

các glycosid tim, cloramphenicol, clarithromycin, corticosteroid, dapson, doxycyclin, estrogen, ciprofloxacin, cyclosporin, tacrolimus, methadon, các thuốc chống đông dạng uống, thuốc chống đái tháo đường (sulfonylurê) thuốc tránh thai dạng uống hoặc dạng hormon đường toàn thân, progesterin, quinin, theophyllin, thuốc chống trầm cảm 3 vòng (amitriptylin, nortriptylin).

**Các thuốc làm giảm hấp thu rifampicin:** Các chế phẩm acid aminosalicyclic chứa bentonid, các kháng acid, clofazimin... Khắc phục bằng cách uống riêng cách nhau 8 - 12 giờ.

**Thuốc làm tăng nồng độ rifampicin:** ciprofloxacin và clarithromycin khi dùng cùng rifampicin gây ra hội chứng giả lupus mệt mỏi, đau cơ, viêm khớp, phù ngoại biên) do ciprofloxacin và clarithromycin ức chế chuyển hóa rifampicin.

Atovaquon phối hợp với rifampicin sẽ làm giảm nồng độ atovaquon và tăng nồng độ rifampicin (tránh phối hợp).

Enalapril khi phối hợp rifampicin làm giảm nồng độ enalapril.

Halothan khi phối hợp với rifampicin làm tăng độc tính với gan (tránh phối hợp).

Isoniazid và các thuốc có độc tính với gan khi dùng phối hợp với rifampicin sẽ làm tăng nguy cơ gây độc tính với gan nhất là người suy gan (cần theo dõi chặt chẽ trong quá trình điều trị).

Sulfapyridin khi phối hợp với rifampicin có thể giảm nồng độ sulfapyridin do làm rối loạn vi khuẩn chí ở ruột làm giảm chuyển hóa sulfasalazin thành sulfapyridin và mesalamin.

**Tương tác thuốc - xét nghiệm:** Khi bệnh nhân dùng rifampicin có thể có phản ứng chéo và dương tính giả khi xét nghiệm opiat trong nước tiểu bằng kỹ thuật KIMS (Kinetic Interaction of Microparticles in Solution). Ở nồng độ điều trị, rifampicin gây nhiễu kỹ thuật vi sinh folat và vitamin B<sub>12</sub> huyết thanh. Rifampicin có thể gây kết quả dương tính giả với test sulfobromophalein. Trong thực nghiệm cho thấy với nồng độ rifampicin lên đến 100 microgam/ml (tương ứng với trường hợp quá liều) có thể gây tăng giả bilirubin toàn phần khi xác định bằng kỹ thuật Malloy hiệu chỉnh.

**Tương kỵ**

Rifampicin dùng tiêm truyền có thể pha loãng tiếp trong dung dịch dextrose 5% hoặc trong dung dịch natri clorid 0,9%. Không được pha trong các dung dịch khác. Chỉ được tiêm truyền khi dung dịch trong suốt.

**Quá liều và xử trí**

**Triệu chứng:** Buồn nôn, nôn, ngủ lịm nhanh chóng xảy ra sau khi dùng quá liều. Da, nước tiểu, mồ hôi, nước bọt, nước mắt, phân có màu đỏ nâu hoặc da cam, mức độ phụ thuộc vào lượng thuốc đã dùng. Gan to, đau, vàng da, tăng nồng độ bilirubin toàn phần và trực tiếp, có thể tăng nhanh nếu liều quá lớn. Tác dụng trực tiếp đến hệ tạo máu, cân bằng điện giải hoặc cân bằng acid-base chưa được rõ.

**Xử trí:** Khi ngộ độc, người bệnh thường buồn nôn và nôn, vì thế rửa dạ dày tốt hơn là gây nôn. Uống than hoạt làm tăng loại bỏ thuốc ở đường tiêu hóa. Bài niệu tích cực sẽ tăng thải trừ thuốc. Thẩm tách máu có thể tốt ở một số trường hợp.

*Cập nhật lần cuối: 2018.*

**RINGER LACTAT**

**Tên chung quốc tế:** Ringer lactate.

**Mã ATC:** Không có.

**Loại thuốc:** Dịch truyền tĩnh mạch.

**Dạng thuốc và hàm lượng**

Dung dịch trong chai 250 ml, 500 ml, 1 000 ml.

