

BỘ Y TẾ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: /QĐ-BYT

Hà Nội, ngày tháng năm

QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành Danh mục tương tác thuốc chống chỉ định trong thực hành lâm sàng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2009;

Căn cứ Nghị định số 75/2017/NĐ-CP ngày 20 tháng 6 năm 2017 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Căn cứ Nghị định 131/2020/NĐ-CP ngày 02/11/2020 của Chính phủ quy định về tổ chức, hoạt động Dược lâm sàng của cơ sở Khám, chữa bệnh;

Căn cứ Quyết định số 5305/QĐ-BYT ngày 21/12/2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành kế hoạch triển khai thi hành Nghị định số 131/2020/NĐ-CP ngày 02/11/2020 của Chính phủ quy định về tổ chức, hoạt động dược lâm sàng của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

Theo đề nghị của Ban soạn thảo Danh mục tương tác thuốc chống chỉ định tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thành lập theo Quyết định số 4545/QĐ-BYT ngày 25/9/2021 của Bộ trưởng Bộ Y tế tại Biên bản họp ngày 29/11/2021;

Theo đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này “Danh mục Tương tác thuốc chống chỉ định trong thực hành lâm sàng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh”.

Điều 2. Danh mục Tương tác thuốc chống chỉ định trong thực hành lâm sàng tại các cơ sở khám, chữa bệnh là tài liệu chuyên môn áp dụng cho tất cả các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh Nhà nước và tư nhân. Căn cứ vào tài liệu này và tùy theo điều kiện thực tế của đơn vị, lãnh đạo cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tổ chức triển khai hoạt động quản lý tương tác thuốc tại đơn vị.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành.

Điều 4. Các ông, bà: Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Chánh

Văn phòng Bộ, Chánh Thanh tra Bộ; các Vụ trưởng, Cục trưởng của Bộ Y tế; Giám đốc các cơ sở khám, chữa bệnh trực thuộc Bộ Y tế; Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương; Thủ trưởng y tế các Bộ, ngành; Thủ trưởng các đơn vị có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:

- Như Điều 4;
- Bộ trưởng Bộ Y tế (để b/c);
- Các Thủ trưởng;
- Trung tâm DI & ADR Quốc gia, trung tâm DI & ADR khu vực TP Hồ Chí Minh;
- Cổng thông tin điện tử Bộ Y tế;
- Website Cục KCB;
- Lưu: VT, KCB.

**KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG**

Nguyễn Trường Sơn



duonglk.kcb_Le Kim Dung_30/12/2021 15:25:06

**DANH MỤC TƯƠNG TÁC THUỐC CHỐNG CHỈ ĐỊNH
TRONG THỰC HÀNH LÂM SÀNG
TẠI CÁC CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH**
(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-BYT
ngày tháng năm)

**DANH SÁCH BAN BIÊN SOẠN VÀ THẨM ĐỊNH “DANH MỤC
TƯƠNG TÁC THUỐC CHỐNG CHỈ ĐỊNH TRONG THỰC HÀNH
LÂM SÀNG TẠI CÁC CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH”**

Chỉ đạo biên soạn

PGS.TS. Nguyễn Trường Sơn Thứ trưởng Bộ Y tế

Chủ biên

PGS.TS. Lương Ngọc Khuê Cục trưởng Cục Quản lý Khám, Chữa bệnh

Đồng chủ biên

TS. Cao Hưng Thái Phó Cục trưởng Cục Quản lý Khám, Chữa bệnh

PGS.TS. Nguyễn Hoàng Anh Giám đốc Trung tâm Quốc gia về Thông tin thuốc và Theo dõi phản ứng có hại của thuốc, Trường Đại học Dược Hà Nội; Phó trưởng Khoa Dược, Bệnh viện Bạch Mai

Tham gia biên soạn và thẩm định

PGS.TS. Nguyễn Trọng Thông Nguyên Giám đốc Trung tâm Dược lý lâm sàng, Trường Đại học Y Hà Nội

PGS.TS. Nguyễn Tuấn Dũng Nguyên Trưởng Bộ môn Dược lâm sàng, Trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

PGS.TS. Đặng Nguyễn Đoàn Trang Trưởng Khoa Dược, Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh; Phó Trưởng Bộ môn Dược lâm sàng, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

PGS. TS. Bùi Thị Hương Quỳnh Phó trưởng Khoa Dược, Bệnh viện Thống nhất TP. Hồ Chí Minh

TS. Nguyễn Đức Trung Trưởng Khoa Dược, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

TS. Nguyễn Thị Thủy Trưởng Khoa Dược, Bệnh viện Phổi Trung ương

TS. Nguyễn Thị Hồng Hà Trưởng Khoa Dược, Bệnh viện Nhi Trung ương

TS. Phan Quỳnh Lan Trưởng Khoa Dược, Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Timescity

TS. Cẩn Tuyết Nga Trưởng Khoa Dược, Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

ThS. Nguyễn Thanh Hiền Trưởng Khoa Dược, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

ThS. Nguyễn Huy Tuấn Trưởng Khoa Dược, Bệnh viện Phụ sản Trung ương

ThS. Nguyễn Thị Thu Ba Trưởng Khoa Dược, Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn

| | |
|---|--|
| TS. Vũ Đình Hòa | Phó Giám đốc Trung tâm Quốc gia về Thông tin thuốc và Theo dõi phản ứng có hại của thuốc, Trường Đại học Dược Hà Nội |
| ThS. Nguyễn Thu Minh | Phó trưởng Khoa Dược, Bệnh viện Bạch Mai |
| ThS. Phạm Thu Hà | Phó trưởng Khoa Dược, Bệnh viện Nhi Trung ương |
| ThS. Nguyễn Duy Tân | Phó trưởng Khoa Dược, Viện Huyết học và Truyền máu Trung ương |
| ThS. Vũ Thị Trinh | Phó trưởng Khoa Dược, Bệnh viện Lão khoa Trung ương |
| ThS. Phạm Hồng Thắm | Phó trưởng Khoa Dược, Bệnh viện Nhân dân Gia Định |
| ThS. Đặng Thị Lan Anh | Phó trưởng Khoa Dược, Bệnh viện Thanh Nhàn |
| ThS. Nguyễn Thu Hương | Phó trưởng Khoa Dược, Bệnh viện Đa khoa Đức Giang |
| ThS. Lê Thị Ni Na | Phó trưởng Khoa Dược, Bệnh viện Phụ sản - Nhi Đà Nẵng |
| DSCKI. Nguyễn Thị Phương Châm | Nguyên chuyên viên chính Cục Quản lý Khám, Chữa bệnh |
| ThS. Bùi Thị Ngọc Thực | Khoa Dược, Bệnh viện Bạch Mai |
| ThS. Đinh Thu Hương | Khoa Dược, Bệnh viện Phổi Trung ương |
| ThS. Lê Thị Thảo | Khoa Dược, Bệnh viện Nội tiết Trung ương |
| ThS. Lê Kim Dung | Chuyên viên chính Cục Quản lý khám, chữa bệnh |
| Tổ thư ký và biên tập | |
| ThS. Lê Kim Dung | Chuyên viên chính Cục Quản lý khám, chữa bệnh |
| ThS. Nguyễn Mai Hoa | Chuyên viên Trung tâm Quốc gia về Thông tin thuốc và Theo dõi phản ứng có hại của thuốc, Trường Đại học Dược Hà Nội |
| DS. Đỗ Thị Ngát | Chuyên viên Cục Quản lý khám, chữa bệnh |
| Trung tâm DI & ADR Quốc gia, Trường Đại học Dược Hà Nội | |

MỤC LỤC

| | |
|--|-----|
| DANH SÁCH BAN BIÊN SOẠN VÀ THẨM ĐỊNH “DANH MỤC TƯƠNG TÁC THUỐC CHỐNG CHỈ ĐỊNH TRONG THỰC HÀNH LÂM SÀNG TẠI CÁC CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH” | 4 |
| 1. MỤC ĐÍCH XÂY DỰNG TÀI LIỆU | 7 |
| 2. PHƯƠNG PHÁP XÂY DỰNG DANH MỤC..... | 7 |
| 3. CÁCH SỬ DỤNG DANH MỤC..... | 7 |
| 3.1. Cách sử dụng Danh mục tương tác thuốc theo từng hoạt chất..... | 8 |
| 3.2. Cách sử dụng Danh mục tương tác thuốc theo nhóm đặc tính dược lý..... | 9 |
| BẢNG 3.1. DANH MỤC TƯƠNG TÁC THUỐC THEO TỪNG HOẠT CHẤT | 11 |
| BẢNG 3.2. DANH MỤC TƯƠNG TÁC THUỐC THEO NHÓM ĐẶC TÍNH DƯỢC LÝ..... | 156 |

1. MỤC ĐÍCH XÂY DỰNG TÀI LIỆU

Danh mục tương tác thuốc chống chỉ định được xây dựng với mục đích thống nhất một danh mục tra cứu tương tác thuốc bất lợi của các hoạt chất thuốc lưu hành ở Việt Nam (ngoại trừ thuốc có nguồn gốc dược liệu, thuốc Y học cổ truyền), với ưu tiên tập trung vào các tương tác ở mức độ chống chỉ định, để áp dụng trong quản lý tương tác thuốc nhằm phát hiện, cảnh báo, xử trí và dự phòng hậu quả của tương tác thuốc tại các cơ sở khám, chữa bệnh.

Đây là tài liệu hỗ trợ công tác chuyên môn dành cho các bác sĩ, dược sĩ và các điều dưỡng giúp quản lý tương tác thuốc trong thực hành lâm sàng. Các tương tác được đưa vào danh mục là các tương tác ở mức độ chống chỉ định, nhìn chung không khuyến cáo sử dụng đồng thời các thuốc này trên bệnh nhân do nguy cơ vượt trội lợi ích thuốc có thể đem lại cho người bệnh. Tuy nhiên, tùy theo tình huống lâm sàng cụ thể, bác sĩ có thể tham khảo thông tin và cân nhắc đánh giá lợi ích/nguy cơ trên từng bệnh nhân để đưa ra quyết định kê đơn phù hợp.

