



BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

KHOA DƯỢC



TƯƠNG TÁC THUỐC

DS. Ninh Mai Hường

Ngày 12 tháng 07 năm 2017





NỘI DUNG

1

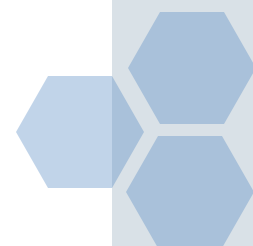
TƯƠNG TÁC THUỐC VÀ NHỮNG VẤN ĐỀ THƯỜNG GẶP TRONG LÂM SÀNG

2

TƯƠNG KỊ THUỐC TIÊM TRUYỀN

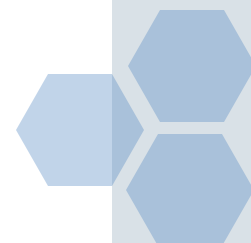
3

TÀI LIỆU TRA CỨU





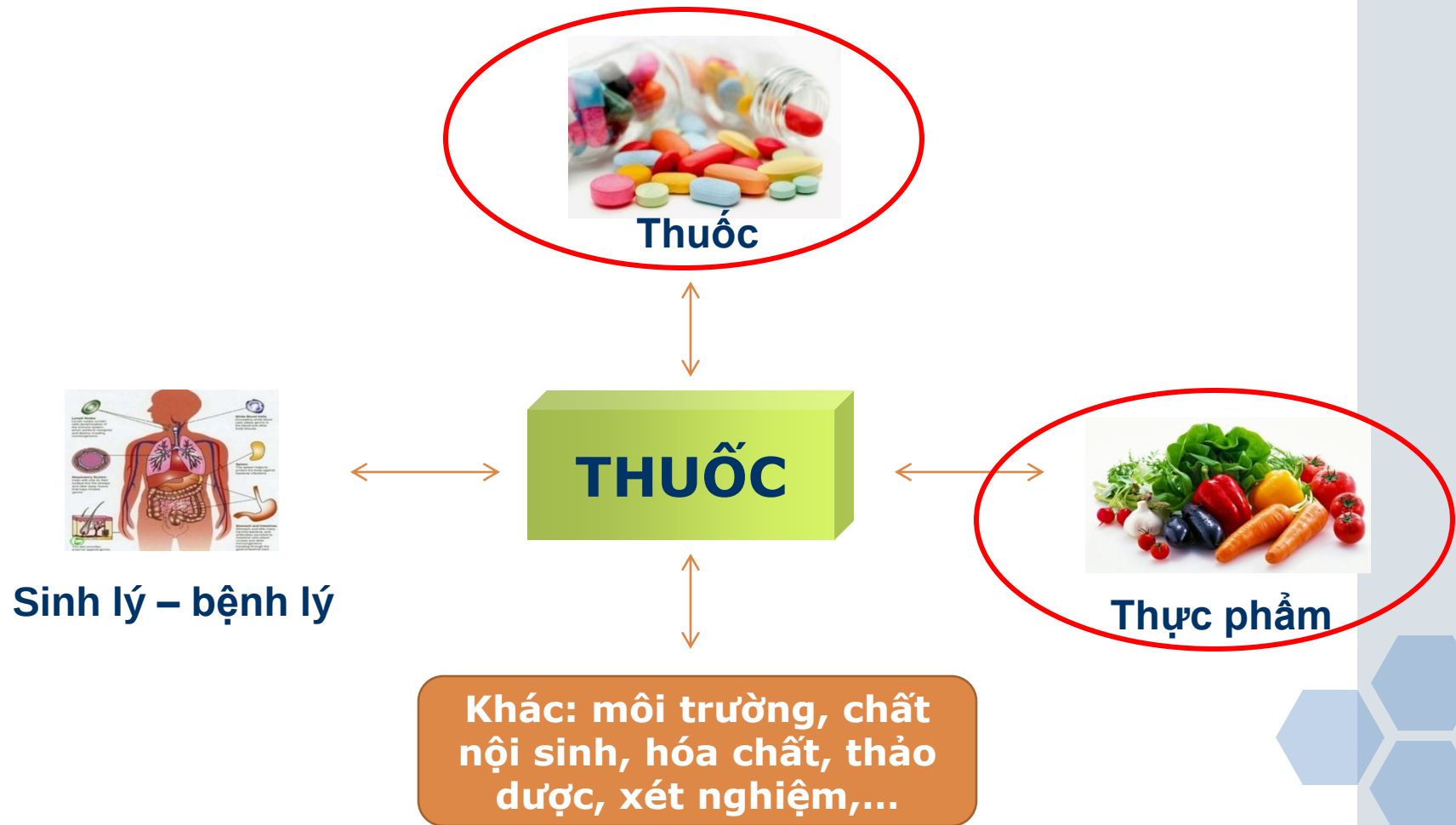
TƯƠNG TÁC THUỐC VÀ NHỮNG VẤN ĐỀ THƯỜNG GẶP TRONG LÂM SÀNG





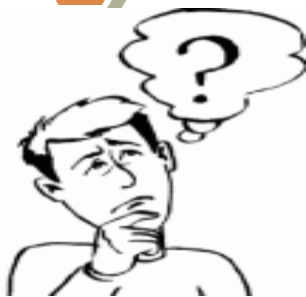
TƯƠNG TÁC THUỐC LÀ GÌ?

Tương tác thuốc là phản ứng giữa một thuốc và một tác nhân thứ hai





HẬU QUẢ CỦA TƯƠNG TÁC THUỐC



Liệu tất cả các tương tác thuốc đều có hại????



Có lợi

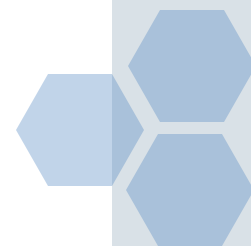


Có hại



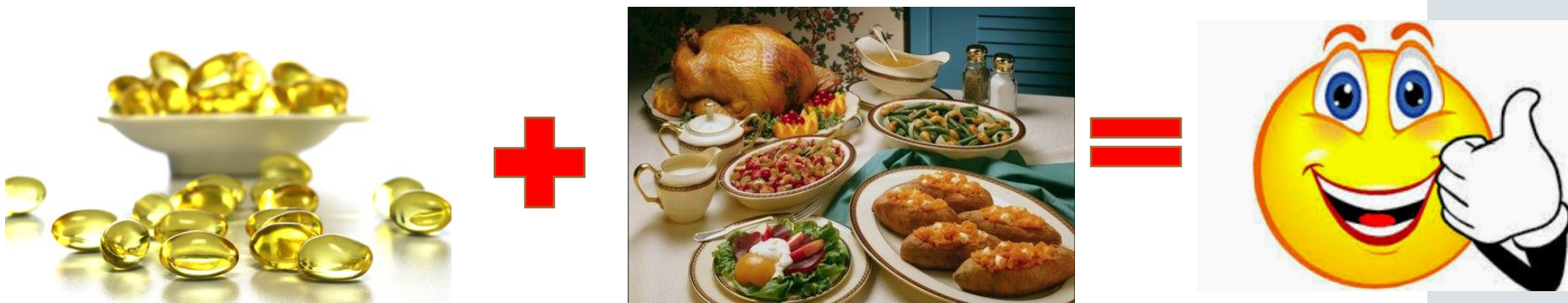


**Có rất nhiều các tương tác thuốc
có lợi!!!**





Lipid trong thức ăn làm tăng hấp thu của các vitamin tan trong dầu

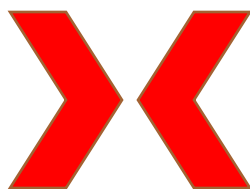
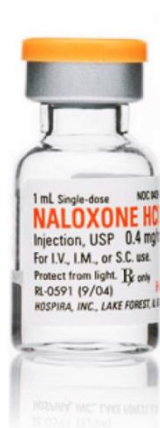