**Dịch truyền Ringer lactat đẳng trương, 100 ml dịch truyền có:**

Natri clorid	0,6 g
Natri lactat	0,32 g
Kali clorid	0,04 g
Calci clorid	0,027 g

**Dung dịch glucose 5% trong dịch truyền Ringer lactat:** Trong 100 ml dịch truyền, ngoài các thành phần như dịch truyền Ringer lactat đẳng trương còn có thêm 5,0 g glucose được dung.

Dịch truyền này ưu trương với máu (áp suất thẩm thấu = 530 mOsmol/lít).

**Dược lực học**

Dung dịch tiêm Ringer lactat bổ sung nước và điện giải cho cơ thể do có thành phần điện giải và pH tương tự như của các dịch ngoại bào của cơ thể. 1 lít dung dịch Ringer lactat đẳng trương cung cấp 131 mmol Na<sup>+</sup>, 5 mmol K<sup>+</sup>, 2 mmol Ca<sup>+</sup>, 29 mmol HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> (dưới dạng lactat), 111 mmol Cl<sup>-</sup>.

Dung dịch Ringer lactat có thể gây lợi tiểu tùy vào tình trạng lâm sàng của người bệnh. Dung dịch này cũng chứa lactat, là chất có tác dụng gây hiệu ứng nhiễm kiềm chuyển hóa.

Natri là cation chính của dịch ngoại bào, có tác dụng chủ yếu kiểm soát phân bố nước, cân bằng dịch và áp suất thẩm thấu của dịch cơ thể. Natri cũng phối hợp với clorid và bicarbonat để điều hòa cân bằng acid-base của dịch cơ thể. Kali là cation chủ yếu của dịch nội bào, tham gia vào quá trình sử dụng carbohydrat và tổng hợp protein, có vai trò đặc biệt quan trọng trong dẫn truyền thần kinh và cơ cơ, đặc biệt ở tim.

Clorid là anion chính của dịch ngoại bào và luôn đi kèm với chuyển hóa của natri. Thay đổi cân bằng acid-base của cơ thể được phản ánh qua nồng độ clorid.

Calci, một cation quan trọng, được sử dụng ở khung xương và răng dưới dạng calci phosphat và calci carbonat. Ở dạng ion, calci cần thiết trong cơ chế chức năng đông máu, chức năng tim bình thường và điều hòa khả năng kích thích thần kinh cơ.

Natri lactat là một muối racemic, chứa cả 2 dạng levo và dextro. Dạng levo bị oxy hóa trong gan tạo thành bicarbonat, còn dạng dextro thì bị chuyển hóa thành glycogen. Lactat bị chuyển hóa dần dần thành carbon dioxyd và nước. Quá trình đó sử dụng một ion hydro dẫn tới sự tạo thành bicarbonat trong chuyển hóa lactat. Các phản ứng này phụ thuộc vào hoạt tính oxy hóa của tế bào.

Ngoài bổ sung nước và chất điện giải, Ringer lactat và glucose 5% còn cung cấp thêm glucose - nguồn năng lượng cho cơ thể. Glucose dễ chuyển hóa, nếu được cung cấp đủ liều có thể làm giảm sự hao tổn protein và nitơ của cơ thể, thúc đẩy sự lắng đọng glycogen và giảm hoặc ngăn cản sự sử dụng chất béo tích lũy trong cơ thể.

**Chỉ định**

Chỉ được dùng trong bệnh viện dưới sự giám sát của thầy thuốc (lâm sàng, điện giải đồ, hematocrit).

Mất nước (chủ yếu mất nước ngoài tế bào) nặng, không thể bồi phụ được bằng đường uống (người bệnh hôn mê, uống vào nôn ngay, trụy mạch).

Giảm thể tích tuần hoàn nặng, cần bù nhanh (sốc phản vệ, sốc sốt xuất huyết...)

Nhiễm toan chuyển hóa (dùng Ringer lactat có glucose).

**Chống chỉ định**

Chống chỉ định trong trường hợp các ion natri, kali, calci, clor hay lactat thêm vào có thể gây bất lợi trên lâm sàng cho người bệnh như suy tim sung huyết, tăng kali huyết, suy thận nặng, phù giữ natri và kali, người bệnh đang dùng digitalis (vì trong Ringer lactat có calci, gây loạn nhịp tim nặng, có thể tử vong), mẫn cảm với natri lactat.

