý nguy cơ tương tác trong trường hợp giảm đau hậu phẫu. |
| 385 | Fluvastatin | Gemfibrozil | Gemfibrozil ức chế OATP1B1 làm giảm vận chuyển fluvastatin vào gan. | Tăng nồng độ fluvastatin trong huyết thanh, tăng nguy cơ bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân cấp | Chống chỉ định phối hợp. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng dẫn chất fibrat, thay thế gemfibrozil bằng fenofibrat nhưng cần thận trọng khi phối hợp. |
| 386 | Fluvoxamin | Linezolid | Hiệp đồng tác dụng serotonin | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | 1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời linezolid và fluvoxamin. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn. 2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng linezolid và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc. |
| 387 | Fluvoxamin | Xanh methylen (sử dụng đường tiêm tĩnh mạch) | Hiệp đồng tác dụng serotonin | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân | 1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời xanh methylen và fentanyl. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng opioid, có thể đổi sang các opioid khác không có hoạt tính |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|-------------|---|--|--|
| | | | | nhật, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | ức chế thu hồi serotonin (morphin, codein, oxycodon, buprenorphin) 2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng xanh methylen và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc. |
| 388 | Fluvoxamin | Tizanidin | Fluvoxamin ức chế CYP1A2 mạnh làm giảm chuyển hóa của tizanidin | Tăng nồng độ của tizanidin trong huyết thanh, tăng nguy cơ tác dụng bất lợi (hạ huyết áp, buồn ngủ, nhịp tim chậm...) | Chống chỉ định phối hợp |
| 389 | Fluvoxamin | Furazolidon | Hiệp đồng tác dụng serotonin. Tác dụng ức chế MAO của furazolidon do chất chuyển hóa của thuốc, xuất hiện chậm sau 5 - 10 ngày. | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | 1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời furazolidon và fluvoxamin. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn. 2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng furazolidon và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc. |
| 390 | Furazolidon | Paroxetin | Hiệp đồng tác dụng serotonin. Tác dụng ức chế MAO của furazolidon do chất chuyển hóa của thuốc, | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng | 1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời furazolidon và paroxetin. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|-------------|---|--|---|
| | | | xuất hiện chậm sau 5 - 10 ngày. | cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn. 2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng furazolidon và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc. |
| 391 | Furazolidon | Sertralin | Hiệp đồng tác dụng serotonin. Tác dụng ức chế MAO của furazolidon do chất chuyển hóa của thuốc, xuất hiện chậm sau 5 - 10 ngày. | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | 1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời furazolidon và sertralin. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn. 2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng furazolidon và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc. |
| 392 | Furazolidon | Venlafaxin | Hiệp đồng tác dụng serotonin. Tác dụng ức chế MAO của furazolidon do chất chuyển hóa của thuốc, xuất hiện chậm sau 5 - 10 ngày. | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | 1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời furazolidon và venlafaxin. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn. 2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng furazolidon và không có thuốc khác thay thế, cân |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|-------------|---|--|---|
| | | | | | bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc. |
| 393 | Furazolidon | Milnacipran | Hiệp đồng tác dụng serotonin. Tác dụng ức chế MAO của furazolidon do chất chuyển hóa của thuốc, xuất hiện chậm sau 5 - 10 ngày. | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | <p>1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời furazolidon và milnacriptan. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn.</p> <p>2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng furazolidon và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc.</p> |
| 394 | Furazolidon | Trazodon | Hiệp đồng tác dụng serotonin. Tác dụng ức chế MAO của furazolidon do chất chuyển hóa của thuốc, xuất hiện chậm sau 5 - 10 ngày. | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | <p>1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời furazolidon và trazodon. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn.</p> <p>2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng furazolidon và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc.</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|-----------------|---|--|---|
| 395 | Furazolidon | Methylphen idat | Hiệp đồng tác dụng serotonin. Tác dụng ức chế MAO của furazolidon do chất chuyển hóa của thuốc, xuất hiện chậm sau 5 - 10 ngày. | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | <p>1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời furazolidon và methylphenidat. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn.</p> <p>2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng furazolidon và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc.</p> |
| 396 | Furazolidon | Mirtazapin | Hiệp đồng tác dụng serotonin. Tác dụng ức chế MAO của furazolidon do chất chuyển hóa của thuốc, xuất hiện chậm sau 5 - 10 ngày. | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | <p>1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời furazolidon và mirtazapin. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn.</p> <p>2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng furazolidon và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc.</p> |
| 397 | Furazolidon | Sumatriptan | Hiệp đồng tác dụng serotonin. Tác dụng ức chế MAO của furazolidon do chất chuyển hóa của thuốc, xuất hiện chậm sau 5 - 10 ngày. | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân | <p>1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời furazolidon và sumatriptan. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn.</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|-------------|---|--|--|
| | | | | nhật, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | 2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng furazolidon và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc. |
| 398 | Furazolidon | Pethidin | Hiệp đồng tác dụng serotonin. Tác dụng ức chế MAO của furazolidon do chất chuyển hóa của thuốc, xuất hiện chậm sau 5 - 10 ngày. | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | 1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời furazolidon và pethidin. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng opioid, có thể đổi sang các opioid khác không có hoạt tính ức chế thu hồi serotonin (morphin, codein, oxycodon, buprenorphin) 2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng furazolidon và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc. |
| 399 | Furazolidon | Tramadol | Hiệp đồng tác dụng serotonin. Tác dụng ức chế MAO của furazolidon do chất chuyển hóa của thuốc, xuất hiện chậm sau 5 - 10 ngày. | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | 1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời furazolidon và tramadol. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng opioid, có thể đổi sang các opioid khác không có hoạt tính ức chế thu hồi serotonin (morphin, codein, oxycodon, buprenorphin) |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|----------------------------------|--|--|--|
| | | | | | 2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng furazolidon và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc. |
| 400 | Furazolidon | Methadon | Hiệp đồng tác dụng serotonin. Tác dụng ức chế MAO của furazolidon do chất chuyển hóa của thuốc, xuất hiện chậm sau 5 - 10 ngày. | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | 1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời furazolidon và methadon. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng opioid, có thể đổi sang các opioid khác không có hoạt tính ức chế thu hồi serotonin (morphin, codein, oxycodon, buprenorphin) 2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng furazolidon và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc. |
| 401 | Furazolidon | Levodopa/carbidopa +/- entacapon | Tăng tích lũy noradrenalin (norepinephrin) và dopamin. Tác dụng ức chế MAO của furazolidon do chất chuyển hóa của thuốc, xuất hiện chậm sau 5 - 10 ngày. | Tăng nguy cơ xuất hiện cơn tăng huyết áp (đau đầu, đánh trống ngực, cứng cổ, tăng huyết áp) | Chống chỉ định sử dụng levodopa/carbidopa đồng thời hoặc trong vòng 14 ngày gần đây có sử dụng furazolidon. |
| 402 | Furazolidon | Methyldopa | Chưa rõ | Tăng nguy cơ xuất hiện cơn tăng huyết áp (đau đầu, đánh trống ngực, cứng cổ) | Chống chỉ định phối hợp |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|-------------------------------------|--|---|---|
| 403 | Furazolidon | Pseudoephedrin (sử dụng đường uống) | Tăng tích lũy noradrenalin (norepinephrin). Tác dụng ức chế MAO của furazolidon do chất chuyển hóa của thuốc, xuất hiện chậm sau 5 - 10 ngày. | Tăng nguy cơ xuất hiện cơn tăng huyết áp (đau đầu, đánh trống ngực, cứng cổ, tăng huyết áp) | Chống chỉ định sử dụng pseudoephedrin (sử dụng đường uống) đồng thời hoặc trong vòng 14 ngày gần đây có sử dụng furazolidon. |
| 404 | Furazolidon | Phenylephrin (sử dụng đường uống) | Tăng tích lũy noradrenalin (norepinephrin). Tác dụng ức chế MAO của furazolidon do chất chuyển hóa của thuốc, xuất hiện chậm sau 5 - 10 ngày. | Tăng nguy cơ xuất hiện cơn tăng huyết áp (đau đầu, đánh trống ngực, cứng cổ, tăng huyết áp) | 1. Chống chỉ định sử dụng phenylephrin sử dụng đường uống đồng thời hoặc trong vòng 14 ngày trước đó có sử dụng furazolidon. 2. Đối với phenylephrin sử dụng đường tiêm, cần sử dụng rất thận trọng trên bệnh nhân đang dùng furazolidon trong điều kiện giám sát huyết áp chặt chẽ. |
| 405 | Furazolidon | Nefopam | Nefopam ức chế thu hồi noradrenalin (norepinephrin) và serotonin trên hệ thần kinh. Tác dụng ức chế MAO của furazolidon do chất chuyển hóa của thuốc, xuất hiện chậm sau 5 - 10 ngày | Tăng nguy cơ kích thích thần kinh trung ương (co giật, ảo giác và kích động) | Chống chỉ định phối hợp |
| 406 | Gemfibrozil | Repaglinid | Gemfibrozil ức chế CYP2C8 làm giảm chuyển hóa của repaglinid, gemfibrozil cũng ức chế OATP1B1 làm giảm vận chuyển gemfibrozil vào gan. | Tăng nồng độ repaglinid trong huyết thanh, tăng nguy cơ hạ đường huyết | Chống chỉ định phối hợp |
| 407 | Gemfibrozil | Simvastatin | Gemfibrozil ức chế OATP1B1 làm giảm vận chuyển simvastatin vào gan. | Tăng nồng độ simvastatin trong huyết thanh, tăng nguy cơ bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân cấp | Chống chỉ định phối hợp. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng dẫn chất fibrat, thay thế gemfibrozil bằng fenofibrat nhưng cần thận trọng khi phối hợp. |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|----------------------|---------------------------------|---|---|---|
| 408 | Gemfibrozil | Lovastatin | Gemfibrozil ức chế OATP1B1 làm giảm vận chuyển lovastatin vào gan. | Tăng nồng độ lovastatin trong huyết thanh, tăng nguy cơ bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân cấp | Chống chỉ định phối hợp. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng dẫn chất fibrat, thay thế gemfibrozil bằng fenofibrat nhưng cần thận trọng khi phối hợp. |
| 409 | Gemfibrozil | Pravastatin | Gemfibrozil ức chế OATP1B1 làm giảm vận chuyển pravastatin vào gan. | Tăng nồng độ pravastatin trong huyết thanh, tăng nguy cơ bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân cấp | Chống chỉ định phối hợp. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng dẫn chất fibrat, thay thế gemfibrozil bằng fenofibrat nhưng cần thận trọng khi phối hợp. |
| 410 | Grazoprevir/elbasvir | Phenobarbital | Phenobarbital cảm ứng CYP3A4 mạnh làm tăng chuyển hóa của Grazoprevir/elbasvir | Giảm nồng độ grazoprevir/elbasvir trong huyết thanh, dẫn đến giảm hiệu quả điều trị | Chống chỉ định phối hợp. |
| 411 | Grazoprevir/elbasvir | Phenytoin | Phenytoin cảm ứng CYP3A4 mạnh làm tăng chuyển hóa của Grazoprevir/elbasvir | Giảm nồng độ grazoprevir/elbasvir trong huyết thanh, dẫn đến giảm hiệu quả điều trị | Chống chỉ định phối hợp. |
| 412 | Grazoprevir/elbasvir | Rifampicin | Rifampicin ức chế OATP1B1/3 làm giảm vận chuyển grazoprevir vào gan. Khi dùng rifampicin dài ngày, rifampicin gây cảm ứng CYP3A4 làm giảm nồng độ rifampicin trong huyết thanh. | Tăng nồng độ grazoprevir/elbasvir, tăng nguy cơ tăng ALT. Khi dùng rifampicin dài ngày, lại có nguy cơ giảm nồng độ grazoprevir/elbasvir, giảm hiệu quả điều trị. | Chống chỉ định phối hợp |
| 413 | Grazoprevir/elbasvir | Saquinavir +/- ritonavir | Saquinavir ức chế OATP1B1/3 làm giảm vận chuyển grazoprevir vào gan. | Tăng nồng độ grazoprevir/elbasvir, tăng nguy cơ tăng ALT | Chống chỉ định phối hợp |
| 414 | Grazoprevir/elbasvir | Lopinavir/ritonavir (lopinavir) | Lopinavir ức chế OATP1B1/3 làm giảm vận chuyển grazoprevir vào gan. | Tăng nồng độ grazoprevir/elbasvir, tăng nguy cơ tăng ALT | Chống chỉ định phối hợp |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|--------------|-------------------------|---|---|
| 415 | Haloperidol | Thioridazin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn.</p> |
| 416 | Haloperidol | Moxifloxacin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn.</p> |
| 417 | Haloperidol | Sotalol | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn.</p> |
| 418 | Haloperidol | Levofloxacin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|---------------------|--|-------------------------|--|--|
| | | | | | 2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn. |
| 419 | Haloperidol | Piperaquin/ dihydroartemisin in (piperaquin) | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | 1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải. 2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn. |
| 420 | Haloperidol | Sparfloxacin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | 1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải. 2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn. |
| 421 | Hydroxycloquin n | Thioridazin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | 1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải. 2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|---------------------|--|---|---|---|
| | | | | | nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn. |
| 422 | Hydroxycloquin | Sparfloxacin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn.</p> |
| 423 | Hyoscin butylbromid | Kali clorid (dạng uống giải phóng kéo dài) | Hyoscin butylbromid kháng cholinergic gây tồn lưu hoặc làm tăng thời gian kali qua đường tiêu hóa khi sử dụng đường uống, gây loét đường tiêu hóa | Tăng nguy cơ loét tiêu hóa | <p>1. Tốt nhất nên tránh phối hợp, đặc biệt ở người cao tuổi. Cần nhắc chuyển sang sử dụng kali đường tĩnh mạch.</p> <p>2. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng đồng thời, cần nhắc một số khuyến cáo sau giúp giảm nguy cơ loét tiêu hóa: (1) uống ít nhất 100 mL nước sau khi uống kali, (2) ngồi hoặc đứng thẳng trong ít nhất 5 - 10 phút sau khi uống thuốc.</p> |
| 424 | Hyoscyamin | Kali clorid (dạng uống giải phóng kéo dài) | Hyoscyamin kháng cholinergic gây tồn lưu hoặc làm tăng thời gian kali qua đường tiêu hóa khi sử dụng đường uống, gây loét đường tiêu hóa | Tăng nguy cơ loét tiêu hóa | <p>1. Tốt nhất nên tránh phối hợp, đặc biệt ở người cao tuổi. Cần nhắc chuyển sang sử dụng kali đường tĩnh mạch.</p> <p>2. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng đồng thời, cần nhắc một số khuyến cáo sau giúp giảm nguy cơ loét tiêu hóa: (1) uống ít nhất 100 mL nước sau khi uống kali, (2) ngồi hoặc đứng thẳng trong ít nhất 5 - 10 phút sau khi uống thuốc.</p> |
| 425 | Ibuprofen | Ketorolac | Hiệp đồng tác dụng kích ứng đường tiêu hóa | Tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa nghiêm trọng (sử | Chống chỉ định phối hợp. Cần đặc biệt lưu ý nguy cơ tương tác trong trường hợp giảm đau hậu phẫu. |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------------------|-----------------------------------|---|--|--|
| | | | | dùng đồng thời ketorolac với 1 NSAID khác làm tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa gấp 5 lần so với phối hợp 2 NSAID khác) | |
| 426 | Imidapril | Sacubitril/valsartan (sacubitril) | Tăng tích lũy bradykinin gây phù mạch | Tăng nguy cơ phù mạch | Chống chỉ định phối hợp. Chỉ bắt đầu sử dụng Sacubitril/valsartan (sacubitril) sau khi ngừng imidapril ít nhất 36 giờ. |
| 427 | Indinavir +/- ritonavir | Lovastatin | Indinavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của lovastatin | Tăng nồng độ của lovastatin trong huyết thanh, tăng nguy cơ bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân cấp | Chống chỉ định phối hợp |
| 428 | Indinavir +/- ritonavir | Simvastatin | Indinavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của simvastatin | Tăng nồng độ của simvastatin trong huyết thanh, tăng nguy cơ bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân cấp | Chống chỉ định phối hợp |
| 429 | Indinavir +/- ritonavir | Methylergometrin | Indinavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của methylergometrin | Tăng nồng độ của methylergometrin trong huyết thanh, tăng nguy cơ độc tính (nôn, buồn nôn, hoại tử đầu chi, thiếu máu cục bộ do co thắt mạch...) | Tốt nhất nên tránh phối hợp. Đối với trường hợp điều trị băng huyết sau sinh, nếu không còn thuốc khác thay thế ở người bệnh đang sử dụng indinavir, sử dụng methylergometrin chỉ khi lợi ích vượt trội nguy cơ và sử dụng liều thấp nhất có hiệu quả trong thời gian ngắn nhất. |
| 430 | Indinavir +/- ritonavir | Ivabradin | Indinavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của ivabradin | Tăng nồng độ ivabradin trong huyết thanh, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT và chậm nhịp tim | Chống chỉ định phối hợp |
| 431 | Indinavir +/- ritonavir | Ticagrelor | Indinavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của ticagrelor | Tăng nồng độ của ticagrelor trong huyết thanh, tăng nguy cơ xuất huyết | Chống chỉ định phối hợp |
| 432 | Indinavir +/- ritonavir | Ranolazin | Indinavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của ranolazin | Tăng nồng độ ranolazin trong huyết thanh, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT | Chống chỉ định phối hợp |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|---------------------------------|--------------|---|--|--|
| 433 | Indinavir +/- ritonavir | Tolvaptan | Indinavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của tolvaptan | Tăng nồng độ tolvaptan trong huyết thanh, tăng nguy cơ tác dụng không mong muốn (tăng nồng độ natri huyết thanh, đa niệu, khát nước, giảm thể tích tuần hoàn...) | Chống chỉ định phối hợp |
| 434 | Indinavir +/- ritonavir | Lercanidipin | Indinavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của lercanidipin | Tăng nồng độ lercanidipin, tăng nguy cơ hạ huyết áp nghiêm trọng | Chống chỉ định phối hợp |
| 435 | Indinavir +/- ritonavir | Vardenafil | Indinavir ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của vardenafil | Tăng nồng độ vardenafil trong huyết thanh, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT | Chống chỉ định phối hợp |
