

**Quá liều và xử trí**

**Triệu chứng:** Triệu chứng quá liều có thể biểu hiện như buồn ngủ, lú lẫn, buồn nôn, nôn, chóng mặt hoặc tiêu chảy. Các triệu chứng của tăng kali huyết có thể xuất hiện nhưng không liên quan đến quá liều như loạn cảm, suy nhược, tê liệt hoặc co cứng cơ và có thể khó phân biệt trên lâm sàng với hạ kali huyết.

**Xử trí:** Không có điều trị đặc hiệu quá liều spironolacton. Có thể gây nôn, dùng than hoạt, rửa dạ dày. Duy trì cân bằng điện giải và chức năng thận.

Điều trị triệu chứng và hỗ trợ. Nếu tăng kali huyết có thay đổi điện tâm đồ: Tiêm tĩnh mạch natri bicarbonat, calci clorid và/hoặc uống hay truyền glucose với một chế phẩm insulin tác dụng nhanh để giảm nồng độ kali huyết; cho uống nhựa trao đổi ion (natri polystyren sulfonat...) để thu giữ các ion kali, làm giảm nồng độ kali huyết. Bệnh nhân bị tăng kali huyết liên tục, có thể cần thẩm tách.

*Cập nhật lần cuối: 2021.*

**STREPTOKINASE**

**Tên chung quốc tế:** Streptokinase.

**Mã ATC:** B01AD01.

**Loại thuốc:** Thuốc tiêu huyết khối.

**Dạng thuốc và hàm lượng**

Thuốc tiêm truyền: lọ 50 ml, chứa 1 500 000 đvqt streptokinase dưới dạng bột đông khô.

Lọ 6,5 ml chứa lượng streptokinase với các hàm lượng như sau: 250 000 đvqt/lọ; 750 000 đvqt/lọ; 1 500 000 đvqt/lọ.

Trong mỗi lọ 50 ml hoặc lọ 6,5 ml còn chứa thêm 25 mg polypeptid gelatin liên kết chéo, 25 mg natri-L-glutamat, natri hydroxyd để chỉnh pH và 100 mg albumin (của người) làm chất ổn định.

Thuốc có dạng bột đông khô màu trắng chứa streptokinase được tinh chế từ dịch lọc môi trường nuôi cấy một số chủng liên cầu tan huyết beta nhóm C theo phân loại Lancefield.

**Hàm lượng:** Tác dụng của streptokinase được biểu thị bằng đơn vị quốc tế (đvqt) và các chế phẩm được kiểm nghiệm theo Tiêu chuẩn Quốc tế 3 (2001). Đơn vị Christensen là lượng streptokinase có tác dụng làm tan hoàn toàn cục huyết khối chuẩn trong 10 phút và tương đương với một đơn vị quốc tế.

**Được lực học**

Streptokinase tác động theo cơ chế enzym - cơ chất lên cả plasminogen liên kết và không liên kết với fibrin trong tuần hoàn để tạo thành một phức hợp hoạt hóa. Phức hợp này biến đổi plasminogen còn dư thành plasmin là một enzym thủy phân protein, có tác dụng tiêu fibrin và có thể làm tan các cục máu đông trong lòng mạch thông qua giáng hóa fibrin, fibrinogen và các protein gây đông máu trong huyết tương. Quá trình này xảy ra đồng thời ở cả bên trong và trên bề mặt của cục máu đông, những vị trí có plasminogen.

