

tăng cholesterol huyết.

Thuốc kháng acid: Dùng đồng thời rosuvastatin với hỗn dịch kháng acid có chứa nhôm và magnesi hydroxyd dẫn đến giảm nồng độ rosuvastatin trong huyết tương khoảng 50%. Tác động này đã được giảm nhẹ khi các thuốc kháng acid được dùng sau khi uống rosuvastatin khoảng 2 giờ. Sự liên quan lâm sàng của tương tác này chưa được nghiên cứu.

Erythromycin: Làm giảm 20% giá trị AUC và giảm 30% giá trị C_{max} của rosuvastatin. Nguyên nhân của sự tương tác này có thể do sự gia tăng nhu động ruột gây ra bởi erythromycin.

Liệu pháp thay thế hormon/thuốc tránh thai dạng uống (HRT): Sử dụng đồng thời rosuvastatin và thuốc tránh thai dạng uống dẫn đến sự gia tăng ethinyl estradiol và norgestrel AUC tương ứng là 26% và 34%. Nồng độ thuốc trong huyết tương gia tăng nên cần xem xét khi lựa chọn liều thuốc tránh thai dạng uống. Không có dữ liệu dược động học ở các đối tượng dùng đồng thời rosuvastatin và HRT và do đó không thể loại trừ tác động tương tự. Tuy nhiên, sự kết hợp đã được sử dụng rộng rãi ở phụ nữ trong các thử nghiệm lâm sàng và được dung nạp tốt.

Quá liều và xử trí

Không có phương pháp điều trị đặc hiệu khi dùng thuốc quá liều. Khi quá liều, bệnh nhân nên được điều trị triệu chứng và áp dụng các biện pháp hỗ trợ khi cần thiết. Nên theo dõi chức năng gan và nồng độ CK. Việc thăm phân máu có thể không có lợi.

Cập nhật lần cuối: 2018.

ROTIGOTIN

Tên chung quốc tế: Rotigotine.

Mã ATC: N04BC09.

Loại thuốc: Thuốc điều trị Parkinson.

Dạng thuốc và hàm lượng

Miếng dán giải phóng thuốc qua da: 1 mg/24 giờ; 2 mg/24 giờ; 3 mg/24 giờ; 4 mg/24 giờ; 6 mg/24 giờ; 8 mg/24 giờ.

Dược lực học

Rotigotin là thuốc chủ vận dopamin không có cấu trúc ergolin. Thuốc chủ vận trên thụ thể dopamin D_2 , D_3 và có tác động trên thụ thể D_1 , D_4 và D_5 . Với các thụ thể khác ngoài hệ dopaminergic, thuốc đối kháng thụ thể α_{2B} - adrenergic, chủ vận trên thụ thể serotonin typ 1A ($5HT_{1A}$), nhưng không có hoạt tính trên thụ thể $5HT_{2B}$. Ngoài ra, thuốc còn đối kháng thụ thể α_1 và $M2$.

Thuốc có tác dụng điều trị triệu chứng của bệnh Parkinson thông qua kích thích các thụ thể D_3 , D_2 và D_1 của nhân đuôi và nhân vỏ hén trong não (caudate-putamen). Thuốc cũng có tác dụng điều trị triệu chứng của hội chứng chân không yên (RLS). Cơ chế của thuốc trong điều trị hội chứng chân không yên chưa rõ tuy nhiên có thể liên quan đến tác dụng trên các thụ thể dopamin.

Dược động học

Hấp thu: Sau khi sử dụng, rotigotin được giải phóng liên tục từ miếng dán và hấp thu qua da. Nồng độ thuốc ở trạng thái ổn định đạt được sau 1 - 2 ngày sử dụng miếng dán và được duy trì bằng cách sử dụng 1 lần/ngày (miếng dán được dùng trong 24 giờ). Nồng độ trong huyết tương của rotigotin tương quan tỷ lệ thuận với liều từ miếng dán được giải phóng vào da trong 24 giờ. Sinh khả dụng tuyệt đối sau khi sử dụng miếng dán khoảng 37%. Việc luân chuyển vị trí dán trên da có thể dẫn đến sự khác biệt hàng ngày về nồng độ thuốc trong huyết tương. Dán thuốc ở vai cho sinh khả dụng cao hơn. Tuy nhiên không ảnh hưởng đến hiệu quả lâm sàng của thuốc.