Không dùng đồng thời dung dịch Ringer lactat với ceftriaxon cho trẻ sơ sinh (dưới 28 ngày tuổi), ngay cả khi dùng các đường truyền khác nhau (nguy cơ chết người do kết tủa muối calci của ceftriaxon trong tuần hoàn trẻ sơ sinh). Với người bệnh trên 28 ngày tuổi (kể cả người lớn), không dùng ceftriaxon cùng lúc bằng cùng bộ dây truyền với chế phẩm có calci, kể cả dung dịch Ringer lactat. Nếu dùng cùng một bộ dây truyền để truyền lần lượt, dây truyền phải được rửa bằng một dịch rửa phù hợp.

Không truyền chung dung dịch chứa calci trong một bộ truyền dịch cùng với máu do có nguy cơ đông máu.

Không được dùng chế phẩm chứa lactat trong trường hợp nhiễm kiềm chuyển hóa hoặc nhiễm toan chuyển hóa nặng, bệnh gan nặng hoặc tình trạng thiếu oxy ảnh hưởng đến quá trình chuyển hóa lactat.

Dung dịch có chứa lactat không được dùng để điều trị nhiễm toan lactic.

### **Thận trọng**

Dùng nhiều có thể dẫn đến nhiễm kiềm chuyển hóa.

Cần thận trọng khi dùng cho người bệnh tăng thể tích máu, suy thận, tắc nghẽn đường tiết niệu, sắp hoặc đã bị mất bù tim.

Phải truyền chậm và theo dõi chặt chẽ người bệnh về mặt lâm sàng và xét nghiệm sinh học, đặc biệt là tình trạng cân bằng nước - điện giải, cân bằng acid-base nếu thời gian điều trị kéo dài.

Trong trường hợp mất điện giải nặng như khi hút dạ dày qua mũi kéo dài, nôn mửa, tiêu chảy hoặc thoát lỗ rò đường tiêu hóa kéo dài có thể cần bổ sung thêm chất điện giải thiết yếu, muối khoáng và vitamin.

Cần thận trọng khi dùng dung dịch chứa natri cho người bệnh đang dùng corticosteroid hoặc corticotropin hoặc cho người bệnh dùng các thuốc có tác dụng giữ muối khác.

Cần thận trọng khi dùng dung dịch chứa natri hoặc kali cho người suy thận hoặc suy tim mạch, có hoặc không kèm suy tim sung huyết, đặc biệt với người bệnh sau phẫu thuật hoặc người già.

Cần theo dõi điện tâm đồ khi điều trị bằng kali, đặc biệt đối với người đang được dùng digitalis. Lượng kali trong máu không nhất thiết chỉ thị hàm lượng kali trong mô.

Cần thận trọng khi dùng dung dịch chứa calci cho người bị bệnh tim, đặc biệt khi có kèm bệnh về thận. Đặc biệt thận trọng khi dùng calci đường tĩnh mạch cho người đang dùng các chế phẩm digitalis. Sự chuyển lactat thành bicarbonat bị chậm đi đáng kể trong trường hợp thiếu oxy ở mô và giảm khả năng chuyển hóa lactat của gan. Điều này xảy ra trong trường hợp như nhiễm toan chuyển hóa có kèm với rối loạn tuần hoàn, tuần hoàn ngoài cơ thể, hạ thân nhiệt, bệnh về dự trữ glycogen, rối loạn chức năng gan, nhiễm kiềm hô hấp, sốc hoặc mất bù tim.

Để giảm nguy cơ tương kỵ khi phối hợp dung dịch này với các thuốc khác được kê thêm, dung dịch trước khi truyền phải được kiểm tra ngay sau khi trộn, trước khi truyền và định kỳ trong quá trình truyền xem có xuất hiện kết tủa hoặc kết tụ hay không.

Nếu kiểm soát quá trình truyền bằng máy bơm, cần đặc biệt chú ý dùng bơm trước khi bình rỗng hoặc thuyên tắc khí. Nếu quá trình truyền không được kiểm soát bằng máy bơm, áp suất cao (trên 300 mmHg) lặp lại nhiều lần như khi lắc chai sẽ gây vẩn chai. Như vậy có thể làm vỡ chai bằng tay.

Dùng đường tĩnh mạch với các thiết bị vô trùng, nên thay các dụng cụ, máy truyền tĩnh mạch mỗi 24 giờ.