| 436 | Indinavir +/- ritonavir | Sildenafil | Indinavir ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của sildenafil | Tăng nồng độ sildenafil trong huyết thanh, tăng nguy cơ độc tính (hạ huyết áp, ngất, rối loạn thị giác) | 1. Chống chỉ định phối hợp trong trường hợp sử dụng sildenafil điều trị tăng áp động mạch phổi. 2. Trong trường hợp sử dụng sildenafil điều trị rối loạn cương dương, liều sildenafil không vượt quá 25 mg mỗi 48 giờ ở người đang sử dụng indinavir. |
| 437 | Indinavir +/- ritonavir | Quetiapin | Indinavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của quetiapin | Tăng nồng độ của quetiapin, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT | Tốt nhất nên tránh phối hợp. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng indinavir, giảm liều quetiapin còn 1/6 liều so với liều bình thường. |
| 438 | Indinavir +/- ritonavir | Rifampicin | Rifampicin cảm ứng CYP3A4 làm tăng chuyển hóa của indinavir | Giảm nồng độ indinavir trong huyết thanh, giảm hiệu quả điều trị | Chống chỉ định phối hợp |
| 439 | Indinavir/ritonavir (ritonavir) | Propafenon | Ritonavir ức chế chuyển hóa của propafenon qua CYP3A4 và CYP2D6. | Tăng nồng độ, dẫn đến tăng độc tính của propafenon (đặc biệt là loạn nhịp tim). | Chống chỉ định phối hợp. |
| 440 | Indinavir/ritonavir (ritonavir) | Voriconazol | Ritonavir cảm ứng CYP2C19 (hoặc ức chế CYP3A4 ở người thiếu hoặc | Giảm (hoặc tăng) nồng độ voriconazol. | 1. Việc phối hợp voriconazol và ritonavir liều cao (400mg mỗi 12 giờ) làm giảm rõ rệt nồng độ |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|--------------|-------------|---|--|---|
| | | | giảm hoạt tính CYP2C19) làm tăng (hoặc giảm) chuyển hóa của voriconazol tùy thuộc từng cá thể (voriconazol là cơ chất của cả CYP3A4 và CYP2C19) | | voriconazol, vì vậy, chống chỉ định phối hợp voriconazol với ritonavir ở mức liều này. 2. Việc phối hợp voriconazol với ritonavir liều thấp (100mg mỗi 12 giờ) cũng đã cho thấy làm giảm nồng độ voriconazol mặc dù mức độ ít hơn so với liều cao ritonavir, vì vậy, nên tránh phối hợp thuốc trừ khi lợi ích vượt trội nguy cơ. |
| 441 | Indomethacin | Ketorolac | Hiệp đồng tác dụng kích ứng đường tiêu hóa | Tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa nghiêm trọng (sử dụng đồng thời ketorolac với 1 NSAID khác làm tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa gấp 5 lần so với phối hợp 2 NSAID khác) | Chống chỉ định phối hợp. Cần đặc biệt lưu ý nguy cơ tương tác trong trường hợp giảm đau hậu phẫu. |
| 442 | Iobitridol | Metformin | Nguy cơ suy thận cấp liên quan đến cả metformin và thuốc cản quang iod. Suy thận cấp làm tăng nguy cơ nhiễm toan lactic. | Tăng nguy cơ nhiễm toan lactic và suy thận cấp | 1. Bệnh nhân có MLCT > 30 ml/phút/1,73m ² và không có bằng chứng tổn thương thận cấp, được chỉ định tiêm thuốc cản quang đường tĩnh mạch hoặc tiêm thuốc cản quang đường động mạch tiếp xúc với thận thứ cấp (ví dụ: bơm thuốc vào tim phải, động mạch phổi, động mạch cảnh, động mạch dưới đòn, động mạch vành, động mạch mạc treo hay động mạch dưới động mạch thận): tiếp tục sử dụng metformin như bình thường. 2. Bệnh nhân (1) MLCT < 30 ml/phút/1,73m ² tiêm thuốc cản quang đường tĩnh mạch, đường động mạch tiếp xúc với thận thứ cấp, hoặc (2) Bệnh nhân tiêm thuốc cản quang đường động mạch tiếp xúc với thận đầu tiên (ví dụ: bơm thuốc vào tim trái, động mạch chủ ngực, động mạch chủ bụng trên động mạch thận hoặc động mạch thận) hoặc (3) Có tổn thương thận: Ngừng metformin trước hoặc tại thời điểm tiến hành thủ thuật chẩn đoán hình ảnh và |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|-------------|--|--|---|
| | | | | | <p>không được dùng lại cho đến ít nhất 48 giờ sau đó. Sau 48 giờ, chỉ sử dụng lại metformin sau khi chức năng thận được đánh giá lại và cho thấy ổn định.</p> <p>* Lưu ý:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Các yếu tố nguy cơ: suy thận, suy tim, không đủ dịch hoặc thiếu dịch, sử dụng liều cao thuốc cản quang hoặc sử dụng đồng thời các thuốc độc tính trên thận khác. - Khuyến cáo về tương tác này không áp dụng trong trường hợp bơm thuốc cản quang iod để chụp X-quang tử cung - vòi trứng. |
| 443 | Iodixanol | Metformin | Nguy cơ suy thận cấp liên quan đến cả metformin và thuốc cản quang iod. Suy thận cấp làm tăng nguy cơ nhiễm toan lactic. | Tăng nguy cơ nhiễm toan lactic và suy thận cấp | <p>1. Bệnh nhân có MLCT > 30 ml/phút/1,73m² và không có bằng chứng tổn thương thận cấp, được chỉ định tiêm thuốc cản quang đường tĩnh mạch hoặc tiêm thuốc cản quang đường động mạch tiếp xúc với thận thứ cấp (ví dụ: bơm thuốc vào tim phải, động mạch phổi, động mạch cảnh, động mạch dưới đòn, động mạch vành, động mạch mạc treo hay động mạch dưới động mạch thận): tiếp tục sử dụng metformin như bình thường.</p> <p>2. Bệnh nhân (1) MLCT < 30 ml/phút/1,73m² tiêm thuốc cản quang đường tĩnh mạch, đường động mạch tiếp xúc với thận thứ cấp, hoặc (2) Bệnh nhân tiêm thuốc cản quang đường động mạch tiếp xúc với thận đầu tiên (ví dụ: bơm thuốc vào tim trái, động mạch chủ ngực, động mạch chủ bụng trên động mạch thận hoặc động mạch thận) hoặc (3) Có tổn thương thận: Ngừng metformin trước hoặc tại thời điểm tiến hành thủ thuật chẩn đoán hình ảnh và không được dùng lại cho đến ít nhất 48 giờ sau đó.</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|-------------|--|--|---|
| | | | | | <p>Sau 48 giờ, chỉ sử dụng lại metformin sau khi chức năng thận được đánh giá lại và cho thấy ổn định.</p> <p>* Lưu ý:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Các yếu tố nguy cơ: suy thận, suy tim, không đủ dịch hoặc thiếu dịch, sử dụng liều cao thuốc cản quang hoặc sử dụng đồng thời các thuốc độc tính trên thận khác. - Khuyến cáo về tương tác này không áp dụng trong trường hợp bơm thuốc cản quang iod để chụp X-quang tử cung - vòi trứng. |
| 444 | Iohexol | Metformin | Nguy cơ suy thận cấp liên quan đến cả metformin và thuốc cản quang iod. Suy thận cấp làm tăng nguy cơ nhiễm toan lactic. | Tăng nguy cơ nhiễm toan lactic và suy thận cấp | <p>1. Bệnh nhân có MLCT > 30 ml/phút/1,73m² và không có bằng chứng tổn thương thận cấp, được chỉ định tiêm thuốc cản quang đường tĩnh mạch hoặc tiêm thuốc cản quang đường động mạch tiếp xúc với thận thứ cấp (ví dụ: bơm thuốc vào tim phải, động mạch phổi, động mạch cảnh, động mạch dưới đòn, động mạch vành, động mạch mạc treo hay động mạch dưới động mạch thận): tiếp tục sử dụng metformin như bình thường.</p> <p>2. Bệnh nhân (1) MLCT < 30 ml/phút/1,73m² tiêm thuốc cản quang đường tĩnh mạch, đường động mạch tiếp xúc với thận thứ cấp, hoặc (2) Bệnh nhân tiêm thuốc cản quang đường động mạch tiếp xúc với thận đầu tiên (ví dụ: bơm thuốc vào tim trái, động mạch chủ ngực, động mạch chủ bụng trên động mạch thận hoặc động mạch thận) hoặc (3) Có tổn thương thận: Ngừng metformin trước hoặc tại thời điểm tiến hành thủ thuật chẩn đoán hình ảnh và không được dùng lại cho đến ít nhất 48 giờ sau đó.</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|-------------|--|--|---|
| | | | | | <p>Sau 48 giờ, chỉ sử dụng lại metformin sau khi chức năng thận được đánh giá lại và cho thấy ổn định.</p> <p>* Lưu ý:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Các yếu tố nguy cơ: suy thận, suy tim, không đủ dịch hoặc thiếu dịch, sử dụng liều cao thuốc cản quang hoặc sử dụng đồng thời các thuốc độc tính trên thận khác. - Khuyến cáo về tương tác này không áp dụng trong trường hợp bơm thuốc cản quang iod để chụp X-quang tử cung - vòi trứng. |
| 445 | Iopamidol | Metformin | Nguy cơ suy thận cấp liên quan đến cả metformin và thuốc cản quang iod. Suy thận cấp làm tăng nguy cơ nhiễm toan lactic. | Tăng nguy cơ nhiễm toan lactic và suy thận cấp | <p>1. Bệnh nhân có MLCT > 30 ml/phút/1,73m² và không có bằng chứng tổn thương thận cấp, được chỉ định tiêm thuốc cản quang đường tĩnh mạch hoặc tiêm thuốc cản quang đường động mạch tiếp xúc với thận thứ cấp (ví dụ: bơm thuốc vào tim phải, động mạch phổi, động mạch cảnh, động mạch dưới đòn, động mạch vành, động mạch mạc treo hay động mạch dưới động mạch thận): tiếp tục sử dụng metformin như bình thường.</p> <p>2. Bệnh nhân (1) MLCT < 30 ml/phút/1,73m² tiêm thuốc cản quang đường tĩnh mạch, đường động mạch tiếp xúc với thận thứ cấp, hoặc (2) Bệnh nhân tiêm thuốc cản quang đường động mạch tiếp xúc với thận đầu tiên (ví dụ: bơm thuốc vào tim trái, động mạch chủ ngực, động mạch chủ bụng trên động mạch thận hoặc động mạch thận) hoặc (3) Có tổn thương thận: Ngừng metformin trước hoặc tại thời điểm tiến hành thủ thuật chẩn đoán hình ảnh và không được dùng lại cho đến ít nhất 48 giờ sau đó.</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|-------------|--|--|---|
| | | | | | <p>Sau 48 giờ, chỉ sử dụng lại metformin sau khi chức năng thận được đánh giá lại và cho thấy ổn định.</p> <p>* Lưu ý:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Các yếu tố nguy cơ: suy thận, suy tim, không đủ dịch hoặc thiếu dịch, sử dụng liều cao thuốc cản quang hoặc sử dụng đồng thời các thuốc độc tính trên thận khác. - Khuyến cáo về tương tác này không áp dụng trong trường hợp bơm thuốc cản quang iod để chụp X-quang tử cung - vòi trứng. |
| 446 | Iopromid | Metformin | Nguy cơ suy thận cấp liên quan đến cả metformin và thuốc cản quang iod. Suy thận cấp làm tăng nguy cơ nhiễm toan lactic. | Tăng nguy cơ nhiễm toan lactic và suy thận cấp | <p>1. Bệnh nhân có MLCT > 30 ml/phút/1,73m² và không có bằng chứng tổn thương thận cấp, được chỉ định tiêm thuốc cản quang đường tĩnh mạch hoặc tiêm thuốc cản quang đường động mạch tiếp xúc với thận thứ cấp (ví dụ: bơm thuốc vào tim phải, động mạch phổi, động mạch cảnh, động mạch dưới đòn, động mạch vành, động mạch mạc treo hay động mạch dưới động mạch thận): tiếp tục sử dụng metformin như bình thường.</p> <p>2. Bệnh nhân (1) MLCT < 30 ml/phút/1,73m² tiêm thuốc cản quang đường tĩnh mạch, đường động mạch tiếp xúc với thận thứ cấp, hoặc (2) Bệnh nhân tiêm thuốc cản quang đường động mạch tiếp xúc với thận đầu tiên (ví dụ: bơm thuốc vào tim trái, động mạch chủ ngực, động mạch chủ bụng trên động mạch thận hoặc động mạch thận) hoặc (3) Có tổn thương thận: Ngừng metformin trước hoặc tại thời điểm tiến hành thủ thuật chẩn đoán hình ảnh và không được dùng lại cho đến ít nhất 48 giờ sau đó.</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|----------------------------------|-------------|--|--|---|
| | | | | | <p>Sau 48 giờ, chỉ sử dụng lại metformin sau khi chức năng thận được đánh giá lại và cho thấy ổn định.</p> <p>* Lưu ý:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Các yếu tố nguy cơ: suy thận, suy tim, không đủ dịch hoặc thiếu dịch, sử dụng liều cao thuốc cản quang hoặc sử dụng đồng thời các thuốc độc tính trên thận khác. - Khuyến cáo về tương tác này không áp dụng trong trường hợp bơm thuốc cản quang iod để chụp X-quang tử cung - vòi trứng. |
| 447 | Ioxaglic natri/ioxaglic meglumin | Metformin | Nguy cơ suy thận cấp liên quan đến cả metformin và thuốc cản quang iod. Suy thận cấp làm tăng nguy cơ nhiễm toan lactic. | Tăng nguy cơ nhiễm toan lactic và suy thận cấp | <p>1. Bệnh nhân có MLCT > 30 ml/phút/1,73m² và không có bằng chứng tổn thương thận cấp, được chỉ định tiêm thuốc cản quang đường tĩnh mạch hoặc tiêm thuốc cản quang đường động mạch tiếp xúc với thận thứ cấp (ví dụ: bơm thuốc vào tim phải, động mạch phổi, động mạch cảnh, động mạch dưới đòn, động mạch vành, động mạch mạc treo hay động mạch dưới động mạch thận): tiếp tục sử dụng metformin như bình thường.</p> <p>2. Bệnh nhân (1) MLCT < 30 ml/phút/1,73m² tiêm thuốc cản quang đường tĩnh mạch, đường động mạch tiếp xúc với thận thứ cấp, hoặc (2) Bệnh nhân tiêm thuốc cản quang đường động mạch tiếp xúc với thận đầu tiên (ví dụ: bơm thuốc vào tim trái, động mạch chủ ngực, động mạch chủ bụng trên động mạch thận hoặc động mạch thận) hoặc (3) Có tổn thương thận: Ngừng metformin trước hoặc tại thời điểm tiến hành thủ thuật chẩn đoán hình ảnh và không được dùng lại cho đến ít nhất 48 giờ sau đó.</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|--|-------------|--|--|---|
| | | | | | <p>Sau 48 giờ, chỉ sử dụng lại metformin sau khi chức năng thận được đánh giá lại và cho thấy ổn định.</p> <p>* Lưu ý:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Các yếu tố nguy cơ: suy thận, suy tim, không đủ dịch hoặc thiếu dịch, sử dụng liều cao thuốc cản quang hoặc sử dụng đồng thời các thuốc độc tính trên thận khác. - Khuyến cáo về tương tác này không áp dụng trong trường hợp bơm thuốc cản quang iod để chụp X-quang tử cung - vòi trứng. |
| 448 | Ioxitalamat natri/ioxitalamat meglumin | Metformin | Nguy cơ suy thận cấp liên quan đến cả metformin và thuốc cản quang iod. Suy thận cấp làm tăng nguy cơ nhiễm toan lactic. | Tăng nguy cơ nhiễm toan lactic và suy thận cấp | <p>1. Bệnh nhân có MLCT > 30 ml/phút/1,73m² và không có bằng chứng tổn thương thận cấp, được chỉ định tiêm thuốc cản quang đường tĩnh mạch hoặc tiêm thuốc cản quang đường động mạch tiếp xúc với thận thứ cấp (ví dụ: bơm thuốc vào tim phải, động mạch phổi, động mạch cảnh, động mạch dưới đòn, động mạch vành, động mạch mạc treo hay động mạch dưới động mạch thận): tiếp tục sử dụng metformin như bình thường.</p> <p>2. Bệnh nhân (1) MLCT < 30 ml/phút/1,73m² tiêm thuốc cản quang đường tĩnh mạch, đường động mạch tiếp xúc với thận thứ cấp, hoặc (2) Bệnh nhân tiêm thuốc cản quang đường động mạch tiếp xúc với thận đầu tiên (ví dụ: bơm thuốc vào tim trái, động mạch chủ ngực, động mạch chủ bụng trên động mạch thận hoặc động mạch thận) hoặc (3) Có tổn thương thận: Ngừng metformin trước hoặc tại thời điểm tiến hành thủ thuật chẩn đoán hình ảnh và không được dùng lại cho đến ít nhất 48 giờ sau đó.</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|----------------------|-------------|--|--|--|
| | | | | | <p>Sau 48 giờ, chỉ sử dụng lại metformin sau khi chức năng thận được đánh giá lại và cho thấy ổn định.</p> <p>* Lưu ý:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Các yếu tố nguy cơ: suy thận, suy tim, không đủ dịch hoặc thiếu dịch, sử dụng liều cao thuốc cản quang hoặc sử dụng đồng thời các thuốc độc tính trên thận khác. - Khuyến cáo về tương tác này không áp dụng trong trường hợp bơm thuốc cản quang iod để chụp X-quang tử cung - vòi trứng. |
| 449 | Irinotecan | Itraconazol | Itraconazol ức chế CYP3A4 và ức chế UGT1A1 (enzym xúc tác phản ứng glucuronid hóa) làm giảm chuyển hóa của SN-38 (chất chuyển hóa có hoạt tính của irinotecan) | Tăng nồng độ của chất chuyển hóa có hoạt tính của irinotecan trong huyết thanh, tăng nguy cơ tác dụng không mong muốn (tiêu chảy, giảm bạch cầu trung tính...) | Chống chỉ định phối hợp. Chỉ bắt đầu sử dụng irinotecan sau khi ngừng itraconazol ít nhất 2 tuần. |
| 450 | Isosorbid dinitrat | Sildenafil | Hiệp đồng tăng nồng độ guanosine monophosphate (cGMP) vòng có dụng giãn mạch | Tăng tác dụng hạ huyết áp nghiêm trọng | Chống chỉ định phối hợp. Hai thuốc cách nhau ít nhất 24 giờ. |
| 451 | Isosorbid dinitrat | Vardenafil | Hiệp đồng tăng nồng độ guanosine monophosphate (cGMP) vòng có dụng giãn mạch | Tăng tác dụng hạ huyết áp nghiêm trọng | Chống chỉ định phối hợp. Hai thuốc cách nhau ít nhất 24 giờ. |
| 452 | Isosorbid dinitrat | Tadalafil | Hiệp đồng tăng nồng độ guanosine monophosphate (cGMP) vòng có dụng giãn mạch | Tăng tác dụng hạ huyết áp nghiêm trọng | Chống chỉ định phối hợp. Hai thuốc cách nhau ít nhất 48 giờ. |
| 453 | Isosorbid mononitrat | Sildenafil | Hiệp đồng tăng nồng độ guanosine monophosphate | Tăng tác dụng hạ huyết áp nghiêm trọng | Chống chỉ định phối hợp. Hai thuốc cách nhau ít nhất 24 giờ. |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|----------------------|-------------|--|---|--|
| | | | (cGMP) vòng có dụng giãn mạch | | |
| 454 | Isosorbid mononitrat | Vardenafil | Hiệp đồng tăng nồng độ guanosine monophosphate (cGMP) vòng có dụng giãn mạch | Tăng tác dụng hạ huyết áp nghiêm trọng | Chống chỉ định phối hợp. Hai thuốc cách nhau ít nhất 24 giờ. |
| 455 | Isosorbid mononitrat | Tadalafil | Hiệp đồng tăng nồng độ guanosine monophosphate (cGMP) vòng có dụng giãn mạch | Tăng tác dụng hạ huyết áp nghiêm trọng | Chống chỉ định phối hợp. Hai thuốc cách nhau ít nhất 48 giờ. |
| 456 | Isotretinoin | Minocyclin | Hiệp đồng tăng độc tính | Tăng nguy cơ tăng áp nội sọ lành tính (phù gai thị, đau đầu, buồn nôn và nôn, và rối loạn thị giác) | Chống chỉ định phối hợp |
| 457 | Isotretinoin | Tetracyclin | Hiệp đồng tăng độc tính | Tăng nguy cơ tăng áp nội sọ lành tính (phù gai thị, đau đầu, buồn nôn và nôn, và rối loạn thị giác) | Chống chỉ định phối hợp |
| 458 | Isotretinoin | Tigecyclin | Hiệp đồng tăng độc tính | Tăng nguy cơ tăng áp nội sọ lành tính (phù gai thị, đau đầu, buồn nôn và nôn, và rối loạn thị giác) | Chống chỉ định phối hợp |
| 459 | Itraconazol | Lovastatin | Itraconazol ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của lovastatin | Tăng nồng độ của lovastatin trong huyết thanh, tăng nguy cơ bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân cấp | Chống chỉ định phối hợp. 1. Chỉ bắt đầu sử dụng lovastatin sau khi ngừng itraconazol ít nhất 2 tuần HOẶC 2. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn: - Trong trường hợp bắt buộc sử dụng thuốc kháng nấm azol, thay itraconazol bằng fluconazol (nhưng |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|------------------|---|--|---|
| | | | | | tránh dùng liều cao, có tác dụng ức chế mạnh CYP3A4) HOẶC - Trong trường hợp bắt buộc sử dụng dẫn chất statin, thay lovastatin bằng các dẫn chất statin khác (ngoại trừ simvastatin), thận trọng khi phối hợp với atorvastatin. |
| 460 | Itraconazol | Simvastatin | Itraconazol ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của simvastatin | Tăng nồng độ của simvastatin trong huyết thanh, tăng nguy cơ bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân cấp | Chống chỉ định phối hợp. 1. Chỉ bắt đầu sử dụng lovastatin sau khi ngừng itraconazol ít nhất 2 tuần HOẶC 2. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn: - Trong trường hợp bắt buộc sử dụng thuốc kháng nấm azol, thay itraconazol bằng fluconazol (nhưng tránh dùng liều cao, có tác dụng ức chế mạnh CYP3A4) HOẶC - Trong trường hợp bắt buộc sử dụng dẫn chất statin, thay simvastatin bằng các dẫn chất statin khác (ngoại trừ lovastatin), thận trọng khi phối hợp với atorvastatin. |
| 461 | Itraconazol | Methylergometrin | Itraconazol ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của methylergometrin | Tăng nồng độ của methylergometrin trong huyết thanh, tăng nguy cơ độc tính (nôn, buồn nôn, hoại tử đầu chi, thiếu máu cục bộ do co thắt mạch...) | Chống chỉ định phối hợp |
| 462 | Itraconazol | Ivabradin | Itraconazol ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của ivabradin | Tăng nồng độ ivabradin trong huyết thanh, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT và chậm nhịp tim | Chống chỉ định phối hợp. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn: Trong trường hợp bắt buộc sử dụng thuốc kháng nấm azol, thay itraconazol bằng |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|--------------|---|--|--|
| | | | | | fluconazol (nhưng tránh dùng liều cao, có tác dụng ức chế mạnh CYP3A4). |
| 463 | Itraconazol | Ticagrelor | Itraconazol ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của ticagrelor | Tăng nồng độ của ticagrelor trong huyết thanh, tăng nguy cơ xuất huyết | <p>Chống chỉ định phối hợp.</p> <p>1. Chỉ bắt đầu sử dụng ticagrelor sau khi ngừng itraconazol ít nhất 2 tuần HOẶC</p> <p>2. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn: Trong trường hợp bắt buộc sử dụng thuốc kháng nấm azol, thay itraconazol bằng fluconazol (nhưng tránh dùng liều cao, có tác dụng ức chế mạnh CYP3A4).</p> |
| 464 | Itraconazol | Ranolazin | Itraconazol ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của ranolazin | Tăng nồng độ ranolazin trong huyết thanh, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT | <p>Chống chỉ định phối hợp.</p> <p>1. Chỉ bắt đầu sử dụng ranolazin sau khi ngừng itraconazol ít nhất 2 tuần HOẶC</p> <p>2. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn: Trong trường hợp bắt buộc sử dụng thuốc kháng nấm azol, thay itraconazol bằng fluconazol (nhưng tránh dùng liều cao, có tác dụng ức chế mạnh CYP3A4).</p> |