Phân bố: Trong các nghiên cứu *in vivo*, tỷ lệ thuốc liên kết với protein huyết tương là 89,5%. Thể tích phân bố của thuốc ở người lớn là 84 lít/kg.

Chuyển hóa: Phần lớn rotigotin được hấp thu bị chuyển hóa tại gan. Thuốc chuyển hóa thông qua phản ứng N-dealkyl hóa và phản ứng liên hợp pha II. Các chất chuyển hóa chính như rotigotin sulfat, glucuronid rotigotin, N-despropyl-rotigotin sulfat và N-desethienylethyl-rotigotin sulfat không còn hoạt tính.

Thải trừ: Khoảng 71% thuốc thải trừ qua nước tiểu ở dạng đã chuyển hóa và 23% thuốc thải trừ qua phân. Chỉ có một lượng nhỏ rotigotin được thải trừ nguyên vẹn qua thận (dưới 1% liều hấp thu). Độ thanh thải của thuốc sau khi dùng qua da là 10 lít/phút và nửa đời thải trừ là 5 - 7 giờ. Thuốc thải trừ theo 2 pha với nửa đời thải trừ pha ban đầu từ 2 - 3 giờ.

Chỉ định

Điều trị bệnh Parkinson.

Điều trị triệu chứng hội chứng chân không yên mức độ trung bình đến nặng.

Chống chỉ định

Tiền sử quá mẫn với rotigotin.

Chụp cộng hưởng từ hoặc sốc điện chuyển nhịp.

Thận trọng

Lớp nền của miếng dán có chứa nhôm. Để tránh bỏng da, nên ngừng sử dụng miếng dán nếu bệnh nhân phải chụp cộng hưởng từ hoặc sốc điện chuyển nhịp.

Thuốc chủ vận dopamin làm giảm hệ thống điều hòa huyết áp, dẫn đến hạ huyết áp tư thế. Tác dụng này cũng đã được quan sát thấy khi điều trị với rotigotin. Theo dõi huyết áp của bệnh nhân khi bắt đầu điều trị và trong quá trình điều chỉnh liều.

Rotigotin có thể gây ra tình trạng buồn ngủ và ngủ gà trong các hoạt động hàng ngày mà bệnh nhân không nhận được bất kỳ dấu hiệu cảnh báo nào. Bác sĩ cần đánh giá liên tục bệnh nhân về tình trạng buồn ngủ do bệnh nhân có thể không nhận thấy tác dụng này cho đến khi được hỏi. Khi bắt đầu điều trị, cần cảnh báo bệnh nhân về nguy cơ này khi lái xe hoặc vận hành máy móc. Cần nhắc giảm liều hoặc ngừng sử dụng thuốc nếu bệnh nhân có tình trạng buồn ngủ hoặc ngủ gà.

Các phản ứng trên da tại vị trí dùng thuốc có thể xảy ra ở mức độ nhẹ hoặc trung bình. ADR này có thể hạn chế bằng cách thay đổi vị trí dùng thuốc hàng ngày (ví dụ từ bên phải sang bên trái và từ phần trên xuống phần dưới của cơ thể). Không nên sử dụng thuốc tại cùng một vị trí trong 14 ngày. Nếu phản ứng tại vị trí dùng thuốc kéo dài hơn vài ngày, dai dẳng; phản ứng nghiêm trọng hoặc lan rộng, cần nhắc giảm liều hoặc ngừng thuốc dựa trên đánh giá lợi ích và nguy cơ cho từng bệnh nhân.

Ngừng thuốc đột ngột có thể gây ra các triệu chứng của hội chứng an thần kinh ác tính và hội chứng ngừng thuốc chủ vận dopamin (ví dụ: đau, mệt mỏi, trầm cảm, đổ mồ hôi và lo lắng). Do đó, nên ngừng thuốc bằng cách giảm dần liều.

Khi dùng miếng dán rotigotin, cần cảnh báo cho bệnh nhân về nguy cơ có thể tăng hoặc có ham muốn mãnh liệt về đánh bạc, giới tính, mất kiểm soát khi mua sắm, ăn uống vô độ và các ham muốn khác. Khi đó có thể cần nhắc giảm liều hoặc ngừng thuốc.

Tỷ lệ ADR liên quan đến hệ dopaminergic như ảo giác, rối loạn vận động và phù ngoại biên nhìn chung cao hơn khi dùng kết hợp với levodopa ở bệnh nhân Parkinson. Nên cần nhắc đặc điểm này khi chỉ định rotigotin.