Danh mục tương tác thuốc chống chỉ định có thể triển khai dưới nhiều hình thức khác nhau như thiết kế bảng cảnh báo về các tương tác cần chú ý liên quan đến thuốc điều trị tại các khoa lâm sàng hoặc tích hợp danh mục vào phần mềm kê đơn/hỗ trợ kê đơn của cơ sở khám, chữa bệnh để tăng cường phát hiện, cảnh báo và xử trí tương tác thuốc. Tài liệu này cũng có thể sử dụng tra cứu, tham khảo trong đào tạo cho nhân viên y tế, sinh viên, học viên các trường Khối Khoa học sức khỏe về Tương tác thuốc và quản lý Tương tác thuốc trong thực hành lâm sàng.

2. PHƯƠNG PHÁP XÂY DỰNG DANH MỤC

Danh mục tương tác thuốc chống chỉ định được xây dựng dựa trên quá trình rà soát, tổng hợp kỹ lưỡng các bằng chứng y văn cũng như cân nhắc những nhận định lâm sàng để đưa ra khuyến cáo xử trí phù hợp với thực hành lâm sàng. Hai nguồn tài liệu chính được sử dụng để tổng hợp thông tin bao gồm: Cơ sở dữ liệu chuyên khảo về tương tác thuốc (Micromedex, Lexicomp Drug Interactions) và Cơ sở dữ liệu thông tin sản phẩm được phê duyệt tại các nước tham chiếu của Việt Nam về đăng ký thuốc (Anh/Pháp/Châu Âu/Hoa Kỳ).

Trong trường hợp thông tin về tương tác từ các nguồn trên chưa rõ ràng hoặc không đầy đủ, các bằng chứng dược lý và lâm sàng về tương tác trong y văn sẽ tiếp tục được tập hợp để phân tích và đánh giá. Sau đó, các tương tác được cân nhắc lựa chọn dựa trên một số nguyên tắc được đúc rút từ nhiều nghiên cứu trên thế giới. Quá trình tổng hợp, rà soát bằng chứng y văn được thực hiện bởi các dược sĩ của Trung tâm DI & ADR Quốc gia, sau đó, xin ý kiến góp ý và đồng thuận bởi các chuyên gia nhiều kinh nghiệm trong lĩnh vực dược lý - dược lâm sàng tại các trường đại học y dược và các bệnh viện lớn trong cả nước.

3. CÁCH SỬ DỤNG DANH MỤC

Cách sử dụng danh mục các cặp tương tác thuốc chống chỉ định theo từng hoạt chất (bao gồm **633 cặp**) được trình bày trong phần **3.1** (trang 11) và các cặp tương tác thuốc theo các nhóm đặc tính dược lý (bao gồm **68 cặp**) được trình bày trong phần **3.2** (trang 156).

3.1. Cách sử dụng Danh mục tương tác thuốc theo từng hoạt chất

- Mỗi cặp tương tác gồm 2 hoạt chất: hoạt chất 1 và hoạt chất 2, trong đó, hoạt chất 1 có thứ tự ABC trước hoạt chất 2. Danh mục gồm tổng số 633 cặp, được sắp xếp theo thứ tự ABC của hoạt chất 1 (**Bảng 3.1 - trang 11**).

- Hoạt chất 1 và hoạt chất 2 đều được thể hiện dưới dạng tên hoạt chất đơn lẻ. Tùy theo danh mục thuốc của từng cơ sở khám, chữa bệnh, tương tác sẽ liên quan đến tất cả các thuốc đơn thành phần và thuốc phối hợp đa thành phần có chứa hoạt chất tương ứng.

Lưu ý:

+ Trong trường hợp chỉ có chế phẩm phối hợp đa thành phần được cấp số đăng ký lưu hành tại Việt Nam (không có chế phẩm đơn thành phần) tính đến tháng 7/2021, (ví dụ: artemether/lumefantrin) hoặc chỉ có dạng phối hợp (bao gồm cả phối hợp cố định liều hoặc phối hợp các thuốc rời) (ví dụ: lopinavir/ritonavir) liên quan đến tương tác chống chỉ định, tên hoạt chất được biểu thị dưới dạng phối hợp hai hoạt chất và phân cách với nhau bằng dấu “/”. Trong trường hợp, chỉ có 1 hoạt chất trong chế phẩm phối hợp liên quan trực tiếp đến tương tác, hoạt chất này sẽ được ghi chú trong ngoặc đơn (ví dụ: sofosbuvir/ledipasvir (ledipasvir)).

+ Với một số thuốc ức chế protease điều trị HIV, tương tác được ghi nhận với cả dạng được tăng cường hoặc không được tăng cường bởi ritonavir. Vì vậy, hoạt chất tương tác được biểu thị dưới dạng “+/- ritonavir” nghĩa là kèm theo hoặc không kèm theo ritonavir (ví dụ: indinavir +/- ritonavir). Tương tự, với tương tác liên quan đến levodopa/carbidopa +/- entacapon, nghĩa là kèm theo hoặc không kèm theo entacapon.

- Các hoạt chất tham gia vào mỗi tương tác là hoạt chất thuốc sử dụng theo đường toàn thân. Trong trường hợp hoạt chất có nhiều đường dùng toàn thân khác nhau, đường dùng cụ thể của hoạt chất liên quan đến tương tác chống chỉ định sẽ được ghi chú trong dấu ngoặc đơn (ví dụ: *xanh methylen (sử dụng đường tiêm tĩnh mạch)*)

- Tên hoạt chất được trình bày trong danh mục dưới dạng tên Việt hóa. Một số trường hợp hoạt chất có tên khác được trình bày trong bảng sau:

| Tên hoạt chất sử dụng trong danh mục | Tên khác của hoạt chất |
|---|-------------------------------|
| Adipiodon | Iodipamid |
| Ciclosporin | Cyclosporin |
| Dicycloverin | Dicyclomin |
| Ergometrin | Ergovorin |
| Glibenclamid | Glyburid |
| Hyoscin butylbromid | Scopolamin hydrobromid |
| Levomepromazin | Methotrimeprazin |
| Methylergometrin | Methylergovorin |
| Norethisteron | Norethindron |
| Piperaquin/dihydroartemisinin | Piperaquin/artenimol |

- Nội dung của mỗi cặp tương tác bao gồm: cơ chế tương tác, hậu quả tương tác và xử trí tương tác. Các lưu ý liên quan đến các đường dùng khác của thuốc và các yếu tố làm tăng nguy cơ xuất hiện tương tác (nếu có) được trình bày trong phần xử trí tương tác.

- Các cặp tương tác có hoạt chất được **in đậm** là các cặp tương tác chỉ chống chỉ định trong một số bối cảnh lâm sàng **hoặc** trên một số đối tượng bệnh nhân cụ thể **hoặc** nhìn chung tốt nhất nên tránh phối hợp, tuy nhiên trong một số tình huống nhất định, khi không còn lựa chọn thay thế và bắt buộc sử dụng đồng thời, phối hợp thuốc vẫn có thể được cân nhắc sau khi được bác sĩ điều trị cân nhắc, đánh giá cẩn thận cân bằng lợi ích/nguy cơ. Các cặp tương tác không được in đậm (các tương tác còn lại) là các tương tác cần được chống chỉ định trong tất cả các tình huống lâm sàng và trên tất cả các đối tượng bệnh nhân khác nhau.

3.2. Cách sử dụng Danh mục tương tác thuốc theo nhóm đặc tính dược lý

- Mỗi cặp tương tác gồm 2 thuốc/nhóm thuốc: thuốc/nhóm thuốc 1 và thuốc/nhóm thuốc 2, trong đó, thuốc/nhóm thuốc 1 là thuốc chịu hậu quả của tương tác do thuốc/nhóm thuốc 2 gây ra. Trong một số trường hợp, cả hai thuốc/nhóm thuốc đều có ảnh hưởng lẫn nhau.

- Nguyên tắc gộp nhóm **đặc tính dược lý** như sau:

(1) Các thuốc được gộp theo nhóm **đặc tính dược lý**, nghĩa là các thuốc này có cùng nhóm dược lý (ví dụ: *thuốc ức chế enzym chuyển*) hoặc cùng nhóm cơ chế dược động học (ví dụ: *thuốc ức chế mạnh CYP3A4*) hoặc cùng nhóm cơ chế dược lực học (ví dụ: *thuốc làm tăng nồng độ serotonin*).

(2) Với các cặp tương tác có ≥ 2 hoạt chất trong 1 nhóm có tương tác chống chỉ định tương tự, tương tác sẽ được gộp vào theo nhóm. Các hoạt chất trong nhóm có tương tác chống chỉ định sẽ được chú thích cụ thể (ví dụ: *dẫn chất statin (simvastatin, lovastatin)*). Trong trường hợp không được chú thích, tương tác được ghi nhận với cả nhóm (ví dụ: *thuốc ức chế protease điều trị HIV*). Các hoạt chất cụ thể trong nhóm này có số đăng ký lưu hành tại Việt Nam (tính đến tháng 7/2021) sẽ được chú thích cụ thể ở cuối bảng.

(3) Với các cặp tương tác chỉ có 1 hoạt chất trong nhóm có tương tác chống chỉ định, tương tác sẽ được trình bày dưới dạng tên hoạt chất.

(4) Riêng các dẫn chất triptan điều trị đau nửa đầu, hiện chỉ có duy nhất đại diện sumatriptan được cấp số đăng ký lưu hành tại Việt Nam, nên chỉ 1 hoạt chất này trong nhóm được liệt kê ở danh mục tương tác này.

- Danh mục gồm tổng số 68 cặp, được sắp xếp theo nguyên tắc như sau (**Bảng 3.2 - trang 156**).