**Được động học**

Thuốc được sử dụng theo đường tiêm truyền, không có quá trình hấp thu. Không có đầy đủ thông tin về chuyển hóa của thuốc. Thuốc sau đó được thải trừ chủ yếu qua thận. Kết quả nghiên cứu, dùng streptokinase ghi dấu phóng xạ I<sup>131</sup>, đã chứng minh nồng độ trong huyết tương của thuốc giảm theo hai pha với nửa đời của pha nhanh là 18 phút (do tác dụng của kháng thể kháng streptokinase) và nửa đời của pha chậm là 83 phút (khi không có kháng thể kháng streptokinase). Tác dụng chống đông kéo dài trong vòng 12 - 24 giờ sau khi sử dụng. Vì nồng độ có tác dụng trong máu và tốc độ biến mất của thuốc phụ thuộc vào nồng độ cơ chất và kháng thể,

cho nên chúng chỉ là những chỉ số tương đối về tác dụng của thuốc. Streptokinase không qua nhau thai nhưng kháng thể kháng thuốc thì có thể qua.

**Chỉ định**

Nhồi máu cơ tim cấp.

Huyết khối tĩnh mạch sâu.

Thuyên tắc phổi.

Huyết khối tắc động mạch cấp.

Huyết khối động mạch hoặc tĩnh mạch võng mạc trung tâm.

**Chống chỉ định**

Mẫn cảm với thuốc.

Bệnh phổi có tạo hốc.

Viêm tụy cấp.

Phình mạch máu não.

Bóc tách động mạch chủ.

Viêm màng trong/ngoài tim.

Xuất huyết do rối loạn đông máu.

Hôn mê.

Xuất huyết âm đạo nặng.

Tiền sử bệnh lý mạch máu não (đặc biệt ở các bệnh nhân mới có tai biến và có các tổn thương lâu dài).

Mới xuất huyết.

Mới phẫu thuật (bao gồm cả nhổ răng).

Giãn tĩnh mạch thực quản.

Có triệu chứng của loét tiêu hóa.

Mới gặp chấn thương nặng.

Tăng huyết áp nặng.

**Thận trọng**

Các tình trạng mà việc tiêu huyết khối có thể làm tăng các biến chứng tắc mạch như làm phi đại tâm nhĩ trái kèm theo rung nhĩ động mạch.

Người cao tuổi.

Áp lực lồng ngực từ bên ngoài.

Tăng huyết áp.

Nguy cơ chảy máu (bao gồm các thủ thuật có xâm lấn).

**Thời kỳ mang thai**

Các thuốc tiêu huyết khối có thể dẫn tới bong rau sớm trong vòng 18 tuần đầu của thai kỳ. Ngoài ra có nguy cơ gây chảy máu ở phụ nữ trong và sau khi mang thai, nguy cơ xuất huyết ở thai nhi.

Do đó, chỉ nên dùng thuốc này ở phụ nữ mang thai khi thật sự cần thiết.

**Thời kỳ cho con bú**

Chưa rõ thuốc có bài tiết vào sữa mẹ hay không và thuốc có gây hại cho trẻ sơ sinh hay không. Không nên dùng thuốc trong khi cho con bú.

**Tác dụng không mong muốn (ADR)**

**Thường gặp**

Loạn nhịp, suy nhược, tiêu chảy, đau thượng vị, đau đầu, đau, khó chịu.

**Ít gặp**

Ngưng thở, vỡ lách.

**Hiếm gặp**

Viêm khớp, viêm mắt, quá mẫn, viêm thận, rối loạn thần kinh, phù phổi không do ung thư, sốc, viêm mạch.

**Hướng dẫn cách xử trí ADR**

Điều trị dự ứng bằng các thuốc kháng histamin và corticoid; đôi khi các thuốc này được dùng kèm với streptokinase để làm giảm nguy cơ của những phản ứng dị ứng. Khi có hiện tượng sốc phản vệ có thể dùng adrenalin.

Khi bị xuất huyết nặng không kiểm soát được, cần phải ngừng truyền streptokinase ngay. Dùng acid tranexamic, acid aminocaproic hay aprotinin có thể có lợi trong trường hợp này. Điều trị thay thế bằng khối hồng cầu có thể thích hợp hơn máu toàn phần; cũng có thể dùng các chế phẩm của yếu tố VIII. Tăng thể tích máu có thể cần thiết, nhưng không nên dùng dextran do có tác dụng ức chế tiểu cầu.

