

**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.

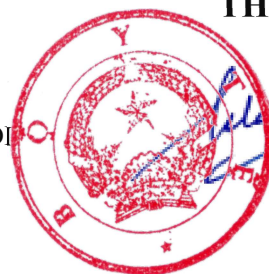
**Điều 3.** Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành.

**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 Thứ trưởng;
- Trung tâm DI & ADR Quốc gia, trung tâm DI & ADR khu vực TP Hồ Chí Minh;
- Công thông tin điện tử Bộ Y tế;
- Website Cục KCB;
- Lưu: VT, KCB.



**KT. BỘ TRƯỞNG  
THỨ TRƯỞNG**

**Nguyễn Trường Sơn**

**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 5948 /QĐ-BYT  
ngày 30 tháng 12 năm 2021 )*

**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 Đoan 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 Đúc Giang
ThS. Lê Thị Ni Na	Phó trưởng Khoa Dược, Bệnh viện Phụ sản - Nhi Đà Nẵng
DSCKI. Nguyễn Thị Phương Châu	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
<b>Tổ thư ký và biên tập</b>	
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:

<b>Tên hoạt chất sử dụng trong danh mục</b>	<b>Tên khác của hoạt chất</b>
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  $\geq 2$  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	<b>Acenocoumarol</b>	<b>Tamoxifen</b>	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	<b>Acid tranexamic</b>	<b>Ethinyl estradiol</b>	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	<b>Acid tranexamic</b>	<b>Estradiol valerat</b>	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	<b>Acid tranexamic</b>	<b>Estriol</b>	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	<b>Acid tranexamic</b>	<b>Clormadinon</b>	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	<b>Acid tranexamic</b>	<b>Desogestrel</b>	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	<b>Acid tranexamic</b>	<b>Dienogest</b>	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	<b>Acid tranexamic</b>	<b>Drospirenon</b>	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	<b>Acid tranexamic</b>	<b>Etonogestrel</b>	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	<b>Acid tranexamic</b>	<b>Gestoden</b>	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	<b>Acid tranexamic</b>	<b>Levonorgestrel</b>	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	<b>Acid tranexamic</b>	<b>Lynestrenol</b>	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	<b>Acid tranexamic</b>	<b>Medroxyprogesteron</b>	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	<b>Acid tranexamic</b>	<b>Norelgestromin</b>	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	<b>Acid tranexamic</b>	<b>Norethindron</b>	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	<b>Acid tranexamic</b>	<b>Norgestrel</b>	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 lạnh 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 lạnh 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 lạnh 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 lạnh tính (phù gai thị, đau đầu, buồn nôn và nôn, và rối loạn thị giác)	Chống chỉ định phối hợp
23	<b>Adipiodon</b>	<b>Metformin</b>	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 &gt; 30 ml/phút/1,73m<sup>2</sup> 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 &lt; 30 ml/phút/1,73m<sup>2</sup> 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	<b>Aliskiren</b>	<b>Benazepril</b>	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 <sup>2</sup> ). 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	<b>Aliskiren</b>	<b>Candesartan</b>	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 <sup>2</sup> ). 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	<b>Aliskiren</b>	<b>Captopril</b>	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 <sup>2</sup> ). 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	<b>Aliskiren</b>	<b>Enalapril</b>	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 <sup>2</sup> ). 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	<b>Aliskiren</b>	<b>Eprosartan</b>	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 <sup>2</sup> ). 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	<b>Aliskiren</b>	<b>Imidapril</b>	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 <sup>2</sup> ). 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	<b>Aliskiren</b>	<b>Irbesartan</b>	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 <sup>2</sup> ). 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	<b>Aliskiren</b>	<b>Lisinopril</b>	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 <sup>2</sup> ). 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	<b>Aliskiren</b>	<b>Losartan</b>	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 <sup>2</sup> ). 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	<b>Aliskiren</b>	<b>Olmесartan</b>	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 <sup>2</sup> ). 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	<b>Aliskiren</b>	<b>Perindopril</b>	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 <sup>2</sup> ).

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	<b>Aliskiren</b>	<b>Quinapril</b>	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 <sup>2</sup> ). 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	<b>Aliskiren</b>	<b>Ramipril</b>	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 <sup>2</sup> ). 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	<b>Aliskiren</b>	<b>Telmisartan</b>	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 <sup>2</sup> ). 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	<b>Aliskiren</b>	<b>Trandolapril</b>	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 <sup>2</sup> ). 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	<b>Aliskiren</b>	<b>Valsartan</b>	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 <sup>2</sup> ). 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	<b>Aliskiren</b>	<b>Zofenopril</b>	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 <sup>2</sup> ). 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, lẫn lộn, nặng hơn có thể xuất hiện mất điều hòa vận động, giảm trương lực cơ, hạ huyết áp, suy hô hấp, hôn mê)	Chống chỉ định phối hợp
50	<b>Amiodaron</b>	<b>Thioridazin</b>	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	<b>Amiodaron</b>	<b>Moxifloxacin</b>	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.