**Uống các Vitamin tan trong dầu
vào bữa ăn (ngay sau ăn)**

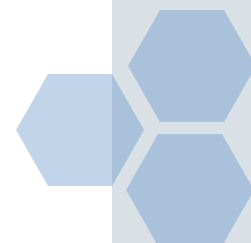




Naloxone có tác dụng đối kháng với Morphine trên thụ thể opioid

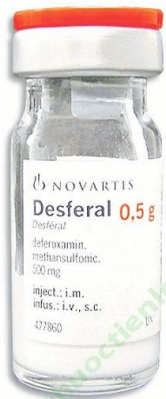


**Dùng Naloxone để
giải độc Morphine**





Deferroxamin tạo phức chelat với Sắt



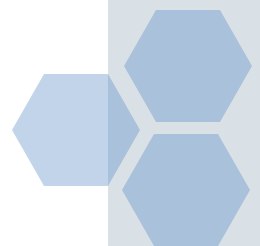
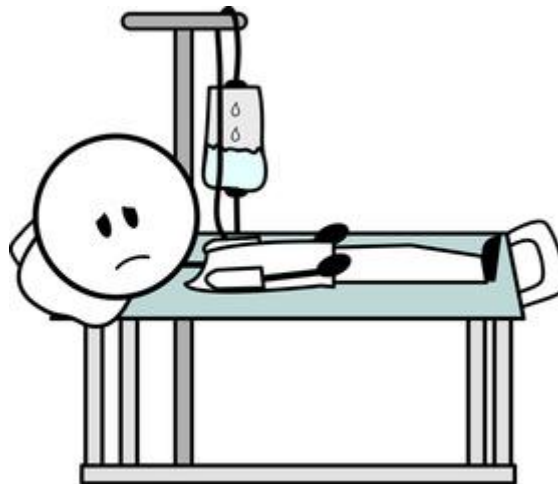
Thải Sắt





Tương tác thuốc có hại:

- + Gây phản ứng có hại (ADR) cho bệnh nhân
- + Nhập viện/ kéo dài thời gian nằm viện
- + Nguy cơ đe dọa tính mạng, tử vong





Có phải tương tác thuốc có hại nào cũng cần can thiệp???



Chỉ lưu ý về các tương tác có ý nghĩa lâm sàng

“Tương tác thuốc có ý nghĩa lâm sàng là các tương tác thuốc dẫn đến thay đổi hiệu quả điều trị và/hoặc độc tính của thuốc tới mức cần hiệu chỉnh liều hoặc có các biện pháp can thiệp”



Có phải tương tác thuốc có hại nào cũng cần can thiệp???

Thuốc ức chế men chuyển + thuốc lợi tiểu giữ kali:

- ⇒ Điều trị: tăng huyết áp
- ⇒ Tương tác: tăng nồng độ kali máu



Các nghiên cứu đều cho thấy sự tăng Kali máu không có ý nghĩa thống kê (ngoại trừ những bệnh nhân suy giảm chức năng thận cần thận trọng). Khi kết hợp 2 thuốc này chỉ cần theo dõi chặt chẽ điện giải đồ.





Có phải tương tác thuốc có hại nào cũng cần can thiệp???

Cephalosporin + aminoglycosid

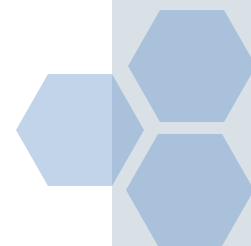
- + Điều trị: các bệnh lý nhiễm khuẩn
- + Tương tác: độc tính trên thận

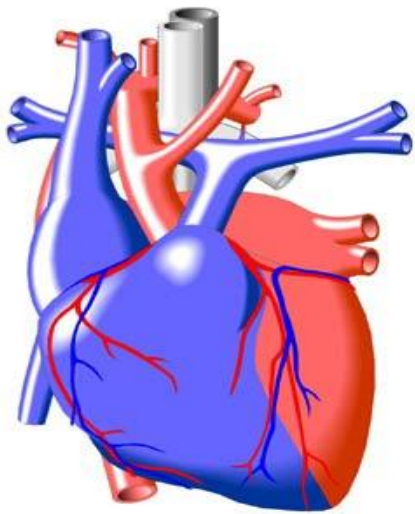


Không nhất thiết ngừng kết hợp hoặc giảm liều ngay, chỉ cần theo dõi chặt chẽ chức năng thận của bệnh nhân

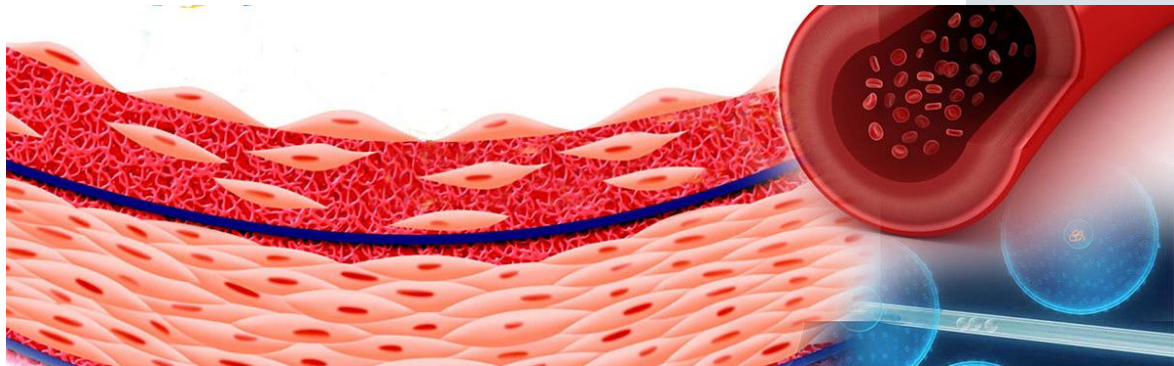


Một số tương tác thuốc có hại có ý nghĩa lâm sàng cần lưu ý





TƯƠNG TÁC CỦA CÁC THUỐC TÁC DỤNG TRÊN TIM MẠCH





Case lâm sàng: Một BN phải dùng Metoprolol dài ngày (để điều trị đau thắt ngực và suy tim) bị viêm phổi và nhập viện. Tại bệnh viện, bệnh nhân shock phản vệ Cefotaxim, **được xử trí bằng Adrenalin theo phác đồ nhưng không đáp ứng.**

➔ **TƯƠNG TÁC THUỐC???**





Shock phản vệ

Metoprolol



Adrenalin

- Metoprolol (và các thuốc chẹn beta nói chung) có thể làm tăng tính nhạy cảm của các dị nguyên và tính trầm trọng của các phản ứng phản vệ: **Tương tác thuốc – sinh lý, bệnh lý**
- Metoprolol là thuốc chẹn beta, còn Adrenalin là thuốc cường beta: **tương tác của 2 thuốc có tác dụng đối kháng trên cùng một thụ thể**





Propranolol +



= ???