| 465 | Itraconazol | Tolvaptan | Itraconazol ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của tolvaptan | Tăng nồng độ tolvaptan trong huyết thanh, tăng nguy cơ tác dụng không mong muốn (tăng nồng độ natri huyết thanh, đa niệu, khát nước, giảm thể tích tuần hoàn...) | Chống chỉ định phối hợp. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn: Trong trường hợp bắt buộc sử dụng thuốc kháng nấm azol, thay itraconazol bằng fluconazol (nhưng tránh dùng liều cao, có tác dụng ức chế mạnh CYP3A4). |
| 466 | Itraconazol | Lercanidipin | Itraconazol ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của lercanidipin | Tăng nồng độ lercanidipin, tăng nguy cơ hạ huyết áp nghiêm trọng | Chống chỉ định phối hợp. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn: Trong trường hợp bắt buộc sử dụng thuốc kháng nấm azol, thay itraconazol bằng |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|--------------------------|--|---|--|
| | | | | | fluconazol (nhưng tránh dùng liều cao, có tác dụng ức chế mạnh CYP3A4). |
| 467 | Itraconazol | Vardenafil | Itraconazol ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của vardenafil | Tăng nồng độ vardenafil trong huyết thanh, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT | Chống chỉ định phối hợp |
| 468 | Itraconazol | Quetiapin | Itraconazol ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của quetiapin | Tăng nồng độ của quetiapin, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT | Chống chỉ định phối hợp. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn: Trong trường hợp bắt buộc sử dụng thuốc kháng nấm azol, thay itraconazol bằng fluconazol (nhưng tránh dùng liều cao, có tác dụng ức chế mạnh CYP3A4). |
| 469 | Ivabradin | Lopinavir/ritonavir | Lopinavir/ritonavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của ivabradin | Tăng nồng độ ivabradin trong huyết thanh, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT và chậm nhịp tim | Chống chỉ định phối hợp |
| 470 | Ivabradin | Saquinavir +/- ritonavir | Saquinavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của ivabradin | Tăng nồng độ ivabradin trong huyết thanh, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT và chậm nhịp tim | Chống chỉ định phối hợp |
| 471 | Ivabradin | Posaconazol | Posaconazol ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của ivabradin | Tăng nồng độ ivabradin trong huyết thanh, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT và chậm nhịp tim | Chống chỉ định phối hợp. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn: Trong trường hợp bắt buộc sử dụng thuốc kháng nấm azol, thay posaconazol bằng fluconazol (nhưng tránh dùng liều cao, có tác dụng ức chế mạnh CYP3A4). |
| 472 | Ivabradin | Voriconazol | Voriconazol ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của ivabradin | Tăng nồng độ ivabradin trong huyết thanh, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT và chậm nhịp tim | Chống chỉ định phối hợp. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn: Trong trường hợp bắt buộc sử dụng thuốc kháng nấm azol, thay voriconazol bằng fluconazol (nhưng tránh dùng liều cao, có tác dụng ức chế mạnh CYP3A4). |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|--|------------------|---|---|--|
| 473 | Ivabradin | Verapamil | Verapamil ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của ivabradin và hiệp đồng tác dụng làm chậm nhịp tim của ivabradin | Tăng nồng độ ivabradin trong huyết thanh, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT và chậm nhịp tim | Chống chỉ định phối hợp |
| 474 | Kali clorid (dạng uống giải phóng kéo dài) | Trihexyphe nidyl | Trihexyphenidyl kháng cholinergic gây tồn lưu hoặc làm tăng thời gian kali qua đường tiêu hóa khi sử dụng đường uống, gây loét đường tiêu hóa | Tăng nguy cơ loét tiêu hóa | <p>1. Tốt nhất nên tránh phối hợp, đặc biệt ở người cao tuổi. Cân nhắc chuyển sang sử dụng kali đường tĩnh mạch.</p> <p>2. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng đồng thời, cân nhắc một số khuyến cáo sau giúp giảm nguy cơ loét tiêu hóa: (1) uống ít nhất 100 mL nước sau khi uống kali, (2) ngồi hoặc đứng thẳng trong ít nhất 5 - 10 phút sau khi uống thuốc.</p> |
| 475 | Kali clorid (dạng uống giải phóng kéo dài) | Solifenacin | Solifenacin kháng cholinergic gây tồn lưu hoặc làm tăng thời gian kali qua đường tiêu hóa khi sử dụng đường uống, gây loét đường tiêu hóa | Tăng nguy cơ loét tiêu hóa | <p>1. Tốt nhất nên tránh phối hợp, đặc biệt ở người cao tuổi. Cân nhắc chuyển sang sử dụng kali đường tĩnh mạch.</p> <p>2. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng đồng thời, cân nhắc một số khuyến cáo sau giúp giảm nguy cơ loét tiêu hóa: (1) uống ít nhất 100 mL nước sau khi uống kali, (2) ngồi hoặc đứng thẳng trong ít nhất 5 - 10 phút sau khi uống thuốc.</p> |
| 476 | Kali clorid (dạng uống giải phóng kéo dài) | Oxybutynin | Oxybutynin kháng cholinergic gây tồn lưu hoặc làm tăng thời gian kali qua đường tiêu hóa khi sử dụng đường uống, gây loét đường tiêu hóa | Tăng nguy cơ loét tiêu hóa | <p>1. Tốt nhất nên tránh phối hợp, đặc biệt ở người cao tuổi. Cân nhắc chuyển sang sử dụng kali đường tĩnh mạch.</p> <p>2. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng đồng thời, cân nhắc một số khuyến cáo sau giúp giảm nguy cơ loét tiêu hóa: (1) uống ít nhất 100 mL nước sau khi uống kali, (2) ngồi hoặc đứng thẳng trong ít nhất 5 - 10 phút sau khi uống thuốc.</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|-------------|--|--|---|
| 477 | Ketoprofen | Ketorolac | Hiệp đồng tác dụng kích ứng đường tiêu hóa | Tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa nghiêm trọng (sử dụng đồng thời ketorolac với 1 NSAID khác làm tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa gấp 5 lần so với phối hợp 2 NSAID khác) | Chống chỉ định phối hợp. Cần đặc biệt lưu ý nguy cơ tương tác trong trường hợp giảm đau hậu phẫu. |
| 478 | Ketorolac | Lornoxicam | Hiệp đồng tác dụng kích ứng đường tiêu hóa | Tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa nghiêm trọng (sử dụng đồng thời ketorolac với 1 NSAID khác làm tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa gấp 5 lần so với phối hợp 2 NSAID khác) | Chống chỉ định phối hợp. Cần đặc biệt lưu ý nguy cơ tương tác trong trường hợp giảm đau hậu phẫu. |
| 479 | Ketorolac | Loxoprofen | Hiệp đồng tác dụng kích ứng đường tiêu hóa | Tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa nghiêm trọng (sử dụng đồng thời ketorolac với 1 NSAID khác làm tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa gấp 5 lần so với phối hợp 2 NSAID khác) | Chống chỉ định phối hợp. Cần đặc biệt lưu ý nguy cơ tương tác trong trường hợp giảm đau hậu phẫu. |
| 480 | Ketorolac | Meloxicam | Hiệp đồng tác dụng kích ứng đường tiêu hóa | Tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa nghiêm trọng (sử dụng đồng thời ketorolac với 1 NSAID khác làm tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa gấp 5 lần so với phối hợp 2 NSAID khác) | Chống chỉ định phối hợp. Cần đặc biệt lưu ý nguy cơ tương tác trong trường hợp giảm đau hậu phẫu. |
| 481 | Ketorolac | Nabumeton | Hiệp đồng tác dụng kích ứng đường tiêu hóa | Tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa nghiêm trọng (sử dụng đồng thời ketorolac với 1 NSAID khác làm tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa | Chống chỉ định phối hợp. Cần đặc biệt lưu ý nguy cơ tương tác trong trường hợp giảm đau hậu phẫu. |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|-------------|--|--|---|
| | | | | gấp 5 lần so với phối hợp 2 NSAID khác) | |
| 482 | Ketorolac | Naproxen | Hiệp đồng tác dụng kích ứng đường tiêu hóa | Tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa nghiêm trọng (sử dụng đồng thời ketorolac với 1 NSAID khác làm tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa gấp 5 lần so với phối hợp 2 NSAID khác) | Chống chỉ định phối hợp. Cần đặc biệt lưu ý nguy cơ tương tác trong trường hợp giảm đau hậu phẫu. |
| 483 | Ketorolac | Piroxicam | Hiệp đồng tác dụng kích ứng đường tiêu hóa | Tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa nghiêm trọng (sử dụng đồng thời ketorolac với 1 NSAID khác làm tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa gấp 5 lần so với phối hợp 2 NSAID khác) | Chống chỉ định phối hợp. Cần đặc biệt lưu ý nguy cơ tương tác trong trường hợp giảm đau hậu phẫu. |
| 484 | Ketorolac | Talniflumet | Hiệp đồng tác dụng kích ứng đường tiêu hóa | Tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa nghiêm trọng (sử dụng đồng thời ketorolac với 1 NSAID khác làm tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa gấp 5 lần so với phối hợp 2 NSAID khác) | Chống chỉ định phối hợp. Cần đặc biệt lưu ý nguy cơ tương tác trong trường hợp giảm đau hậu phẫu. |
| 485 | Ketorolac | Tenoxicam | Hiệp đồng tác dụng kích ứng đường tiêu hóa | Tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa nghiêm trọng (sử dụng đồng thời ketorolac với 1 NSAID khác làm tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa gấp 5 lần so với phối hợp 2 NSAID khác) | Chống chỉ định phối hợp. Cần đặc biệt lưu ý nguy cơ tương tác trong trường hợp giảm đau hậu phẫu. |
| 486 | Ketorolac | Zaltoprofen | Hiệp đồng tác dụng kích ứng đường tiêu hóa | Tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa nghiêm trọng (sử dụng đồng thời ketorolac với | Chống chỉ định phối hợp. Cần đặc biệt lưu ý nguy cơ tương tác trong trường hợp giảm đau hậu phẫu. |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|----------------------------------|--------------------------|---|---|--|
| | | | | 1 NSAID khác làm tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa gấp 5 lần so với phối hợp 2 NSAID khác) | |
| 487 | Lansoprazol | Rilpivirin | Giảm hấp thu rilpivirin do tăng pH dạ dày | Giảm nồng độ rilpivirin trong huyết thanh, giảm hiệu quả điều trị | Chống chỉ định phối hợp. Trong trường hợp thay thế bằng thuốc kháng H2, sử dụng các thuốc H2 ít nhất 12 giờ trước hoặc 4 giờ sau khi uống rilpivirin. |
| 488 | Lercanidipin | Lopinavir/ritonavir | Lopinavir/ritonavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của lercanidipin | Tăng nồng độ lercanidipin, tăng nguy cơ hạ huyết áp nghiêm trọng | Chống chỉ định phối hợp |
| 489 | Lercanidipin | Saquinavir +/- ritonavir | Saquinavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của lercanidipin | Tăng nồng độ lercanidipin, tăng nguy cơ hạ huyết áp nghiêm trọng | Chống chỉ định phối hợp |
| 490 | Lercanidipin | Posaconazol | Posaconazol ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của lercanidipin | Tăng nồng độ lercanidipin, tăng nguy cơ hạ huyết áp nghiêm trọng | Chống chỉ định phối hợp. Cần nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn: Trong trường hợp bắt buộc sử dụng thuốc kháng nấm azol, thay posaconazol bằng fluconazol (nhưng tránh dùng liều cao, có tác dụng ức chế mạnh CYP3A4). |
| 491 | Lercanidipin | Voriconazol | Voriconazol ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của lercanidipin | Tăng nồng độ lercanidipin, tăng nguy cơ hạ huyết áp nghiêm trọng | Chống chỉ định phối hợp. Cần nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn: Trong trường hợp bắt buộc sử dụng thuốc kháng nấm azol, thay voriconazol bằng fluconazol (nhưng tránh dùng liều cao, có tác dụng ức chế mạnh CYP3A4). |
| 492 | Levodopa/carbidopa +/- entacapon | Metoclopramid | Đối kháng tác dụng của nhau | Giảm hiệu quả của cả hai thuốc | Chống chỉ định phối hợp |
| 493 | Levodopa/carbidopa +/- entacapon | Sulpirid | Đối kháng tác dụng của nhau | Giảm hiệu quả của cả hai thuốc | Chống chỉ định phối hợp |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|----------------------------------|--|---|---|---|
| 494 | Levodopa/carbidopa +/- entacapon | Linezolid | Tăng tích lũy noradrenalin (norepinephrin) và dopamin | Tăng nguy cơ xuất hiện cơn tăng huyết áp (đau đầu, đánh trống ngực, cứng cổ, tăng huyết áp) | Chống chỉ định sử dụng levodopa/carbidopa đồng thời hoặc trong vòng 14 ngày trước đó có sử dụng linezolid. |
| 495 | Levodopa/carbidopa +/- entacapon | Xanh methylen (sử dụng đường tiêm tĩnh mạch) | Tăng tích lũy noradrenalin (norepinephrin) và dopamin | Tăng nguy cơ xuất hiện cơn tăng huyết áp (đau đầu, đánh trống ngực, cứng cổ, tăng huyết áp) | Chống chỉ định sử dụng levodopa/carbidopa đồng thời hoặc trong vòng 14 ngày trước đó có sử dụng xanh methylen. |
| 496 | Levofloxacin | Thioridazin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn.</p> |
| 497 | Levosulpirid | Thioridazin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn.</p> |
| 498 | Levosulpirid | Sparfloxacin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|-------------|------------------------------|--|---|
| | | | | | thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn. |
| 499 | Linezolid | Paroxetin | Hiệp đồng tác dụng serotonin | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | <p>1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời linezolid và paroxetin. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn.</p> <p>2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng linezolid và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc.</p> |
| 500 | Linezolid | Sertralin | Hiệp đồng tác dụng serotonin | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | <p>1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời linezolid và sertralin. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn.</p> <p>2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng linezolid và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc.</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|-------------|------------------------------|--|--|
| 501 | Linezolid | Venlafaxin | Hiệp đồng tác dụng serotonin | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | <p>1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời linezolid và venlafaxin. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn.</p> <p>2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng linezolid và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc.</p> |
| 502 | Linezolid | Milnacipran | Hiệp đồng tác dụng serotonin | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | <p>1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời linezolid và milnacipran. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn.</p> <p>2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng linezolid và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc.</p> |
| 503 | Linezolid | Trazodon | Hiệp đồng tác dụng serotonin | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân | <p>1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời linezolid và trazodon. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn.</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|-----------------|------------------------------|--|--|
| | | | | nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | 2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng linezolid và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc. |
| 504 | Linezolid | Methylphen idat | Hiệp đồng tác dụng serotonin | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | 1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời linezolid và methylphenidat. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn. 2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng linezolid và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc. |
| 505 | Linezolid | Mirtazapin | Hiệp đồng tác dụng serotonin | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | 1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời linezolid và mirtazapin. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn. 2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng linezolid và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc. |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|--|------------------------------|--|--|
| | | | | | nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc. |
| 506 | Linezolid | Xanh methylen (sử dụng đường tiêm tĩnh mạch) | Hiệp đồng tác dụng serotonin | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | <p>1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời linezolid và xanh methylen. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi linezolid sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn.</p> <p>2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng cả hai thuốc và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc. Lưu ý: xanh methylen sử dụng đường tiêm tĩnh mạch.</p> |
| 507 | Linezolid | Sumatriptan | Hiệp đồng tác dụng serotonin | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | <p>1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời linezolid và sumatriptan. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn.</p> <p>2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng linezolid và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc.</p> |
| 508 | Linezolid | Pethidin | Hiệp đồng tác dụng serotonin | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng | <p>1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời linezolid và pethidin. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|-------------|------------------------------|---|--|
| | | | | <p>ơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...)</p> | <p>hơn. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng opioid, có thể đổi sang các opioid khác không có hoạt tính ức chế thu hồi serotonin (morphin, codein, oxycodon, buprenorphin)</p> <p>2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng linezolid và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc.</p> |
| 509 | Linezolid | Tramadol | Hiệp đồng tác dụng serotonin | <p>Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...)</p> | <p>1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời linezolid và tramadol. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng opioid, có thể đổi sang các opioid khác không có hoạt tính ức chế thu hồi serotonin (morphin, codein, oxycodon, buprenorphin)</p> <p>2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng linezolid và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc.</p> |
| 510 | Linezolid | Methadon | Hiệp đồng tác dụng serotonin | <p>Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng</p> | <p>1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời linezolid và methadon. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|-------------------------------------|--|---|--|
| | | | | co, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn... | <p>hơn. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng opioid, có thể đổi sang các opioid khác không có hoạt tính ức chế thu hồi serotonin (morphin, codein, oxycodon, buprenorphin)</p> <p>2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng linezolid và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc.</p> |
| 511 | Linezolid | Methyldopa | Chưa rõ | Tăng nguy cơ xuất hiện cơn tăng huyết áp (đau đầu, đánh trống ngực, cứng cổ) | Chống chỉ định phối hợp |
| 512 | Linezolid | Pseudoephedrin (sử dụng đường uống) | Tăng tích lũy noradrenalin (norepinephrin) | Tăng nguy cơ xuất hiện cơn tăng huyết áp (đau đầu, đánh trống ngực, cứng cổ, tăng huyết áp) | Chống chỉ định sử dụng pseudoephedrin (sử dụng đường uống) đồng thời hoặc trong vòng 14 ngày trước đó có sử dụng linezolid. |
| 513 | Linezolid | Phenylephrin (sử dụng đường uống) | Tăng tích lũy noradrenalin (norepinephrin) | Tăng nguy cơ xuất hiện cơn tăng huyết áp (đau đầu, đánh trống ngực, cứng cổ, tăng huyết áp) | <p>1. Chống chỉ định sử dụng phenylephrin sử dụng đường uống đồng thời hoặc trong vòng 14 ngày trước đó có sử dụng linezolid.</p> <p>2. Đối với phenylephrin sử dụng đường tiêm, cần sử dụng rất thận trọng trên bệnh nhân đang dùng linezolid trong điều kiện giám sát huyết áp chặt chẽ.</p> |