Chỉ sử dụng khi chai dịch truyền còn nguyên nắp và dung dịch trong suốt.

Không được dùng dung dịch này để tiêm bắp.

### **Thời kỳ mang thai**

Thận trọng khi dùng cho phụ nữ mang thai.

### **Thời kỳ cho con bú**

Thận trọng khi dùng cho phụ nữ đang cho con bú.

### **Tác dụng không mong muốn (ADR)**

Có thể xảy ra các phản ứng do kỹ thuật truyền hoặc do dung dịch, bao gồm các phản ứng sốt, nhiễm trùng tại vị trí tiêm, huyết khối tĩnh mạch hoặc viêm tĩnh mạch lan tỏa từ vị trí tiêm, thoát mạch và tăng thể tích máu.

Truyền quá nhanh dung dịch ưu trương có thể gây đau tại chỗ và kích ứng tĩnh mạch. Tốc độ truyền phải được điều chỉnh phù hợp với khả năng chịu đựng của người bệnh.

Có thể có các triệu chứng do quá thừa hoặc quá thiếu một hoặc nhiều ion có mặt trong dung dịch; vì vậy cần kiểm tra thường xuyên mức độ điện giải.

Các phản ứng khác do truyền hoặc quá mặn: giảm nhịp tim, nhịp tim nhanh, hạ huyết áp, suy hô hấp, phù nề thanh quản, đỏ bừng mặt, kích ứng họng, dị cảm, giảm cảm giác miệng, loạn vị giác, lo âu, đau đầu, hắt hơi; tăng kali huyết; tăng thể tích máu; các phản ứng tại chỗ tiêm khác: nhiễm trùng tại vị trí tiêm, viêm tĩnh mạch, thoát mạch, sưng, viêm, phát ban, đau, nóng đỏ chỗ tiêm.

### **Liều lượng và cách dùng**

Chỉ dùng đường tiêm/truyền tĩnh mạch.

Số lượng và tốc độ truyền dịch phải do bác sĩ quyết định và phụ thuộc vào tuổi tác, cân nặng, triệu chứng lâm sàng và các xét nghiệm sinh hóa (điện giải đồ, hematocrit, lượng nước tiểu...) và phải được điều chỉnh theo lượng glucose và chất điện giải trong máu.

Khi truyền tĩnh mạch dung dịch ưu trương, cần truyền chậm qua kim truyền nhỏ đặt ở tĩnh mạch lớn để giảm thiểu sự kích ứng tĩnh mạch. Cần cẩn thận, tránh thâm nhiễm.

Lượng dịch truyền dựa trên tính toán lượng dịch cần duy trì hoặc thay thế của cơ thể.

Cần tính tới sự có mặt của ion calci trong dung dịch nếu có phosphat trong dung dịch thêm vào để tránh kết tủa.

Một số chất thêm vào có thể không tương thích. Khi thêm các chất khác, cần dùng kỹ thuật vô trùng, lắc đều và dùng ngay.

Thuốc tiêm truyền tĩnh mạch phải được kiểm tra tiểu phân lạ và sự biến màu dung dịch ngay trước khi truyền.

*Dùng cho trẻ em:* Không có liều dùng đặc biệt. Liều lượng phụ thuộc vào cân nặng, tình trạng lâm sàng và các kết quả xét nghiệm. Có thể theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế thế giới để điều trị hạ thân nhiệt ở trẻ em:

Truyền tĩnh mạch ngay, lúc đầu 30 ml/kg trong 1 giờ (trẻ dưới 12 tháng tuổi) hoặc 30 phút (trẻ trên 12 tháng đến 5 tuổi), sau đó 70 ml/kg trong 5 giờ (trẻ dưới 12 tháng) hoặc 2 giờ 30 phút (trẻ trên 12 tháng đến 5 tuổi). Cách 1 - 2 giờ, phải đánh giá lại tình trạng người bệnh. Nếu tình trạng mất nước không đỡ, cho chảy nhỏ giọt nhanh hơn.

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

### **Tương kỵ**

Dung dịch này chứa calci, nên không được truyền cùng với máu trong cùng một bộ dây truyền vì có nguy cơ gây đông máu.

### **Quá liều và xử trí**

Nhẹ: phù, rối loạn điện giải.

Nặng: phù phổi cấp, suy tim cấp gây tử vong.