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	<b>Amiodaron</b>	<b>Sotalol</b>	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	<b>Amiodaron</b>	<b>Clorpromazin</b>	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	<b>Amiodaron</b>	<b>Citalopram</b>	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	<b>Amiodaron</b>	<b>Escitalopram</b>	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	<b>Amiodaron</b>	<b>Haloperidol</b>	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	<b>Amiodaron</b>	<b>Cloroquin</b>	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	<b>Amiodaron</b>	<b>Fluconazol</b>	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	<b>Amiodaron</b>	<b>Piperaquin/dihydroartemisinin (piperaquin)</b>	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	<b>Amiodaron</b>	<b>Colchicin</b>	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	<b>Amiodaron</b>	<b>Sparfloxacin</b>	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	<b>Amisulpirid</b>	<b>Thioridazin</b>	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	<b>Amisulpirid</b>	<b>Sparfloxacin</b>	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	<b>Amitriptylin</b>	<b>Linezolid</b>	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 chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc.
71	<b>Amitriptylin</b>	<b>Xanh methylen (sử dụng đường tiêm tĩnh mạch)</b>	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 chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc.
72	<b>Amitriptylin</b>	<b>Furazolidon</b>	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	<b>Arsenic trioxid</b>	<b>Thioridazin</b>	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.
74	<b>Arsenic trioxid</b>	<b>Sparfloxacin</b>	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.
75	Arsenic trioxid	Domperidon	Hiệp đồng tăng tác dụng	Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh	Chống chỉ định phối hợp.
76	<b>Artemether/lumefantrin</b>	<b>Posaconazol</b>	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.
77	Artemether/lumefantrin	Fluconazol	Hiệp đồng tăng tác dụng	Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh	1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải. 2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn.
78	Artemether/lumefantrin	Domperidon	Hiệp đồng tăng tác dụng	Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh	Chống chỉ định phối hợp.
79	Artemether/lumefantrin	Rifampicin	Rifampicin cảm ứng CYP3A4 làm tăng chuyển 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/lumefantrin	Enzalutamid	Enzalutamid cảm ứng CYP3A4 làm tăng chuyển hóa của artemether/lumefantrin	Giảm nồng độ của artemether/lumefantrin trong huyết thanh, dẫn đến giảm hiệu quả điều trị	Chống chỉ định phối hợp.
81	Artemether/lumefantrin	Carbamazepin	Carbamazepin cảm ứng CYP3A4 mạnh làm tăng chuyển hóa của artemether/lumefantrin	Giảm nồng độ của artemether/lumefantrin trong huyết thanh, dẫn đến giảm hiệu quả điều trị	Chống chỉ định phối hợp.
82	Artemether/lumefantrin	Phenobarbital	Phenobarbital cảm ứng CYP3A4 mạnh làm tăng chuyển hóa của artemether/lumefantrin	Giảm nồng độ của artemether/lumefantrin trong huyết thanh, dẫn đến giảm hiệu quả điều trị	Chống chỉ định phối hợp.

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	<b>Atazanavir/ritonavir</b>	<b>Ergometrin</b>	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	<b>Atazanavir/ritonavir</b>	<b>Methylergometrin</b>	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 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	<b>Atazanavir/ritonavir</b>	<b>Sildenafil</b>	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	<b>Atazanavir/ritonavir</b>	<b>Quetiapin</b>	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	<b>Atazanavir/ritonavir (ritonavir)</b>	<b>Colchicin</b>	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	<b>Atazanavir/ritonavir (ritonavir)</b>	<b>Voriconazol</b>	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	<b>Atropin</b>	<b>Kali clorid (dạng uống giải phóng kéo dài)</b>	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	<b>Azithromycin</b>	<b>Thioridazin</b>	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	<b>Azithromycin</b>	<b>Haloperidol</b>	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	<b>Azithromycin</b>	<b>Sparfloxacin</b>	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	<b>Boceprevir</b>	<b>Colchicin</b>	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, mô 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	<b>Bupropion</b>	<b>Linezolid</b>	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	<b>Bupropion</b>	<b>Xanh methylen (sử dụng đường tiêm tĩnh mạch)</b>	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	<b>Bupropion</b>	<b>Furazolidon</b>	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	<b>Calci clorid</b>	<b>Ceftriaxon</b>	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	<b>Calci glubionat</b>	<b>Ceftriaxon</b>	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	<b>Calci gluconat</b>	<b>Ceftriaxon</b>	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	<b>Carbamazepin</b>	<b>Linezolid</b>	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. 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.
140	<b>Carbamazepin</b>	<b>Xanh methylen (sử dụng đường tĩnh mạch)</b>	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. Cần 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 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.
141	Carbamazepin	Praziquantel	Carbamazepin cảm ứng CYP3A4 mạnh làm tăng chuyển hóa của praziquantel	Giảm nồng độ của praziquantel trong huyết thanh, dẫn đến giảm hiệu quả điều trị	Chống chỉ định phối hợp.
142	Carbamazepin	Rilpivirin	Carbamazepin cảm ứng CYP3A4 mạnh làm tăng chuyển hóa của rilpivirin	Giảm nồng độ của rilpivirin trong huyết thanh, dẫn đến giảm hiệu quả điều trị	Chống chỉ định phối hợp.
143	Carbamazepin	Voriconazol	Carbamazepin cảm ứng CYP3A4 mạnh làm tăng chuyển hóa của voriconazol	Giảm nồng độ của voriconazol trong huyết thanh, dẫn đến giảm hiệu quả điều trị	Chống chỉ định phối hợp.
144	Carbamazepin	Daclatasvir	Carbamazepin cảm ứng CYP3A4 mạnh làm tăng chuyển hóa của daclatasvir	Giảm nồng độ của daclatasvir trong huyết thanh, dẫn đến giảm hiệu quả điều trị	Chống chỉ định phối hợp.
145	Carbamazepin	Delamanid	Carbamazepin cảm ứng CYP3A4 mạnh làm tăng chuyển hóa của delamanid	Giảm nồng độ của delamanid trong huyết thanh, dẫn đến giảm hiệu quả điều trị	Chống chỉ định phối hợp.
146	Carbamazepin	Grazoprevir/ elbasvir	Carbamazepin cảm ứng CYP3A4 mạnh làm tăng chuyển hóa của Grazoprevir/elbasvir	Giảm nồng độ grazoprevir/elbasvir trong huyết thanh, dẫn đến giảm hiệu quả điều trị	Chống chỉ định phối hợp.