Bệnh nhân hen phế quản

Propranolol + Theophyllin = ????





Propranolol



Bệnh nhân hen phế quản



- Chống chỉ định dùng các thuốc chẹn **beta không chọn lọc** trên bệnh nhân **hen phế quản**

- Trong trường hợp bệnh nhân hen phế quản bắt buộc dùng chẹn Beta, có thể xem xét cân nhắc Metoprolol (là thuốc chẹn Beta có chọn lọc) nhưng cần phải rất cẩn trọng



Propranolol + Theophyllin = ????



- Tác dụng đối kháng, mất tác dụng chính của Theophyllin
- Propranolol là tăng nồng độ Theophyllin
=> Tăng tác dụng phụ nguy hiểm của Theophyllin

CHỐNG CHỈ ĐỊNH





Nifedipin + Phenobarbital

- **Phenobarbital gây cảm ứng enzym gan**
- **Tăng chuyển hóa của nifedipin**



Giảm hiệu quả điều trị của nifedipin

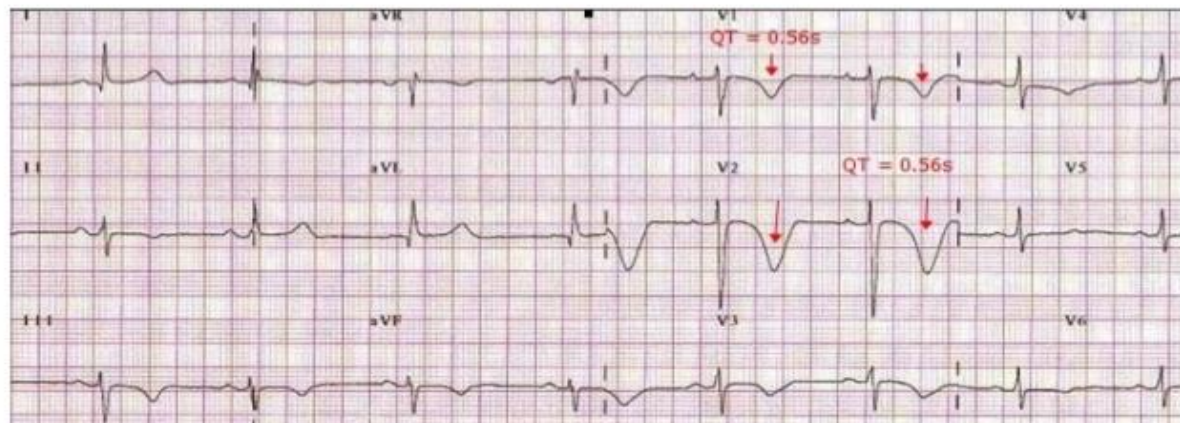
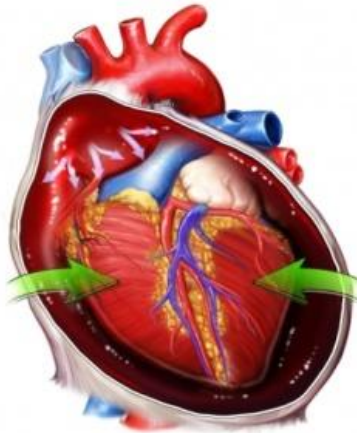
Hiệu chỉnh liều nifedipin theo đáp ứng của bệnh nhân



Amiodaron + Quinolon

- ⇒ Tăng tác dụng kéo dài khoảng QT
- ⇒ Tăng nguy cơ độc tính trên tim mạch
- ⇒ **Tránh dùng phối hợp**

QT dài





THÔNG TIN THUỐC

THÔNG TIN THUỐC THÁNG 4/2017

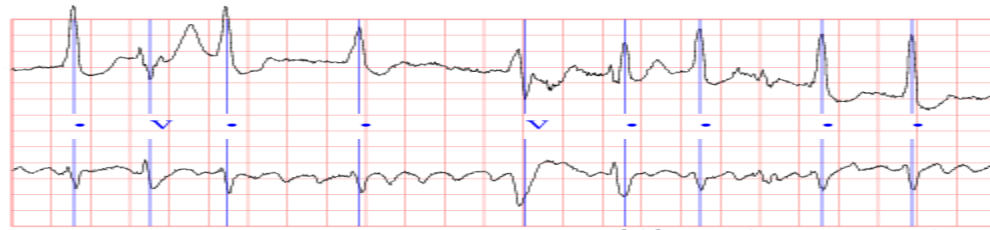
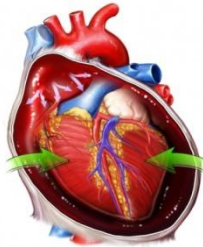
THUỐC GÂY KÉO DÀI KHOẢNG QT

TRANG CHỦ	GIỚI THIỆU	LIÊN HỆ
Nhóm thuốc		
Hoạt chất		
Gây mê	Sevoflurane , Propofol	
Chống loạn nhịp	Amiodaron	
Ung thư	Capecitabine ^(a) , Oxaliplatin, Bortezomib ^(a)	
Chống trầm cảm	Amitriptyline, Mirtazapine ^(a)	
Chống nôn/buồn nôn	Metoclopramide, Ondansetron	
Kháng histamin	Diphenhydramine	
Kháng sinh ^(c)	Azithromycin, Erythromycin, Clarithromycin, Ciprofloxacin, Levofloxacin, Moxifloxacin, Ofloxacin ^(a) , Ketoconazole, Fluconazole, Itraconazole, Metronidazole, Amphotericin B, trimethoprim–Sulfamethoxazole,	
Chống loạn thần ^(b)	Chlorpromazine, Clozapine ^(a) , Haloperidol, Olanzapine ^(a) , Risperidol ^(a)	
Giãn phế quản	Salbutamol, Salmeterol	
Tác động trên tim mạch	Dopamin, Dobutamine, Ephedrine, Nicardipin ^(a) , Epinephrine, Ivabradine, Norepinephrine, Phenylephrine	
Lợi tiểu	Furosemide, Indapamide, Hydrochlorothiazide	
Tiêu hóa	Domperidone, Loperamide, Famotidine ^(a) , Pantoprazole	
Thuốc khác	Galantamine, Oxytocin ^(a) , Octreotide ^(a) ,	



Digoxin + calci clorid IV:

- Nguy cơ rối loạn nhịp tim nghiêm trọng, trụy tim mạch
- Đe dọa tính mạng



Tránh phối hợp



Tháng 6/2014, Trung tâm DI & ADR Quốc gia nhận được báo cáo ADR liên quan đến một bệnh nhân nữ, 62 tuổi, nhập viện cấp cứu **do xuất huyết bàng quang**. Xét nghiệm cho thấy giá trị CRP không tăng, **INR tăng cao 7,9** (INR mục tiêu từ 2-3).

- Bệnh nhân có tiền sử mổ thay van hai lá, van động mạch chủ cách đây 6 năm
- Được duy trì thuốc chống đông đường uống **Sintrom (acenocoumarol)** với mức liều **1 mg/ngày (1/4 viên)**.