(1) Tương tác từ số thứ tự (STT) 1 đến STT 15 là tương tác theo cơ chế dược lực học:

+ Tương tác từ STT 1 đến STT 14 là tương tác theo cơ chế hiệp đồng tăng tác dụng không mong muốn hoặc độc tính. Trong đó, thuốc ức chế monoamin oxidase (MAO) có số lượng tương tác chống chỉ định liên quan lớn nhất, được sắp xếp đầu tiên;

- + Tương tác STT 15 là tương tác theo cơ chế đối kháng tác dụng lẫn nhau.
- (2) Tương tác từ STT 16 đến STT 68 là tương tác theo cơ chế dược động học:
 - + Tương tác từ STT 16 đến STT 58 là tương tác liên quan đến chuyển hóa thuốc ở gan:
 - Tương tác từ STT 16 đến STT 43 liên quan đến ức chế enzym cytochrom P450 (CYP450). Trong đó, số lượng tương tác liên quan đến CYP3A4 lớn nhất, được sắp xếp đầu tiên, sau đó, đến tương tác liên quan đến các isozym khác của hệ CYP450.
 - Tương tác từ STT 44 đến STT 57 liên quan đến cảm ứng enzym CYP450 ở gan. Trong đó, số lượng tương tác liên quan đến CYP3A4 lớn nhất, được sắp xếp đầu tiên.
 - Tương tác STT 58 liên quan đến enzym khác chuyển hóa thuốc ở gan.
 - + Tương tác từ STT 59 đến STT 63 là tương tác liên quan đến các protein vận chuyển xuyên màng (transporter);
 - + Tương tác STT 64 và STT 65 là tương tác liên quan đến ảnh hưởng của thuốc ở giai đoạn hấp thu.

(3) Tương tác từ STT 66 đến STT 68 là các tương tác khác hoặc cơ chế chưa rõ ràng.

- Một số nguyên tắc liên quan đến cách trình bày tên hoạt chất xin xem chi tiết ở phần 3.1 (mục số 2, 3 và 4).

- Các cặp tương tác có hoạt chất được **in đậm** là các cặp tương tác chỉ chống chỉ định trong một số bối cảnh lâm sàng **hoặc** trên một số đối tượng bệnh nhân cụ thể **hoặc** nhìn chung tốt nhất nên tránh phối hợp, tuy nhiên trong một số tình huống nhất định, khi không còn lựa chọn thay thế và bắt buộc sử dụng đồng thời, phối hợp thuốc vẫn có thể được cân nhắc sau khi được bác sĩ điều trị cân nhắc, đánh giá cẩn thận cân bằng lợi ích/nguy cơ. Các cặp tương tác không được in đậm (các tương tác còn lại) là các tương tác cần được chống chỉ định trong tất cả các tình huống lâm sàng và trên tất cả các đối tượng bệnh nhân khác nhau.

- Các tương tác giữa hai thuốc gây kéo dài khoảng QT sẽ được chú thích ở cuối bảng, trong đó, tương tác chống chỉ định được ghi nhận với mỗi thuốc ở cột thuốc 1 với từng thuốc ở cột thuốc 2.

- Nội dung của mỗi cặp tương tác bao gồm: cơ chế tương tác, hậu quả tương tác và xử trí tương tác. Các lưu ý liên quan đến các đường dùng khác của thuốc và các yếu tố làm tăng nguy cơ xuất hiện tương tác (nếu có) được trình bày trong phần xử trí tương tác. Nội dung xử trí được tổng hợp chung cả nhóm thuốc. Thông tin chi tiết liên quan đến từng hoạt chất cụ thể xin xem chi tiết trong **Bảng 3.1**.

BẢNG 3.1. 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. 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. Lưu ý các yếu tố tăng nguy cơ: |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|------------------------|--------------------------|--|---------------------------------|---|
| | | | | | béo phì, hút thuốc lá, đặc biệt ở người trên 35 tuổi. |
| 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 | 1. Chống chỉ định sử dụng acid tranexamic điều trị rong kinh ở bệnh nhân đang dùng thuốc tránh thai chứa estradiol valerat. 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. Lưu ý các yếu tố tăng nguy cơ: béo phì, hút thuốc lá, đặc biệt ở người trên 35 tuổi. |
| 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 | 1. Chống chỉ định sử dụng acid tranexamic điều trị rong kinh ở bệnh nhân đang dùng thuốc tránh thai chứa estriol. 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. Lưu ý các yếu tố tăng nguy cơ: béo phì, hút thuốc lá, đặc biệt ở người trên 35 tuổi. |
| 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 | 1. Chống chỉ định sử dụng acid tranexamic điều trị rong kinh ở bệnh nhân đang dùng thuốc tránh thai chứa clormadinon. 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. 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 | 1. Chống chỉ định sử dụng acid tranexamic điều trị rong kinh ở bệnh nhân đang dùng thuốc tránh thai chứa desogestrel. 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. |

| 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. |
| 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 | 1. Chống chỉ định sử dụng acid tranexamic điều trị rong kinh ở bệnh nhân đang dùng thuốc tránh thai chứa dienogest. 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. Lưu ý các yếu tố tăng nguy cơ: béo phì, hút thuốc lá, đặc biệt ở người trên 35 tuổi. |
| 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 | 1. Chống chỉ định sử dụng acid tranexamic điều trị rong kinh ở bệnh nhân đang dùng thuốc tránh thai chứa drospirenon. 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. Lưu ý các yếu tố tăng nguy cơ: béo phì, hút thuốc lá, đặc biệt ở người trên 35 tuổi. |
| 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 | 1. Chống chỉ định sử dụng acid tranexamic điều trị rong kinh ở bệnh nhân đang dùng thuốc tránh thai chứa etonogestrel. 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. Lưu ý các yếu tố tăng nguy cơ: béo phì, hút thuốc lá, đặc biệt ở người trên 35 tuổi. |
| 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 | 1. Chống chỉ định sử dụng acid tranexamic điều trị rong kinh ở bệnh nhân đang dùng thuốc tránh thai chứa gestoden. 2. Với các chỉ định khác của acid tranexamic, có thể sử dụng ở người đang dùng thuốc |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|------------------------|---------------------------|---|---------------------------------|--|
| | | | | | tránh thai nhưng cần đặc biệt thận trọng. Lưu ý các yếu tố tăng nguy cơ: béo phì, hút thuốc lá, đặc biệt ở người trên 35 tuổi. |
| 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 | 1. Chống chỉ định sử dụng acid tranexamic điều trị rong kinh ở bệnh nhân đang dùng thuốc tránh thai chứa levonorgestrel. 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. Lưu ý các yếu tố tăng nguy cơ: béo phì, hút thuốc lá, đặc biệt ở người trên 35 tuổi. |
| 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 | 1. Chống chỉ định sử dụng acid tranexamic điều trị rong kinh ở bệnh nhân đang dùng thuốc tránh thai chứa lynestrenol. 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. Lưu ý các yếu tố tăng nguy cơ: béo phì, hút thuốc lá, đặc biệt ở người trên 35 tuổi. |
| 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 | 1. Chống chỉ định sử dụng acid tranexamic điều trị rong kinh ở bệnh nhân đang dùng thuốc tránh thai chứa medroxyprogesteron. 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. Lưu ý các yếu tố tăng nguy cơ: béo phì, hút thuốc lá, đặc biệt ở người trên 35 tuổi. |
| 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 | 1. Chống chỉ định sử dụng acid tranexamic điều trị rong kinh ở bệnh nhân đang dùng thuốc tránh thai chứa norelgestromin. 2. Với các chỉ định khác của |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|------------------------|---------------------|---|---|---|
| | | | | | acid tranexamic, có thể sử dụng ở người đang dùng thuốc tránh thai nhưng cần đặc biệt thận trọng. Lưu ý các yếu tố tăng nguy cơ: béo phì, hút thuốc lá, đặc biệt ở người trên 35 tuổi. |
| 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 | 1. Chống chỉ định sử dụng acid tranexamic điều trị rong kinh ở bệnh nhân đang dùng thuốc tránh thai chứa norethindron. 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. 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 | 1. Chống chỉ định sử dụng acid tranexamic điều trị rong kinh ở bệnh nhân đang dùng thuốc tránh thai chứa noregestrel. 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. Lưu ý các yếu tố tăng nguy cơ: béo phì, hút thuốc lá, đặc biệt ở người trên 35 tuổi. |
| 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 | Chống chỉ định phối hợp |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|------------------|------------------|--|---|--|
| | | | | nôn, và rối loạn thị giác) | |
| 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 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: - Các yếu tố nguy cơ: suy thận, suy tim, không đủ dịch hoặc thiếu dịch, sử dụng liều cao thuốc cản quang hoặc sử</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|-------------------------|--|--|--|
| | | | | | dùng 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 động, lo lắng, căng thẳng, chóng mặt, tím tái...) | Chống chỉ định phối hợp |
| 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 | Tăng nồng độ alfuzosin trong huyết thanh, tăng | Chống chỉ định phối hợp |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|------------------|--------------------------|--|---|--|
| | | | giảm chuyển hóa của alfuzosin | nguy cơ hạ huyết áp nghiêm trọng | |
| 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). 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, |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|------------------|--------------------|-------------------------|---|--|
| | | | | | 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. |
| 38 | Aliskiren | Irbesartan | 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. |
| 39 | Aliskiren | Lisinopril | 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. |
| 40 | Aliskiren | Losartan | 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. |
| 41 | Aliskiren | Olmесartan | 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. |
| 42 | Aliskiren | Perindopril | 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. |
| 43 | Aliskiren | Quinapril | 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. |
| 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, |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|------------------|-------------------------|--|---|--|
| | | | | | 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. |
| 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, lảo đảo, 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 | 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. |
| 51 | Amiodaron | 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 |