Trong quá trình điều trị hội chứng chân không yên bằng rotigotin, các triệu chứng có thể tăng nặng lên. Đợt tăng nặng thường xảy ra trong 2 năm đầu điều trị. Các triệu chứng có thể khởi phát sớm hơn

vào buổi tối (hoặc thậm chí vào buổi chiều), tăng mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng và sự lan rộng của các triệu chứng đến các bộ phận khác của cơ thể. Tránh dùng rotigotin với liều cao hơn khoảng liều đã được phê duyệt cho hội chứng chân không yên để hạn chế đột tăng nặng này.

Thời kỳ mang thai

Không có dữ liệu đầy đủ về an toàn khi sử dụng rotigotin ở phụ nữ mang thai. Các nghiên cứu trên động vật không thấy tác dụng gây quái thai ở chuột và thỏ, tuy nhiên độc tính đối với phôi thai đã được quan sát thấy ở chuột cống và chuột nhắt ở liều gây độc. Do nguy cơ tiềm ẩn trên người chưa rõ, không dùng rotigotin trong thời kỳ mang thai. Phụ nữ trong độ tuổi sinh sản nên sử dụng biện pháp tránh thai trong thời gian điều trị bằng rotigotin.

Thời kỳ cho con bú

Thuốc giảm tiết prolactin nên có khả năng ức chế tiết sữa. Các nghiên cứu trên chuột đã chỉ ra rằng rotigotin và các chất chuyển hóa được bài tiết qua sữa mẹ. Do chưa có dữ liệu trên người, nên ngừng sử dụng thuốc khi cho con bú.

Tác dụng không mong muốn (ADR)

Thường gặp

Tâm thần: rối loạn tri giác (xuất hiện ảo giác, ảo tưởng), mất ngủ, rối loạn giấc ngủ, ác mộng, giấc mơ bất thường.

Thần kinh: buồn ngủ, chóng mặt, nhức đầu, rối loạn vận động, chóng mặt tư thế.

Tiêu hóa: buồn nôn, nôn, táo bón, khô miệng, khó tiêu.

Tim mạch: hạ huyết áp tư thế, đánh trống ngực.

Da và mô dưới da: ban đỏ, chứng tăng tiết mồ hôi, ngứa.

Phản ứng tại vị trí dùng thuốc: ban đỏ, ngứa, kích ứng, phát ban, viêm da, mụn nước, đau, chàm, viêm, sưng, đổi màu, sần, tróc da, mày đay, mẫn cảm.

Khác: ngã, phù ngoại vi, suy nhược, giảm cân.

Ít gặp

Miền dịch: quá mẫn, có thể bao gồm phù mạch, phù lưỡi và phù môi.

Tâm thần: buồn ngủ, ngủ gà, hoang tưởng, mất phương hướng, kích động.

Mắt: nhìn mờ, suy giảm thị lực, lóa mắt.

Tim mạch: hạ huyết áp, nhịp tim nhanh, rung nhĩ.

Tiêu hóa: đau bụng, tăng enzym gan.

Da và mô dưới da: ngứa diện rộng, kích ứng da, viêm da tiếp xúc.

Sinh sản: rối loạn cương dương.

Khác: tăng cân.

Hiếm gặp

Tâm thần: rối loạn tâm thần, rối loạn ám ảnh cưỡng chế, hành vi hung hăng.

Thần kinh: co giật.

Tim mạch: nhịp nhanh thất.

Da và mô dưới da: phát ban diện rộng.

Khác: cầu gât.

Hướng dẫn cách xử lý ADR

Xử lý đột tăng nặng khi điều trị hội chứng chân không yên: Nếu ADR ở mức độ nhẹ, có thể chia đôi liều, dùng lúc sáng sớm và trước khi đi ngủ. Nếu ADR ở mức độ nặng, nên ngừng thuốc và thay thế bằng thuốc ức chế kênh dẫn truyền calci alpha 2-delta (enacarbil, pregabalin hay gabapentin). Nên ngừng rotigotin ít nhất 10 ngày trước khi dùng thuốc ức chế kênh dẫn truyền calci alpha 2-delta để đánh giá mức độ nặng của ADR.