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	<b>Carbamazepin</b>	<b>Furazolidon</b>	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	<b>Carvedilol</b>	<b>Colchicin</b>	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	<b>Ceftriaxon</b>	<b>Dung dịch nuôi dưỡng đường tĩnh mạch chứa calci</b>	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	<b>Ceftriaxon</b>	<b>Ringer Lactat</b>	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) 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	<b>Ciclosporin</b>	<b>Colchicin</b>	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	<b>Ciprofloxacin</b>	<b>Thioridazin</b>	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	<b>Citalopram</b>	<b>Linezolid</b>	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	<b>Citalopram</b>	<b>Xanh methylen</b>	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 khẩn cấp bằng xanh methylen và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc.
166	Citalopram	Thioridazin	Hiệp đồng tăng tác dụng	Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh	1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải. 2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn.
167	Citalopram	Moxifloxacin	Hiệp đồng tăng tác dụng	Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh	1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải. 2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim

STT	Hoạt chất 1	Hoạt chất 2	Cơ chế	Hậu quả	Xử trí
					chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn.
168	<b>Citalopram</b>	<b>Clorpromazin</b>	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	<b>Citalopram</b>	<b>Fluconazol</b>	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	<b>Citalopram</b>	<b>Haloperidol</b>	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	<b>Citalopram</b>	<b>Sotalol</b>	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.
173	<b>Citalopram</b>	<b>Furazolidon</b>	Hiệp đồng tác dụng serotonin. Tác dụng ức chế MAO của furazolidon do chất chuyển hóa của thuốc, xuất hiện chậm sau 5 - 10 ngày.	Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...)	1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời furazolidon và citalopram. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. 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	<b>Citalopram</b>	<b>Sparfloxacin</b>	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.
175	<b>Clarithromycin</b>	<b>Thioridazin</b>	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.
176	<b>Clarithromycin</b>	<b>Fluconazol</b>	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.
177	<b>Clarithromycin</b>	<b>Haloperidol</b>	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.
178	<b>Clarithromycin</b>	<b>Piperaquin/dihydroartemisinin (piperaquin)</b>	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. 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 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. 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 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	<b>Clarithromycin</b>	<b>Colchicin</b>	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. Dừng 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. 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.
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	<b>Clarithromycin</b>	<b>Saquinavir/ ritonavir</b>	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	<b>Clarithromycin</b>	<b>Sparfloxacin</b>	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	<b>Clidinium</b>	<b>Kali clorid (dạng uống giải phóng kéo dài)</b>	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	<b>Clomipramin</b>	<b>Linezolid</b>	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 chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc.
199	<b>Clomipramin</b>	<b>Xanh methylen (sử dụng đường tiêm tĩnh mạch)</b>	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	<b>Clomipramin</b>	<b>Furazolidon</b>	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	<b>Cloroquin</b>	<b>Thioridazin</b>	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	<b>Cloroquin</b>	<b>Sparfloxacin</b>	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	<b>Clorpromazin</b>	<b>Thioridazin</b>	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	<b>Clorpromazin</b>	<b>Moxifloxacin</b>	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	<b>Clorpromazin</b>	<b>Escitalopram</b>	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	<b>Clorpromazin</b>	<b>Haloperidol</b>	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	<b>Clorpromazin</b>	<b>Piperaquin/dihydroartemisinin (piperaquin)</b>	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	<b>Clorpromazin</b>	<b>Sparfloxacin</b>	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	<b>Colchicin</b>	<b>Indinavir +/- ritonavir</b>	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	<b>Colchicin</b>	<b>Lopinavir/ritonavir (ritonavir)</b>	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	<b>Colchicin</b>	<b>Darunavir/ritonavir (ritonavir)</b>	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	<b>Colchicin</b>	<b>Saquinavir +/- ritonavir</b>	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	<b>Colchicin</b>	<b>Itraconazol</b>	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	<b>Colchicin</b>	<b>Posaconazol</b>	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	<b>Colchicin</b>	<b>Voriconazol</b>	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	<b>Colchicin</b>	<b>Roxithromycin</b>	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	<b>Colchicin</b>	<b>Erythromycin</b>	Erythromycin ức chế mạnh CYP3A4 và ức chế P-gp làm giảm chuyển hóa và thải trừ colchicin.	Tăng nồng độ colchicin trong huyết thanh, tăng nguy cơ tác dụng độc tính (tiêu chảy, nôn, đau bụng, sốt, xuất huyết, giảm cả ba dòng tế bào máu, các dấu hiệu độc tính trên cơ như đau cơ, mỏi cơ hoặc yếu cơ, nước tiểu sẫm màu, dị cảm, trường hợp nặng có thể gây suy đa tạng và tử vong).	1. Chống chỉ định ở bệnh nhân suy gan hoặc suy thận. 2. Ở bệnh nhân chức năng gan, thận bình thường: nên tránh phối hợp. Nếu phối hợp: giảm liều colchicin. Dùng liều tiếp theo của colchicin sau 3 ngày. Theo dõi nguy cơ độc tính của colchicin.
221	<b>Colchicin</b>	<b>Ranolazin</b>	Ranolazin ức chế P-gp làm giảm thải trừ colchicin.	Tăng nồng độ colchicin trong huyết thanh, tăng nguy cơ tác dụng độc tính (tiêu chảy, nôn, đau bụng, sốt, xuất huyết, giảm cả ba dòng tế bào máu, các dấu hiệu độc tính trên cơ như đau cơ, mỏi cơ hoặc yếu cơ, nước tiểu sẫm màu, dị cảm, trường hợp nặng có thể gây suy đa tạng và tử vong).	1. Chống chỉ định ở bệnh nhân suy gan hoặc suy thận. 2. Ở bệnh nhân chức năng gan, thận bình thường: nên tránh phối hợp. Nếu phối hợp: giảm liều colchicin. Dùng liều tiếp theo của colchicin sau 3 ngày. Theo dõi nguy cơ độc tính của colchicin.
222	<b>Colchicin</b>	<b>Verapamil</b>	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. 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
				cơ, mỏi cơ hoặc yếu cơ, nước tiểu sẫm màu, dị cảm, trường hợp nặng có thể gây suy đa tạng và tử vong).	
223	<b>Colchicin</b>	<b>Diltiazem</b>	Diltiazem ức chế P-gp làm giảm thải trừ colchicin.	Tăng nồng độ colchicin trong huyết thanh, tăng nguy cơ tác dụng độc tính (tiêu chảy, nôn, đau bụng, sốt, xuất huyết, giảm cả ba dòng tế bào máu, các dấu hiệu độc tính trên cơ như đau cơ, mỏi cơ hoặc yếu cơ, nước tiểu sẫm màu, dị cảm, trường hợp nặng có thể gây suy đa tạng và tử vong).	1. Chống chỉ định ở bệnh nhân suy gan hoặc suy thận. 2. Ở bệnh nhân chức năng gan, thận bình thường: nên tránh phối hợp. Nếu phối hợp: giảm liều colchicin. Dừng liều tiếp theo của colchicin sau 3 ngày. Theo dõi nguy cơ độc tính của colchicin.
224	<b>Colchicin</b>	<b>Sunitinib</b>	Sunitinib ức chế P-gp làm giảm thải trừ colchicin.	Tăng nồng độ colchicin trong huyết thanh, tăng nguy cơ tác dụng độc tính (tiêu chảy, nôn, đau bụng, sốt, xuất huyết, giảm cả ba dòng tế bào máu, các dấu hiệu độc tính trên cơ như đau cơ, mỏi cơ hoặc yếu cơ, nước tiểu sẫm màu, dị cảm, trường hợp nặng có thể gây suy đa tạng và tử vong).	1. Chống chỉ định ở bệnh nhân suy gan hoặc suy thận. 2. Ở bệnh nhân chức năng gan, thận bình thường: nên tránh phối hợp. Nếu phối hợp: giảm liều colchicin. Dừng liều tiếp theo của colchicin sau 3 ngày. Theo dõi nguy cơ độc tính của colchicin.
225	<b>Colchicin</b>	<b>Nilotinib</b>	Nilotinib ức chế P-gp làm giảm thải trừ colchicin.	Tăng nồng độ colchicin trong huyết thanh, tăng nguy cơ tác dụng độc tính (tiêu chảy, nôn, đau bụng, sốt, xuất huyết, giảm cả ba dòng tế bào máu, các dấu hiệu độc tính trên cơ như đau cơ, mỏi cơ hoặc yếu cơ, nước tiểu sẫm màu, dị cảm, trường hợp nặng có thể gây suy đa tạng và tử vong).	1. Chống chỉ định ở bệnh nhân suy gan hoặc suy thận. 2. Ở bệnh nhân chức năng gan, thận bình thường: nên tránh phối hợp. Nếu phối hợp: giảm liều colchicin. 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
				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	Phenobarbital	Phenobarbital cảm ứng CYP3A4 mạnh làm tăng chuyển hóa của daclatasvir	Giảm nồng độ của daclatasvir trong huyết thanh, dẫn đến giảm hiệu quả điều trị	Chống chỉ định phối hợp.
230	Daclatasvir	Phenytoin	Phenytoin cảm ứng CYP3A4 mạnh làm tăng chuyển hóa của daclatasvir	Giảm nồng độ của daclatasvir trong huyết thanh, dẫn đến giảm hiệu quả điều trị	Chống chỉ định phối hợp.
231	Danazol	Simvastatin	Danazol ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của simvastatin	Tăng nồng độ simvastatin trong huyết thanh, tăng nguy cơ bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân cấp	Chống chỉ định phối hợp
232	Danazol	Lovastatin	Danazol ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của lovastatin	Tăng nồng độ lovastatin trong huyết thanh, tăng nguy cơ bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân cấp	Chống chỉ định phối hợp
233	Darunavir/ritonavir	Lovastatin	Darunavir/ritonavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của lovastatin	Tăng nồng độ của lovastatin trong huyết thanh, tăng nguy cơ bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân cấp	Chống chỉ định phối hợp. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng dẫn chất statin, thay lovastatin bằng các dẫn chất statin khác (ngoại trừ simvastatin), sử dụng liều thấp nhất có hiệu quả, atorvastatin không 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	<b>Darunavir/ritonavir</b>	<b>Ergometrin</b>	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	<b>Darunavir/ritonavir</b>	<b>Methylergometrin</b>	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	<b>Darunavir/ritonavir</b>	<b>Sildenafil</b>	Darunavir/ritonavir ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của sildenafil	Tăng nồng độ sildenafil trong huyết thanh, tăng nguy cơ độc tính (hạ huyết áp, ngất, rối loạn thị giác)	1. Chống chỉ định phối hợp trong trường hợp sử dụng sildenafil điều trị tăng áp động mạch phổi. 2. Trong trường hợp sử dụng sildenafil điều trị rối loạn cương dương, liều sildenafil không vượt quá 25 mg mỗi 48 giờ ở người đang sử dụng darunavir.