| 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. |
| 52 | Amiodaron | 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. |
| 53 | Amiodaron | 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. 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. |
| 54 | Amiodaron | Citalopram | 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 |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|------------------|---------------------|-------------------------|---|--|
| | | | | | máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn. |
| 55 | Amiodaron | Escitalopram | 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. |
| 56 | Amiodaron | 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. |
| 57 | Amiodaron | Cloroquin | 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 |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|------------------|---|--|--|--|
| | | | | | chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn. |
| 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 | 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. |
| 60 | Amiodaron | Piperaquin/dihydroartemisinin (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 | 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 |
|-----|------------------|----------------------------------|--|--|--|
| | | | | hợp nặng có thể gây suy đa tạng và tử vong). | |
| 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 |
| 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 | 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 |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|---------------------|---------------------|------------------------------|--|--|
| | | | | | 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. |
| 68 | Amisulpirid | 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. |
| 69 | Amisulpirid | 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. |
| 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 | 1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời linezolid và amitriptylin. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách 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 |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|---------------------|---|---|--|--|
| | | | | thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | 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. |
| 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...) | 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. |
| 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...) | 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. 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 |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------------------------|---------------------|-------------------------|---|--|
| | | | | | nhưng cần giám sát chặt chẽ chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc. |
| 73 | Arsenic trioxid | Thioridazin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <ol style="list-style-type: none"> 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. |
| 74 | Arsenic trioxid | Sparfloxacin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <ol style="list-style-type: none"> 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. |
| 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 | <ol style="list-style-type: none"> 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. |
| 77 | Artemether/lu mefantrin | 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/lu mefantrin | Domperidon | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | Chống chỉ định phối hợp. |
| 79 | Artemether/lu mefantrin | Rifampicin | Rifampicin 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. |
| 80 | Artemether/lu mefantrin | 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/lu mefantrin | 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/lu mefantrin | 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. |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------------------------|---------------------|--|--|--|
| 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 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. |
| 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 |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-----------------------------|-------------------------|--|--|---|
| | | | | | 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 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 atazanavir, 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. |
| 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 băng 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 của 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 | Tăng nồng độ của ticagrelor trong | Chống chỉ định phối hợp |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-----------------------------|-------------------|--|--|---|
| | | | CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của ticagrelor | huyết thanh, tăng nguy cơ xuất huyết | |
| 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 |
| 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 |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|---|----------------------|---|---|---|
| 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 |
| 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 | 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, |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|---------------------|---|--|--|---|
| | | | 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) | | 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. |
| 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 | 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. |
| 111 | Azithromycin | 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. |
| 112 | Azithromycin | 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. |
| 113 | Azithromycin | 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. |
| 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, | Chống chỉ định phối hợp |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------------|------------------|--|---|---|
| | | | | 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 | |
| 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 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. |
| 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 |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|------------------|---|---|---|
| 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 |
| 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 | Tăng nồng độ fluorouracil trong | Chống chỉ định phối hợp. Chỉ bắt đầu sử dụng fluorouracil |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|------------------|---|--|--|---|
| | | | chế enzym dihydropyrimidine dehydrogenase (DPD) - enzym chuyển hóa fluorouracil | máu, dẫn đến tăng nguy cơ độc tính | sau khi ngừng brivudin ít nhất 4 tuần. |
| 129 | Brivudin | Tegafur | Chất chuyển hóa của brivudin ức chế enzym dihydropyrimidine dehydrogenase (DPD) - enzym chuyển hóa tegafur | 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. |
| 130 | Bromocriptin | Metoclopramid | Đối kháng tác dụng của nhau | Giảm hiệu quả của cả hai thuốc | Chống chỉ định phối hợp |
| 131 | Bromocriptin | Sulpirid | Đối 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...) | 1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời linezolid và bupropion. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách 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 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. |
| 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 | 1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời xanh methylen và bupropion. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách 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 |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|------------------------|--------------------|---|--|---|
| | | | | động hoặc bồn chồn...) | 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. |
| 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...) | 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. 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. |
| 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 | 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. |
| 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 | 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 |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-----------------------|--|--|--|--|
| | | | | | 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. |
| 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 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, | 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 |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|--------------|--------------------------|---|---|--|
| | | | | nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | 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 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 của grazoprevir/elbasvir 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 |
|-----|---------------------|--|---|---|--|
| 147 | Carbamazepin | Ranolazin | Carbamazepin 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 |
| 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...) | 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. 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. |
| 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). | 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. |
| 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 | 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 |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------------|----------------------|--|--|--|
| | | | tĩnh mạch ở trẻ sơ sinh | | 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. |
| 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. Cần 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 | Tăng nồng độ simvastatin trong huyết thanh, tăng | Chống chỉ định phối hợp. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng dẫn chất statin, thay |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|----------------------|----------------------|--|---|---|
| | | | của simvastatin; ciclosporin cũng ức chế cả OATP1B1 làm giảm vận chuyển simvastatin vào gan. | nguy cơ bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân cấp | simvastatin bằng fluvastatin (tối đa 20 mg/ngày), pravastatin (tối đa 20 mg/ngày), rosuvastatin (tối đa 5 mg/ngày). |
| 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 |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------------|----------------------|---|--|--|
| | | | | | co/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. |
| 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. 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 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 | Hiệp đồng tác dụng serotonin | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin | 1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời xanh methylen và |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------------|--------------------------------|-------------------------|---|--|
| | | (sử dụng đường tiêm tĩnh mạch) | | (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...) | carbamazepin. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách 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 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 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 |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------------|---------------------|-------------------------|---|--|
| | | | | | 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. 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 |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------------|---------------------|---|--|--|
| | | | | | 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 | <ol style="list-style-type: none"> 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. |
| 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...) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời furazolidon và citalopram. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách 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. |
| 174 | Citalopram | Sparfloxacin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <ol style="list-style-type: none"> 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 |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-----------------------|--------------------|-------------------------|---|--|
| | | | | | tổ 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 | <ol style="list-style-type: none"> 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. |
| 176 | Clarithromycin | Fluconazol | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <ol style="list-style-type: none"> 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. |
| 177 | Clarithromycin | Haloperidol | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <ol style="list-style-type: none"> 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 |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-----------------------|---|---|---|--|
| | | | | | giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn. |
| 178 | Clarithromycin | Piperaquin/dihydroartemisinin (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. |
| 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 | 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 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 | 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 HOẶC - Trong trường hợp bắt buộc sử dụng dẫn chất statin, thay simvastatin bằng các dẫn chất |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-----------------------|------------------|---|---|---|
| | | | | | 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 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. |
| 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 | Tăng nồng độ của methylergometrin trong huyết thanh, tăng nguy cơ độc | Chống chỉ định phối hợp |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|----------------|--------------|--|--|--|
| | | | chuyển hóa của methylergometrin | tính (nôn, buồn nôn, hoại tử đầu chi, thiếu máu cục bộ do co thắt mạch...) | |
| 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. 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 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. 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 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. 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 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. 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 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. 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 kháng sinh macrolid, thay clarithromycin bằng azithromycin. |
| 191 | Clarithromycin | Lercanidipin | Clarithromycin ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm | 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 |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-----------------------|-----------------------------|---|--|--|
| | | | chuyển hóa của lercanidipin | | 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. 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 kháng sinh macrolid, thay clarithromycin bằng azithromycin. |
| 193 | Clarithromycin | Everolimus | Clarithromycin 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 |
| 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. |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|--------------------|---|---|--|--|
| 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 uống, gây loét đường tiêu hóa | 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. 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. |
| 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...) | 1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời linezolid và clomipramin. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách 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 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. |
| 199 | Clomipramin | Xanh methylen (sử dụng đường 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 | 1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời xanh methylen và pethidin. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. 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 opioid, có thể đổi sang các opioid khác không có hoạt tính ức chế thu hồi serotonin (morphin, |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|--------------------|--------------------|---|--|---|
| | | | | động hoặc bồn chồn...) | 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. |
| 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...) | 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. 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. |
| 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 | 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. |
| 203 | Cloroquin | 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. |
| 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 | 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. |
| 206 | Clorpromazin | 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 |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|---------------------|---|-------------------------|---|--|
| | | | | | 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. |
| 207 | Clorpromazin | Escitalopram | 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. |
| 208 | Clorpromazin | 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. |
| 209 | Clorpromazin | Piperaquin/dihydroartemisinin (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 |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|---------------------|--|---|---|--|
| | | | | | 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. |
| 210 | Clorpromazin | 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. |
| 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 | Tăng nồng độ colchicin trong huyết thanh, tăng nguy cơ tác dụng | 1. Chống chỉ định ở bệnh nhân suy gan hoặc suy thận. 2. Ở bệnh nhân chức năng gan, thận bình thường: nên |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|------------------|--|--|---|---|
| | | | và thải trừ colchicin. | 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). | tránh phối hợp. Nếu phối hợp: giảm liều colchicin. Dừng liều tiếp theo của colchicin sau 3 ngày. Theo dõi nguy cơ độc tính của colchicin. |
| 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. Dừng 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. Dừng 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 | Tăng nồng độ colchicin trong huyết thanh, tăng nguy cơ tác dụng độc tính (tiêu chảy, nôn, đau bụng, sốt, | 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. Dừng liều |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|------------------|----------------------|--|---|---|
| | | | và thải trừ colchicin. | 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). | tiếp theo của colchicin sau 3 ngày. Theo dõi nguy cơ độc tính của colchicin. |
| 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, | 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 |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|------------------|---------------------|---|---|---|
| | | | | 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). | ngày. Theo dõi nguy cơ độc tính của colchicin. |
| 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. Dừng 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. Dừng 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 | 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. Dừng 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 |
|-----|------------------|------------------|--|---|---|
| | | | | cơ, môi cơ hoặc yếu cơ, nước tiểu sẫm màu, dị cảm, trường hợp nặng có thể gây suy đa tạng và tử vong). | |
| 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, môi 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, môi 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, môi cơ hoặc yếu cơ, nước tiểu sẫm | 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 |
|-----|---------------------|-------------------|---|--|--|
| | | | | màu, dị cảm, trường hợp nặng có thể gây suy đa tạng và tử vong). | |
| 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 | Phenobarbita l | 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 vượt quá 20 mg/ngày (hoặc 40 mg/ngày theo Hướng dẫn điều trị |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|----------------------------|-------------------------|---|--|---|
| | | | | | 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, hoại tử đầu chi, | 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 |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|----------------------------|-------------------|---|--|--|
| | | | | thiếu máu cục bộ do co thắt mạch...) | ích vượt trội 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 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 |
| 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 | 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 |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|----------------|-------------|---|--|---|
| | | | voriconazol tùy thuộc từng cá thể (voriconazol là cơ chất của cả CYP3A4 và CYP2C19) | | 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. |
| 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. |
| 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 |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------------------|---|------------------------------|--|--|
| 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. 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 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 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. 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 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</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------------------|--------------------|---|--|--|
| | | | | | nhưng cần giám sát chặt chẽ chặt chẽ bệnh 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 | 1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời furazolidon và dextromethorphan. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. 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 opioid, có thể đổi sang các |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|---------------------|---|--|--|---|
| | | | | hồi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | opiod khác không có hoạt tính ức chế thu hồi serotonin (codein) 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. Cần nhắc chuyển sang sử dụng kali đường tĩnh mạch. 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. |
| 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 |
| 270 | Dihydroergotamin | Erythromycin | Erythromycin ức chế CYP3A4 | Tăng nồng độ của dihydroergotamin | Chống chỉ định phối hợp |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|------------------|--------------------------|--|--|-------------------------|
| | | | làm giảm chuyển hóa 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...) | |
| 271 | Dihydroergotamin | Voriconazol | Voriconazol ức chế CYP3A4 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 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 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 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 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 |
| 276 | Dihydroergotamin | Indinavir +/- ritonavir | Indinavir ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển | Tăng nồng độ của dihydroergotamin trong huyết thanh, tăng nguy cơ độc | Chống chỉ định phối hợp |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|--------------------------|---|---|--------------------------|
| | | | hóa của dihydroergotamin | tính (nôn, buồn nôn, hoại tử đầu chi, thiếu máu cục bộ do co thắt mạch...) | |
| 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. |
| 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 | Tăng nồng độ domperidon trong huyết thanh, tăng | Chống chỉ định phối hợp |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|-----------------------|---|---|--------------------------|
| | | | giảm chuyển hóa của domperidon | nguy cơ kéo dài khoảng QT | |
| 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 |
| 296 | Domperidon | Levomopromazin | 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. |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|------------------|---------------------|-------------------------|---|--|
| 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 | 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. |
| 305 | Donepezil | 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. |
| 306 | Donepezil | 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 |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|------------------|---|------------------------------|--|---|
| | | | | | giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn. |
| 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...) | 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. 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. |
| 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...) | 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 methylen và không có thuốc khác thay |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------------|--------------------|---|--|---|
| | | | | | thể, 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. |
| 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...) | 1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời furazolidon và doxylamin. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách 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. |
| 312 | Duloxetine | 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 duloxetine. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách 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 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 |
|-----|-------------------|--|---|--|--|
| 313 | Duloxetine | 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 duloxetine. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách 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 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 | Duloxetine | Fluvoxamin | Fluvoxamin 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 |
| 315 | Duloxetine | 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 duloxetine. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách 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 |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------------------------|--|---|--|---|
| | | | | | 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. Chi 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 huyết thanh, dẫn đến giảm hiệu quả điều trị | Chống chỉ định phối hợp. |
| 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 linezolid. |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------------------------|-----------------|---|--|---|
| | | tiêm tĩnh mạch) | | trống ngực, cứng cổ, tăng huyết áp) | 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 |
| 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, | 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...) | |
| 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 băng 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. |
| 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 băng 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 băng 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, | Chống chỉ định phối hợp |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|--------------------------|--|---|-------------------------|
| | | | | thiếu máu cục bộ do co thắt mạch...) | |
| 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, hoại tử đầu chi, thiếu máu cục bộ do co thắt mạch...) | Chống chỉ định phối hợp |
| 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 |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|---------------------|--|--|---|--|
| 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 | 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. |
| 343 | Erythromycin | 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. |
| 344 | Erythromycin | Piperaquin/dihydroarte misinin (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 |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|--------------|------------------|--|--|---|
| | | | | | tổ 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. |
| 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 | 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 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). |
| 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 | 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 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. |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|---------------------|----------------------------------|---|--|--|
| 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. | 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. 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...) | 1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời linezolid và escitalopram. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách 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 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. |
| 352 | Escitalopram | Xanh methylen | Hiệp đồng tác dụng serotonin | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin | 1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời xanh methylen và |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|--------------|--------------------------------|-------------------------|---|--|
| | | (sử dụng đường tiêm tĩnh mạch) | | (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...) | methadon. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. 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 opioid, có thể đổi sang các opioid khác không có hoạt tính ức chế thụ thể 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. |
| 353 | Escitalopram | 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. |
| 354 | Escitalopram | 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 |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|---------------------|--------------------|-------------------------|---|--|
| | | | | | co/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. |
| 355 | Escitalopram | 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. |
| 356 | Escitalopram | 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. |
| 357 | Escitalopram | 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 |