| 514 | Linezolid | Nefopam | Nefopam ức chế thu hồi noradrenalin (norepinephrin) và serotonin trên hệ thần kinh | Tăng nguy cơ kích thích thần kinh trung ương (co giật, ảo giác và kích động) | Chống chỉ định phối hợp |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|---------------------|-----------------------------------|---|--|---|
| 515 | Lisinopril | Sacubitril/valsartan (sacubitril) | Tăng tích lũy bradykinin gây phù mạch | Tăng nguy cơ phù mạch | Chống chỉ định phối hợp. Chỉ bắt đầu sử dụng Sacubitril/valsartan (sacubitril) sau khi ngừng lisinopril ít nhất 36 giờ. |
| 516 | Lopinavir/ritonavir | Lovastatin | Lopinavir/ritonavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của lovastatin | Tăng nồng độ của lovastatin trong huyết thanh, tăng nguy cơ bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân cấp | Chống chỉ định phối hợp. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng dẫn chất statin, thay lovastatin bằng các dẫn chất statin khác (ngoại trừ simvastatin), sử dụng liều thấp nhất có hiệu quả, atorvastatin không quá 20 mg/ngày, rosuvastatin không vượt quá 10 mg/ngày, pitavastatin và pravastatin không cần hiệu chỉnh liều khi phối hợp. |
| 517 | Lopinavir/ritonavir | Simvastatin | Lopinavir/ritonavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của simvastatin | Tăng nồng độ của simvastatin trong huyết thanh, tăng nguy cơ bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân cấp | Chống chỉ định phối hợp. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng dẫn chất statin, thay simvastatin bằng các dẫn chất statin khác (ngoại trừ lovastatin) sử dụng liều thấp nhất có hiệu quả, atorvastatin không quá 20 mg/ngày, rosuvastatin không vượt quá 10 mg/ngày, pitavastatin và pravastatin không cần hiệu chỉnh liều khi phối hợp. |
| 518 | Lopinavir/ritonavir | Methylergometrin | Lopinavir/ritonavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của methylergometrin | Tăng nồng độ của methylergometrin trong huyết thanh, tăng nguy cơ độc tính (nôn, buồn nôn, hoại tử đầu chi, thiếu máu cục bộ do co thắt mạch...) | Tốt nhất nên tránh phối hợp. Đối với trường hợp điều trị bằng huyết sau sinh, nếu không còn thuốc khác thay thế ở người bệnh đang sử dụng lopinavir/ritonavir sử dụng methylergometrin chỉ khi lợi ích vượt trội nguy cơ và sử dụng liều thấp nhất có hiệu quả trong thời gian ngắn nhất. |
| 519 | Lopinavir/ritonavir | Ticagrelor | Lopinavir/ritonavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của ticagrelor | Tăng nồng độ của ticagrelor trong huyết thanh, tăng nguy cơ xuất huyết | Chống chỉ định phối hợp |
| 520 | Lopinavir/ritonavir | Ranolazin | Lopinavir/ritonavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của ranolazin | Tăng nồng độ ranolazin trong huyết thanh, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT | Chống chỉ định phối hợp |
| 521 | Lopinavir/ritonavir | Tolvaptan | Lopinavir/ritonavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của tolvaptan | Tăng nồng độ tolvaptan trong huyết thanh, tăng nguy cơ tác dụng không mong | Chống chỉ định phối hợp |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|---------------------------------|-------------|--|---|---|
| | | | | muôn (tăng nồng độ natri huyết thanh, đa niệu, khát nước, giảm thể tích tuần hoàn...) | |
| 522 | Lopinavir/ritonavir | Sildenafil | Lopinavir/ritonavir ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của sildenafil | Tăng nồng độ sildenafil trong huyết thanh, tăng nguy cơ độc tính (hạ huyết áp, ngất, rối loạn thị giác) | 1. Chống chỉ định phối hợp trong trường hợp sử dụng sildenafil điều trị tăng áp động mạch phổi. 2. Trong trường hợp sử dụng sildenafil điều trị rối loạn cương dương, liều sildenafil không vượt quá 25 mg mỗi 48 giờ ở người đang sử dụng lopinavir/ritonavir. |
| 523 | Lopinavir/ritonavir | Quetiapin | Lopinavir/ritonavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của quetiapin | Tăng nồng độ của quetiapin, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT | Tốt nhất nên tránh phối hợp. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng lopinavir/ritonavir, giảm liều quetiapin còn 1/6 liều so với liều bình thường. |
| 524 | Lopinavir/ritonavir (lopinavir) | Rifampicin | Rifampicin cảm ứng CYP3A4 làm tăng chuyển hóa của lopinavir | Giảm nồng độ lopinavir trong huyết thanh, giảm hiệu quả điều trị | Tốt nhất nên tránh phối hợp. Nếu bắt buộc phối hợp, điều chỉnh liều lopinavir/ritonavir (lopinavir 800 mg + ritonavir 200 mg hai lần mỗi ngày hoặc lopinavir 400 mg + ritonavir 400 mg hai lần mỗi ngày) |
| 525 | Lopinavir/ritonavir (ritonavir) | Voriconazol | Ritonavir cảm ứng CYP2C19 (hoặc ức chế CYP3A4 ở người thiếu hoặc giảm hoạt tính CYP2C19) làm tăng (hoặc giảm) chuyển hóa của voriconazol tùy thuộc từng cá thể (voriconazol là cơ chất của cả CYP3A4 và CYP2C19) | Giảm (hoặc tăng) nồng độ voriconazol. | 1. Việc phối hợp voriconazol và ritonavir liều cao (400mg mỗi 12 giờ) làm giảm rõ rệt nồng độ voriconazol, vì vậy, chống chỉ định phối hợp voriconazol với ritonavir ở mức liều này. 2. Việc phối hợp voriconazol với ritonavir liều thấp (100mg mỗi 12 giờ) cũng đã cho thấy làm giảm nồng độ voriconazol mặc dù mức độ ít hơn so với liều cao ritonavir, vì vậy, nên tránh phối hợp thuốc trừ khi lợi ích vượt trội nguy cơ. |
| 526 | Lopinavir/ritonavir (ritonavir) | Vardenafil | Ritonavir ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của vardenafil | Tăng nồng độ vardenafil trong huyết thanh, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT | Chống chỉ định phối hợp |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|---------------------------------|--------------------------|---|--|--|
| 527 | Lopinavir/ritonavir (ritonavir) | Propafenon | Ritonavir ức chế chuyển hóa của propafenon qua CYP3A4 và CYP2D6. | Tăng nồng độ, dẫn đến tăng độc tính của propafenon (đặc biệt là loạn nhịp tim). | Chống chỉ định phối hợp. |
| 528 | Lovastatin | Saquinavir +/- ritonavir | Saquinavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của lovastatin | Tăng nồng độ của lovastatin trong huyết thanh, tăng nguy cơ bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân cấp | Chống chỉ định phối hợp. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng dẫn chất statin, thay lovastatin bằng các dẫn chất statin khác (ngoại trừ simvastatin), sử dụng liều thấp nhất có hiệu quả, atorvastatin không vượt quá 20 mg/ngày, pitavastatin và pravastatin không cần hiệu chỉnh liều khi phối hợp. |
| 529 | Lovastatin | Posaconazol | Posaconazol ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của lovastatin | Tăng nồng độ của lovastatin trong huyết thanh, tăng nguy cơ bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân cấp | Chống chỉ định phối hợp. Cần nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn: - Trong trường hợp bắt buộc sử dụng thuốc kháng nấm azol, thay posaconazol bằng fluconazol (nhưng tránh dùng liều cao, có tác dụng ức chế mạnh CYP3A4) HOẶC - Trong trường hợp bắt buộc sử dụng dẫn chất statin, thay lovastatin bằng các dẫn chất statin khác (ngoại trừ simvastatin). |
| 530 | Lovastatin | Voriconazol | Voriconazol ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của lovastatin | Tăng nồng độ của lovastatin trong huyết thanh, tăng nguy cơ bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân cấp | Chống chỉ định phối hợp. Cần nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn: - Trong trường hợp bắt buộc sử dụng thuốc kháng nấm azol, thay voriconazol bằng fluconazol (nhưng tránh dùng liều cao, có tác dụng ức chế mạnh CYP3A4) HOẶC - Trong trường hợp bắt buộc sử dụng dẫn chất statin, thay lovastatin bằng các dẫn chất statin khác (ngoại trừ simvastatin). |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|--|--|--|---|
| 531 | Lovastatin | Mifepriston | Mifepriston ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của lovastatin | Tăng nồng độ lovastatin trong huyết thanh, tăng nguy cơ bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân cấp | <p>Chống chỉ định phối hợp.</p> <p>1. Chỉ bắt đầu sử dụng lovastatin sau khi ngừng mifepriston ít nhất 2 tuần HOẶC</p> <p>2. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng dẫn chất statin, thay lovastatin bằng pravastatin, rosuvastatin, fluvastatin hoặc pitavastatin.</p> |
| 532 | Methadon | Xanh methylen (sử dụng đường tiêm tĩnh mạch) | Hiệp đồng tác dụng serotonin | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | <p>1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời xanh methylen và methadon. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng opioid, có thể đổi sang các opioid khác không có hoạt tính ức chế thu hồi serotonin (morphin, codein, oxycodon, buprenorphin)</p> <p>2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng xanh methylen và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc.</p> |
| 533 | Methadon | Thioridazin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|------------------|--|---|--|---|
| | | | | | magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn. |
| 534 | Methyldopa | Xanh methylen (sử dụng đường tiêm tĩnh mạch) | Chưa rõ | Tăng nguy cơ xuất hiện cơn tăng huyết áp (đau đầu, đánh trống ngực, cứng cổ) | Chống chỉ định phối hợp |
| 535 | Methylergometrin | Sumatriptan | Hiệp đồng tác dụng co mạch | Co thắt mạch kéo dài | Chống chỉ định phối hợp. Hai thuốc cách nhau ít nhất 24 giờ. |
| 536 | Methylergometrin | Roxithromycin | Roxithromycin ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của methylergometrin | Tăng nồng độ của methylergometrin trong huyết thanh, tăng nguy cơ độc tính (nôn, buồn nôn, hoại tử đầu chi, thiếu máu cục bộ do co thắt mạch...) | Chống chỉ định phối hợp |
| 537 | Methylergometrin | Voriconazol | Voriconazol ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của methylergometrin | Tăng nồng độ của methylergometrin trong huyết thanh, tăng nguy cơ độc tính (nôn, buồn nôn, hoại tử đầu chi, thiếu máu cục bộ do co thắt mạch...) | Chống chỉ định phối hợp |
| 538 | Methylergometrin | Posaconazol | Posaconazol ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của methylergometrin | Tăng nồng độ của methylergometrin trong huyết thanh, tăng nguy cơ độc tính (nôn, buồn nôn, hoại tử đầu chi, thiếu máu cục bộ do co thắt mạch...) | Chống chỉ định phối hợp |
| 539 | Methylergometrin | Saquinavir +/- ritonavir | Saquinavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của methylergometrin | Tăng nồng độ của methylergometrin trong huyết thanh, tăng nguy cơ độc tính (nôn, buồn nôn, hoại tử đầu chi, thiếu máu cục bộ do co thắt mạch...) | Tốt nhất nên tránh phối hợp. Đối với trường hợp điều trị bằng huyết sau sinh, nếu không còn thuốc khác thay thế ở người bệnh đang sử dụng saquinavir, sử dụng methylergometrin chỉ khi lợi ích vượt trội nguy cơ và sử dụng liều thấp nhất có hiệu quả trong thời gian ngắn nhất. |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|----------------|--|---|--|---|
| 540 | Methylphenidat | Xanh methylen (sử dụng đường tiêm tĩnh mạch) | Hiệp đồng tác dụng serotonin | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | <p>1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời xanh methylen và methylphenidat. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn.</p> <p>2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng xanh methylen và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc.</p> |
| 541 | Metoclopramid | Rotigotin | Đôi kháng tác dụng của nhau | Giảm hiệu quả của cả hai thuốc | Chống chỉ định phối hợp |
| 542 | Metoclopramid | Pramipexol | Đôi kháng tác dụng của nhau | Giảm hiệu quả của cả hai thuốc | Chống chỉ định phối hợp |
| 543 | Metoclopramid | Piribedil | Đôi kháng tác dụng của nhau | Giảm hiệu quả của cả hai thuốc | Chống chỉ định phối hợp |
| 544 | Mifepriston | Simvastatin | Mifepriston ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của simvastatin | Tăng nồng độ simvastatin trong huyết thanh, tăng nguy cơ bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân cấp | <p>Chống chỉ định phối hợp.</p> <p>1. Chỉ bắt đầu sử dụng simvastatin sau khi ngừng mifepriston ít nhất 2 tuần HOẶC</p> <p>2. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng dẫn chất statin, thay simvastatin bằng pravastatin, rosuvastatin, fluvastatin hoặc pitavastatin.</p> |
| 545 | Milnacipran | Xanh methylen (sử dụng đường tiêm tĩnh mạch) | Hiệp đồng tác dụng serotonin | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng | <p>1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời xanh methylen và milnacriptan. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|--------------|--|------------------------------|--|---|
| | | | | ơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn. 2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khăn cấp bằng xanh methylen và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc. |
| 546 | Minocyclin | Tretinoin | Hiệp đồng tăng độc tính | Tăng nguy cơ tăng áp nội sọ lành tính (phù gai thị, đau đầu, buồn nôn và nôn, và rối loạn thị giác) | Chống chỉ định phối hợp |
| 547 | Mirtazapin | Xanh methylen (sử dụng đường tiêm tĩnh mạch) | Hiệp đồng tác dụng serotonin | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | 1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời xanh methylen và mirtazapin. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn. 2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khăn cấp bằng xanh methylen và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc. |
| 548 | Moxifloxacin | Thioridazin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | 1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải. 2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|--------------|--|---|--|--|
| | | | | | thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn. |
| 549 | Moxifloxacin | Piperaquin/ dihydroartemisin in (piperaquin) | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | 1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải. 2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn. |
| 550 | Moxifloxacin | Sotalol | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | 1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải. 2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn. |
| 551 | Nefopam | Xanh methylen (sử dụng đường tiêm tĩnh mạch) | Nefopam ức chế thu hồi noradrenalin (norepinephrin) và serotonin trên hệ thần kinh | Tăng nguy cơ kích thích thần kinh trung ương (co giật, ảo giác và kích động) | Chống chỉ định phối hợp |
| 552 | Nicoradil | Sildenafil | Hiệp đồng tăng nồng độ guanosine monophosphate (cGMP) vòng có dụng giãn mạch | Tăng tác dụng hạ huyết áp nghiêm trọng | Chống chỉ định phối hợp. Hai thuốc cách nhau ít nhất 24 giờ. |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|---------------|-------------|--|---|---|
| 553 | Nicoradil | Vardenafil | Hiệp đồng tăng nồng độ guanosine monophosphate (cGMP) vòng có dụng giãn mạch | Tăng tác dụng hạ huyết áp nghiêm trọng | Chống chỉ định phối hợp. Hai thuốc cách nhau ít nhất 24 giờ. |
| 554 | Nicoradil | Tadalafil | Hiệp đồng tăng nồng độ guanosine monophosphate (cGMP) vòng có dụng giãn mạch | Tăng tác dụng hạ huyết áp nghiêm trọng | Chống chỉ định phối hợp. Hai thuốc cách nhau ít nhất 48 giờ. |
| 555 | Nifedipin | Rifampicin | Rifampicin cảm ứng CYP3A4 làm tăng chuyển hóa của nifedipin | Giảm nồng độ nifedipin, giảm hiệu quả điều trị | Chống chỉ định phối hợp |
| 556 | Nitroglycerin | Sildenafil | Hiệp đồng tăng nồng độ guanosine monophosphate (cGMP) vòng có dụng giãn mạch | Tăng tác dụng hạ huyết áp nghiêm trọng | Chống chỉ định phối hợp. Hai thuốc cách nhau ít nhất 24 giờ. |
| 557 | Nitroglycerin | Vardenafil | Hiệp đồng tăng nồng độ guanosine monophosphate (cGMP) vòng có dụng giãn mạch | Tăng tác dụng hạ huyết áp nghiêm trọng | Chống chỉ định phối hợp. Hai thuốc cách nhau ít nhất 24 giờ. |
| 558 | Nitroglycerin | Tadalafil | Hiệp đồng tăng nồng độ guanosine monophosphate (cGMP) vòng có dụng giãn mạch | Tăng tác dụng hạ huyết áp nghiêm trọng | Chống chỉ định phối hợp. Hai thuốc cách nhau ít nhất 48 giờ. |
| 559 | Esomeprazol | Rilpivirin | Giảm hấp thu rilpivirin do tăng pH dạ dày | Giảm nồng độ rilpivirin trong huyết thanh, giảm hiệu quả điều trị | Chống chỉ định phối hợp. Trong trường hợp thay thế bằng thuốc kháng H2, sử dụng các thuốc H2 ít nhất 12 giờ trước hoặc 4 giờ sau khi uống rilpivirin. |
| 560 | Omeprazol | Rilpivirin | Giảm hấp thu rilpivirin do tăng pH dạ dày | Giảm nồng độ rilpivirin trong huyết thanh, giảm hiệu quả điều trị | Chống chỉ định phối hợp. Trong trường hợp thay thế bằng thuốc kháng H2, sử dụng các thuốc H2 ít nhất 12 giờ trước hoặc 4 giờ sau khi uống rilpivirin. |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|--------------|-------------------------|---|---|
| 561 | Ondansetron | Thioridazin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn.</p> |
| 562 | Ondansetron | Sparfloxacin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn.</p> |
| 563 | Oxaliplatin | Thioridazin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn.</p> |
| 564 | Oxaliplatin | Sparfloxacin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|----------------|--|---|--|---|
| | | | | | 2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn. |
| 565 | Oxcarbamazepin | Rilpivirin | Oxcarbamazepin cảm ứng CYP3A4 mạnh làm tăng chuyển hóa của rilpivirin | Giảm nồng độ của rilpivirin trong huyết thanh, dẫn đến giảm hiệu quả điều trị | Chống chỉ định phối hợp. |
| 566 | Pantoprazol | Rilpivirin | Giảm hấp thu rilpivirin do tăng pH dạ dày | Giảm nồng độ rilpivirin trong huyết thanh, giảm hiệu quả điều trị | Chống chỉ định phối hợp. Trong trường hợp thay thế bằng thuốc kháng H2, sử dụng các thuốc H2 ít nhất 12 giờ trước hoặc 4 giờ sau khi uống rilpivirin. |
| 567 | Paroxetin | Xanh methylen (sử dụng đường tiêm tĩnh mạch) | Hiệp đồng tác dụng serotonin | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | 1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời xanh methylen và tramadol. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng opioid, có thể đổi sang các opioid khác không có hoạt tính ức chế thu hồi serotonin (morphin, codein, oxycodon, buprenorphin) 2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khăn cấp bằng xanh methylen và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc. |
| 568 | Paroxetin | Thioridazin | Paroxetin ức chế CYP2D6 làm giảm chuyển hóa của thioridazin | Tăng nồng độ thioridazin, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT | Chống chỉ định phối hợp |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|----------------------------------|--|--|--|---|
| 569 | Peginterferon-alpha (2a hoặc 2b) | Telbivudin | Chưa rõ | Tăng nguy cơ viêm thần kinh ngoại vi liên quan đến telbivudin. | Chống chỉ định phối hợp |
| 570 | Perindopril | Sacubitril/valsartan (sacubitril) | Tăng tích lũy bradykinin gây phù mạch | Tăng nguy cơ phù mạch | Chống chỉ định phối hợp. Chỉ bắt đầu sử dụng Sacubitril/valsartan (sacubitril) sau khi ngừng perindopril ít nhất 36 giờ. |
| 571 | Pethidin | Xanh methylen (sử dụng đường tiêm tĩnh mạch) | Hiệp đồng tác dụng serotonin | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | <p>1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời xanh methylen và pethidin. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng opioid, có thể đổi sang các opioid khác không có hoạt tính ức chế thu hồi serotonin (morphin, codein, oxycodon, buprenorphin)</p> <p>2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng xanh methylen và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc.</p> |
| 572 | Phenobarbital | Praziquantel | Phenobarbital cảm ứng CYP3A4 mạnh làm tăng chuyển hóa của praziquantel | Giảm nồng độ của praziquantel trong huyết thanh, dẫn đến giảm hiệu quả điều trị | Chống chỉ định phối hợp. |