Hỏi tiền sử sử dụng thuốc, được biết bệnh nhân đang dùng:

- Sintrom (acenocoumarol): Uống, 1mg/ngày trong vòng 6 năm. Bệnh nhân được theo dõi đông máu định kỳ mỗi tháng một lần.

- Lipanthyl (fenofibrat): 200 mg/ngày, để điều trị rối loạn lipid máu, uống liên tục trong vòng 01 tháng trở lại đây.

- Decolgen (acetaminophen, phenylephrin, clorpheniramin): Bệnh nhân tự mua thuốc để điều trị cảm cúm, không rõ liều



Acenocoumarol + Fenofibrate

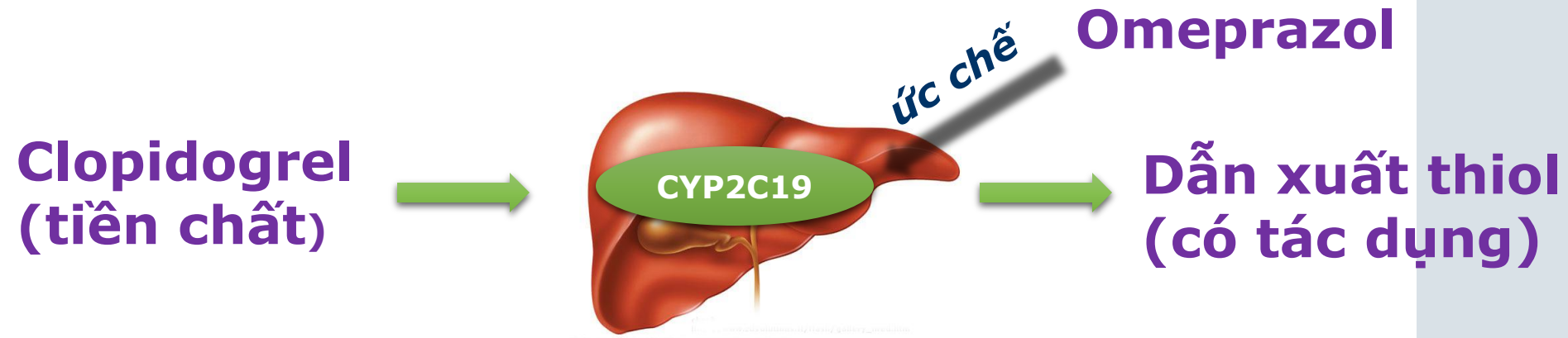
- Fenofibrate ức chế sự chuyển hóa tại gan của Acenocoumarol => tăng nồng độ Acenocoumarol trong máu
- **Tăng nguy cơ chảy máu**



**-Tránh dùng cùng
-Nếu bắt buộc dùng cần giảm liều
Acenocoumarol và theo dõi chặt chẽ INR**



Clopidogrel + Omeprazol

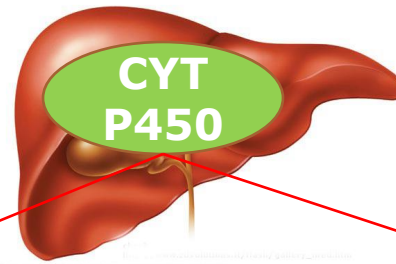


Giảm tác dụng chống đông

Thay Omeprazol bằng Pantoprazol (ít có ái lực với CYP2C19 hơn Omeprazol/Esomeprazol)



Những thuốc chuyển hóa nhiều qua gan



CYP2

CYP3

CYP2D6:
- codein,
- thuốc tác
dụng trên
tâm thần-
thần kinh,
- chẹn beta
....

CYP2C9:
-NSAIDs
-Sulfonylure
-Chống đông
đường uống
-Một số statin
...

CYP2C19:
-PPI
-Clopidogrel,
...

CYP3A4:
-Theophyllin
-Amiodaron
-Corticoids
-Thuốc ngừa
thai
-Một số statin
...

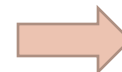
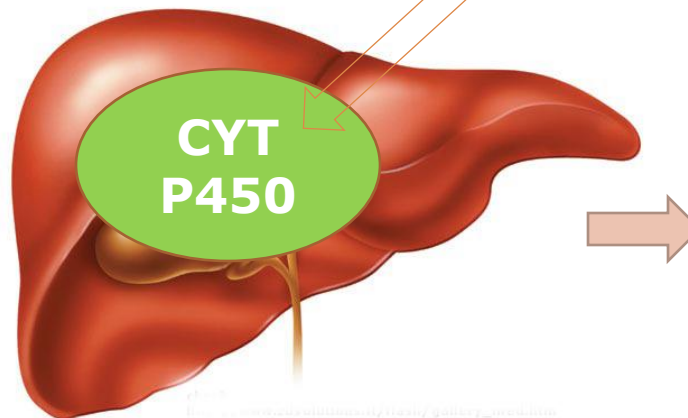
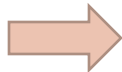




Những thuốc tác động tới enzym gan



Gây tăng độc tính hoặc giảm tác dụng với thuốc dùng kèm



Dạng chuyển hóa





Một số thuốc gây ức chế và cảm ứng enzym gan

Enzym Gan	Chất cảm ứng	Chất ức chế
CYP2D6	Corticoids, rifampicin,...	Amiodaron, Celecoxib,...
CYP2C9	Các Barbiturate, rifampicin,...	Amiodaron, thuốc chống nấm "azol", Isoniazid, SSRIs,...
CYP2C19	Carbamazepin, rifampicin,...	Cimetidine, Omeprazol/Esomeprazol, Lansoprazol
CYP3A4	Carbamazepin, Barbiturate, Corticoids,...	Cimetidin Clarithromycin/Erythromycin Itraconazol/Ketoconazol,...



Lưu ý về sự chuyển hóa các Statin:

- Simvastatin, Atorvastatin: **CH qua CYP3A4**
- Fluvastatin: **CH qua CYP2C9**
- Rosuvastatin: **ít chuyển hóa qua CYT P450**

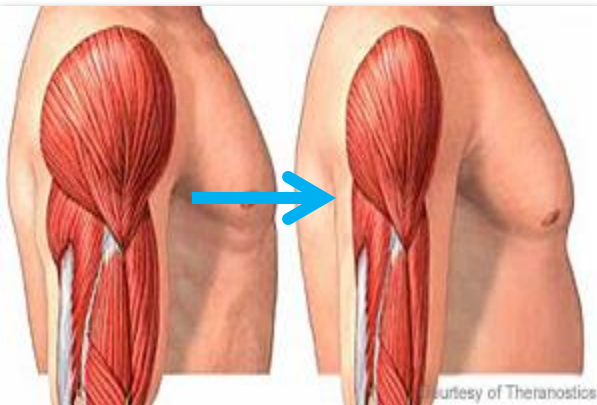


- Simvastatin, Atorvastatin: **Rất nhiều TTT**
- Fluvastatin: **Chỉ tương tác với những thuốc ức chế hoặc cảm ứng CYP2C9**
- Rosuvastatin: **Ít TTT**



Simvastatin + Clarithromycin :