**Liều lượng và cách dùng**

**Cách dùng**

Nên thêm từ từ dung môi (dung dịch natri clorid 0,9%) vào lọ chứa streptokinase, nghiêng lọ và quay tròn nhẹ nhàng để hòa tan, tránh lắc vì có thể tạo bọt hoặc lên bông. Dung dịch này có thể pha loãng thêm bằng dung dịch natri clorid 0,9% hoặc dung dịch glucose 5%. Với những dung dịch pha tiêm tĩnh mạch/tiêm vào mạch vành bằng dung dịch natri clorid 0,9%, có thể dùng bầu lọc với lỗ lọc cỡ 0,8 micron trở lên (màng cellulose) hoặc cỡ 0,22 micron trở lên (màng polymer PVC-acrylic).

**Liều dùng**

Người lớn:

*Đối với huyết khối động mạch vành và nhồi máu cơ tim:* Sau khi khởi đầu triệu chứng của bệnh, cho dùng streptokinase càng sớm càng tốt, tốt nhất trong vòng 3 - 6 giờ. Có thể truyền tĩnh mạch hay truyền động mạch vành.

Theo đường tĩnh mạch: Truyền 1 500 000 đvqt trong vòng 60 phút. Theo đường động mạch vành: Bắt đầu bằng một liều bolus 20 000 đvqt, sau đó duy trì liều 2 000 - 4 000 đvqt/phút trong 30 - 90 phút.

*Đối với tắc nghẽn mạch phổi, huyết khối tĩnh mạch sâu, huyết khối và tắc động mạch:* Sau khi khởi đầu tình trạng huyết khối, cho dùng streptokinase càng sớm càng tốt, tốt nhất trong vòng 7 ngày. Liều nạp chứa 250 000 đvqt cần được đưa vào trong 30 phút nhằm trung hòa các kháng thể kháng liên cầu khuẩn. Sau đó truyền liều duy trì 100 000 đvqt/giờ, trong 24 - 72 giờ để điều trị nghẽn mạch phổi (thường là 24 giờ) hay huyết khối hoặc nghẽn động mạch, hoặc trong 72 giờ để điều trị huyết khối tĩnh mạch sâu. Nếu sau 4 giờ điều trị không có sự thay đổi đáng kể của chỉ số TT, hay bất kỳ chỉ số tan huyết nào khác so với mức chứng bình thường là có hiện tượng kháng streptokinase và nên ngừng thuốc ngay. Sau khi truyền streptokinase, thường cần truyền tĩnh mạch heparin và sau đó là dùng thuốc chống đông đường uống để tránh hiện tượng tái huyết khối.

*Trường hợp tắc ống nối động tĩnh mạch ở người bệnh lọc máu thận nhân tạo:* Trước khi dùng streptokinase nên cố gắng làm sạch ống nối bằng cách cẩn thận bơm dung dịch muối có heparin. Nếu không thành công có thể sử dụng streptokinase sau khi các thuốc chống đông điều trị trước đã hết tác dụng. Thủ thuật thông thường là truyền 250 000 đvqt streptokinase trong 2 ml dung dịch vào mỗi nhánh của ống nối bị tắc trong 25 - 35 phút qua một dụng cụ truyền định lượng. Kẹp các nhánh ống thông trong 2 giờ và theo dõi chặt chẽ người bệnh để phát hiện những ADR. Sau 2 giờ, hút các chất trong các nhánh ống thông vừa được tiêm truyền ra và bơm rửa bằng dung dịch muối sinh lý, rồi nối ống thông lại.

*Trường hợp tắc động/tĩnh mạch trung tâm vòng mạc:* Bắt đầu với liều 250 000 đvqt truyền tĩnh mạch trong vòng 30 phút. Sau đó dùng liều duy trì 100 000 đvqt mỗi một giờ cho tới tối đa 12 - 72 giờ, cần kết hợp theo dõi các chỉ số tan huyết để điều chỉnh thời gian truyền phù hợp với tình trạng của bệnh nhân.