| 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. |
| 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...) | 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. 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. |
| 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 | 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 |
|-----|-------------|----------------------------------|--|--|---|
| | | | | lần so với phối hợp 2 NSAID khác) | |
| 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, 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 |
| 364 | Everolimus | Saquinavir/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 |
| 365 | Everolimus | Itraconazol | Itraconazol 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 |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-----------------|--------------------------|--|---|---|
| 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. 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). |
| 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. 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). |
| 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. 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). |
| 372 | Fentanyl | 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 fentanyl. Tốt nhất các thuốc này nên sử |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-----------------|---|------------------------------|---|---|
| | | | | <p>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>dụng cách nhau 2 tuần. 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 opioid, có thể đổi sang các opioid khác không có hoạt tính ức chế thụ thể 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 chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc.</p> |
| 373 | Fentanyl | Xanh methylen (sử dụng đường tiêm tĩnh mạch) | 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 xanh methylen và fentanyl. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. 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 opioid, có thể đổi sang các opioid khác không có hoạt tính ức chế thụ thể 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</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------------|--------------------|---|--|--|
| | | | | | trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc. |
| 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...) | 1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời furazolidon và fentanyl. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. 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 opioid, có thể đổi sang các opioid khác không có hoạt tính ức chế thụ thể 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. |
| 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 | 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. |
| 377 | Fluconazol | Ondansetron | 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. |
| 378 | Fluconazol | Methadon | 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. |
| 379 | Fluconazol | 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 |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------------|---|------------------------------|--|---|
| | | | | | máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn. |
| 380 | Fluconazol | Sparfloxacin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <ol style="list-style-type: none"> 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. |
| 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...) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời linezolid và fluoxetin. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 5 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 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 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. |
| 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 | <ol style="list-style-type: none"> 1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời xanh methylen và dextromethorphan. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. 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 opioid, có thể đổi sang các |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|------------------|--------------------|---|--|---|
| | | | | hồi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | opiod 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 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. |
| 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...) | 1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời furazolidon và fluoxetin. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 5 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 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 chặt chẽ 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 | Tăng nồng độ fluvastatin trong | Chống chỉ định phối hợp. Trong trường hợp bắt buộc sử |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------------|---|--|--|--|
| | | | làm giảm vận chuyển fluvastatin vào gan. | huyết thanh, tăng nguy cơ bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân cấp | dùng 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...) | <p>1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời linezolid và fluvoxamin. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cần 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> |
| 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 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. 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 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</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|--------------------|--------------------|---|--|--|
| | | | | | 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. 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. |
| 390 | Furazolidon | Paroxetin | 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 paroxetin. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách 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 |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|--------------------|--------------------|---|--|--|
| | | | | | 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. 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. |
| 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. 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. |
| 393 | Furazolidon | Milnacipran | Hiệp đồng tác dụng serotonin. Tác dụng ức chế MAO của furazolidon do chất chuyển hóa | Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, | 1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời furazolidon và milnacipran. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cần nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|--------------------|-----------------------|---|--|--|
| | | | của thuốc, xuất hiện chậm sau 5 - 10 ngày. | cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | 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. |
| 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...) | 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. 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. |
| 395 | Furazolidon | Methylphenidat | 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 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 furazolidon và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|--------------------|--------------------|---|--|---|
| | | | | | 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. |
| 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...) | 1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời furazolidon và mirtazapin. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách 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. |
| 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 nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | 1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời furazolidon và sumatriptan. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách 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. |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|--------------------|-----------------|---|--|---|
| 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...) | <p>1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời furazolidon và pethidin. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. 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 opioid, có thể đổi sang các opioid khác không có hoạt tính ức chế thụ thể 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> |
| 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...) | <p>1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời furazolidon và tramadol. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. 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 opioid, có thể đổi sang các opioid khác không có hoạt tính ức chế thụ thể 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</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|--------------------|-------------------------------------|--|--|--|
| | | | | | 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. 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 opioid, có thể đổi sang các opioid khác không có hoạt tính ức chế thụ thể 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/ca rbidopa +/- 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 | Methyl dopa | Chưa rõ | Tăng nguy cơ xuất hiện cơn tăng huyết áp (đau đầu, đánh trống ngực, cứng cổ) | Chống chỉ định phối hợp |
| 403 | Furazolidon | Pseudoephedrin (sử dụng đường uống) | Tăng tích lũy noradrenalin (norepinephrin). | Tăng nguy cơ xuất hiện cơn tăng huyết áp (đau đầu, đánh | Chống chỉ định sử dụng pseudoephedrin (sử dụng đường uống) đồng thời hoặc |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|-----------------------------------|--|---|---|
| | | | Tác dụng 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) | 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. |
| 408 | Gemfibrozil | Lovastatin | Gemfibrozil ức chế OATP1B1 làm giảm vận | Tăng nồng độ lovastatin trong huyết thanh, tăng | Chống chỉ định phối hợp. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng dẫn chất fibrat, thay thế |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|----------------------|---------------------------------|---|---|---|
| | | | chuyển lovastatin vào gan. | nguy cơ bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân cấp | 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 |
| 415 | Haloperidol | 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 |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|--------------------|---------------------|-------------------------|---|--|
| | | | | | 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. |
| 416 | Haloperidol | 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. |
| 417 | Haloperidol | 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. |
| 418 | Haloperidol | Levofloxacin | 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 |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-----------------------|---|-------------------------|---|--|
| | | | | | 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/dihydroartemisinin (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 | 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 |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|----------------------------|---|---|---|--|
| | | | | | co/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. |
| 422 | Hydroxycloquin | 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. |
| 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 | 1. Tốt nhất nên tránh phối hợp, đặc biệt ở người cao tuổi. Cần nhắc chuyển sang sử dụng kali đường tĩnh mạch. 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. |
| 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 | 1. Tốt nhất nên tránh phối hợp, đặc biệt ở người cao tuổi. Cần nhắc chuyển sang sử dụng kali đường tĩnh mạch. 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. |
| 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 |