Liều lượng và cách dùng

Cách dùng

Thuốc được dùng bằng cách dán lên da. Miếng dán phải được dán

lên vùng da lành, sạch, khô trên bụng, đùi, hông, sườn, vai hoặc cánh tay trên. Tránh dán lặp lại cùng một vị trí trong vòng 14 ngày. Không dán lên vùng da bị đỏ, kích ứng hoặc bị tổn thương. Sau khi dán lên da, nên ấn mạnh miếng dán xuống bằng lòng bàn tay trong khoảng 30 giây để miếng dán dính chặt. Không cắt miếng dán thành nhiều mảnh. Có thể kết hợp nhiều miếng dán để đạt liều lượng mong muốn.

Liều lượng

Điều trị bệnh Parkinson

Giai đoạn sớm của Parkinson: Khởi đầu với liều 2 mg/24 giờ. Sau đó tăng 2 mg/24 giờ mỗi tuần theo đáp ứng điều trị. Liều thấp nhất có hiệu quả là 4 mg/24 giờ. Liều tối đa trong giai đoạn sớm là 8 mg/24 giờ.

Giai đoạn muộn của Parkinson: Khởi đầu với liều 4 mg/24 giờ. Sau đó tăng 2 mg/24 giờ mỗi tuần theo đáp ứng điều trị. Liều tối đa trong giai đoạn muộn là 16 mg/24 giờ. Đối với liều cao hơn 8 mg/24 giờ, có thể sử dụng nhiều miếng dán để đạt được liều điều trị, ví dụ có thể đạt được 10 mg/24 giờ bằng cách kết hợp một miếng dán 6 mg/24 giờ và một miếng dán 4 mg/24 giờ.

Điều trị triệu chứng hội chứng chân không yên mức độ trung bình đến nặng

Khởi đầu với liều 1 mg/24 giờ. Tùy thuộc vào đáp ứng, có thể tăng 1 mg/24 giờ mỗi tuần đến liều tối đa 3 mg/24 giờ. Đánh giá lại tình cần thiết của việc duy trì điều trị mỗi 6 tháng.

Sử dụng thuốc cho đối tượng đặc biệt

Bệnh nhân suy gan: Không cần hiệu chỉnh liều trên bệnh nhân suy gan nhẹ - trung bình. Thận trọng khi sử dụng và xem xét giảm liều rotigotin trên bệnh nhân suy gan tiến triển hoặc suy gan nặng.

Bệnh nhân suy thận: Không cần hiệu chỉnh liều trên bệnh nhân suy thận nhẹ - trung bình (bao gồm trường hợp lọc máu).

Trẻ em: Chưa có đánh giá về hiệu quả và an toàn khi dùng rotigotin trên trẻ em. Dữ liệu hiện nay không đủ để khuyến cáo liều dùng rotigotin trên trẻ em.

Ngừng điều trị: Để tránh nguy cơ triệu chứng tái phát nặng khi ngừng thuốc đột ngột, cần giảm liều từ từ. Liều thường dùng nên giảm cách ngày mỗi 1 mg/24 giờ cho đến khi ngừng điều trị.

Tương tác thuốc

Thuốc đối kháng dopamin như thuốc an thần kinh (phenothiazin, butyrophenon, thioxanthen) hoặc metoclopramid có thể làm giảm hiệu quả của rotigotin. Tránh phối hợp các thuốc này với rotigotin. Thận trọng khi dùng đồng thời rotigotin với các thuốc an thần, thuốc ức chế TKTW (benzodiazepin, thuốc chống loạn thần, thuốc chống trầm cảm) hoặc rượu do nguy cơ tăng tác dụng trên TKTW. Domperidon, omeprazol, cimetidin không ảnh hưởng đến dược động học của rotigotin.

Rotigotin không ảnh hưởng đến dược động học của levodopa, carbidopa và ngược lại. Tuy nhiên rotigotin có thể làm tăng ADR trên hệ dopaminergic của levodopa; gây ra hoặc làm trầm trọng thêm các rối loạn vận động có sẵn.

Quá liều và xử trí

Triệu chứng: Các triệu chứng xuất hiện liên quan đến tác dụng chủ vận trên dopamin bao gồm buồn nôn, nôn, hạ huyết áp, cử động không chủ ý, ảo giác, lú lẫn, co giật và các dấu hiệu khác của kích thích dopaminergic trung ương.

Xử trí: Không có thuốc giải độc khi dùng quá liều các thuốc chủ vận dopamin.