- **Clarithromycin** ức chế enzym **CYP3A4**, làm tăng nồng độ **Simvastatin**
- **Tăng độc tính của Simvastatin**: Tiêu cơ vân, mắc các bệnh cơ (đau cơ, yếu cơ...), suy gan

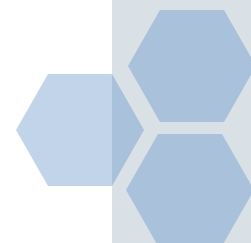


- 
- Tránh phối hợp
 - Thay thế **Clarithromycin** bằng **Azithromycin** (không ức chế enzym gan) hoặc thay **Simvastatin** bằng **Rosuvastatin** (ít độc tính hơn)



Tương tác của các thuốc điều trị Đái tháo đường

DIABETES





Metformin + Thuốc cản quang chứa Iod

- Suy thận cấp, tích lũy Metformin
- Nhiễm toan lactic (đe dọa tính mạng)



Chống chỉ định

Dừng Metformin trước 48h và chỉ dùng lại sau khi chức năng thận trở lại bình thường





Metformin
Gliclazid
Insulin



Metoprolol
Propranolol



**Che lấp triệu chứng hạ đường huyết
và tăng nguy cơ hạ đường huyết**

- Tránh dùng kết hợp**
- Có thể thay thế Chẹn beta bằng ACE inhibitor**



Gliclazid + Fluconazol/Miconazol

- ⇒ **Fluconazol gây ức chế enzym gan**
- ⇒ **Giảm chuyển hóa của Gliclazid**
- ⇒ **Tăng nồng độ Gliclazid, tụt đường huyết**



Chống chỉ định





Sulfonylurea (glibenclamid, gliclazid, glimeprid) + Aspirin

- **Aspirin đẩy các thuốc nhóm sulfonylurea khỏi protein liên kết trong huyết tương**
- **Tăng nồng độ thuốc ở dạng tự do, tăng tác dụng dược lý**



Nguy cơ hạ đường huyết

Theo dõi chặt chẽ đường huyết của bệnh nhân, hiệu chỉnh liều nếu cần thiết



Những thuốc gây tăng đường huyết (làm giảm hiệu quả của các thuốc điều trị ĐTĐ)

- ☐ **Corticoids**
- ☐ **NSAIDs**
- ☐ **Progesteron**
- ☐ **Lợi tiểu (Furosemid, thiazid)**
- ☐ **Thuốc chống loạn thần (clopromazin, clozapine, olanzapine, haloperidol, levomepromazine,...)**
- ☐ **Morphin**
- ☐ **Heparin**
- ☐ **Chẹn kênh Calci**

...

Cần thận trọng khi dùng cùng các thuốc điều trị ĐTĐ





Những thuốc gây hạ tăng đường huyết (làm tăng nguy cơ tụt đường huyết khi dùng cùng các thuốc điều trị ĐTĐ)

- ☐ **Các Salicylate (aspirin)**
- ☐ **Các ACE inhibitor**
- ☐ **Theophyllin**
- ☐ **Mebendazol**
- ☐ **Sulfunamid**
- ☐ **Tetracyclin**
- ☐ **Ampicillin+Sulbactam**

.....

Cần thận trọng khi dùng cùng các thuốc điều trị ĐTĐ





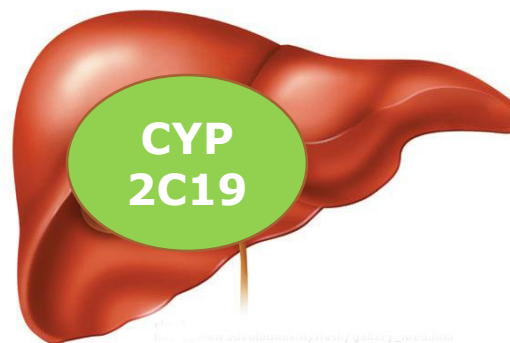
TƯƠNG TÁC CỦA CÁC PPI





PPI

ức chế



PPI	Mức độ ức chế CYP2C19
Omeprazol	Mạnh
Esomeprazol	Mạnh
Lansoprazol	Mạnh
Pantoprazol	Yếu

**Ít xảy ra
tương tác
thuốc hơn**



PPI

Giảm PH



**Giảm hấp thu của các thuốc kém bền
trong môi trường acid:**

- ks betalactam, macrolid
- aspirin
- Kháng nấm itraconazol/itraconazol,...





Omeprazol + Itraconazol

- Giảm hấp thu của Itraconazol
- Giảm tác dụng kháng nấm của Itraconazol

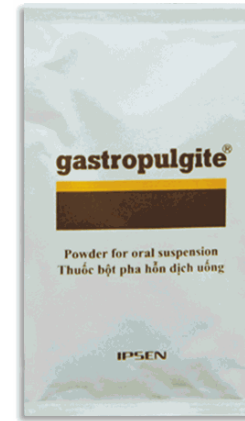


Không khuyến cáo dùng chung

- Itraconazol bị giảm hấp thu bởi môi trường acid, trong khi đó Fluconazol thì không .
- Có thể dùng Fluconazol thay thế Itraconazol trong trường hợp cần thiết.



Omeprazol (hoặc các thuốc dạng bao tan trong ruột) + Gastropulgit



- Các thuốc bao tan sẽ bị phá hủy ngay tại dạ dày
- Mất tác dụng



Uống cách nhau ít nhất 2h

Dược lâm sàng- Những nguyên lý cơ bản và sử dụng thuốc trong điều trị (NXB Y học -2014)





TƯƠNG TÁC CỦA CÁC THUỐC KHÁNG SINH





Các kháng sinh ức chế enzym gan mạnh:

- **Macrolid (erythromycin/clarithromycin)**
- **Thuốc chống nấm “azol” (Ketoconazol, itraconazol,...)**





Erythromycin + theophyllin

- ⇒ Erythromycin gây ức chế enzym gan
- ⇒ Giảm chuyển hóa của theophyllin
- ⇒ Tăng nồng độ và độc tính của theophyllin (nôn, buồn nôn, đánh trống ngực, co giật)



**Giảm liều Theophyllin
và theo dõi chặt chẽ
các biểu hiện ngộ độc**

Trong nhóm Macrolid, Erythromycin và Clarithromycin gây ức chế men gan khá mạnh. Do đó, trong trường hợp phải dùng Macrolid cùng một số thuốc chuyển hóa qua gan nhiều và có độc tính cao → nên dùng Azithromycin



Itraconazol / Ketonazol + Colchicin

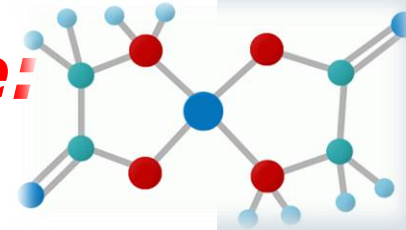
- **Ức chế chuyển hóa Colchicin**
- **Tăng nồng độ Colchicin trong máu**
- **Tăng độc tính của Colchicin (tử vong của Colchicin có thể xảy ra bệnh nhân suy thận hoặc gan)**



Chống chỉ định

- Thay thế Miconazol: : Không tương tác
- Ngừng Itraconazole / Ketonazole ít nhất 2 tuần trước khi sử dụng Colchicin