| 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) | tác trong trường hợp giảm đau hậu phẫu. |
| 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 +/- | Methylergo metrin | 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 |
| 433 | Indinavir ritonavir +/- | Tolvaptan | Indinavir ức chế CYP3A4 mạnh | Tăng nồng độ tolvaptan trong huyết thanh, tăng | Chống chỉ định phối hợp |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|--|--------------------|--|---|--|
| | | | làm giảm chuyển hóa của tolvaptan | nguy cơ tác dụng không mong muốn (tăng nồng độ natri huyết thanh, đa niệu, khát nước, giảm thể tích tuần hoàn...) | |
| 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 hoạt tính CYP2C19) làm tăng (hoặc giảm) chuyển hóa của | 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 |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|--------------|-------------|--|--|---|
| | | | voriconazol tùy thuộc từng cá thể (voriconazol là cơ chất của cả CYP3A4 và CYP2C19) | | 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 | <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</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|------------------|------------------|--|--|---|
| | | | | | <p>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. Sau 48 giờ, chỉ sử dụng lại metformin sau khi chức năng thận được</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|----------------|------------------|--|--|--|
| | | | | | đánh giá lại và cho thấy ổn định. * Lưu ý: - 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 | 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 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 |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|------------------|------------------|--|--|---|
| | | | | | <p>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. Sau 48 giờ, chỉ sử dụng lại metformin sau khi chức năng thận được đánh giá lại và cho thấy ổn định.</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-----------------|------------------|--|--|---|
| | | | | | <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. 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> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|---|------------------|--|--|--|
| | | | | | <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> <p>- 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.</p> |
| 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. 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</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|---|------------------|--|--|--|
| | | | | | 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. 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: - Các yếu tố nguy cơ: suy thận, suy tim, không đủ dịch</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|----------------------|-------------|--|--|--|
| | | | | | 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 (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. |
| 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. |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|----------------------|-------------|--|---|---|
| 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 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 |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|------------------|---|--|--|
| | | | | | <p>2. 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 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. 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). |
| 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 | 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). |
| 464 | Itraconazol | Ranolazin | Itraconazol ức chế CYP3A4 | Tăng nồng độ ranolazin trong | Chống chỉ định phối hợp. 1. Chỉ bắt đầu sử dụng |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|---------------------|--|--|--|
| | | | làm giảm chuyển hóa của ranolazin | huyết thanh, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT | ranolazin 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). |
| 465 | Itraconazol | Tolvaptan | Itraconazol ức chế 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...) | 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 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 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 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 | Tăng nồng độ ivabradin trong huyết thanh, tăng | Chống chỉ định phối hợp |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|---|--------------------------|---|---|---|
| | | | làm giảm chuyển hóa của ivabradin | nguy cơ kéo dài khoảng QT và chậm nhịp tim | |
| 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. 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). |
| 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. 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). |
| 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) | Trihexyphenidyl | 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 | 1. Tốt nhất nên tránh phối hợp, đặc biệt ở người cao tuổi. Cần nhắc chuyển sang sử dụng kali đường tĩnh mạch. 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. |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|---|--------------------|---|--|---|
| 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 | 1. Tốt nhất nên tránh phối hợp, đặc biệt ở người cao tuổi. Cần nhắc chuyển sang sử dụng kali đường tĩnh mạch. 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. |
| 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 | 1. Tốt nhất nên tránh phối hợp, đặc biệt ở người cao tuổi. Cần nhắc chuyển sang sử dụng kali đường tĩnh mạch. 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. |
| 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 | 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 |
|-----|-------------|-------------|--|--|---|
| | | | | tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa gấp 5 lần so với phối hợp 2 NSAID khác) | |
| 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 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. |
| 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 | 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 |
|-----|--------------|--------------------------|---|--|--|
| | | | | tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa gấp 5 lần so với phối hợp 2 NSAID khác) | |
| 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 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. |
| 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 |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|----------------------------------|--|---|---|--|
| | | | | | 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 |
| 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 | 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. |
| 497 | Levosulpirid | 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 |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|---------------------|---------------------|------------------------------|--|---|
| | | | | | 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. |
| 498 | Levosulpirid | 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. |
| 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...) | 1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời linezolid và paroxetin. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách 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 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. |
| 500 | Linezolid | Sertralin | 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 sertralin. Tốt nhất các thuốc này nên sử |

| 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...) | dụng cách 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 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. |
| 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...) | 1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời linezolid và venlafaxin. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách 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 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. |
| 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 | 1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời linezolid và milnacipran. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách 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 |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|------------------|-----------------------|------------------------------|--|---|
| | | | | động hoặc bồn chồn...) | 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. |
| 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 nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | <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> <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> |
| 504 | Linezolid | Methylphenidat | 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 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 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</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|------------------|---|------------------------------|--|--|
| | | | | | 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. 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 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. |
| 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...) | 1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời linezolid và xanh methylen. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cần nhắc thay đổi linezolid 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 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. |
| 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 | 1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời linezolid và sumatriptan. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cần nhắc thay đổi sang các thuốc |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|------------------|-----------------|------------------------------|--|--|
| | | | | 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...) | 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. |
| 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 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 pethidin. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. 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 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 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. |
| 509 | Linezolid | Tramadol | 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, | 1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời linezolid và tramadol. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cần nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|------------------|-----------------|------------------------------|--|---|
| | | | | 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 thụ thể 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 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 | 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 methadon. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. 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 opioid, có thể đổi sang các opioid khác không có hoạt tính ức chế thụ thể 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 chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc.</p> |
| 511 | Linezolid | Methylidopa | Chưa rõ | Tăng nguy cơ xuất hiện cơn tăng huyết áp (đau đầu, đánh | Chống chỉ định phối hợp |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|---------------------|-------------------------------------|--|---|---|
| | | | | trống ngực, cứng cổ) | |
| 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) | 1. Chống chỉ định sử dụng phenylephrin sử dụng đường uống đồng thời hoặc trong vòng 14 ngày trước đó có sử dụng linezolid. 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. |
| 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 |
| 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, |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|----------------------------|-------------------------|---|--|---|
| | | | | | 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 muốn (tăng nồng độ natri huyết thanh, đa niệu, khát nước, giảm thể tích tuần hoàn...) | Chống chỉ định phối hợp |
| 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. |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|--|--------------------------|--|--|---|
| 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 |
| 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 |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-----------------|---|---|--|--|
| | | | | | 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). |
| 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 | Chống chỉ định phối hợp. 1. Chỉ bắt đầu sử dụng lovastatin sau khi ngừng mifepriston ít nhất 2 tuần HOẶC 2. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng dẫn chất statin, thay lovastatin bằng pravastatin, rosuvastatin, fluvastatin hoặc pitavastatin. |
| 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...) | 1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời xanh methylen và methadon. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. 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 opioid, có thể đổi sang các opioid khác không có hoạt tính ức chế thụ thể serotonin (morphin, codein, oxycodon, buprenorphin) 2. Trong hợp không thể trì |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|------------------|--|---|--|--|
| | | | | | 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 chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc. |
| 533 | Methadon | 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. |
| 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 | Cơ 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, | Chống chỉ định phối hợp |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------------------|---|---|--|--|
| | | | | thiếu máu cục bộ do co thắt mạch...) | |
| 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. |
| 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...) | 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. 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. |
| 541 | Metoclopramid | Rotigotin | Đối kháng tác dụng của nhau | Giảm hiệu quả của cả hai thuốc | Chống chỉ định phối hợp |
| 542 | Metoclopramid | Pramipexol | Đối kháng tác dụng của nhau | Giảm hiệu quả của cả hai thuốc | Chống chỉ định phối hợp |
| 543 | Metoclopramid | Piribedil | Đối 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 | Tăng nồng độ simvastatin trong huyết thanh, tăng | Chống chỉ định phối hợp. 1. Chỉ bắt đầu sử dụng simvastatin sau khi ngừng |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|--------------------|---|---------------------------------|--|---|
| | | | giảm chuyên hóa của simvastatin | nguy cơ bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân cấp | mifepriston ít nhất 2 tuần HOẶC 2. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng dẫn chất statin, thay simvastatin bằng pravastatin, rosuvastatin, fluvastatin hoặc pitavastatin. |
| 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 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 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. 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. |
| 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 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, |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|---------------------|---|-------------------------|---|--|
| | | | | | 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. |
| 548 | Moxifloxacin | Thioridazin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <ol style="list-style-type: none"> 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. |
| 549 | Moxifloxacin | Piperaquin/dihydroartemisinin (piperaquin) | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <ol style="list-style-type: none"> 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 | <ol style="list-style-type: none"> 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 |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|---------------|--|--|--|---|
| | | | | | 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 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. |
| 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. |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|--------------------|---------------------|---|---|--|
| 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. |
| 561 | Ondansetron | 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. |
| 562 | Ondansetron | 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. |
| 563 | Oxaliplatin | 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 |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|--------------------|---|---|--|--|
| | | | | | 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. |
| 564 | Oxaliplatin | 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. |
| 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. 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 opioid, có thể đổi sang các opioid khác không có hoạt tính ức chế thụ thể serotonin (morphin, codein, oxycodon, |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|----------------------------------|---|---|--|---|
| | | | | | 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. |
| 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 |
| 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...) | 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) 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 |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-----------------------------------|--|---|---|---|
| | | | | | nhưng cần giám sát chặt chẽ chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc. |
| 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. |
| 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 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. |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|--|---------------------------------|---|--|--|
| 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 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/di hydroartemisinin (piperaquin) | 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. |
| 582 | Piperaquin/di hydroartemisinin (piperaquin) | Saquinavir +/- ritonavir | 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 |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|--|--------------|--|---|--|
| | | | | | giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn. |
| 583 | Piperaquin/dihydroartemisinin (piperaquin) | 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. |
| 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 | Tăng nồng độ ranolazin trong | Chống chỉ định phối hợp. Cần nhắc thay đổi sang các |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------------------------------|--|--|--|--|
| | | | mạnh làm giảm chuyển hóa của ranolazin | huyết thanh, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT | 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. 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). |
| 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 | Đối 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 dừng 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 | Tăng nồng độ của quetiapin, tăng | Tốt nhất nên tránh phối hợp. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng saquinavir, giảm liều |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------|-----------------------------------|--|--|--|
| | | | làm giảm chuyển hóa của quetiapin | nguy cơ kéo dài khoảng QT | 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. 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). |
| 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. |
| 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. 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). |
| 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 |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-----------------------------------|------------------------------------|---|---|---|
| 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 |
| 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 | Đôi 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 | Tăng nồng độ của ticagrelor trong | Chống chỉ định phối hợp |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|---|---|--|--|---|
| | | | làm giảm chuyển hóa của ticagrelor | huyết thanh, tăng nguy cơ xuất huyết | |
| 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 |
| 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, | 1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời xanh methylen và doxylamin. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cần nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn. |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------------|---------------------|--|---|--|
| | | | | tăng huyết áp, tăng thân 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 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 chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc. |
| 617 | Sevofluran | Thioridazin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <ol style="list-style-type: none"> 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. |
| 618 | Sevofluran | Sparfloxacin | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <ol style="list-style-type: none"> 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. |
| 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 | 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: |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|---------------------|---------------------|-------------------------|---|---|
| | | | | | <p>- 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</p> <p>- Trong trường hợp bắt buộc sử dụng dẫn chất statin, thay simvastatin bằng các dẫn chất statin khác (ngoại trừ lovastatin).</p> |
| 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</p> |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|---------------------|---|------------------------------|--|--|
| | | | | | 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. |
| 623 | Sparfloxacin | 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. |
| 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 | 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 |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|------------------|-----------------|---|---|---|
| | | | | thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | 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 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. 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. 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). |
| 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 | Chống chỉ định phối hợp |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-----------------|---|--|--|--|
| | | | | nôn, và rối loạn thị giác) | |
| 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 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 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. |
| 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 | 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. 2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc |

| STT | Hoạt chất 1 | Hoạt chất 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-------------------|---|------------------------------|--|--|
| | | | | động hoặc bồn chồn...) | 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. |
| 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 nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...) | <ol style="list-style-type: none"> 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. 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. |

BẢNG 3.2. 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 (IMAO) (xanh methylen, linezolid, furazolidon) | Các thuốc làm tăng nồng độ serotonin: <i>Các thuốc chống trầm cảm ba vòng (TCA): amitriptylin, clomipramin.</i> <i>Các thuốc ức chế tái thu hồi chọn lọc serotonin (SSRI): paroxetin, fluvoxamin, fluoxetin, sertralin, citalopram, escitalopram, venlafaxin, duloxetine.</i> <i>Dẫn chất triptan: sumatriptan</i> <i>Opioid: pethidin, tramadol, fentanyl, dextromethorphan, methadon</i> <i>Các thuốc khác: trazodon, bupropion, mirtazapin, methylphenidat, milnacipran, carbamazepin, doxylamin</i> | 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 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) 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. Lưu ý: xanh methylen sử dụng đường tiêm tĩnh mạch. |
| 2 | IMAO (xanh methylen, | Levodopa/carbidopa +/- entacapon | Tăng tích lũy noradrenalin (norepinephrin) | 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 |

| STT | Tên thuốc/ nhóm thuốc 1 | Tên thuốc/ nhóm thuốc 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|---|---|--|---|--|
| | linezolid, furazolidon) | | và dopamin. Tác dụng 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) | ngày trước đó có sử dụng IMAO. Lưu ý: xanh methylen sử dụng đường tiêm tĩnh mạch. |
| 3 | IMAO (xanh methylen, linezolid, furazolidon) | Methyldopa | 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 | 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 |
|-----|--|--|--|--|---|
| | | | của thuốc, xuất 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, methylergometrin) | 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 hormon⁵ | Acid tranexamic | Nguy cơ huyết khối khi sử dụng thuốc tránh thai | Tăng nguy cơ biến cố huyết khối | 1. Chống chỉ định sử dụng acid tranexamic điều trị rong kinh ở bệnh nhân đang |

| STT | Tên thuốc/ nhóm thuốc 1 | Tên thuốc/ nhóm thuốc 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|--|----------------------------|--|--|---|
| | | | tăng lên khi phối hợp với thuốc kháng phân giải fibrin | | dùng thuốc tránh thai bản chất hormon. 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. Lưu ý các yếu tố tăng nguy cơ: béo phì, hút thuốc lá, đặc biệt ở người trên 35 tuổi. |
| 12 | Thuốc cản quang iod⁷ | 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 |

| STT | Tên thuốc/ nhóm thuốc 1 | Tên thuốc/ nhóm thuốc 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|---|--|-------------------------|---|---|
| | | | | | <p>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. |
| 13 | Thuốc gây kéo dài khoảng QT⁴ | Thuốc gây kéo dài khoảng QT⁴ | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh | <ol style="list-style-type: none"> 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. |
| 14 | Thuốc ức chế enzym chuyển² hoặc thuốc đối kháng thụ thể AT1³ | Aliskiren | Hiệp đồng tăng tác dụng | Tăng nguy cơ tăng kali máu, suy thận và hạ huyết áp | <ol style="list-style-type: none"> 1. Chống chỉ định ở bệnh nhân đái tháo đường hoặc suy thận (MLCT < 60 ml/ph/1,73 m²). 2. Ở các đối tượng khác, |

| STT | Tên thuốc/ nhóm thuốc 1 | Tên thuốc/ nhóm thuốc 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|---|--|--|---|--|
| | | | | | 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. |
| 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 | Chống chỉ định phối hợp. 1. Chỉ bắt đầu sử dụng simvastatin/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 dẫn chất statin: thay simvastatin/lovastatin bằng các dẫn chất statin khác (lưu ý về giới hạn về liều của các dẫn chất statin này khi phối hợp với các thuốc ức chế CYP3A4 mạnh). - 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, |

| STT | Tên thuốc/ nhóm thuốc 1 | Tên thuốc/ nhóm thuốc 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|---|--|---|---|--|
| | | | | | clarithromycin bằng azithromycin. |
| 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 | Chống chỉ định phối hợp. 1. Chỉ bắt đầu sử dụng simvastatin/lovastatin sau khi ngừng mifepriston ít nhất 2 tuần HOẶC 2. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng dẫn chất statin: thay simvastatin hoặc lovastatin bằng pravastatin, rosuvastatin, fluvastatin hoặc pitavastatin |
| 20 | Alcaloid nấm cựa gà (dihydroergota min, ergotamin, ergometrin, methylergometrin) | Thuốc ức chế mạnh CYP3A4 (các thuốc ức chế protease điều trị HIV⁶ , clarithromycin, erythromycin, roxithromycin, itraconazol, posaconazol, voriconazol, boceprevir) | Các thuốc ức chế mạnh CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của alcaloid nấm cựa gà | Tăng nồng độ của alcaloid nấm cựa gà 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. Đối với trường hợp điều trị băng huyết sau sinh, nếu không còn thuốc khác thay thế ở người bệnh đang sử dụng thuốc HIV 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. |

| STT | Tên thuốc/ nhóm thuốc 1 | Tên thuốc/ nhóm thuốc 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|----------------------------|---|---|---|--|
| 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 (clarithromycin, itraconazol, posaconazol, voriconazol, các | Các thuốc ức chế mạnh CYP3A4 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. 1. Chỉ bắt đầu sử dụng ranolazin sau khi ngừng itraconazol ít nhất 2 tuần HOẶC 2. Cần nhắc thay đổi sang |

| STT | Tên thuốc/ nhóm thuốc 1 | Tên thuốc/ nhóm thuốc 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|--|---|--|---|---|
| | | thuốc ức chế protease điều trị HIV ⁶⁾ | | | 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. |
| 24 | Tolvaptan | 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 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). - 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 protease điều trị HIV ⁶⁾ | Các thuốc ức chế mạnh CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của lercanidipin hoặc felodipin | Tăng nồng độ lercanidipin/felodi pin, 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: thay itraconazol bằng fluconazol (nhưng tránh |

| STT | Tên thuốc/ nhóm thuốc 1 | Tên thuốc/ nhóm thuốc 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|----------------------------|--|--|--|--|
| | | | | | dùng liều cao, có tác dụng ức chế mạnh CYP3A4). - 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 (erythronycin, 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 |