STT	Hoạt chất 1	Hoạt chất 2	Cơ chế	Hậu quả	Xử trí
246	Darunavir/ritonavir	Quetiapin	Darunavir/ritonavir ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của quetiapin	Tăng nồng độ của quetiapin, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT	Tốt nhất nên tránh phối hợp. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng darunavir, giảm liều quetiapin còn 1/6 liều so với liều bình thường.
247	Darunavir/ritonavir	Rifampicin	Rifampicin cảm ứng CYP3A4 làm tăng chuyển hóa của Darunavir/ritonavir	Giảm nồng độ darunavir trong huyết thanh, giảm hiệu quả điều trị	Chống chỉ định phối hợp
248	Darunavir/ritonavir	Grazoprevir/elbasvir	Darunavir/ritonavir ức chế OATP1B1/3 làm giảm vận chuyển grazoprevir vào gan.	Tăng nồng độ grazoprevir/elbasvir, tăng nguy cơ tăng ALT	Chống chỉ định phối hợp
249	Darunavir/ritonavir	Domperidon	Darunavir/ritonavir ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của domperidon	Tăng nồng độ domperidon trong huyết thanh, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT	Chống chỉ định phối hợp
250	Darunavir/ritonavir (ritonavir)	Vardenafil	Ritonavir ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của vardenafil	Tăng nồng độ vardenafil trong huyết thanh, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT	Chống chỉ định phối hợp
251	Darunavir/ritonavir (ritonavir)	Propafenon	Ritonavir ức chế chuyển hóa của propafenon qua CYP3A4 và CYP2D6.	Tăng nồng độ, dẫn đến tăng độc tính của propafenon (đặc biệt là loạn nhịp tim).	Chống chỉ định phối hợp.
252	Darunavir/ritonavir (ritonavir)	Everolimus	Ritonavir ức chế mạnh CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của everolimus ở gan, đồng thời, ức chế P-gp làm giảm thải trừ everolimus khỏi cơ thể.	Tăng nồng độ everolimus trong huyết thanh, tăng tác dụng bất lợi liên quan đến ức chế miễn dịch	Chống chỉ định phối hợp
253	Darunavir/ritonavir (ritonavir)	Voriconazol	Ritonavir cảm ứng CYP2C19 (hoặc ức chế CYP3A4 ở người thiếu hoặc giảm hoạt tính CYP2C19) làm tăng (hoặc giảm) chuyển hóa của	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
					trước hoặc 4 giờ sau khi uống rilpivirin.
261	<b>Dextromethorphan</b>	<b>Linezolid</b>	Hiệp đồng tác dụng serotonin	Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...)	<p>1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời linezolid và dextromethorphan. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng opioid, có thể đổi sang các opioid khác không có hoạt tính ức chế thu hồi serotonin (codein)</p> <p>2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng linezolid và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc.</p>
262	<b>Dextromethorphan</b>	<b>Xanh methylen (sử dụng đường tiêm tĩnh mạch)</b>	Hiệp đồng tác dụng serotonin	Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...)	<p>1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời xanh methylen và dextromethorphan. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng opioid, có thể đổi sang các opioid khác không có hoạt tính ức chế thu hồi serotonin (codein)</p> <p>2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng xanh methylen và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời</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	<b>Dextromethorphan</b>	<b>Furazolidon</b>	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...)	opioid 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	<b>Dicycloverin</b>	<b>Kali clorid (dạng thuốc viên sử dụng đường uống)</b>	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 chuyên 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	<b>Donepezil</b>	<b>Thioridazin</b>	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	<b>Donepezil</b>	<b>Fluconazol</b>	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	<b>Donepezil</b>	<b>Sparfloxacin</b>	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	<b>Doxylamin</b>	<b>Linezolid</b>	Hiệp đồng tác dụng serotonin	Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...)	<p>1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời linezolid và doxylamin. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn.</p> <p>2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng linezolid và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu 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>
310	<b>Doxylamin</b>	<b>Xanh methylen (sử dụng đường tiêm tĩnh mạch)</b>	Hiệp đồng tác dụng serotonin	Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...)	<p>1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời xanh methylen và carbamazepin. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn.</p> <p>2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng xanh methylen và không có thuốc khác thay</p>