Các kháng sinh dễ tạo phức chelate: **Tetracyclin, Fluoroquinolon**

Các ion kim loại đa hóa trị có thể tạo phức chelat làm giảm hấp thu các thuốc nhóm Fluoroquinolon và Tetracyclin

Thuốc	Ion kim loại
Tetracyclin	Al, Ca, Fe
Fluoroquinolon	Al, Bi, Fe, Ca, Mg

- Không uống kháng sinh Quinolon, Tetracyclin với nước khoáng, sữa, các vitamin tổng hợp...
- Uống kháng sinh Quinolon, Tetracyclin với các thuốc chứa ion kim loại cách nhau 2-4h



Các kháng sinh có nguy cơ độc tính cao:

- **Aminoglycosid: độc thận, độc thính giác**
- **Fluoroquinolon, Macrolid, kháng nấm "azol": kéo dài khoảng QT**
- **Amphotericin B: độc thận, kéo dài khoảng QT**
- **Fluoroquinolon, Imipenem,...: Kích thích thần kinh trung ương**
- **...**





Gentamicin + Furosemid

- ⇒ **Tăng độc tính trên thận và trên tai**
- ⇒ **Tăng nguy cơ suy thận và điếc**



Theo dõi chặt chẽ chức năng thận và chức năng nghe của bệnh nhân, tránh dùng quá liều.





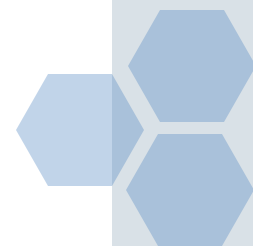
Sử dụng Quinolon, Imipenem trên bệnh nhân rối loạn thần kinh, phẫu thuật sọ não

Cần rất thận trọng

- Tránh phối hợp trong trường hợp bệnh nhân có rối loạn tâm thần, phẫu thuật sọ não**
- Meropenem là lựa chọn thay thế cho Imipenem**



Tương tác của Glucocorticoids (GC)





GC + Thiazid và các thuốc gây hạ Kali

- **Làm tăng nguy cơ hạ Kali huyết do cộng hợp tác dụng.**



**-Cần thận trọng khi phối hợp
-Hiệu chỉnh liều**





GC + Các thuốc ức chế enzym gan

(Macrolid, chống nấm "azol", chẹn canxi)

- **Tăng nồng độ Glucocorticoid**
- **Tăng tác dụng phụ của Glucocorticoid**



Giảm liều Glucocorticoid phù hợp





GC + Các thuốc điều trị ĐTĐ

- GC làm giảm dung nạp glucid, gây tăng đường huyết
- Làm giảm hiệu quả của các thuốc điều trị ĐTĐ



- Theo dõi sát đường huyết
- Tăng liều thuốc điều trị ĐTĐ





Một số tương tác thuốc quan trọng khác





Atropin+Kali clorid (dạng uống):

Gây tổn thương loét đường tiêu hóa (Kali clorid gây kích ứng mạnh đường tiêu hóa) do atropin làm lưu giữ hoặc chậm quá trình di chuyển kali clorid đi qua đường tiêu hóa (nhất là đối với các bệnh nhân liệt vận động phải nằm tại giường)



Chống chỉ định

Xử trí: chuyển sang Kali dạng tiêm





Alendronate + Calcium (dạng uống)

- **Điều trị loãng xương**
- **Tương tác: tạo phức khó tan, làm giảm hấp thu**



Uống cách xa nhau 2-4h



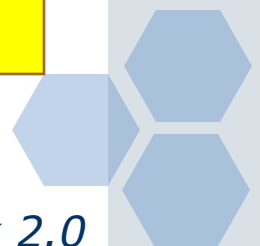


Metoclopramid + Các thuốc chống loạn thần (Olanzapin, haloperidol, Amitriptylin)



**Có thể dẫn đến tăng nguy cơ
tăng phản ứng ngoại tháp hoặc
hội chứng thần kinh ác tính**

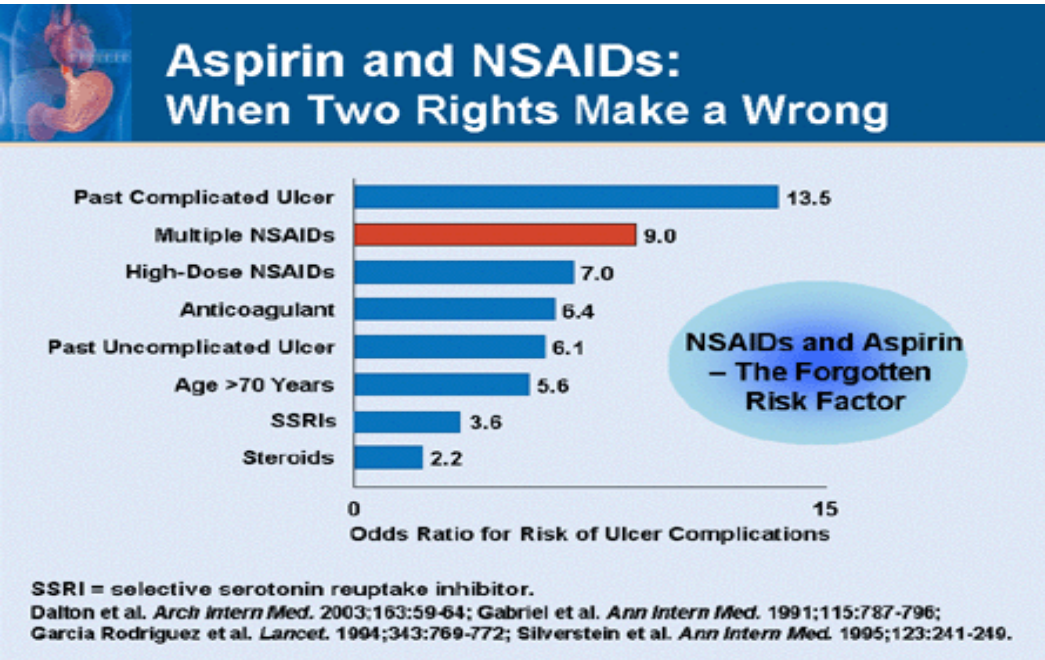
Chống chỉ định



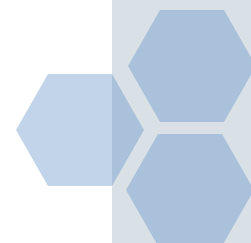


Aspirin và NSAIDs:

Tăng nguy cơ loét tiêu hóa

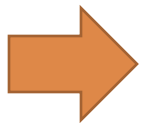


- Tránh phối hợp
- Nếu bắt buộc dùng cùng, phải ưu tiên những NSAIDs ít có nguy cơ loét





- Các thuốc kháng acid, kháng H₂, ức chế bơm proton (antacid, cimetidin, omeprazol...) sẽ làm giảm hấp thu của các thuốc có bản chất acid yếu (aspirin, ketoconazol, coumarin, phenylbutazol,...)
- Các thuốc có bản chất acid (vitamin C...) sẽ phá hủy các thuốc kém bền trong môi trường acid (kháng sinh Betalactam, Macrolid...)