Trong trường hợp nghi ngờ quá liều, gỡ bỏ miếng dán vì khi đó hoạt chất sẽ ngừng hấp thu vào máu và nồng độ trong huyết tương của rotigotin giảm nhanh chóng. Bệnh nhân cần được theo dõi chặt chẽ tần số tim, nhịp tim và huyết áp. Điều trị quá liều bằng các biện

pháp hỗ trợ chung để duy trì các dấu hiệu sinh tồn. Lọc máu không có tác dụng vì rotigotin không được loại trừ bằng lọc máu.

Cập nhật lần cuối: 2021.

ROXITHROMYCIN

Tên chung quốc tế: Roxithromycin.

Mã ATC: J01FA06.

Loại thuốc: Kháng sinh nhóm macrolid.

Dạng thuốc và hàm lượng

Bột pha hỗn dịch uống: 50 mg/gói.

Hỗn dịch uống: 50 mg roxithromycin/5 ml, lọ 30 ml.

Viên nén: 50 mg.

Viên nén bao phim: 100 mg, 150 mg.

Dược lực học

Roxithromycin là kháng sinh nhóm macrolid. Tương tự như erythromycin và các macrolid khác, roxithromycin gắn thuận nghịch với tiểu đơn vị 50S của ribosom vi khuẩn nhạy cảm, ức chế tổng hợp protein và nhờ đó ức chế sự phát triển của tế bào vi khuẩn. Tác dụng của các macrolid chủ yếu là kìm hãm sự phát triển của vi khuẩn nhưng có thể diệt khuẩn ở nồng độ cao đối với các chủng rất nhạy cảm. Tác dụng của chúng tăng lên ở pH kiềm nhẹ (khoảng 8,5), đặc biệt với các vi khuẩn Gram âm.

Giới hạn nồng độ để phân loại tính nhạy cảm của vi khuẩn đối với roxithromycin: Nhạy (S) \leq 1 mg/lít và kháng (R) \geq 4 mg/lít. Cần hết sức lưu ý vì hiện nay kháng sinh macrolid bị kháng rất nhiều.

Các vi khuẩn nhạy cảm

Gram dương hiếu khí: *Bacillus cereus*, *Corynebacterium diptheriae*, cầu khuẩn đường ruột, *Rhodococcus equi*, *Staphylococcus* nhạy cảm methicilin, *Streptococcus* nhóm B hoặc không phân nhóm, *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus pneumoniae*.

Gram âm hiếu khí: *Bordetella pertussis*, *Branhamella catarrhalis*, *Campylobacter*, *Legionella*, *Moxarella*.

Vi khuẩn kỵ khí: *Actinomyces*, *Bacteroides*, *Eubacterium*, *Mobiluncus*, *Peptostreptococcus*, *Porphyromonas*, *Prevotella*, *Propionibacterium acnes*.

Vi khuẩn khác: *Borrelia burgdorferi*, *Chlamydia*, *Coxiella*, *Leptospire*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Treponema pallidum*.

Vi khuẩn nhạy cảm trung bình

Gram âm hiếu khí: *Haemophilus*, *Neisseria gonorrhoeae*.

Vi khuẩn kỵ khí: *Clostridium perfringens*.

Vi khuẩn khác: *Ureaplasma urealyticum*.

Vi khuẩn kháng thuốc

Gram dương hiếu khí: *Corynebacterium jeikeium*, *Nocardia asteroides*.

Gram âm hiếu khí: *Acinetobacter*, *Enterobacter*, *Pseudomonas*.

Vi khuẩn kỵ khí: *Fusobacterium*.

Vi khuẩn khác: *Mycoplasma hominis*.

Dược động học

Hấp thu: Sau khi uống, thuốc hấp thu với sinh khả dụng khoảng 50%. Nồng độ đỉnh trong huyết tương khoảng 6 - 8 microgam/ml đạt được khoảng 2 giờ sau khi uống một liều đơn 150 mg. Hấp thu thuốc bị giảm khi uống sau bữa ăn.

Phân bố: Roxithromycin phân bố rộng rãi vào các mô và dịch của cơ thể, đạt được nồng độ cao trong bạch cầu nhưng không qua được hàng rào máu - não. Một lượng nhỏ thuốc được thải trừ vào sữa. 92 - 96% roxithromycin gắn với protein huyết tương (chủ yếu với alpha-1-acid glycoprotein, nhưng cũng bao gồm cả albumin) ở nồng độ thấp hơn 4,2 mg/lít. Sự gắn có thể bão hòa: ở đối tượng có nồng độ alpha-1-acid glycoprotein bình thường, mức độ gắn

giảm khi nồng độ roxithromycin vượt quá 4,2 mg/lít. Ở nồng độ 8,4 mg/lít trong huyết tương, khoảng 87% lượng thuốc được gắn với protein.