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	<b>Doxylamin</b>	<b>Furazolidon</b>	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. 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.
312	<b>Duloxetine</b>	<b>Linezolid</b>	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. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn. 2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng linezolid và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc.

STT	Hoạt chất 1	Hoạt chất 2	Cơ chế	Hậu quả	Xử trí
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. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn. 2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng xanh methylen và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc.
314	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. 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

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	<b>Efavirenz</b>	<b>Voriconazol</b>	Efavirenz cảm ứng CYP3A4 làm tăng chuyển hóa của voriconazol; voriconazol ức chế CYP3A4 làm giảm chuyển hóa của efavirenz	Giảm nồng độ voriconazol, tăng nồng độ efavirenz trong huyết thanh, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT	1. Chống chỉ định với liều efavirenz trên 400 mg/ngày. 2. Voriconazol có thể phối hợp efavirenz khi tăng liều duy trì của voriconazol lên 400 mg mỗi 12 giờ và giảm liều của efavirenz còn 300 mg mỗi 24 giờ. Khi ngừng sử dụng voriconazol, có thể quay lại sử dụng liều ban đầu efavirenz.
318	Eltrombopag	Grazoprevir/ elbasvir	Eltrombopag ức chế OATP1B1/3 làm giảm vận chuyển grazoprevir vào gan.	Tăng nồng độ grazoprevir/elbasvir, tăng nguy cơ tăng ALT	Chống chỉ định phối hợp
319	Enalapril	Sacubitril/valsartan (sacubitril)	Tăng tích lũy bradykinin gây phù mạch	Tăng nguy cơ phù mạch	Chống chỉ định phối hợp. Chỉ bắt đầu sử dụng Sacubitril/valsartan (sacubitril) sau khi ngừng enalapril ít nhất 36 giờ.
320	Enzalutamid	Grazoprevir/ elbasvir	Enzalutamid cảm ứng CYP3A4 làm tăng chuyển hóa của Grazoprevir/elbasvir	Giảm nồng độ grazoprevir/elbasvir trong 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)	Tăng tích lũy noradrenalin (norepinephrin)	Tăng nguy cơ xuất hiện cơn tăng huyết áp (đau đầu, đánh	1. Chống chỉ định sử dụng ephedrin sử dụng đường uống đồng thời hoặc trong vòng 14