| 573 | Phenobarbital | Rilpivirin | Phenobarbital cảm ứng CYP3A4 mạnh làm tăng chuyển hóa của rilpivirin | Giảm nồng độ của rilpivirin trong huyết thanh, dẫn đến giảm hiệu quả điều trị | Chống chỉ định phối hợp. |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|---|--|---|---|---|
| 574 | Phenobarbital | Voriconazol | Phenobarbital cảm ứng CYP3A4 mạnh làm tăng chuyển hóa của voriconazol | Giảm nồng độ của voriconazol trong huyết thanh, dẫn đến giảm hiệu quả điều trị | Chống chỉ định phối hợp. |
| 575 | Phenobarbital | Ranolazin | Phenobarbital cảm ứng CYP3A4 và P-gp làm tăng chuyển hóa của ranolazin và thải trừ của ranolazin. | Giảm nồng độ ranolazin trong huyết thanh, giảm hiệu quả điều trị | Chống chỉ định phối hợp |
| 576 | Phenylephrin (sử dụng đường uống) | Xanh methylen (sử dụng đường tiêm tĩnh mạch) | Tăng tích lũy noradrenalin (norepinephrin) | Tăng nguy cơ xuất hiện cơn tăng huyết áp (đau đầu, đánh trống ngực, cứng cổ, tăng huyết áp) | 1. Chống chỉ định sử dụng phenylephrin sử dụng đường uống đồng thời hoặc trong vòng 14 ngày trước đó có sử dụng xanh methylen. 2. Đối với phenylephrin sử dụng đường tiêm, cần sử dụng rất thận trọng trên bệnh nhân đang dùng xanh methylen trong điều kiện giám sát huyết áp chặt chẽ. |
| 577 | Phenytoin | Praziquantel | Phenytoin cảm ứng CYP3A4 mạnh làm tăng chuyển hóa của praziquantel | Giảm nồng độ của praziquantel trong huyết thanh, dẫn đến giảm hiệu quả điều trị | Chống chỉ định phối hợp. |
| 578 | Phenytoin | Rilpivirin | Phenytoin cảm ứng CYP3A4 mạnh làm tăng chuyển hóa của rilpivirin | Giảm nồng độ của rilpivirin trong huyết thanh, dẫn đến giảm hiệu quả điều trị | Chống chỉ định phối hợp. |
| 579 | Phenytoin | Ranolazin | Phenytoin cảm ứng CYP3A4 và P-gp làm tăng chuyển hóa của ranolazin và thải trừ của ranolazin. | Giảm nồng độ ranolazin trong huyết thanh, giảm hiệu quả điều trị | Chống chỉ định phối hợp |
| 580 | Piperaquin/di hydroartemisinin (piperaquin) | Thioridazin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | 1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải. 2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|--|--------------------------|-------------------------|---|---|
| | | | | | và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn. |
| 581 | Piperaquin/dihydroartemisinin (piperaquin) | Sotalolol | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn.</p> |
| 582 | Piperaquin/dihydroartemisinin (piperaquin) | Saquinavir +/- ritonavir | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn.</p> |
| 583 | Piperaquin/dihydroartemisinin (piperaquin) | Sparfloxacin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn.</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|-------------|--|--|--|
| 584 | Piribedil | Sulpirid | Đối kháng tác dụng của nhau | Giảm hiệu quả của cả hai thuốc | Chống chỉ định phối hợp |
| 585 | Posaconazol | Simvastatin | Posaconazol ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của simvastatin | Tăng nồng độ của simvastatin trong huyết thanh, tăng nguy cơ bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân cấp | Chống chỉ định phối hợp. Cần nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn: - Trong trường hợp bắt buộc sử dụng thuốc kháng nấm azol, thay posaconazol bằng fluconazol (nhưng tránh dùng liều cao, có tác dụng ức chế mạnh CYP3A4) HOẶC - Trong trường hợp bắt buộc sử dụng dẫn chất statin, thay simvastatin bằng các dẫn chất statin khác (ngoại trừ lovastatin). |
| 586 | Posaconazol | Ticagrelor | Posaconazol ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của ticagrelor | Tăng nồng độ của ticagrelor trong huyết thanh, tăng nguy cơ xuất huyết | Chống chỉ định phối hợp. Cần nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn: Trong trường hợp bắt buộc sử dụng thuốc kháng nấm azol, thay posaconazol bằng fluconazol (nhưng tránh dùng liều cao, có tác dụng ức chế mạnh CYP3A4). |
| 587 | Posaconazol | Ranolazin | Posaconazol ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của ranolazin | Tăng nồng độ ranolazin trong huyết thanh, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT | Chống chỉ định phối hợp. Cần nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn: Trong trường hợp bắt buộc sử dụng thuốc kháng nấm azol, thay posaconazol bằng fluconazol (nhưng tránh dùng liều cao, có tác dụng ức chế mạnh CYP3A4). |
| 588 | Posaconazol | Tolvaptan | Posaconazol ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của tolvaptan | Tăng nồng độ tolvaptan trong huyết thanh, tăng nguy cơ tác dụng không mong muốn (tăng nồng độ natri huyết thanh, đa niệu, khát nước, giảm thể tích tuần hoàn...) | Chống chỉ định phối hợp. Cần nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn: Trong trường hợp bắt buộc sử dụng thuốc kháng nấm azol, thay posaconazol bằng fluconazol (nhưng tránh dùng liều cao, có tác dụng ức chế mạnh CYP3A4). |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------------------------------|--|--|---|--|
| 589 | Posaconazol | Quetiapin | Posaconazol ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của quetiapin | Tăng nồng độ của quetiapin, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT | Chống chỉ định phối hợp. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn: Trong trường hợp bắt buộc sử dụng thuốc kháng nấm azol, thay posaconazol bằng fluconazol (nhưng tránh dùng liều cao, có tác dụng ức chế mạnh CYP3A4). |
| 590 | Pramipexol | Sulpirid | Đôi kháng tác dụng của nhau | Giảm hiệu quả của cả hai thuốc | Chống chỉ định phối hợp |
| 591 | Praziquantel | Rifampicin | Rifampicin cảm ứng CYP3A4 làm tăng chuyển hóa của praziquantel | Giảm nồng độ của praziquantel trong huyết thanh, dẫn đến giảm hiệu quả điều trị | Chống chỉ định phối hợp. Với rifampicin, chỉ bắt đầu sử dụng praziquantel sau khi ngừng rifampicin ít nhất 4 tuần. Rifampicin có thể sử dụng lại sau 1 ngày dùng praziquantel. |
| 592 | Propafenon | Saquinavir/ritonavir (ritonavir) | Ritonavir ức chế chuyển hóa của propafenon qua CYP3A4 và CYP2D6. | Tăng nồng độ, dẫn đến tăng độc tính của propafenon (đặc biệt là loạn nhịp tim). | Chống chỉ định phối hợp. |
| 593 | Pseudoephedrin (sử dụng đường uống) | Xanh methylen (sử dụng đường tiêm tĩnh mạch) | Tăng tích lũy noradrenalin (norepinephrin) | Tăng nguy cơ xuất hiện cơn tăng huyết áp (đau đầu, đánh trống ngực, cứng cổ, tăng huyết áp) | Chống chỉ định sử dụng pseudoephedrin (sử dụng đường uống) đồng thời hoặc trong vòng 14 ngày trước đó có sử dụng xanh methylen. |
| 594 | Quetiapin | Saquinavir +/- ritonavir | Saquinavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của quetiapin | Tăng nồng độ của quetiapin, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT | Tốt nhất nên tránh phối hợp. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng saquinavir, giảm liều quetiapin còn 1/6 liều so với liều bình thường. |
| 595 | Quetiapin | Voriconazol | Voriconazol ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của quetiapin | Tăng nồng độ của quetiapin, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT | Chống chỉ định phối hợp. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn: Trong trường hợp bắt buộc sử dụng thuốc kháng nấm azol, thay voriconazol bằng fluconazol (nhưng tránh dùng liều cao, có tác dụng ức chế mạnh CYP3A4). |
| 596 | Quinapril | Sacubitril/valsartan (sacubitril) | Tăng tích lũy bradykinin gây phù mạch | Tăng nguy cơ phù mạch | Chống chỉ định phối hợp. Chỉ bắt đầu sử dụng Sacubitril/valsartan (sacubitril) sau khi ngừng quinapril ít nhất 36 giờ. |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|-----------------------------------|--|--|--|
| 597 | Rabeprazol | Rilpivirin | Giảm hấp thu rilpivirin do tăng pH dạ dày | Giảm nồng độ rilpivirin trong huyết thanh, giảm hiệu quả điều trị | Chống chỉ định phối hợp. Trong trường hợp thay thế bằng thuốc kháng H2, sử dụng các thuốc H2 ít nhất 12 giờ trước hoặc 4 giờ sau khi uống rilpivirin. |
| 598 | Ramipril | Sacubitril/valsartan (sacubitril) | Tăng tích lũy bradykinin gây phù mạch | Tăng nguy cơ phù mạch | Chống chỉ định phối hợp. Chỉ bắt đầu sử dụng Sacubitril/valsartan (sacubitril) sau khi ngừng ramipril ít nhất 36 giờ. |
| 599 | Ranolazin | Saquinavir +/- ritonavir | Saquinavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của ranolazin | Tăng nồng độ ranolazin trong huyết thanh, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT | Chống chỉ định phối hợp |
| 600 | Ranolazin | Voriconazol | Voriconazol ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của ranolazin | Tăng nồng độ ranolazin trong huyết thanh, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT | Chống chỉ định phối hợp. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn: Trong trường hợp bắt buộc sử dụng thuốc kháng nấm azol, thay voriconazol bằng fluconazol (nhưng tránh dùng liều cao, có tác dụng ức chế mạnh CYP3A4). |
| 601 | Ranolazin | Rifampicin | Rifampicin cảm ứng CYP3A4 và P-gp làm tăng chuyển hóa của ranolazin và thải trừ của ranolazin. | Giảm nồng độ ranolazin trong huyết thanh, giảm hiệu quả điều trị | Chống chỉ định phối hợp |
| 602 | Rifampicin | Rilpivirin | Rifampicin cảm ứng CYP3A4 làm tăng chuyển hóa của rilpivirin | Giảm nồng độ của rilpivirin trong huyết thanh, dẫn đến giảm hiệu quả điều trị | Chống chỉ định phối hợp. |
| 603 | Rifampicin | Voriconazol | Rifampicin cảm ứng CYP3A4 làm tăng chuyển hóa của voriconazol | Giảm nồng độ của voriconazol trong huyết thanh, dẫn đến giảm hiệu quả điều trị | Chống chỉ định phối hợp. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng voriconazol, cân nhắc thay đổi phác đồ chống lao cho bệnh nhân. |
| 604 | Rifampicin | Sofosbuvir | Rifampicin cảm ứng P-gp làm tăng thải trừ của sofosbuvir | Giảm nồng độ của sofosbuvir trong huyết thanh, dẫn đến giảm hiệu quả điều trị | Chống chỉ định phối hợp |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-----------------------------------|------------------------------------|---|--|---|
| 605 | Rifampicin | Saquinavir +/- ritonavir | Rifampicin cảm ứng CYP3A4 làm tăng chuyển hóa của saquinavir | Giảm nồng độ saquinavir trong huyết thanh, giảm hiệu quả điều trị | Chống chỉ định phối hợp |
| 606 | Rosuvastatin | Sofosbuvir/ledipasvir (ledipasvir) | Ledipasvir ức chế BCRP và P-gp làm giảm thải trừ rosuvastatin khỏi cơ thể | Tăng nồng độ rosuvastatin trong huyết thanh, tăng nguy cơ bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân cấp | Chống chỉ định phối hợp |
| 607 | Rotigotin | Sulpirid | Đối kháng tác dụng của nhau | Giảm hiệu quả của cả hai thuốc | Chống chỉ định phối hợp |
| 608 | Sacubitril/valsartan (sacubitril) | Trandolapril | Tăng tích lũy bradykinin gây phù mạch | Tăng nguy cơ phù mạch | Chống chỉ định phối hợp. Chỉ bắt đầu sử dụng Sacubitril/valsartan (sacubitril) sau khi ngừng trandolapril ít nhất 36 giờ. |
| 609 | Sacubitril/valsartan (sacubitril) | Zofenopril | Tăng tích lũy bradykinin gây phù mạch | Tăng nguy cơ phù mạch | Chống chỉ định phối hợp. Chỉ bắt đầu sử dụng Sacubitril/valsartan (sacubitril) sau khi ngừng zofenopril ít nhất 36 giờ. |
| 610 | Saquinavir +/- ritonavir | Simvastatin | Saquinavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của simvastatin | Tăng nồng độ của simvastatin trong huyết thanh, tăng nguy cơ bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân cấp | Chống chỉ định phối hợp. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng dẫn chất statin, thay simvastatin bằng các dẫn chất statin khác (ngoại trừ lovastatin) sử dụng liều thấp nhất có hiệu quả, atorvastatin không vượt quá 20 mg/ngày, pitavastatin và pravastatin không cần hiệu chỉnh liều khi phối hợp. |
| 611 | Saquinavir +/- ritonavir | Ticagrelor | Saquinavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của ticagrelor | Tăng nồng độ của ticagrelor trong huyết thanh, tăng nguy cơ xuất huyết | Chống chỉ định phối hợp |
| 612 | Saquinavir +/- ritonavir | Tolvaptan | Saquinavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của tolvaptan | Tăng nồng độ tolvaptan trong huyết thanh, tăng nguy cơ tác dụng không mong muốn (tăng nồng độ natri huyết thanh, đa niệu, khát nước, giảm thể tích tuần hoàn...) | Chống chỉ định phối hợp |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|----------------------------------|--|--|--|--|
| 613 | Saquinavir +/- ritonavir | Sildenafil | Saquinavir ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của sildenafil | Tăng nồng độ sildenafil trong huyết thanh, tăng nguy cơ độc tính (hạ huyết áp, ngất, rối loạn thị giác) | 1. Chống chỉ định phối hợp trong trường hợp sử dụng sildenafil điều trị tăng áp động mạch phổi. 2. Trong trường hợp sử dụng sildenafil điều trị rối loạn cương dương, liều sildenafil không vượt quá 25 mg mỗi 48 giờ ở người đang sử dụng saquinavir. |
| 614 | Saquinavir/ritonavir (ritonavir) | Vardenafil | Ritonavir ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của vardenafil | Tăng nồng độ vardenafil trong huyết thanh, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT | Chống chỉ định phối hợp |
| 615 | Saquinavir/ritonavir (ritonavir) | Voriconazol | Ritonavir cảm ứng CYP2C19 (hoặc ức chế CYP3A4 ở người thiếu hoặc giảm hoạt tính CYP2C19) làm tăng (hoặc giảm) chuyển hóa của voriconazol tùy thuộc từng cá thể (voriconazol là cơ chất của cả CYP3A4 và CYP2C19) | Giảm (hoặc tăng) nồng độ voriconazol. | 1. Việc phối hợp voriconazol và ritonavir liều cao (400mg mỗi 12 giờ) làm giảm rõ rệt nồng độ voriconazol, vì vậy, chống chỉ định phối hợp voriconazol với ritonavir ở mức liều này. 2. Việc phối hợp voriconazol với ritonavir liều thấp (100mg mỗi 12 giờ) cũng đã cho thấy làm giảm nồng độ voriconazol mặc dù mức độ ít hơn so với liều cao ritonavir, vì vậy, nên tránh phối hợp thuốc trừ khi lợi ích vượt trội nguy cơ. |
| 616 | Sertralin | Xanh methylen (sử dụng đường tiêm tĩnh mạch) | Hiệp đồng tác dụng serotonin | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | 1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời xanh methylen và doxylamin. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn. 2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng xanh methylen và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc. |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|--------------|--|---|--|
| 617 | Sevofluran | Thioridazin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn.</p> |
| 618 | Sevofluran | Sparfloxacin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn.</p> |
| 619 | Simvastatin | Voriconazol | Voriconazol ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của simvastatin | Tăng nồng độ của simvastatin trong huyết thanh, tăng nguy cơ bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân cấp | <p>Chống chỉ định phối hợp. Cần nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trong trường hợp bắt buộc sử dụng thuốc kháng nấm azol, thay voriconazol bằng fluconazol (nhưng tránh dùng liều cao, có tác dụng ức chế mạnh CYP3A4) HOẶC - Trong trường hợp bắt buộc sử dụng dẫn chất statin, thay simvastatin bằng các dẫn chất statin khác (ngoại trừ lovastatin). |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|--------------|--------------|-------------------------|---|---|
| 620 | Sotalol | Thioridazin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn.</p> |
| 621 | Sotalol | Sparfloxacin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn.</p> |
| 622 | Sparfloxacin | Sulpirid | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn.</p> |
| 623 | Sparfloxacin | Thioridazin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|--|--|--|--|
| | | | | | 2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn. |
| 624 | Sulpirid | Thioridazin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | 1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải. 2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn. |
| 625 | Sumatriptan | Xanh methylen (sử dụng đường tiêm tĩnh mạch) | Hiệp đồng tác dụng serotonin | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | 1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời xanh methylen và sumatriptan. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn. 2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng xanh methylen và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc. |
| 626 | Tamoxifen | Warfarin | Tamoxifen ức chế CYP2C9 làm giảm chuyển hóa của warfarin | Tăng nguy cơ xuất huyết | 1. Chống chỉ định phối hợp ở bệnh nhân sử dụng tamoxifen dự phòng tiên phát ung thư vú. |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|--|---|--|--|
| | | | | | 2. Ở bệnh nhân ung thư vú, nên cân nhắc sử dụng heparin trọng lượng phân tử thấp (LMWH) hoặc các thuốc chống đông đường uống tác động trực tiếp (DOAC) thay thế acenocoumarol để điều trị thuyên tắc tĩnh mạch do huyết khối. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng đồng thời tamoxifen với acenocoumarol, cần giảm liều acenocoumarol và theo dõi chặt chẽ bệnh nhân. |
| 627 | Tetracyclin | Tretinoin | Hiệp đồng tăng độc tính | Tăng nguy cơ tăng áp nội sọ lành tính (phù gai thị, đau đầu, buồn nôn và nôn, và rối loạn thị giác) | Chống chỉ định phối hợp |
| 628 | Ticagrelor | Voriconazol | Voriconazol ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của ticagrelor | Tăng nồng độ của ticagrelor trong huyết thanh, tăng nguy cơ xuất huyết | Chống chỉ định phối hợp. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn: Trong trường hợp bắt buộc sử dụng thuốc kháng nấm azol, thay voriconazol bằng fluconazol (nhưng tránh dùng liều cao, có tác dụng ức chế mạnh CYP3A4). |
| 629 | Tigecyclin | Tretinoin | Hiệp đồng tăng độc tính | Tăng nguy cơ tăng áp nội sọ lành tính (phù gai thị, đau đầu, buồn nôn và nôn, và rối loạn thị giác) | Chống chỉ định phối hợp |
| 630 | Tolvaptan | Voriconazol | Voriconazol ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của tolvaptan | Tăng nồng độ tolvaptan trong huyết thanh, tăng nguy cơ tác dụng không mong muốn (tăng nồng độ natri huyết thanh, đa niệu, khát nước, giảm thể tích tuần hoàn...) | Chống chỉ định phối hợp. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn: Trong trường hợp bắt buộc sử dụng thuốc kháng nấm azol, thay voriconazol bằng fluconazol (nhưng tránh dùng liều cao, có tác dụng ức chế mạnh CYP3A4). |
| 631 | Tramadol | Xanh methylen (sử dụng đường tiêm tĩnh mạch) | Hiệp đồng tác dụng serotonin | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng | 1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời xanh methylen và tramadol. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|--|------------------------------|--|--|
| | | | | co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | <p>tác hơn. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng opioid, có thể đổi sang các opioid khác không có hoạt tính ức chế thu hồi serotonin (morphin, codein, oxycodon, buprenorphin)</p> <p>2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khăn cấp bằng xanh methylen và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc.</p> |
| 632 | Trazodon | Xanh methylen (sử dụng đường tiêm tĩnh mạch) | Hiệp đồng tác dụng serotonin | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | <p>1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời xanh methylen và trazodon. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn.</p> <p>2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khăn cấp bằng xanh methylen và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc.</p> |
| 633 | Venlafaxin | Xanh methylen (sử dụng đường tiêm tĩnh mạch) | Hiệp đồng tác dụng serotonin | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân | <p>1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời xanh methylen và venlafaxin. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn.</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|-------------|--------|---|--|
| | | | | hiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | 2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng xanh methylen và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc. |