*Thông tắc cathete:* Đổ 10 000 đvqt streptokinase vào nhánh cathete bị tắc trong vòng 1 giờ, hút các chất trong nhánh ra và bơm rửa bằng dung dịch muối sinh lý.

Trẻ em:

*Huyết khối động mạch:* Đối với đường truyền tĩnh mạch, có thể sử dụng một trong các chế độ liều sau dựa trên thử nghiệm lâm sàng:

Bắt đầu với liều nạp 2 000 đvqt/kg, sau đó dùng liều duy trì 2 000 đvqt/kg/giờ trong vòng 6 - 12 giờ.

Bắt đầu với liều nạp 1 000 đvqt/kg trong vòng 5 - 30 phút, sau đó dùng liều duy trì 1 000 đvqt/kg/giờ cho tới 24 giờ. Đối với trẻ từ 1 tháng tới 11 tuổi thì liều nạp là 2 500 - 4 000 đvqt/kg trong vòng 30 phút, sau đó dùng liều duy trì 500 - 1 000 đvqt/kg/giờ cho tới khi có hiện tượng tái tưới máu, tới tối đa 3 ngày.

Với trường hợp có đặt ống thông tim trước đó: Bắt đầu với liều 1 000, 2 000 hoặc 3 000 đvqt/kg trong vòng 30 phút, sau đó dùng liều 1 000, 1 500 hoặc 2 000 đvqt/kg/giờ hoặc dùng 1 liều bolus 3 000 đvqt/kg, rồi sau đó dùng 1 000 đvqt/kg/giờ, trong 4 - 20 giờ (thực hiện trong vòng 48 giờ sau khi đặt ống thông tim).

**Tương tác thuốc**

Tương tác của streptokinase với các thuốc khác chưa được nghiên cứu kỹ.

*Các thuốc chống đông đường uống, heparin và thuốc ức chế tiểu cầu:* Dùng streptokinase kết hợp với các thuốc chống đông đường uống, heparin và/hoặc các chất ức chế tiểu cầu được chỉ định để phòng ngừa hiện tượng tắc nghẽn sau khi làm tan huyết khối ở động mạch vành. Tuy nhiên do phương pháp điều trị này chưa được chứng minh có ích lợi rõ rệt và có thể gây tăng nguy cơ biến chứng do xuất huyết, cho nên vẫn cần phải theo dõi cẩn thận.

*Các thuốc có ảnh hưởng tới chức năng tiểu cầu:* Trong điều trị nhồi máu cơ tim cấp, người ta đã chứng minh aspirin có tác dụng làm giảm tỷ lệ nhồi máu lại và giảm cơn đột quỵ. Dùng kết hợp streptokinase với aspirin làm tăng chút ít nguy cơ bị xuất huyết nhỏ nhưng không tỏ ra làm tăng tỷ lệ xuất huyết lớn. Vì vậy nếu kết hợp điều trị streptokinase với aspirin hoặc các thuốc có ảnh hưởng tới chức năng của tiểu cầu (như dipyridamol) thì người bệnh phải được theo dõi cẩn thận để phát hiện xuất huyết.

*Các thuốc chống tiêu sợi huyết:* Tác dụng hoạt hóa plasminogen của streptokinase bị ức chế bởi các chất chống tiêu sợi huyết như acid aminocaproic. Các thuốc này được dùng để chống lại tác dụng làm tiêu fibrin của streptokinase.

**Tương kỵ**

Streptokinase tương kỵ với dextran.

Không cho thêm bất kỳ chất nào khác vào vật đựng dung dịch streptokinase hay cùng tiêm truyền vào một tĩnh mạch.

**Quá liều và xử trí**

Quá liều làm tăng nguy cơ và mức độ của ADR.