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

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

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



STT	Hoạt chất 1	Hoạt chất 2	Cơ chế	Hậu quả	Xử trí
					trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc.
391	<b>Furazolidon</b>	<b>Sertralin</b>	Hiệp đồng tác dụng serotonin. Tác dụng ức chế MAO của furazolidon do chất chuyển hóa của thuốc, xuất hiện chậm sau 5 - 10 ngày.	Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...)	1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời furazolidon và sertralin. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn. 2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng furazolidon và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc.
392	<b>Furazolidon</b>	<b>Venlafaxin</b>	Hiệp đồng tác dụng serotonin. Tác dụng ức chế MAO của furazolidon do chất chuyển hóa của thuốc, xuất hiện chậm sau 5 - 10 ngày.	Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...)	1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời furazolidon và venlafaxin. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn. 2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng furazolidon và không có thuốc khác thay thế, cân 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	<b>Furazolidon</b>	<b>Milnacipran</b>	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 milnacriptan. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân 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	<b>Furazolidon</b>	<b>Trazodon</b>	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	<b>Furazolidon</b>	<b>Methylphenidat</b>	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	<b>Furazolidon</b>	<b>Mirtazapin</b>	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	<b>Furazolidon</b>	<b>Sumatriptan</b>	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	<b>Furazolidon</b>	<b>Pethidin</b>	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 thu hồi serotonin (morphin, codein, oxycodon, buprenorphin)</p> <p>2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng furazolidon và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc.</p>
399	<b>Furazolidon</b>	<b>Tramadol</b>	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 thu hồi serotonin (morphin, codein, oxycodon, buprenorphin)</p> <p>2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng furazolidon và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời</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	<b>Furazolidon</b>	<b>Methadon</b>	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 thu hồi serotonin (morphin, codein, oxycodon, buprenorphin) 2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng furazolidon và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc.
401	Furazolidon	Levodopa/carbidopa +/- entacapon	Tăng tích lũy noradrenalin (norepinephrin) và dopamin. Tác dụng ức chế MAO của furazolidon do chất chuyển hóa của thuốc, xuất hiện chậm sau 5 - 10 ngày.	Tăng nguy cơ xuất hiện cơn tăng huyết áp (đau đầu, đánh trống ngực, cứng cổ, tăng huyết áp)	Chống chỉ định sử dụng levodopa/carbidopa đồng thời hoặc trong vòng 14 ngày gần đây có sử dụng furazolidon.
402	Furazolidon	Methyldopa	Chưa rõ	Tăng nguy cơ xuất hiện cơn tăng huyết áp (đau đầu, đánh trống ngực, cứng cổ)	Chống chỉ định phối hợp
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, rifampicin 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	<b>Haloperidol</b>	<b>Thioridazin</b>	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	<b>Haloperidol</b>	<b>Moxifloxacin</b>	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	<b>Haloperidol</b>	<b>Sotalol</b>	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	<b>Haloperidol</b>	<b>Levofloxacin</b>	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	<b>Haloperidol</b>	<b>Piperaquin/ dihydroarte misinin (piperaquin)</b>	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	<b>Haloperidol</b>	<b>Sparfloxacin</b>	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	<b>Hydroxycloquin</b>	<b>Thioridazin</b>	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
					ơ/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	<b>Hydroxycloquin</b>	<b>Sparfloxacin</b>	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	<b>Hyoscin butylbromid</b>	<b>Kali clorid (dạng uống giải phóng kéo dài)</b>	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	<b>Hyoscyamin</b>	<b>Kali clorid (dạng uống giải phóng kéo dài)</b>	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	<b>Indinavir ritonavir</b> +/-	<b>Methylergometrin</b>	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	<b>Indinavir +/- ritonavir</b>	<b>Sildenafil</b>	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	<b>Indinavir +/- ritonavir</b>	<b>Quetiapin</b>	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	<b>Indinavir/ritonavir (ritonavir)</b>	<b>Voriconazol</b>	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	<b>Iobitridol</b>	<b>Metformin</b>	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 &gt; 30 ml/phút/1,73m<sup>2</sup> 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 &lt; 30 ml/phút/1,73m<sup>2</sup> 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"> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> </ul>
443	<b>Iodixanol</b>	<b>Metformin</b>	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 &gt; 30 ml/phút/1,73m<sup>2</sup> 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 &lt; 30 ml/phút/1,73m<sup>2</sup> 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 <sup>2</sup> 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 <sup>2</sup> 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"> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> </ul>
445	<b>Iopamidol</b>	<b>Metformin</b>	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 &gt; 30 ml/phút/1,73m<sup>2</sup> 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 cánh, 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 &lt; 30 ml/phút/1,73m<sup>2</sup> 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
					* 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.
446	<b>Iopromid</b>	<b>Metformin</b>	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 <sup>2</sup> 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 <sup>2</sup> 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. * Lưu ý:

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	<b>Ioxaglic natri/ioxaglic meglumin</b>	<b>Metformin</b>	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 &gt; 30 ml/phút/1,73m<sup>2</sup> 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 &lt; 30 ml/phút/1,73m<sup>2</sup> 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	<b>Ioxitalamat natri/ioxitalamat meglumin</b>	<b>Metformin</b>	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 <sup>2</sup> 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 <sup>2</sup> 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. * Lưu ý: - Các yếu tố nguy cơ: suy thận, suy tim, không đủ dịch

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
					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) 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. 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).
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. 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).
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. 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).
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. 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).
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. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng thuốc kháng nấm azol, thay posaconazol bằng fluconazol (nhưng tránh dùng liều cao, có tác dụng ức chế mạnh CYP3A4).
472	Ivabradin	Voriconazol	Voriconazol ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của ivabradin	Tăng nồng độ ivabradin trong huyết thanh, tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT và chậm nhịp tim	Chống chỉ định phối hợp. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng thuốc kháng nấm azol, thay voriconazol bằng fluconazol (nhưng tránh dùng liều cao, có tác dụng ức chế mạnh CYP3A4).
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	<b>Kali clorid (dạng uống giải phóng kéo dài)</b>	<b>Trihexyphe nidy l</b>	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. 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.