Nếu thấy phù dưới da, nhất là thấy khó thở, phải ngừng truyền ngay. Cho điều trị thích hợp (tiêm tĩnh mạch thuốc lợi tiểu, thở oxy...).

Trong trường hợp bị quá liều dung dịch hoặc chất tan, cần đánh giá

tình trạng bệnh và áp dụng các biện pháp xử trí phù hợp.  
 Trường hợp quá liều dung dịch chứa kali: Ngừng truyền ngay và dùng các liệu pháp thích hợp để làm giảm lượng kali trong máu.  
 Điều trị tăng kali huyết gồm các bước sau:  
 Truyền tĩnh mạch 300 - 500 ml/giờ dung dịch glucose 10% hoặc 25% có chứa insulin (10 đơn vị insulin kết tinh/20 g glucose).  
 Hấp thụ và trao đổi kali với natri hoặc amoni bằng cách uống hạt trao đổi ion.  
 Lọc máu và lọc màng bụng. Không dùng các thuốc và thức ăn có kali.  
 Tuy nhiên, trong trường hợp đang dùng digitalis, hạ quá nhanh nồng độ kali trong máu có thể gây xuất hiện/tăng độc tính của digitalis.

Cập nhật lần cuối: 2017.

### RISEDRONAT

**Tên chung quốc tế:** Risedronate.  
**Mã ATC:** M05BA07 (Risedronic acid).  
**Loại thuốc:** Chất tổng hợp tương tự bisphosphonat.  
**Dạng thuốc và hàm lượng**  
 Viên nén: 5 mg, 30 mg, 35 mg, 75 mg, 150 mg.  
 Viên nén giải phóng kéo dài: 35 mg.

**Dược lực học**  
 Risedronat là một pyridinyl bisphosphonat, thuốc gắn với hydroxyapatit của xương và ức chế quá trình tiêu xương. Thông qua sự ức chế hủy cốt bào, chu chuyển xương bị giảm trong khi hoạt động của tế bào tạo xương và mức độ khoáng hóa của xương được bảo tồn.

**Dược động học**  
*Hấp thu:* Thuốc hấp thu nhanh sau khi uống. Nồng độ đỉnh đạt được sau uống 1 giờ với viên nén và sau 3 giờ với viên nén giải phóng kéo dài. Sinh khả dụng đường uống của thuốc vào khoảng 0,63%. Thức ăn làm giảm sinh khả dụng 30 - 55% với viên nén thông thường và 30% với viên nén giải phóng kéo dài.  
*Phân bố:* Thể tích phân bố ở người lớn khoảng 13,8 lít/kg. Thuốc gắn vào protein khoảng 24%.  
*Chuyển hóa:* Thuốc không bị chuyển hóa trong cơ thể.  
*Thải trừ:* Thuốc thải trừ chủ yếu qua nước tiểu: 50% lượng thuốc hấp thu khi dùng đường uống được thải trừ nguyên vẹn qua nước tiểu. Độ thanh thải qua thận của thuốc là 105 ml/phút, độ thanh thải tổng là 122 ml/phút. Nửa đời thải trừ của thuốc trên người bệnh loãng xương sau mãn kinh là 561 giờ.

**Chỉ định**  
 Phòng và điều trị loãng xương do corticosteroid.  
 Phòng và điều trị loãng xương ở phụ nữ sau mãn kinh.  
 Điều trị loãng xương ở nam.  
 Điều trị bệnh paget xương.

**Chống chỉ định**  
 Mẫn cảm với risedronat.  
 Hạ calci huyết.  
 Phụ nữ mang thai và cho con bú.  
 Suy thận nặng ( $Cl_{cr} < 30$  ml/phút).  
 Bệnh nhân không thể đứng hoặc ngồi thẳng ít nhất 30 phút.  
 Bệnh nhân có bất thường thực quản (ví dụ co thắt thực quản) dẫn đến làm chậm thời gian rỗng của thực quản.

**Thận trọng**  
 Bisphosphonat có thể gây rối loạn đường tiêu hóa trên như chứng

khó nuốt, viêm thực quản, loét thực quản, loét dạ dày. Nguy cơ tăng lên trên các bệnh nhân không tuân thủ các hướng dẫn về liều. Thận trọng trên các bệnh nhân có chứng khó nuốt, các bệnh lý trên thực quản, viêm loét dạ dày - tá tràng. Ngừng thuốc nếu xuất hiện các triệu chứng mới hoặc các triệu chứng trầm trọng hơn.  
 Thận trọng trên các bệnh nhân suy thận. Tình trạng hạ calci huyết cần được điều trị trước khi bắt đầu điều trị với risedronat. Đảm bảo cung cấp đầy đủ calci và vitamin D cho bệnh nhân đặc biệt trên các bệnh nhân mắc bệnh paget do tốc độ mất xương trước điều trị diễn ra rất nhanh.