| STT | Tên thuốc/ nhóm thuốc 1 | Tên thuốc/ nhóm thuốc 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|----------------------------|--|---|--|--|
| 30 | Alfuzosin | Các thuốc ức chế protease điều trị HIV ⁶ , boceprevir | Các thuốc ức chế protease 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 | 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 HIV⁶) | 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 | Chống chỉ định phối hợp |

| STT | Tên thuốc/ nhóm thuốc 1 | Tên thuốc/ nhóm thuốc 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-----------------------------|---|--|--|--|
| | | | | động, giảm trương lực cơ, hạ huyết áp, suy hô hấp, hôn mê) | |
| 34 | Everolimus | Thuốc ức chế mạnh CYP3A4 và P-gp (ritonavir, clarithromycin, itraconazol) | Ritonavir, clarithromycin và 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 |
| 35 | Sildenafil | Các thuốc ức chế protease điều trị HIV⁶ | 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) | 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 ritonavir. |
| 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, | Kháng sinh macrolid ức chế CYP3A4 và P- | Tăng nồng độ kháng sinh macrolid tăng nồng | 1. Chống chỉ định phối hợp ở bệnh nhân có QTc > 450 ms và saquinavir ở dạng |

| STT | Tên thuốc/ nhóm thuốc 1 | Tên thuốc/ nhóm thuốc 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|-----------------------------------|---|---|---|---|
| | | clarithromycin) | gp, làm giảm chuyển hóa và thải trừ saquinavir. Saquinavir cũng ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của kháng sinh macrolid | độ saquinavir, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT và xoắn đỉnh. | 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. |
| 38 | Colchicin | Thuốc ức chế mạnh CYP3A4 (indinavir, saquinavir, posaconazol, voriconazol, boceprevir, roxithromycin) hoặc P-gp (ranolazin, verapamil, amiodaron, carvedilol, diltiazem, sunitinib, nilotinib, cyclosporin) 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). | 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. |
| 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 |

| STT | Tên thuốc/ nhóm thuốc 1 | Tên thuốc/ nhóm thuốc 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|----------------------------|---|--|--|--|
| 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, fluoxetin) | Paroxetin, 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 |
| 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 | 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 |

| STT | Tên thuốc/ nhóm thuốc 1 | Tên thuốc/ nhóm thuốc 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|----------------------------|--|--|---|---|
| | | | | | 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. |
| 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, phenytoin, dexamethason, phenobarbital) | Các thuốc cảm ứng mạnh 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 |
| 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 |

| STT | Tên thuốc/ nhóm thuốc 1 | Tên thuốc/ nhóm thuốc 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|--|---|---|---|---|
| 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, atazanavir, saquinavir, darunavir, indinavir) | Rifampicin | Rifampicin cảm ứng CYP3A4 làm tăng chuyển hóa của các thuốc ức chế protease | Giảm nồng độ thuốc ức chế protease 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). |
| 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 | Giảm nồng độ voriconazol, tăng | 1. Chống chỉ định với liều efavirenz trên 400 mg/ngày. |

| STT | Tên thuốc/ nhóm thuốc 1 | Tên thuốc/ nhóm thuốc 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|----------------------------|----------------------------|---|--|---|
| | | | làm tăng chuyển hóa của voriconazol; voriconazol ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của efavirenz | nồng độ efavirenz trong huyết thanh, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT | 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 |
| 57 | Ciclosporin | Bosentan | Bosentan cảm ứng CYP3A4 làm tăng chuyển hóa của ciclosporin; ciclosporin ức | Tăng nồng độ của bosentan, tăng nguy cơ tác dụng không mong muốn (đau đầu.); giảm nồng độ của | Chống chỉ định phối hợp |

| STT | Tên thuốc/ nhóm thuốc 1 | Tên thuốc/ nhóm thuốc 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|---|---|--|---|---|
| | | | chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của bosentan; | ciclosporin trong huyết thanh, giảm hiệu quả điều trị, tăng nguy cơ thải ghép | |
| 58 | Dẫn chất fluorouracil (capecitabin, fluorouracil, tegafur) | Brivudin | Chất chuyển hóa của brivudin ức chế enzyme dihydropyrimidine dehydrogenase (DPD) - enzyme chuyển hóa dẫn chất fluorouracil | Tăng nồng độ fluorouracil trong máu, dẫn đến tăng nguy cơ độc tính | Chống chỉ định phối hợp. Chỉ bắt đầu sử dụng dẫn chất fluorouracil 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, ciclosporin, eltrombopag) | 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 |
|-----|--|---|---|---|---|
| 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, trihexyphenidy l, 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 | 1. Tốt nhất nên tránh phối hợp, đặc biệt ở người cao tuổi. Cần nhắc chuyển sang sử dụng kali đường tĩnh mạch. 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. |
| 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 H2, sử dụng các thuốc H2 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 | 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. |

| STT | Tên thuốc/ nhóm thuốc 1 | Tên thuốc/ nhóm thuốc 2 | Cơ chế | Hậu quả | Xử trí |
|-----|--------------------------------------|----------------------------|---------|---|-------------------------|
| | đường đường tĩnh mạch...) | | | | |
| 67 | Brentuximab | Bleomycin | 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 |
| 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 |

Chữ viết tắt: IMAO: thuốc ức chế monoamin oxidase; NSAID: thuốc chống viêm không có cấu trúc steroid; LMWH: heparin trọng lượng phân tử thấp; MLCT: mức lọc cầu thận; NOAC: thuốc chống đông đường uống tác động trực tiếp; P-gp: P-glycoprotein; TCA: thuốc chống trầm cảm ba vòng; SSRI: thuốc ức chế tái thu hồi chọn lọc serotonin.

Chú thích:

| | | |
|---|--|---|
| 1 | Thuốc chống viêm không có cấu trúc steroid (NSAID): aceclofenac, acid mefenamic, aspirin, celecoxib, clonixin, dexibuprofen, dexketoprofen, diclofenac, etodolac, etoricoxib, floctafenin, flurbiprofen, ibuprofen, indomethacin, ketoprofen, lornoxicam, loxoprofen, meloxicam, nabumeton, naproxen, piroxicam, talniflumet, tenoxicam, zaltoprofen | |
| 2 | Thuốc ức chế enzym chuyển: benazepril, captopril, enalapril, imidapril, lisinopril, perindopril, quinapril, ramipril, trandolapril, zofenopril | |
| 3 | Thuốc đối kháng thụ thể AT ₁ : candesartan, eprosartan, irbesartan, losartan, olmesartan, telmisartan, valsartan | |
| 4 | Thuốc kéo dài khoảng QT: | |
| | Thuốc 1 | Thuốc 2 |
| | Domperidon | Amiodaron, arsenic trioxid, artemether/lumefantrin (lumefantrin), azithromycin, cilostazol, ciprofloxacin, citalopram, cloroquin, clorpromazin, donepezil, escitalopram, fluconazol, haloperidol, levofloxacin, levomepromazin, levosulpirid, methadon, moxifloxacin, ondansetron, oxaliplatin, propofol, roxithromycin, sevofluran, sotalol, sparfloxacin, spiramycin, sulpirid, thioridazin |
| | Thioridazin | Amiodaron, amisulpirid, arsenic trioxid, azithromycin, ciprofloxacin, citalopram, clarithromycin, cloroquin, clorpromazin, donepezil, erythromycin, escitalopram, fluconazol, haloperidol, hydroxycloquin, levofloxacin, levosulpirid, methadon, |

| | |
|--|---|
| | moxifloxacin, ondansetron, oxaliplatin, piperquin/dihydroartemisinin (piperquin), sevofluran, sotalol, sulpirid |
| Moxifloxacin | Amiodaron, citalopram, clorpromazin, escitalopram, haloperidol, piperquin/dihydroartemisinin (piperquin), sotalol |
| Sparfloxacin | Amiodaron, amisulpirid, arsenoic trioxid, artemether/lumefantrin (lumefantrin), azithromycin, citalopram, clarithromycin, cloroquin, clorpromazin, donepezil, erythromycin, escitalopram, fluconazol, haloperidol, hydroxycloquin, levosulpirid, ondansetron, oxaliplatin, piperquin/dihydroartemisinin (piperquin), sevofluran, sotalol, sulpirid, thioridazin |
| Piperquin/dihydroartemisinin (piperquin) | Amiodaron, clarithromycin, clorpromazin, erythromycin, haloperidol, saquinavir +/- ritonavir, sotalol |
| Fluconazol | Amiodaron, artemether/lumefantrin (lumefantrin), citalopram, clarithromycin, donepezil, erythromycin, escitalopram, methadon, ondansetron |
| Amiodaron | Citalopram, cloroquin, clorpromazin, escitalopram, haloperidol, sotalol |
| Clorpromazin | Citalopram, escitalopram |
| Sotalol | Citalopram, escitalopram |
| Haloperidol | Azithromycin, citalopram, clarithromycin, clorpromazin, escitalopram, fluconazol, levofloxacin, sotalol |
| Posaconazol | Artemether/lumefantrin (lumefantrin) |
| 5 | Thuốc tránh thai bản chất hormon: clormadinon, desogestrel, dienogest, drospirenon, ethinyl estradiol, estradiol valerat, estriol, etonogestrel, gestoden, levonorgestrel, lynestrenol, medroxyprogesteron, norelgestromin, norethindron, norgestrel |
| 6 | Thuốc ức chế protease điều trị HIV: lopinavir/ritonavir, darunavir/ritonavir, atazanavir/ritonavir, saquinavir +/- ritonavir, indinavir +/- ritonavir |
| 7 | Thuốc cản quang iod: adipiodon, iobitridol, iodixanol, iohexol, iopamidol, iopromid, ioxitalamat natri/ioxitalamat meglumin, ioxaglic natri/ioxaglic meglumin |