DANH MỤC TƯƠNG TÁC THUỐC THEO NHÓM ĐẶC TÍNH DƯỢC LÝ

| STT | Tên thuốc/Nhóm thuốc 1 | Tên thuốc/Nhóm thuốc 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|--|--|---|--|---|
| 1 | Các thuốc ức chế monoamine oxidase (MAO) (xanh methylen, linezolid, furazolidon) | <p>Các thuốc làm tăng nồng độ serotonin:</p> <p><i>Các thuốc chống trầm cảm ba vòng (TCA):</i> amitriptylin, clomipramin.</p> <p><i>Các thuốc ức chế tái thu hồi chọn lọc serotonin (SSRI):</i> paroxetin, fluvoxamin, fluoxetin, sertralín, citalopram, escitalopram, venlafaxin, duloxetin.</p> <p><i>Dẫn chất triptan:</i> sumatriptan</p> <p><i>Opioid:</i> pethidin, tramadol, fentanyl, dextromethorphan, methadon</p> <p><i>Các thuốc khác:</i> trazodon, bupropion, mirtazapin, methylphenidat, milnacipran, carbamazepin, doxylamin</p> | Hiệp đồng tác dụng serotonin. Tác dụng ức chế MAO của furazolidon do chất chuyển hóa của thuốc, xuất hiện chậm sau 5 - 10 ngày. | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | <p>1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời các thuốc IMAO và các thuốc làm tăng nồng độ serotonin. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần (hoặc 5 tuần với fluoxetin). Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng opioid, có thể đổi sang các opioid khác không có hoạt tính ức chế thu hồi serotonin (morphin, codein, oxycodon, buprenorphin)</p> <p>2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng các thuốc IMAO và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc.</p> <p>Lưu ý: xanh methylen sử dụng đường tiêm tĩnh mạch.</p> |
| 2 | MAO (xanh methylen, linezolid, furazolidon) | Levodopa/carbi dopa +/- entacapon | Tăng tích lũy noradrenalin (norepinephrin) và dopamin. Tác dụng | Tăng nguy cơ xuất hiện cơn tăng huyết áp (đau đầu, đánh | Chống chỉ định sử dụng levodopa/carbidopa đồng thời hoặc trong vòng 14 ngày trước đó có sử dụng IMAO. |

| STT | Tên thuốc/Nhóm thuốc 1 | Tên thuốc/Nhóm thuốc 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|--|---|--|---|---|
| | | | ức chế MAO của furazolidon do chất chuyển hóa của thuốc, xuất hiện chậm sau 5 - 10 ngày. | trống ngực, cứng cổ, tăng huyết áp) | Lưu ý: xanh methylen sử dụng đường tiêm tĩnh mạch. |
| 3 | IMAO (xanh methylen, linezolid, furazolidon) | Methylidopa | Chưa rõ. Tác dụng ức chế MAO của furazolidon do chất chuyển hóa của thuốc, xuất hiện chậm sau 5 - 10 ngày. | Tăng nguy cơ xuất hiện cơn tăng huyết áp (đau đầu, đánh trống ngực, cứng cổ) | Chống chỉ định phối hợp. Lưu ý: xanh methylen sử dụng đường tiêm tĩnh mạch. |
| 4 | IMAO (xanh methylen, linezolid, furazolidon) | Thuốc cường giao cảm tác động gián tiếp sử dụng đường uống (ephedrin, pseudoephedrin, phenylephrin) | Tăng tích lũy noradrenalin (norepinephrin). Tác dụng ức chế MAO của furazolidon do chất chuyển hóa của thuốc, xuất hiện chậm sau 5 - 10 ngày. | Tăng nguy cơ xuất hiện cơn tăng huyết áp (đau đầu, đánh trống ngực, cứng cổ, tăng huyết áp) | 1. Chống chỉ định sử dụng thuốc cường giao cảm tác động gián tiếp (ephedrin, pseudoephedrin, phenylephrin) sử dụng đường uống đồng thời hoặc trong vòng 14 ngày trước đó có sử dụng IMAO. 2. Đối với các thuốc cường giao cảm sử dụng đường tiêm, cần sử dụng rất thận trọng trên bệnh nhân đang dùng IMAO trong điều kiện giám sát huyết áp chặt chẽ. Lưu ý: xanh methylen sử dụng đường tiêm tĩnh mạch. |
| 5 | IMAO (xanh methylen, linezolid, furazolidon) | Nefopam | Nefopam ức chế thu hồi noradrenalin (norepinephrin) và serotonin trên hệ thần kinh. Tác dụng ức chế MAO của furazolidon do chất chuyển hóa của thuốc, xuất | Tăng nguy cơ kích thích thần kinh trung ương (co giật, ảo giác và kích động) | Chống chỉ định phối hợp. Lưu ý: xanh methylen sử dụng đường tiêm tĩnh mạch. |

| STT | Tên thuốc/Nhóm thuốc 1 | Tên thuốc/Nhóm thuốc 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|--|--|--|--|---|
| | | | hiện chậm sau 5 - 10 ngày. | | |
| 6 | Kháng sinh tetracyclin (tetracyclin, doxycyclin, minocyclin, tigecyclin) | Dẫn chất retinoid (acitretin, tretinoin, isotretinoin) | Hiệp đồng tăng độc tính | Tăng nguy cơ tăng áp nội sọ lạnh tính (phù gai thị, đau đầu, buồn nôn và nôn, và rối loạn thị giác) | Chống chỉ định phối hợp |
| 7 | Thuốc chống viêm không có cấu trúc steroid (NSAID) ¹ | Ketorolac | Hiệp đồng tác dụng kích ứng đường tiêu hóa | Tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa nghiêm trọng (sử dụng đồng thời ketorolac với 1 NSAID khác làm tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa gấp 5 lần so với phối hợp 2 NSAID khác) | Chống chỉ định phối hợp. Cần đặc biệt lưu ý nguy cơ tương tác trong trường hợp giảm đau hậu phẫu. |
| 8 | Dẫn chất nitrat (nitroglycerin, isosorbid mononitrat, isosorbid dinitrat, nicoradil) | Thuốc ức chế PDE-5 (sildenafil, vardenafil, tadalafil) | Hiệp đồng tăng nồng độ guanosine monophosphate (cGMP) vòng có dụng giãn mạch | Tăng tác dụng hạ huyết áp nghiêm trọng | Chống chỉ định phối hợp. Hai thuốc cách nhau ít nhất 24 giờ (với sildenafil và vardenafil) hoặc 48 giờ (với tadalafil). |
| 9 | Thuốc ức chế enzym chuyển ² | Sacubitril/valsartan (sacubitril) | Tăng tích lũy bradykinin gây phù mạch | Tăng nguy cơ phù mạch | Chống chỉ định phối hợp. Chỉ bắt đầu sử dụng sacubitril/valsartan sau khi ngừng thuốc ức chế enzym chuyển ít nhất 36 giờ. |
| 10 | Alcaloid nấm cựa gà (dihydroergotamin, ergotamin, ergometrin, methylegometrin) | Thuốc nhóm triptan (sumatriptan) | Hiệp đồng tác dụng co mạch | Co thắt mạch kéo dài | Chống chỉ định phối hợp. Hai thuốc cách nhau ít nhất 24 giờ. |
| 11 | Thuốc tránh thai bản chất hormon ⁵ | Acid tranexamic | Nguy cơ huyết khối khi sử dụng thuốc tránh thai tăng lên khi phối hợp với thuốc kháng phân giải fibrin | Tăng nguy cơ biến cố huyết khối | 1. Chống chỉ định sử dụng acid tranexamic điều trị rong kinh ở bệnh nhân đang dùng thuốc tránh thai bản chất hormon. |