**Uống xa nhau (ít nhất 1-2h)
Hoặc thay thế bằng thuốc khác**





TƯƠNG TÁC THUỐC – THỨC ĂN

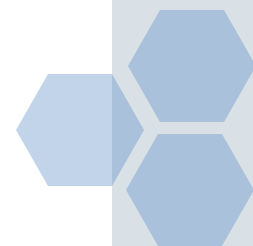
⇒ **Cần uống thuốc vào thời điểm hợp lý so với bữa ăn**





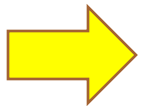
Thời điểm uống thuốc so với bữa ăn:

- **Vào bữa ăn (ngay sau ăn):** Những thuốc mà thức ăn làm tăng hấp thu
- **Xa bữa ăn:** Những thuốc mà thức ăn làm giảm hoặc chậm hấp thu
- **Tùy ý:** Những thuốc không bị thức ăn làm ảnh hưởng tới sự hấp thu.





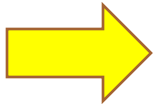
- ❖ **Các thuốc kém bền trong môi trường acid (ampicilin, erythromycin..)**
- ❖ **Các thuốc được bào chế dưới dạng viên bao tan trong ruột / viên giải phóng kéo dài**
- ❖ **Các thuốc kháng sinh fluoroquinolon / tetracyclin có khả năng tạo phức chất với sữa / các chế phẩm sắt**



UỐNG XA BỮA ĂN (trước hoặc sau ăn 1-2h)



- ❖ **Các thuốc kích ứng niêm mạc đường tiêu hóa (aspirin, NSAID)**
- ❖ **Các thuốc tan nhiều trong dầu như vitamin A, D, E, K**

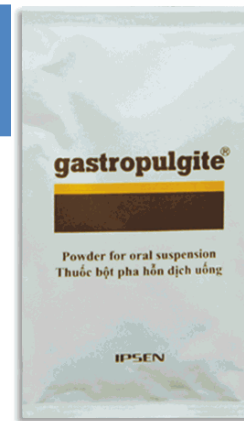


UỐNG NGAY SAU ĂN





Thời điểm uống Gastropulgit???



Sau ăn 30 phút – 1h

Lý do: Gastropulgit là thuốc **trung hòa acid**, uống sau ăn để trung hòa acid còn thừa sau khi tiêu hóa thức ăn.

Nếu uống trước ăn: gây khó tiêu, có thể gây phản ứng dội toan

Dược lâm sàng- Những nguyên lý cơ bản và sử dụng thuốc trong điều trị (NXB Y học -2014)



Ảnh hưởng của thức ăn đến sự hấp thu của một số thuốc

Chậm	Giảm	Tăng
Amoxicilin	Tetracyclin	Diazepam
Aspirin	Doxycyclin	Griseofulvin
Cephalexin	Methyldopa	Griseofulvin
Cephradin	Sulfadiazin	Metoprolol
Furosemid	Penicilamin	Nitrofurantoin
Paracetamol	Penicilin V	Propranolol
K ⁺	Phenobarbital	Riboflavin(B2)
Sulfanilamid	Rifampicin	





Cần tránh uống thuốc với :

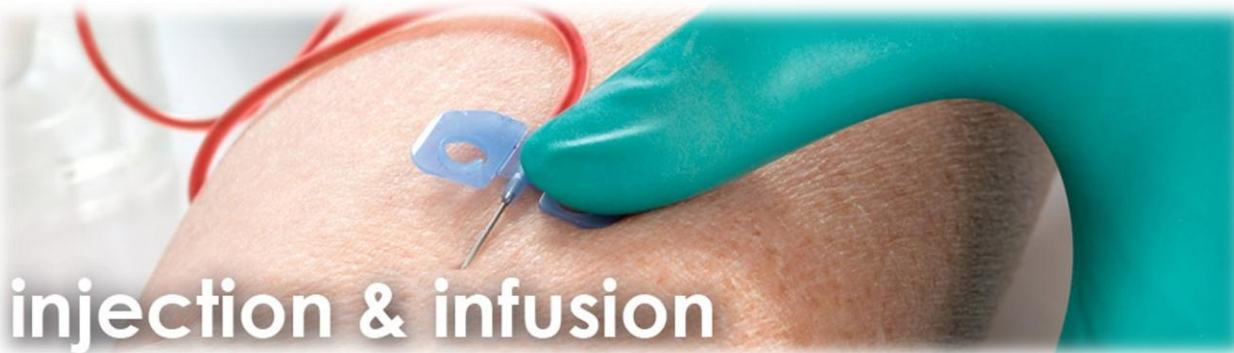


- 1.Sữa:** Các kháng sinh đều bị sữa làm giảm hấp thu.
- 2.Nước chè:** Gây tủa nhiều thuốc.
- 3.Nước khoáng:** Độ kiềm cao gây tăng hấp thu một số thuốc.
- 4.Rượu:**
 - Tương tác với các nhóm thuốc chống trầm cảm, thuốc ngủ
 - Rượu tăng tác dụng viêm loét chảy máu của thuốc chống viêm không steroid
 - Rượu + thuốc hạ áp gây tụt huyết áp đột ngột
 - Rượu + isoniazid hoặc metromidazol gây phản ứng sợ rượu => bệnh nhân bỏ thuốc



TƯƠNG KỊ THUỐC TIÊM

Tương kỵ là tương tác ngoài cơ thể khi pha chế , trộn lẫn thuốc trong cùng bơm tiêm hoặc pha thuốc vào dịch truyền, hoặc thuốc tiếp xúc với vật đựng.



injection & infusion

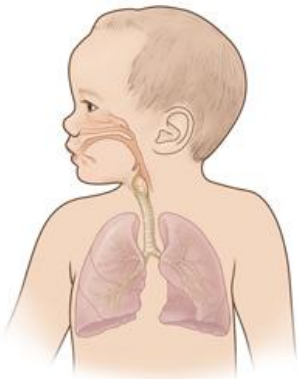


Một số tương kỵ thuốc cần lưu ý





Ceftriaxone + Ringer lactat/các dung dịch chứa Calci



Tương kị nguy hiểm. Gây tắc phổi ở trẻ sơ sinh





Beta-lactam + Aminoglycosid



**Mất hoạt tính của
Betalactam**





Meropenem + Ciprofloxacin

Ciprofloxacin: PH 3,9-4,5

Meropenem: PH 7,3



Kết tủa





Những thuốc tương kỵ khi phối hợp với bất kỳ thuốc nào khác:

- ❖ Nhóm aminoglycoside
- ❖ Diazepam
- ❖ Glycoside tim (digoxin)
- ❖ Pentobarbital
- ❖ Phenytoin
- ❖ NaHCO_3 (Sodium bicarbonate)
- ❖ Theophylline
- ❖ ...