Điều trị với bisphosphonat có thể dẫn đến hoại tử xương hàm. Yếu tố nguy cơ là các can thiệp nha khoa có xâm lấn như nhổ răng, cấy ghép răng, sử dụng hóa trị liệu trong điều trị ung thư, corticosteroid, vệ sinh răng miệng kém, các rối loạn kèm theo như thiếu máu, huyết khối, nhiễm trùng, các bệnh răng miệng có từ trước, thời gian sử dụng bisphosphonat kéo dài. Cần kiểm tra răng miệng cũng như sử dụng các biện pháp dự phòng nha khoa trên các bệnh nhân điều trị kéo dài với risedronat. Theo hướng dẫn của nhà sản xuất cần ngừng điều trị với risedronat trước khi tiến hành các can thiệp nha khoa xâm lấn để giảm nguy cơ hoại tử xương hàm. Tuy nhiên, quan điểm này vẫn còn nhiều tranh cãi. Bác sĩ phẫu thuật cần đánh giá tỷ lệ giữa lợi ích và nguy cơ trước khi tiến hành can thiệp nha khoa có xâm lấn.

Gãy xương đùi không điển hình đã được ghi nhận ở các bệnh nhân sử dụng bisphosphonat để phòng và điều trị loãng xương. Một số bệnh nhân có dấu hiệu đau báo trước vài tuần hoặc vài tháng trước khi bị gãy xương. Chưa rõ liệu bisphosphonat có phải là nguyên nhân gây gãy xương hay không, mặc dù phần lớn các trường hợp bệnh nhân đều đang dùng bisphosphonat. Nguy cơ tăng lên trên các bệnh nhân sử dụng bisphosphonat kéo dài (3 - 5 năm). Cần ngừng điều trị với bisphosphonat cho các bệnh nhân có dấu hiệu gãy xương đùi.

Tình trạng đau xương, khớp, cơ nặng đã được ghi nhận trên các bệnh nhân điều trị với bisphosphonat. Đau có thể kéo dài từ vài ngày đến vài tháng. Cần ngừng điều trị với thuốc cho các bệnh nhân đau nặng. Các triệu chứng thường mất dần sau khi ngừng thuốc. Một số bệnh nhân có dấu hiệu đau tái phát khi điều trị lại với thuốc hoặc các bisphosphonat khác. Tránh sử dụng thuốc trên các bệnh nhân có tiền sử đau do sử dụng bisphosphonat.

Với các bệnh nhân sử dụng thuốc để điều trị loãng xương, cần định kỳ đánh giá lại nhu cầu cho việc tiếp tục điều trị. Thời gian điều trị tối ưu vẫn chưa được xác định. Cần nhắc ngừng điều trị sau 3 - 5 năm với các bệnh nhân có nguy cơ gãy xương thấp, định kỳ đánh giá lại nguy cơ gãy xương. Khi sử dụng điều trị cho bệnh nhân gây xương do sử dụng corticosteroid cần đánh giá tình trạng hormon trước khi khởi đầu điều trị, xem xét sử dụng liệu pháp thay thế hormon nếu cần thiết.

**Thời kỳ mang thai**  
 Các nghiên cứu trên động vật đã cho thấy thuốc gây độc tính trên sinh sản. Chưa đủ dữ liệu chứng minh tính an toàn của thuốc trên phụ nữ mang thai. Chống chỉ định dùng thuốc ở phụ nữ mang thai.

**Thời kỳ cho con bú**  
 Risedronat được thải trừ với một lượng nhỏ vào sữa mẹ. Chống chỉ định dùng thuốc ở phụ nữ đang cho con bú.

**Tác dụng không mong muốn (ADR)**  
 Tần suất có thể thay đổi theo sản phẩm, liều dùng và chỉ định.  
*Rất thường gặp*  
 Tim mạch: tăng huyết áp.  
 TKTW: đau đầu.  
 Da: phát ban.