| STT | Tên thuốc/Nhóm thuốc 1 | Tên thuốc/Nhóm thuốc 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|----------------------------------|------------------------|--|--|---|
| | | | | | <p>2. Với các chỉ định khác của acid tranexamic, có thể sử dụng ở người đang dùng thuốc tránh thai nhưng cần đặc biệt thận trọng.</p> <p>Lưu ý các yếu tố tăng nguy cơ: béo phì, hút thuốc lá, đặc biệt ở người trên 35 tuổi.</p> |
| 12 | Thuốc cản quang iod ⁷ | Metformin | Nguy cơ suy thận cấp liên quan đến cả metformin và thuốc cản quang iod. Suy thận cấp làm tăng nguy cơ nhiễm toan lactic. | Tăng nguy cơ nhiễm toan lactic và suy thận cấp | <p>1. Bệnh nhân có MLCT > 30 ml/phút/1,73m² và không có bằng chứng tổn thương thận cấp, được chỉ định tiêm thuốc cản quang đường tĩnh mạch hoặc tiêm thuốc cản quang đường động mạch tiếp xúc với thận thứ cấp (ví dụ: bơm thuốc vào tim phải, động mạch phổi, động mạch cảnh, động mạch dưới đòn, động mạch vành, động mạch mạc treo hay động mạch dưới động mạch thận): tiếp tục sử dụng metformin như bình thường.</p> <p>2. Bệnh nhân (1) MLCT < 30 ml/phút/1,73m² tiêm thuốc cản quang đường tĩnh mạch, đường động mạch tiếp xúc với thận thứ cấp, hoặc (2) Bệnh nhân tiêm thuốc cản quang đường động mạch tiếp xúc với thận đầu tiên (ví dụ: bơm thuốc vào tim trái, động mạch chủ ngực, động mạch chủ bụng trên động mạch thận hoặc động mạch thận) hoặc (3) Có tổn thương thận: Ngừng metformin trước hoặc tại thời điểm tiến hành thủ thuật chẩn đoán hình ảnh và không được dùng lại cho đến ít nhất 48 giờ sau đó. Sau 48 giờ, chỉ sử dụng lại metformin sau khi chức năng thận được đánh giá lại và cho thấy ổn định.</p> <p>* Lưu ý:</p> <p>- Các yếu tố nguy cơ: suy thận, suy tim, không đủ dịch hoặc thiếu dịch, sử dụng liều cao thuốc cản quang hoặc sử dụng đồng thời các thuốc độc tính trên thận khác.</p> |

| STT | Tên thuốc/Nhóm thuốc 1 | Tên thuốc/Nhóm thuốc 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|--|--|--|---|---|
| | | | | | - Khuyến cáo về tương tác này không áp dụng trong trường hợp bơm thuốc cản quang iod để chụp X-quang tử cung - vòi trứng. |
| 13 | Thuốc gây kéo dài khoảng QT ⁴ | Thuốc gây kéo dài khoảng QT ⁴ | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</p> <p>2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn.</p> |
| 14 | Thuốc ức chế enzym chuyển ² hoặc thuốc đối kháng thụ thể AT1 ³ | Aliskiren | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ tăng kali máu, suy thận và hạ huyết áp | <p>1. Chống chỉ định ở bệnh nhân đái tháo đường hoặc suy thận (MLCT < 60 ml/ph/1,73 m²).</p> <p>2. Ở các đối tượng khác, cũng nên tránh phối hợp này. Trong trường hợp bắt buộc phối hợp, theo dõi chặt chẽ kali, creatinin và huyết áp của bệnh nhân.</p> |
| 15 | Thuốc đối kháng thụ thể dopamin (sulpirid, metoclopramid) | Thuốc chủ vận dopamin điều trị Parkinson (levodopa/ carbidopa +/- entacapon, rotigotin, pramipexol, piribedil, bromocriptin) | Đối kháng tác dụng của nhau | Giảm hiệu quả của cả hai thuốc | Chống chỉ định phối hợp |
| 16 | Dẫn chất statin (simvastatin, lovastatin) | Thuốc ức chế mạnh CYP3A4 (clarithromycin, erythromycin, các thuốc ức chế protease điều trị HIV ⁶ , boceprevir, itraconazol, posaconazol, voriconazol) | Các thuốc ức chế mạnh CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của dẫn chất statin | Tăng nồng độ của dẫn chất statin trong huyết thanh, tăng nguy cơ bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân cấp | <p>Chống chỉ định phối hợp.</p> <p>1. Chỉ bắt đầu sử dụng simvastatin/lovastatin sau khi ngừng itraconazol ít nhất 2 tuần HOẶC</p> <p>2. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn.</p> <p>- Trong trường hợp bắt buộc sử dụng dẫn chất statin: thay simvastatin/lovastatin bằng các dẫn chất statin khác (lưu ý về giới hạn về liều của các</p> |

| STT | Tên thuốc/Nhóm thuốc 1 | Tên thuốc/Nhóm thuốc 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|---|---|---|---|--|
| | | | | | <p>dẫn chất statin này khi phối hợp với các thuốc ức chế CYP3A4 mạnh).</p> <p>- Trong trường hợp bắt buộc sử dụng thuốc kháng nấm azol: thay itraconazol bằng fluconazol (nhưng tránh dùng liều cao, có tác dụng ức chế mạnh CYP3A4).</p> <p>- Trong trường hợp bắt buộc sử dụng kháng sinh macrolid: thay erythromycin, clarithromycin bằng azithromycin.</p> |
| 17 | Dẫn chất statin (simvastatin, lovastatin) | Danazol | Danazol ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của dẫn chất statin | Tăng nồng độ dẫn chất statin trong huyết thanh, tăng nguy cơ bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân cấp | Chống chỉ định phối hợp |
| 18 | Dẫn chất statin (simvastatin, atorvastatin, lovastatin, pitavastatin) | Ciclosporin | Ciclosporin ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của dẫn chất statin; ciclosporin cũng ức chế cả OATP1B1 làm giảm vận chuyển statin vào gan. | Tăng nồng độ dẫn chất statin trong huyết thanh, tăng nguy cơ bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân cấp | Chống chỉ định phối hợp. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng dẫn chất statin: thay bằng fluvastatin (tối đa 20 mg/ngày), pravastatin (tối đa 20 mg/ngày), rosuvastatin (tối đa 5 mg/ngày). |
| 19 | Dẫn chất statin (simvastatin, lovastatin) | Mifepriston | Mifepriston ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của dẫn chất statin | Tăng nồng độ dẫn chất statin trong huyết thanh, tăng nguy cơ bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân cấp | <p>Chống chỉ định phối hợp.</p> <p>1. Chỉ bắt đầu sử dụng simvastatin/lovastatin sau khi ngừng mifepriston ít nhất 2 tuần HOẶC</p> <p>2. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng dẫn chất statin: thay simvastatin hoặc lovastatin bằng pravastatin, rosuvastatin, fluvastatin hoặc pitavastatin</p> |
| 20 | Alcaloid nấm cựa gà (dihydroergota min, ergotamin, | Thuốc ức chế mạnh CYP3A4 (các thuốc ức chế protetase điều | Các thuốc ức chế mạnh CYP3A4 làm giảm chuyển | Tăng nồng độ của alcaloid nấm cựa gà trong huyết thanh, | Chống chỉ định phối hợp. Đối với trường hợp điều trị bằng huyết sau sinh, nếu không còn thuốc khác thay thế ở người bệnh đang sử dụng thuốc HIV |

| STT | Tên thuốc/Nhóm thuốc 1 | Tên thuốc/Nhóm thuốc 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|----------------------------------|--|---|--|--|
| | ergometrin, methylergometrin) | trị HIV ⁶ , clarithromycin, erythromycin, roxithromycin, itraconazol, posaconazol, voriconazol, boceprevir) | hóa của alkaloid nấm cựa gà | tăng nguy cơ độc tính (nôn, buồn nôn, hoại tử đầu chi, thiếu máu cục bộ do co thắt mạch...) | nhóm ức chế proteases, sử dụng ergometrin/methylergometrin chỉ khi lợi ích vượt trội nguy cơ và sử dụng liều thấp nhất có hiệu quả trong thời gian ngắn nhất. |
| 21 | Ivabradin | Thuốc ức chế mạnh CYP3A4 (các thuốc ức chế protease điều trị HIV ⁶ , clarithromycin, erythromycin, itraconazol, posaconazol, voriconazol, boceprevir) hoặc trung bình (diltiazem, verapamil) | Các thuốc ức chế mạnh CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của ivabradin. Verapamil hoặc diltiazem hiệp đồng tác dụng làm chậm nhịp tim của ivabradin | Tăng nồng độ ivabradin trong huyết thanh, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT và chậm nhịp tim | Chống chỉ định phối hợp. Cần nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn: - Trong trường hợp bắt buộc sử dụng thuốc kháng nấm azol: thay itraconazol bằng fluconazol (nhưng tránh dùng liều cao, có tác dụng ức chế mạnh CYP3A4) - Trong trường hợp bắt buộc sử dụng kháng sinh macrolid: thay erythromycin, clarithromycin bằng azithromycin. |
| 22 | Ticagrelor | Thuốc ức chế mạnh CYP3A4 (clarithromycin, itraconazol, posaconazol, voriconazol, các thuốc ức chế protease điều trị HIV ⁶) | Các thuốc ức chế mạnh CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của ticagrelor | Tăng nồng độ của ticagrelor trong huyết thanh, tăng nguy cơ xuất huyết | Chống chỉ định phối hợp. 1. Chỉ bắt đầu sử dụng ticagrelor sau khi ngừng itraconazol ít nhất 2 tuần HOẶC 2. Cần nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn: - Trong trường hợp bắt buộc sử dụng thuốc kháng nấm azol: thay itraconazol bằng fluconazol (nhưng tránh dùng liều cao, có tác dụng ức chế mạnh CYP3A4) - Trong trường hợp bắt buộc sử dụng kháng sinh macrolid: thay clarithromycin bằng azithromycin. |
| 23 | Ranolazin | Thuốc ức chế mạnh CYP3A4 | Các thuốc ức chế mạnh CYP3A4 | Tăng nồng độ ranolazin trong | Chống chỉ định phối hợp. |

| STT | Tên thuốc/Nhóm thuốc 1 | Tên thuốc/Nhóm thuốc 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|---|---|--|--|--|
| | | (clarithromycin, itraconazol, posaconazol, voriconazol, các thuốc ức chế protetase điều trị HIV ⁶) | làm giảm chuyển hóa của ranolazin | huyết thanh, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT | <p>1. Chỉ bắt đầu sử dụng ranolazin sau khi ngừng itraconazol ít nhất 2 tuần HOẶC</p> <p>2. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trong trường hợp bắt buộc sử dụng thuốc kháng nấm azol: thay itraconazol bằng fluconazol (nhưng tránh dùng liều cao, có tác dụng ức chế mạnh CYP3A4). - Trong trường hợp bắt buộc sử dụng kháng sinh macrolid: thay clarithromycin bằng azithromycin. |
| 24 | Tolvaptan | Thuốc ức chế mạnh CYP3A4 (clarithromycin, itraconazol, posaconazol, voriconazol, các thuốc ức chế protetase điều trị HIV ⁶) | Các thuốc ức chế mạnh CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của tolvaptan | Tăng nồng độ tolvaptan trong huyết thanh, tăng nguy cơ tác dụng không mong muốn (tăng nồng độ natri huyết thanh, đa niệu, khát nước, giảm thể tích tuần hoàn...) | <p>Chống chỉ định phối hợp. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trong trường hợp bắt buộc sử dụng thuốc kháng nấm azol: thay itraconazol bằng fluconazol (nhưng tránh dùng liều cao, có tác dụng ức chế mạnh CYP3A4). - Trong trường hợp bắt buộc sử dụng kháng sinh macrolid: thay clarithromycin bằng azithromycin. |
| 25 | Thuốc chẹn kênh canxi (lercanidipin, felodipin) | Thuốc ức chế mạnh CYP3A4 (clarithromycin, itraconazol, posaconazol, voriconazol, các thuốc ức chế protetase điều trị HIV ⁶) | Các thuốc ức chế mạnh CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của lercanidipin hoặc felodipin | Tăng nồng độ lercanidipin/felodipin, tăng nguy cơ hạ huyết áp nghiêm trọng | <p>Chống chỉ định phối hợp.</p> <p>1. Chỉ bắt đầu sử dụng felodipin sau khi ngừng itraconazol ít nhất 2 tuần HOẶC</p> <p>2. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trong trường hợp bắt buộc sử dụng thuốc kháng nấm azol: thay itraconazol bằng fluconazol (nhưng tránh dùng liều cao, có tác dụng ức chế mạnh CYP3A4). |

| STT | Tên thuốc/Nhóm thuốc 1 | Tên thuốc/Nhóm thuốc 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|------------------------|--|--|--|---|
| | | | | | - Trong trường hợp bắt buộc sử dụng kháng sinh macrolid: thay clarithromycin bằng azithromycin. |
| 26 | Lercanidipin | Ciclosporin | Ciclosporin ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của lercanidipin và ngược lại, lercanidipin ức chế yếu CYP3A4 làm giảm chuyển hóa ciclosporin. | Tăng nồng độ ciclosporin, tăng nồng độ lercanidipin trong huyết thanh, tăng nguy cơ hạ huyết áp nghiêm trọng | Chống chỉ định phối hợp |
| 27 | Domperidon | Thuốc ức chế mạnh CYP3A4 (erythromycin, clarithromycin, itraconazol, posaconazol, voriconazol, các thuốc ức chế protease điều trị HIV ⁶) | Các thuốc ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của domperidon | Tăng nồng độ domperidon trong huyết thanh, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT | Chống chỉ định phối hợp |
| 28 | Vardenafil | Thuốc ức chế mạnh CYP3A4 (itraconazol, ritonavir, indinavir) | Các thuốc ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của vardenafil | Tăng nồng độ vardenafil trong huyết thanh, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT | Chống chỉ định phối hợp |
| 29 | Amiodaron | Các thuốc ức chế protease điều trị HIV (ritonavir, indinavir, saquinavir) | Các thuốc ức chế protease ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của amiodaron | Tăng nồng độ amiodaron trong huyết thanh, tăng nguy cơ tác dụng không mong muốn (hạ huyết áp, chậm nhịp tim, ngừng xoang...) | Chống chỉ định phối hợp |
| 30 | Alfuzosin | Các thuốc ức chế protease điều trị HIV ⁶ , boceprevir | Các thuốc ức chế protease ức chế CYP3A4 làm giảm | Tăng nồng độ alfuzosin trong huyết thanh, tăng | Chống chỉ định phối hợp |

| STT | Tên thuốc/Nhóm thuốc 1 | Tên thuốc/Nhóm thuốc 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|------------------------|--|--|---|---|
| | | | chuyển hóa của alfuzosin | nguy cơ hạ huyết áp nghiêm trọng | |
| 31 | Propafenon | Ritonavir | Ritonavir ức chế chuyển hóa của propafenon qua CYP3A4 và CYP2D6. | Tăng nồng độ, dẫn đến tăng độc tính của propafenon (đặc biệt là loạn nhịp tim). | Chống chỉ định phối hợp. |
| 32 | Quetiapin | Thuốc ức chế mạnh CYP3A4 (clarithromycin, itraconazol, posaconazol, voriconazol, các thuốc ức chế protease điều trị HIV ⁶) | Các thuốc ức chế mạnh CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của quetiapin | Tăng nồng độ của quetiapin, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT | Chống chỉ định phối hợp. Cần nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn: - Trong trường hợp bắt buộc sử dụng thuốc kháng nấm azol: thay itraconazol bằng fluconazol (nhưng tránh dùng liều cao, có tác dụng ức chế mạnh CYP3A4). - Trong trường hợp bắt buộc sử dụng kháng sinh macrolid: thay erythromycin, clarithromycin bằng azithromycin. - Trong trường hợp bắt buộc sử dụng thuốc ức chế protease điều trị HIV, giảm liều quetiapin còn 1/6 liều so với liều bình thường. |
| 33 | Alprazolam | Indinavir +/- ritonavir | Indinavir ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của alprazolam | Tăng nồng độ alprazolam trong huyết thanh, tăng nguy cơ tác dụng không mong muốn (buồn ngủ, lơ đãng, lẫn lộn, nặng hơn có thể xuất hiện mất điều hòa vận động, giảm trương lực cơ, hạ huyết áp, suy hô hấp, hôn mê) | Chống chỉ định phối hợp |
| 34 | Everolimus | Thuốc ức chế mạnh CYP3A4 và P-gp | Ritonavir, clarithromycin và | Tăng nồng độ everolimus trong | Chống chỉ định phối hợp |

| STT | Tên thuốc/Nhóm thuốc 1 | Tên thuốc/Nhóm thuốc 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|------------------------|---|--|--|--|
| | | (ritonavir, clarithromycin, itraconazol) | itraconazol ức chế mạnh CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của everolimus ở gan, đồng thời, ức chế P-gp làm giảm thải trừ everolimus khỏi cơ thể. | huyết thanh, tăng tác dụng bất lợi liên quan đến ức chế miễn dịch | |
| 35 | Sildenafil | Các thuốc ức chế protease điều trị HIV ⁶ | Các thuốc ức chế protease ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của sildenafil | Tăng nồng độ sildenafil trong huyết thanh, tăng nguy cơ độc tính (hạ huyết áp, ngất, rối loạn thị giác) | <p>1. Chống chỉ định phối hợp trong trường hợp sử dụng sildenafil điều trị tăng áp động mạch phổi.</p> <p>2. Trong trường hợp sử dụng sildenafil điều trị rối loạn cương dương, liều sildenafil không vượt quá 25 mg mỗi 48 giờ ở người đang sử dụng ritonavir.</p> |
| 36 | Irinotecan | Itraconazol | Itraconazol ức chế CYP3A4 và ức chế UGT1A1 (enzym xúc tác phản ứng glucuronid hóa) làm giảm chuyển hóa của SN-38 (chất chuyển hóa có hoạt tính của irinotecan) | Tăng nồng độ của chất chuyển hóa có hoạt tính của irinotecan trong huyết thanh, tăng nguy cơ tác dụng không mong muốn (tiêu chảy, giảm bạch cầu trung tính...) | Chống chỉ định phối hợp. Chỉ bắt đầu sử dụng irinotecan sau khi ngừng itraconazol ít nhất 2 tuần. |
| 37 | Saquinavir/ritonavir | Kháng sinh macrolid (erythromycin, clarithromycin) | Kháng sinh macrolid ức chế CYP3A4 và P-gp, làm giảm chuyển hóa và thải trừ saquinavir. Saquinavir cũng ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của kháng sinh macrolid | Tăng nồng độ kháng sinh macrolid tăng nồng độ saquinavir, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT và xoắn đỉnh. | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở bệnh nhân có QTc > 450 ms và saquinavir ở dạng phối hợp ritonavir.</p> <p>2. Trong trường hợp bắt buộc phối hợp, định kỳ đo điện tâm đồ mỗi 3-4 ngày. Nếu QTc > 480 ms hoặc tăng > 20 ms so với ban đầu, ngừng 1 trong 2 hoặc cả 2 thuốc.</p> |