Chuyển hóa và thải trừ: Một lượng nhỏ roxithromycin chuyển hóa tại gan, phần lớn liều dùng được thải trừ qua phân ở dạng còn nguyên hoạt tính và chất chuyển hóa, 7 - 10% thải trừ qua thận và khoảng 15% thải trừ qua đường hô hấp. Nửa đời thải trừ khoảng 8 - 13 giờ, kéo dài hơn ở bệnh nhân suy gan hoặc thận hoặc ở trẻ em. Thuốc không được loại bỏ hoàn toàn bằng thẩm phân màng bụng.

Chỉ định

Roxithromycin được chỉ định để điều trị các trường hợp nhiễm khuẩn do vi khuẩn nhạy cảm

Nhiễm khuẩn đường hô hấp trên: Viêm họng do liên cầu tan huyết nhóm A, là một phương pháp thay thế cho liệu pháp beta-lactam, đặc biệt khi không thể sử dụng beta-lactam; viêm xoang cấp tính khi không thể điều trị với beta-lactam; viêm amidan.

Nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới: Viêm phế quản cấp; đợt cấp của viêm phế quản mạn tính; viêm phổi cộng đồng khi không có các yếu tố nguy cơ, không có dấu hiệu lâm sàng nghiêm trọng và không có bằng chứng lâm sàng gợi ý nguyên nhân do phế cầu; viêm phổi không điển hình.

Nhiễm khuẩn da lành tính: Chốc lờ da, mụn mủ, viêm da thoái tính nhiễm khuẩn (đặc biệt là viêm quầng), nhiễm khuẩn da mạn tính (do *Corynebacterium minutissimum*).

Nhiễm khuẩn sinh dục không phải do lậu cầu.

Chống chỉ định

Quá mẫn thuốc hoặc với kháng sinh nhóm macrolid khác.

Không dùng đồng thời roxithromycin với alcaloid cựa lữa mạch gây co mạch (dihydroergotamin, ergotamin) do nguy cơ gây hoại tử đầu chi.

Không dùng đồng thời với cisaprid do nguy cơ loạn nhịp thất nghiêm trọng, có thể gây xoắn đỉnh.

Không sử dụng đồng thời với colchicin.

Phụ nữ nuôi con bú đang sử dụng cisaprid.

Thận trọng

Suy gan: Không khuyến cáo sử dụng roxithromycin cho người bệnh suy giảm chức năng gan nặng. Trong trường hợp bắt buộc phải sử dụng ở người suy giảm chức năng gan nhẹ hoặc vừa, cần giảm liều và thường xuyên theo dõi chức năng gan.

Suy thận: Thải trừ qua thận của thuốc và các sản phẩm chuyển hóa thấp (dưới 10% liều uống), do vậy có thể không cần điều chỉnh liều trong trường hợp suy thận.

Người cao tuổi: Ở người cao tuổi, nửa đời thải trừ dài hơn. Tuy nhiên sau khi sử dụng lặp lại liều 150 mg mỗi 12 giờ, nồng độ tối đa trong huyết thanh và diện tích dưới đường cong ở trạng thái cân bằng không khác biệt ở người cao tuổi so với người trẻ. Do vậy, không cần hiệu chỉnh liều roxithromycin khi dùng cho người cao tuổi.

Trong một số trường hợp, các macrolid bao gồm cả roxithromycin có thể làm kéo dài khoảng QT. Vì vậy cần thận trọng khi sử dụng roxithromycin cho người bệnh có hội chứng khoảng QT kéo dài bẩm sinh, người bệnh có yếu tố nguy cơ gây loạn nhịp tim (ví dụ: hạ kali huyết, hạ magesi huyết, chậm nhịp tim đáng kể trên lâm sàng), người bệnh đang dùng thuốc chống loạn nhịp nhóm IA và nhóm III. Cần theo dõi người bệnh trên lâm sàng và điện tâm đồ.

Tương tự như các macrolid khác, roxithromycin có thể làm nặng thêm bệnh nhược cơ.

Phản ứng trên da nặng như hội chứng Stevens-Johnson hoặc hội chứng Lyell đã được báo cáo khi sử dụng roxithromycin.

Cần theo dõi chức năng gan, chức năng thận và công thức máu nếu điều trị kéo dài quá 2 tuần.