STT	Hoạt chất 1	Hoạt chất 2	Cơ chế	Hậu quả	Xử trí
475	<b>Kali clorid (dạng uống giải phóng kéo dài)</b>	<b>Solifenacin</b>	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. 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.
476	<b>Kali clorid (dạng uống giải phóng kéo dài)</b>	<b>Oxybutynin</b>	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. 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.
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	Talniflumate	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. 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).
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	<b>Levofloxacin</b>	<b>Thioridazin</b>	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	<b>Levosulpirid</b>	<b>Thioridazin</b>	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	<b>Levosulpirid</b>	<b>Sparfloxacin</b>	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	<b>Linezolid</b>	<b>Paroxetin</b>	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	<b>Linezolid</b>	<b>Sertralin</b>	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...)	dùng 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	<b>Linezolid</b>	<b>Venlafaxin</b>	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	<b>Linezolid</b>	<b>Milnacipran</b>	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	<b>Linezolid</b>	<b>Trazodon</b>	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	<b>Linezolid</b>	<b>Methylphenidat</b>	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	<b>Linezolid</b>	<b>Mirtazapin</b>	Hiệp đồng tác dụng serotonin	Tăng nguy cơ hội chứng serotonin (sốt cao, rối loạn nhận thức, tăng phản xạ, mất phối hợp, rung giật cơ, cứng cơ, co giật, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ảo giác, kích động hoặc bồn chồn...)	1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời linezolid và mirtazapin. Tốt nhất các thuốc này nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn. 2. Trong hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng linezolid và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc.
506	<b>Linezolid</b>	<b>Xanh methylen (sử dụng đường tiêm tĩnh mạch)</b>	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. Cân 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	<b>Linezolid</b>	<b>Sumatriptan</b>	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. Cân 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	<b>Linezolid</b>	<b>Pethidin</b>	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. 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 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	<b>Linezolid</b>	<b>Tramadol</b>	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. Cân 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...)	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 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.
510	<b>Linezolid</b>	<b>Methadon</b>	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 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 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.
511	Linezolid	Methyl dopa	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
				trông 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 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	<b>Lopinavir/ritonavir</b>	<b>Methylergometrin</b>	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 băng 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	<b>Lopinavir/ritonavir</b>	<b>Sildenafil</b>	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	<b>Lopinavir/ritonavir</b>	<b>Quetiapin</b>	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	<b>Methadon</b>	<b>Xanh methylen (sử dụng đường tiêm tĩnh mạch)</b>	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 thu hồi 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 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.
533	<b>Methadon</b>	<b>Thioridazin</b>	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	Co thắt mạch kéo dài	Chống chỉ định phối hợp. Hai thuốc cách nhau ít nhất 24 giờ.
536	Methylergometrin	Roxithromycin	Roxithromycin ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của methylergometrin	Tăng nồng độ của methylergometrin trong huyết thanh, tăng nguy cơ độc tính (nôn, buồn nôn, hoại tử đầu chi, thiếu máu cục bộ do co thắt mạch...)	Chống chỉ định phối hợp
537	Methylergometrin	Voriconazol	Voriconazol ức chế CYP3A4 mạnh làm giảm chuyển hóa của methylergometrin	Tăng nồng độ của methylergometrin trong huyết thanh, tăng nguy cơ độc tính (nôn, buồn nôn, hoại tử đầu chi,	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	<b>Methylergometrin</b>	<b>Saquinavir +/- ritonavir</b>	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	<b>Methylphenidat</b>	<b>Xanh methylen (sử dụng đường tiêm tĩnh mạch)</b>	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. 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.
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 chuyển hóa của simvastatin	nguy cơ bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân cấp	mifepriston ít nhất 2 tuần <b>HOẶC</b> 2. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng dẫn chất statin, thay simvastatin bằng pravastatin, rosuvastatin, fluvastatin hoặc pitavastatin.
545	<b>Milnacipran</b>	<b>Xanh methylen (sử dụng đường tiêm tĩnh mạch)</b>	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 lạnh tính (phù gai thị, đau đầu, buồn nôn và nôn, và rối loạn thị giác)	Chống chỉ định phối hợp
547	<b>Mirtazapin</b>	<b>Xanh methylen (sử dụng đường tiêm tĩnh mạch)</b>	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	<b>Moxifloxacin</b>	<b>Thioridazin</b>	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.
549	<b>Moxifloxacin</b>	<b>Piperaquin/dihydroartemisinin (piperaquin)</b>	Hiệp đồng tăng tác dụng	Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh	1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải. 2. Trên các đối tượng bệnh nhân khác, tốt nhất nên tránh phối hợp các thuốc này. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, cần đánh giá cẩn thận nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới trước khi quyết định kê đơn.
550	<b>Moxifloxacin</b>	<b>Sotalol</b>	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.
551	Nefopam	Xanh methylen (sử dụng đường tiêm tĩnh mạch)	Nefopam ức chế thu hồi noradrenalin (norepinephrin) và serotonin trên hệ thần kinh	Tăng nguy cơ kích thích thần kinh trung ương (co giật, ảo giác và kích động)	Chống chỉ định phối hợp
552	Nicoradil	Sildenafil	Hiệp đồng tăng nồng độ guanosine monophosphate (cGMP) vòng có dụng giãn mạch	Tăng tác dụng hạ huyết áp nghiêm trọng	Chống chỉ định phối hợp. Hai thuốc cách nhau ít nhất 24 giờ.
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	<b>Ondansetron</b>	<b>Thioridazin</b>	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	<b>Ondansetron</b>	<b>Sparfloxacin</b>	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	<b>Oxaliplatin</b>	<b>Thioridazin</b>	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	<b>Oxaliplatin</b>	<b>Sparfloxacin</b>	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	<b>Paroxetin</b>	<b>Xanh methylen (sử dụng đường tiêm tĩnh mạch)</b>	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,

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	<b>Pethidin</b>	<b>Xanh methylen (sử dụng đường tiêm tĩnh mạch)</b>	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 của ranolazin và thải trừ của ranolazin.	Giảm nồng độ ranolazin trong huyết thanh, giảm hiệu quả điều trị	Chống chỉ định phối hợp
576	Phenylephrin (sử dụng đường uống)	Xanh methylen (sử dụng đường tiêm tĩnh mạch)	Tăng tích lũy noradrenalin (norepinephrin)	Tăng nguy cơ xuất hiện cơn tăng huyết áp (đau đầu, đánh trống ngực, cứng cổ, tăng huyết áp)	1. Chống chỉ định sử dụng phenylephrin sử dụng đường uống đồng thời hoặc trong vòng 14 ngày trước đó có sử dụng xanh methylen. 2. Đối với phenylephrin sử dụng đường tiêm, cần sử dụng rất thận trọng trên bệnh nhân đang dùng xanh methylen trong điều kiện giám sát huyết áp chặt chẽ.
577	Phenytoin	Praziquantel	Phenytoin cảm ứng CYP3A4 mạnh làm tăng chuyển hóa của praziquantel	Giảm nồng độ của praziquantel trong huyết thanh, dẫn đến giảm hiệu quả điều trị	Chống chỉ định phối hợp.
578	Phenytoin	Rilpivirin	Phenytoin cảm ứng CYP3A4 mạnh làm tăng chuyển hóa của rilpivirin	Giảm nồng độ của rilpivirin trong huyết thanh, dẫn đến giảm hiệu quả điều trị	Chống chỉ định phối hợp.