Lưu ý đối với các dung dịch Amino acid, nhũ dịch lipid:

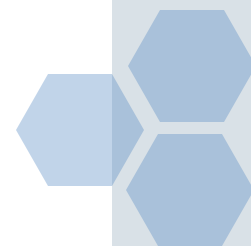
- Các amino acid, manitol thường hay dẫn đến tăng khả năng tương kỵ
- Các nhũ dịch lipid có thể bị hỏng bởi kết tụ các hạt chất béo và tách pha khi trộn thêm các kháng sinh hay các chất điện phân, tăng khả năng nghẽn mạch





Khuyến cáo:

“Không nên tiêm bất kì thuốc nào khác vào dây truyền khi đang truyền tĩnh mạch cho bệnh nhân, trừ khi dung dịch trong dây truyền là NaCl 0,9%, Glucose 5%”



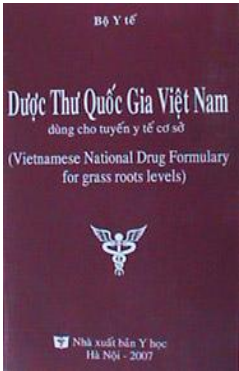
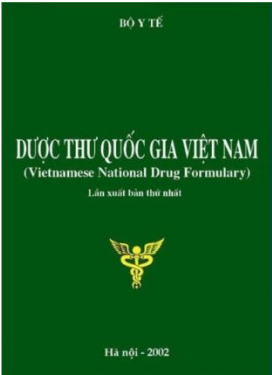


TÀI LIỆU TRA CỨU

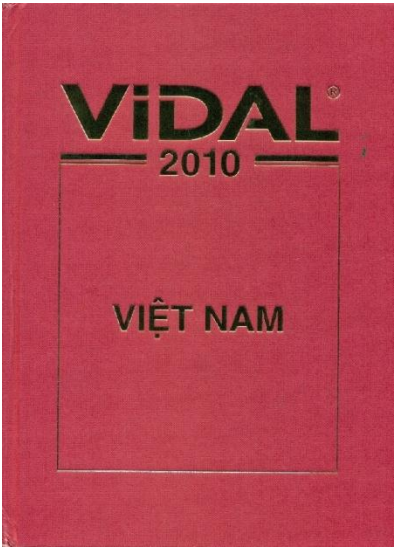
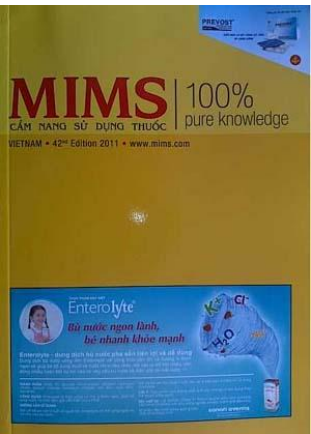




Tra cứu thông tin về tương tác- tương kỵ thuốc:



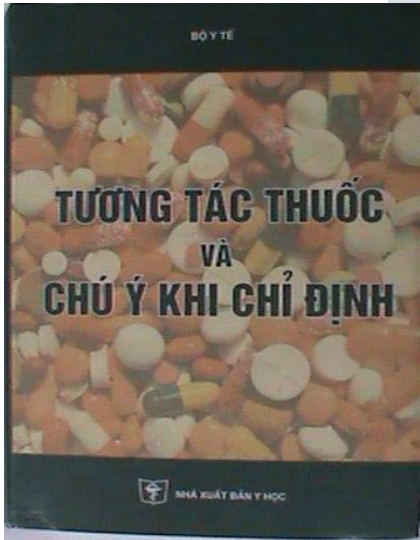
Dược thư Quốc gia Việt Nam



MIMS, VIDAL Vietnam



Hỏi ý kiến của Tổ DLS



TTT và những chú ý khi chỉ định



Tra cứu thông tin về tương tác-tương kỵ thuốc:

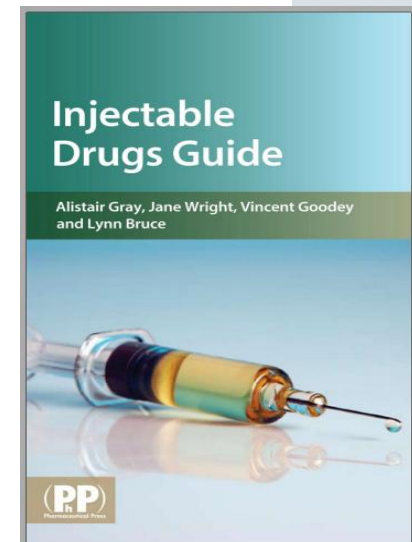
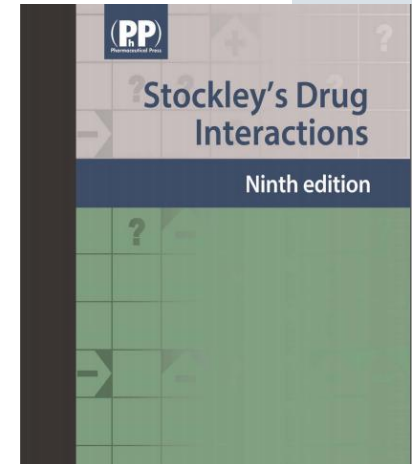
MIMS
Vietnam

Thông tin thuốc | Hình ảnh | Tin tức & CME | Chẩn đoán

Tim thông tin theo tên thuốc

Vietnam

Tim



STABILIS
Cập nhật lần cuối : 29/06/2017

Tim kiếm

Tính ổn định và tương thích của các thuốc
Chào mừng đến với Stabilis,
Vui lòng để lại địa chỉ email, nếu bạn muốn nhận được Bản tin cập nhật hàng quý của Stabilis.

Bản tin cập nhật :
adresse@email.com

Nếu bạn có câu hỏi hay bình luận gì, xin liên lạc với: infostab@stabilis.org

Cơ sở dữ liệu

Tài liệu tham khảo :	2156
Các phân tử :	770
Các nhóm dược lý :	40

Tin tức - Các phân tử

	Dipyridamol	10/06/2017
	Gabapentine	06/06/2017
	Amitriptyline	06/06/2017

Tra cứu online

Ebook



THÔNG TIN THUỐC

THÔNG TIN THUỐC THÁNG 2/2016

DANH MỤC TƯƠNG TÁC CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tài liệu: Micromedex 2.0

TT	Cặp tương tác	Hậu quả có thể xảy ra	Biện pháp khắc phục
1	Alfurosin+ Clarithromycin	Tăng nồng độ Alfuzosin. Nguy cơ kéo dài khoảng QT	Thay thế Azithromycin: tương tác mức độ nguy hiểm (nếu cần thiết) và theo dõi chặt chẽ QT
2	Alfurosin+ Itraconazole/Fluconazole/ Ketoconazol	Tăng nồng độ Alfuzosin	Thay thế Miconazol: không tương tác
3	Amiodazon+Ketoconazole/ Fluconazole	Tăng nồng độ amiodarone trong huyết tương và tăng nguy cơ độc tính trên tim mạch (kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh, ngừng tim)	Thay thế Itraconazol/ Miconazole: Tương tác mức độ nghiêm trọng, cần theo dõi chặt chẽ và giảm liều amiodazon
4	Atropin sulfat+Kali clorid (dạng uống)	Gây tổn thương loét đường tiêu hóa do atropin làm lưu giữ hoặc chôn	- Thay thế Papaverin: không tương tác (nếu cần thiết)



KẾT LUẬN

- ❖ Tương tác thuốc và tương kỵ có thể phòng tránh được bằng cách *chú ý thận trọng đặc biệt* hoặc *tiến hành các biện pháp can thiệp* để giảm thiểu nguy cơ.
- ❖ Cần có sự phối hợp của bác sĩ – dược sĩ – điều dưỡng trong quản lý tương tác, tương kỵ thuốc