| STT | Tên thuốc/Nhóm thuốc 1 | Tên thuốc/Nhóm thuốc 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-----------------------------------|--|--|---|--|
| 38 | Colchicin | Thuốc ức chế mạnh CYP3A4 (indinavir, saquinavir, posaconazol, voriconazol, boceprevir, roxithromycin) hoặc P-gp (ranolazin, verapamil, amiodaron, carvedilol, diltiazem, sunitinib, nilotinib, ciclosporin) hoặc cả hai (clarithromycin, erythromycin, itraconazol, ritonavir) | Các thuốc ức chế mạnh CYP3A4 và/hoặc ức chế P-gp làm giảm chuyển hóa và thải trừ colchicin. | Tăng nồng độ colchicin trong huyết thanh, tăng nguy cơ tác dụng độc tính (tiêu chảy, nôn, đau bụng, sốt, xuất huyết, giảm cả ba dòng tế bào máu, các dấu hiệu độc tính trên cơ như đau cơ, mỏi cơ hoặc yếu cơ, nước tiểu sẫm màu, dị cảm, trường hợp nặng có thể gây suy đa tạng và tử vong). | <p>1. Chống chỉ định ở bệnh nhân suy gan hoặc suy thận.</p> <p>2. Ở bệnh nhân chức năng gan, thận bình thường: nên tránh phối hợp. Nếu phối hợp: giảm liều colchicin. Dùng liều tiếp theo của colchicin sau 3 ngày. Theo dõi nguy cơ độc tính của colchicin.</p> |
| 39 | Agomelatin, tizanidin, duloxetine | Thuốc ức chế CYP1A2 mạnh (ciprofloxacin, fluvoxamin) | Các thuốc ức chế CYP1A2 mạnh làm giảm chuyển hóa của agomelatin hoặc tizanidin hoặc duloxetine | Tăng nồng độ của agomelatin hoặc tizanidin hoặc duloxetine trong huyết thanh, tăng nguy cơ tác dụng không mong muốn của các thuốc này | Chống chỉ định phối hợp |
| 40 | Thioridazin | Paroxetin | Paroxetin ức chế CYP2D6 làm giảm chuyển hóa của thioridazin | Tăng nồng độ thioridazin, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT | Chống chỉ định phối hợp |
| 41 | Dextromethorphan | SSRI (paroxetin, fluoxetine) | Paroxetin, fluoxetine ức chế CYP2D6 làm giảm chuyển hóa của dextromethorphan | Tăng nồng độ dextromethorphan, tăng nguy cơ độc tính (nôn, buồn nôn, nhìn mờ, ảo giác) hoặc tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất | Chống chỉ định phối hợp |

| STT | Tên thuốc/Nhóm thuốc 1 | Tên thuốc/Nhóm thuốc 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|------------------------|--|--|---|---|
| | | | | phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | |
| 42 | Repaglinid | Gemfibrozil | Gemfibrozil ức chế CYP2C8 làm giảm chuyển hóa của repaglinid, gemfibrozil cũng ức chế OATP1B1 làm giảm vận chuyển gemfibrozil vào gan. | Tăng nồng độ repaglinid trong huyết thanh, tăng nguy cơ hạ đường huyết | Chống chỉ định phối hợp |
| 43 | Tamoxifen | Thuốc chống đông kháng vitamin K (acenocoumarol, warfarin) | Tamoxifen ức chế CYP2C9 làm giảm chuyển hóa của thuốc chống đông kháng vitamin K | Tăng nguy cơ xuất huyết | <p>1. Chống chỉ định phối hợp ở bệnh nhân sử dụng tamoxifen dự phòng tiên phát ung thư vú.</p> <p>2. Ở bệnh nhân ung thư vú, nên cân nhắc sử dụng heparin trọng lượng phân tử thấp (LMWH) hoặc các thuốc chống đông đường uống tác động trực tiếp (DOAC) thay thế cho thuốc chống đông kháng vitamin K để điều trị thuyên tắc tĩnh mạch do huyết khối. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng đồng thời tamoxifen với thuốc chống đông kháng vitamin K, cần giảm 1/2 đến 2/3 liều warfarin và theo dõi chặt chẽ bệnh nhân.</p> |
| 44 | Praziquantel | Thuốc cảm ứng mạnh CYP3A4 (rifampicin, carbamazepin, phenobarbital, phenytoin) | Các thuốc cảm ứng mạnh CYP3A4 làm tăng chuyển hóa của praziquantel | Giảm nồng độ của praziquantel trong huyết thanh, dẫn đến giảm hiệu quả điều trị | Chống chỉ định phối hợp. Với rifampicin, chỉ bắt đầu sử dụng praziquantel sau khi ngừng rifampicin ít nhất 4 tuần. Rifampicin có thể sử dụng lại sau 1 ngày dừng praziquantel. |
| 45 | Rilpivirin | Thuốc cảm ứng mạnh CYP3A4 (rifampicin, carbamazepin, oxcarbamazepin , | Các thuốc cảm ứng mạnh CYP3A4 làm tăng chuyển hóa của rilpivirin | Giảm nồng độ của rilpivirin trong huyết thanh, dẫn | Chống chỉ định phối hợp |

| STT | Tên thuốc/Nhóm thuốc 1 | Tên thuốc/Nhóm thuốc 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-----------------------------------|---|---|---|---|
| | | phenytoin, dexamethason, phenobarbital) | | đến giảm hiệu quả điều trị | |
| 46 | Voriconazol | Thuốc cảm ứng mạnh CYP3A4 (rifampicin, carbamazepin, phenobarbital) | Các thuốc cảm ứng mạnh CYP3A4 làm tăng chuyển hóa của voriconazol | Giảm nồng độ của voriconazol trong huyết thanh, dẫn đến giảm hiệu quả điều trị | Chống chỉ định phối hợp. Ở bệnh nhân lao, trong trường hợp bắt buộc sử dụng voriconazol, cần nhắc thay đổi phác đồ chống lao cho bệnh nhân. |
| 47 | Daclatasvir | Thuốc cảm ứng mạnh CYP3A4 (rifampicin, carbamazepin, phenytoin, enzalutamid, phenobarbital) | Các thuốc cảm ứng mạnh CYP3A4 làm tăng chuyển hóa của daclatasvir | Giảm nồng độ của daclatasvir trong huyết thanh, dẫn đến giảm hiệu quả điều trị | Chống chỉ định phối hợp |
| 48 | Delamanid | Thuốc cảm ứng mạnh CYP3A4 (rifampicin, carbamazepin, phenytoin, enzalutamid) | Các thuốc cảm ứng mạnh CYP3A4 làm tăng chuyển hóa của delamanid | Giảm nồng độ của delamanid trong huyết thanh, dẫn đến giảm hiệu quả điều trị | Chống chỉ định phối hợp |
| 49 | Artemether/lumefantrin | Thuốc cảm ứng mạnh CYP3A4 (rifampicin, carbamazepin, phenytoin, enzalutamid, phenobarbital) | Các thuốc cảm ứng mạnh CYP3A4 làm tăng chuyển hóa của artemether/lumefantrin | Giảm nồng độ của artemether/lumefantrin trong huyết thanh, dẫn đến giảm hiệu quả điều trị | Chống chỉ định phối hợp |
| 50 | Grazoprevir/elbasvir | Thuốc cảm ứng mạnh CYP3A4 (carbamazepin, phenytoin, efavirenz, enzalutamid, phenobarbital) | Các thuốc cảm ứng mạnh CYP3A4 làm tăng chuyển hóa của grazoprevir/elbasvir | Giảm nồng độ grazoprevir/elbasvir trong huyết thanh, dẫn đến giảm hiệu quả điều trị | Chống chỉ định phối hợp |
| 51 | Ranolazin | Thuốc cảm ứng mạnh CYP3A4 (rifampicin, carbamazepin, phenytoin, phenobarbital) | Các thuốc cảm ứng CYP3A4 và P-gp làm tăng chuyển hóa và thải trừ của ranolazin. | Giảm nồng độ ranolazin trong huyết thanh, giảm hiệu quả điều trị | Chống chỉ định phối hợp |
| 52 | Thuốc ức chế protease (lopinavir, | Rifampicin | Rifampicin cảm ứng CYP3A4 làm | Giảm nồng độ thuốc ức chế | Tốt nhất nên tránh phối hợp. Nếu bắt buộc phối hợp, điều chỉnh liều lopinavir/ritonavir (lopinavir |

| STT | Tên thuốc/Nhóm thuốc 1 | Tên thuốc/Nhóm thuốc 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|---|------------------------|---|--|---|
| | atazanavir, saquinavir, darunavir, indinavir) | | tăng chuyển hóa của các thuốc ức chế protease | protease trong huyết thanh, giảm hiệu quả điều trị | 800 mg + ritonavir 200 mg hai lần mỗi ngày hoặc lopinavir 400 mg + ritonavir 400 mg hai lần mỗi ngày). |
| 53 | Nifedipin | Rifampicin | Rifampicin cảm ứng CYP3A4 làm tăng chuyển hóa của nifedipin | Giảm nồng độ nifedipin, giảm hiệu quả điều trị | Chống chỉ định phối hợp |
| 54 | Voriconazol | Efavirenz | Efavirenz cảm ứng CYP3A4 làm tăng chuyển hóa của voriconazol; voriconazol ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của efavirenz | Giảm nồng độ voriconazol, tăng nồng độ efavirenz trong huyết thanh, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT | 1. Chống chỉ định với liều efavirenz trên 400 mg/ngày. 2. Voriconazol có thể phối hợp efavirenz khi tăng liều duy trì của voriconazol lên 400 mg mỗi 12 giờ và giảm liều của efavirenz còn 300 mg mỗi 24 giờ. Khi ngừng sử dụng voriconazol, có thể quay lại sử dụng liều ban đầu efavirenz. |
| 55 | Voriconazol | Ritonavir | Ritonavir cảm ứng CYP2C19 (hoặc ức chế CYP3A4 ở người thiếu hoặc giảm hoạt tính CYP2C19 do di truyền) làm tăng (hoặc giảm) chuyển hóa của voriconazol tùy thuộc từng cá thể (voriconazol là cơ chất của cả CYP3A4 và CYP2C19) | Giảm (hoặc tăng) nồng độ voriconazol. | 1. Việc phối hợp voriconazol và ritonavir liều cao (400mg mỗi 12 giờ) làm giảm rõ rệt nồng độ voriconazol, vì vậy, chống chỉ định phối hợp voriconazol với ritonavir ở mức liều này. 2. Việc phối hợp voriconazol với ritonavir liều thấp (100mg mỗi 12 giờ) cũng đã cho thấy làm giảm nồng độ voriconazol mặc dù mức độ ít hơn so với liều cao ritonavir, vì vậy, nên tránh phối hợp thuốc trừ khi lợi ích vượt trội nguy cơ. |
| 56 | Glibenclamid | Bosentan | Bosentan cảm ứng CYP3A4 và CYP2C9, làm tăng chuyển hóa của glibenclamid. Cơ chế tăng enzym gan chưa rõ | Tăng nguy cơ tăng enzym gan, giảm nồng độ glibenclamid trong huyết thanh, giảm hiệu quả điều trị | Chống chỉ định phối hợp |

| STT | Tên thuốc/Nhóm thuốc 1 | Tên thuốc/Nhóm thuốc 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|---|---|--|--|---|
| 57 | Ciclosporin | Bosentan | Bosentan cảm ứng CYP3A4 làm tăng chuyển hóa của ciclosporin; ciclosporin ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của bosentan; | Tăng nồng độ của bosentan, tăng nguy cơ tác dụng không mong muốn (đau đầu..); giảm nồng độ của ciclosporin trong huyết thanh, giảm hiệu quả điều trị, tăng nguy cơ thải ghép | Chống chỉ định phối hợp |
| 58 | Dẫn chất fluorouracil (capecitabin, fluorouracil, tegafur) | Brivudin | Chất chuyển hóa của brivudin ức chế enzym dihydropyrimidine dehydrogenase (DPD) - enzym chuyển hóa dẫn chất fluorouracil | Tăng nồng độ fluoroaracil trong máu, dẫn đến tăng nguy cơ độc tính | Chống chỉ định phối hợp. Chỉ bắt đầu sử dụng dẫn chất fluoroaracil sau khi ngừng brivudin ít nhất 4 tuần. |
| 59 | Dabigatran | Itraconazol | Itraconazol ức chế P-gp làm giảm thải trừ dabigatran khỏi cơ thể | Tăng nồng độ dabigatran trong huyết thanh, tăng nguy cơ xuất huyết | Chống chỉ định phối hợp |
| 60 | Sofosbuvir | Rifampicin | Rifampicin cảm ứng P-gp làm tăng thải trừ của sofosbuvir | Giảm nồng độ của sofosbuvir trong huyết thanh, dẫn đến giảm hiệu quả điều trị | Chống chỉ định phối hợp |
| 61 | Dẫn chất statin (simvastatin, lovastatin, atorvastatin, fluvastatin, pravastatin) | Gemfibrozil | Gemfibrozil ức chế OATP1B1 làm giảm vận chuyển các dẫn chất statin vào gan. | Tăng nồng độ simvastatin trong huyết thanh, tăng nguy cơ bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân cấp | Chống chỉ định phối hợp. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng dẫn chất fibrat, thay thế gemfibrozil bằng fenofibrat nhưng cần thận trọng khi phối hợp. |
| 62 | Grazoprevir/elbasvir (grazoprevir) | Các thuốc ức chế OATP1B1/3 (rifampicin, atazanavir, darunavir, lopinavir, saquinavir, | Các thuốc ức chế OATP1B1/3 làm giảm vận chuyển grazoprevir vào gan. | Tăng nồng độ grazoprevir/elbasvir, tăng nguy cơ tăng ALT | Chống chỉ định phối hợp |

| STT | Tên thuốc/Nhóm thuốc 1 | Tên thuốc/Nhóm thuốc 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|---|---|---|--|--|
| | | ciclosporin, eltrombopag) | | | |
| 63 | Rosuvastatin | Sofosbuvir/ledi pasvir (ledipasvir) | Ledipasvir ức chế BCRP và P- gp làm giảm thải trừ rosuvastatin khỏi cơ thể | Tăng nồng độ rosuvastatin trong huyết thanh, tăng nguy cơ bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân cấp | Chống chỉ định phối hợp |
| 64 | Kali clorid (dạng uống giải phóng kéo dài) | Thuốc kháng cholinergic (atropin, hyoscin butylbromid, hyoscyamin, trihexyphenidyl, solifenacin, clidinium, oxybutynin) | Thuốc kháng cholinergic gây tồn lưu hoặc làm tăng thời gian kali qua đường tiêu hóa khi sử dụng đường uống, gây loét đường tiêu hóa | Tăng nguy cơ loét tiêu hóa | <p>1. Tốt nhất nên tránh phối hợp, đặc biệt ở người cao tuổi. Cần nhắc chuyển sang sử dụng kali đường tĩnh mạch.</p> <p>2. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng đồng thời, cần nhắc một số khuyến cáo sau giúp giảm nguy cơ loét tiêu hóa: (1) uống ít nhất 100 mL nước sau khi uống kali, (2) ngồi hoặc đứng thẳng trong ít nhất 5 - 10 phút sau khi uống thuốc.</p> |
| 65 | Rilpivirin | Các thuốc ức chế bơm proton (lansoprazol, omeprazol, pantoprazol, rabeprazol, dexlansoprazol, esomeprazol) | Giảm hấp thu rilpivirin do tăng pH dạ dày | Giảm nồng độ rilpivirin trong huyết thanh, giảm hiệu quả điều trị | Chống chỉ định phối hợp. Trong trường hợp thay thế bằng thuốc kháng H ₂ , sử dụng các thuốc H ₂ ít nhất 12 giờ trước hoặc 4 giờ sau khi uống rilpivirin. |
| 66 | Dung dịch chứa calci (calci glubionat, calci clorid, calci gluconat) sử dụng đường tĩnh mạch và dịch truyền chứa calci (dung dịch Ringer lactat, dung dịch nuôi dưỡng đường tĩnh mạch...) | Ceftriaxon | Hình thành tủa calci - ceftriaxon tại mô phổi và thận khi dùng đồng thời đường tĩnh mạch ở trẻ sơ sinh | Tạo kết tủa tại phổi và thận, có thể dẫn đến tử vong ở trẻ sơ sinh | <p>1. Chống chỉ định sử dụng đồng thời ở trẻ sơ sinh (< 28 ngày tuổi).</p> <p>2. Ở các đối tượng khác, không trộn lẫn calci và ceftriaxon trong cùng 1 đường truyền, dùng 2 thuốc theo 2 đường truyền tại 2 vị trí khác nhau hoặc dùng lần lượt từng thuốc sau đó khi tráng rửa đường truyền bằng dung môi tương hợp.</p> |
| 67 | Brentuximab | Bleomycin | Chưa rõ | Tăng nguy cơ độc tính (không nhiễm trùng) trên phổi (bao gồm viêm | Chống chỉ định phối hợp |

| STT | Tên thuốc/Nhóm thuốc 1 | Tên thuốc/Nhóm thuốc 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-----------------------------------|------------------------|---------|---|-------------------------|
| | | | | phổi không nhiễm trùng, bệnh phổi kẽ hoặc hội chứng suy hô hấp cấp tính (ARDS) do tổn thương phế nang, với biểu hiện khó thở, ho và sốt không đặc hiệu) | |
| 68 | Peginterferon- alpha (2a hoặc 2b) | Telbivudin | Chưa rõ | Tăng nguy cơ viêm thần kinh ngoại vi liên quan đến telbivudin. | Chống chỉ định phối hợp |