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	<b>Piperaquin/di hydroartemisinin (piperaquin)</b>	<b>Thioridazin</b>	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	<b>Piperaquin/di hydroartemisinin (piperaquin)</b>	<b>Sotalol</b>	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	<b>Piperaquin/di hydroartemisinin (piperaquin)</b>	<b>Saquinavir +/- ritonavir</b>	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	<b>Piperaquin/di hydroartemisinin (piperaquin)</b>	<b>Sparfloxacin</b>	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
			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 làm giảm chuyển hóa của tolvaptan	Tăng nồng độ tolvaptan trong huyết thanh, tăng nguy cơ tác dụng không mong muốn (tăng nồng độ natri huyết thanh, đa niệu, khát nước, giảm thể tích tuần hoàn...)	Chống chỉ định phối hợp. Cần nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn: Trong trường hợp bắt buộc sử dụng thuốc kháng nấm azol, thay posaconazol bằng fluconazol (nhưng tránh dùng liều cao, có tác dụng ức chế mạnh CYP3A4).
589	Posaconazol	Quetiapin	Posaconazol 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. 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).
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 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	<b>Quetiapin</b>	<b>Saquinavir +/- ritonavir</b>	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	<b>Saquinavir +/- ritonavir</b>	<b>Sildenafil</b>	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	<b>Saquinavir/ritonavir (ritonavir)</b>	<b>Voriconazol</b>	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	<b>Sertralin</b>	<b>Xanh methylen (sử dụng đường tiêm tĩnh mạch)</b>	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. 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
				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 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.
617	Sevofluran	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.
618	Sevofluran	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.
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. 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
					<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	<b>Sotalol</b>	<b>Thioridazin</b>	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	<b>Sotalol</b>	<b>Sparfloxacin</b>	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	<b>Sparfloxacin</b>	<b>Sulpirid</b>	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	<b>Sparfloxacin</b>	<b>Thioridazin</b>	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	<b>Sulpirid</b>	<b>Thioridazin</b>	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	<b>Sumatriptan</b>	<b>Xanh methylen (sử dụng đường tiêm tĩnh mạch)</b>	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. 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 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	<b>Tamoxifen</b>	<b>Warfarin</b>	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. Cân nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn: Trong trường hợp bắt buộc sử dụng thuốc kháng nấm azol, thay voriconazol bằng fluconazol (nhưng tránh dùng liều cao, có tác dụng ức chế mạnh CYP3A4).
629	Tigecyclin	Tretinoin	Hiệp đồng tăng độc tính	Tăng nguy cơ tăng áp nội sọ lành tính (phù gai thị, đau đầu, buồn nôn và	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	<b>Tramadol</b>	<b>Xanh methylen (sử dụng đường tiêm tĩnh mạch)</b>	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	<b>Trazodon</b>	<b>Xanh methylen (sử dụng đường tiêm tĩnh mạch)</b>	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	<b>Venlafaxin</b>	<b>Xanh methylen (sử dụng đường tiêm tĩnh mạch)</b>	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 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, duloxetin.</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) <sup>1</sup>	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 <sup>2</sup>	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	<b>Thuốc tránh thai bản chất hormon<sup>5</sup></b>	<b>Acid tranexamic</b>	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	<b>Thuốc cản quang iod<sup>7</sup></b>	<b>Metformin</b>	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 <sup>2</sup> 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 <sup>2</sup> 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"> <li>- 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.</li> <li>- Khuyến cáo về tương tác này không áp dụng trong trường hợp bơm thuốc cản quang iod để chụp X-quang từ cung - vòi trứng.</li> </ul>
13	Thuốc gây kéo dài khoảng QT <sup>4</sup>	Thuốc gây kéo dài khoảng QT <sup>4</sup>	Hiệp đồng tăng tác dụng	Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải.</li> <li>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.</li> </ol>
14	Thuốc ức chế enzym chuyển <sup>2</sup> hoặc thuốc đối kháng thụ thể AT1 <sup>3</sup>	Aliskiren	Hiệp đồng tăng tác dụng	Tăng nguy cơ tăng kali máu, suy thận và hạ huyết áp	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Chống chỉ định ở bệnh nhân đái tháo đường hoặc suy thận (MLCT &lt; 60 ml/ph/1,73 m<sup>2</sup>).</li> <li>2. Ở các đối tượng khác,</li> </ol>



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 <sup>6</sup> , 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 (dihydroergotamin, ergotamin, <b>ergometrin, methylegometrin</b> )	Thuốc ức chế mạnh CYP3A4 ( <b>các thuốc ức chế protease điều trị HIV<sup>6</sup></b> , 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/methylegometrin 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 <sup>6</sup> , 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 <sup>6</sup> )	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 <sup>6</sup> )			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 <sup>6</sup> )	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 <sup>6</sup> )	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 <sup>6</sup> )	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 <sup>6</sup> , 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	<b>Quetiapin</b>	Thuốc ức chế mạnh CYP3A4 (clarithromycin, itraconazol, posaconazol, voriconazol, các <b>thuốc ức chế protease điều trị HIV<sup>6</sup></b> )	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	<b>Sildenafil</b>	<b>Các thuốc ức chế protease điều trị HIV<sup>6</sup></b>	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	<b>Saquinavir/ritonavir</b>	<b>Kháng sinh macrolid (erythromycin,</b>	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
		<b>clarithromycin</b> )	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	<b>Colchicin</b>	<b>Thuốc ức chế mạnh CYP3A4 (indinavir, saquinavir, posaconazol, voriconazol, boceprevir, roxithromycin) hoặc P-gp (ranolazin, verapamil, amiodaron, carvedilol, diltiazem, sunitinib, nilotinib, ciclosporin) hoặc cả hai (clarithromycin, erythromycin, itraconazol, ritonavir)</b>	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	<b>Tamoxifen</b>	<b>Thuốc chống đông kháng vitamin K (acenocoumarol, warfarin)</b>	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, cân 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	<b>Thuốc ức chế protease (lopinavir, atazanavir, saquinavir, darunavir, indinavir)</b>	<b>Rifampicin</b>	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	<b>Voriconazol</b>	<b>Efavirenz</b>	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	<b>Voriconazol</b>	<b>Ritonavir</b>	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 enzym dihydropyrimidine dehydrogenase (DPD) - enzym 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	<b>Kali clorid (dạng uống giải phóng kéo dài)</b>	<b>Thuốc kháng cholinergic (atropin, hyoscin butylbromid, hyoscyamin, trihexyphenidy l, solifenacin, clidinium, oxybutynin)</b>	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. 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.
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	<b>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</b>	<b>Ceftriaxon</b>	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
	<b>đường đường tĩnh mạch...)</b>				
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, talniflummat, 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 <sub>1</sub> : 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