*Triệu chứng:* Xuất huyết, nhất là ở vị trí tiêm. Xuất huyết có thể xảy ra ở nhiều vị trí (như TKTW, hệ tiêu hóa, hệ niệu sinh dục, da, niêm mạc, ...).

Một số triệu chứng khác: buồn nôn và nôn, ảo giác, kích thích, lú lẫn, trầm cảm, co thắt phế quản, nóng, ớn lạnh, đau bụng, đau lưng, tăng bạch cầu, hoạt hóa tiểu cầu, nghẽn mạch, tắc tĩnh mạch, loạn nhịp do tái đầy máu, tổn thương mạch máu não, hạ huyết áp, xuất huyết màng ngoài tim, hội chứng Guillain-Barre, rối loạn chức năng thận, viêm gan, phản ứng trên da và phản ứng dị ứng.

*Xử trí:* Không yêu cầu loại bỏ thuốc. Chủ yếu điều trị triệu chứng và điều trị hỗ trợ:

*Xuất huyết:* Truyền huyết tương, khối hồng cầu khi có chảy máu.

*Hạ huyết áp:* Truyền tĩnh mạch dung dịch natri clorid 0,9% để duy trì thể tích tuần hoàn, truyền các chế phẩm máu nếu có chảy máu, truyền dopamin/epinephrine để tăng huyết áp.

*Động kinh, co giật:* Truyền tĩnh mạch benzodiazepin, barbiturat.

*Acid aminocaproic:* Không phải thuốc giải độc đặc hiệu của streptokinase nhưng có thể sử dụng trong cấp cứu. Liều: 16 - 20 ml (4 - 5 g) pha trong 250 ml dung môi, truyền chậm trong 1 giờ đầu, sau đó truyền với tốc độ 4 ml (1 g) mỗi giờ, pha trong 50 ml dung

môi. Thường duy trì truyền trong 8 giờ hoặc tới khi ngừng chảy máu.

**Aprotinin:** Có tác dụng điều trị chảy máu trong một số ca quá liều Streptokinase.

Theo dõi bệnh nhân: các dấu hiệu sống còn, công thức máu, chức năng thận và enzym gan. Kiểm tra máu trong phân và nước tiểu. Theo dõi hematocrit, hemoglobin, thời gian thromboplastin từng phần, thời gian prothrombin, lượng tiểu cầu và fibrinogen.

*Cập nhật lần cuối: 2019.*

## STREPTOMYCIN

**Tên chung quốc tế:** Streptomycin.

**Mã ATC:** A07AA04, J01GA01.

**Loại thuốc:** Kháng sinh nhóm aminoglycosid.

**Dạng thuốc và hàm lượng**

Lọ thuốc bột dạng muối sulfat để pha tiêm: 1 g (tính theo streptomycin base).

**Được lực học**

Streptomycin là một kháng sinh nhóm aminoglycosid, dẫn xuất từ *Streptomyces griseus*, có tác dụng diệt khuẩn bằng cách gắn vào tiểu đơn vị 30S ribosom, ngăn cản quá trình tổng hợp bình thường protein của vi khuẩn.

Phổ kháng khuẩn của streptomycin bao gồm vi khuẩn Gram âm hiếu khí và một số vi khuẩn Gram dương; streptomycin không có tác dụng với vi khuẩn kỵ khí. Streptomycin có hoạt tính đặc biệt chống *Mycobacterium tuberculosis* và *Mycobacterium bovis*. Streptomycin cũng có hoạt tính chống một số vi khuẩn Gram dương và Gram âm hiếu khí như: *Brucella*, *Francisella tularensis*, *Yersinia pestis*, *Calymmatobacterium granulomatis*, *Escherichia coli*, *Proteus spp.*, *Aerobacter aerogenes*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterococci faecalis*, *Streptococcus viridans*, *Haemophilus ducreyi*, *Haemophilus influenzae*.

Các chủng trực khuẩn Gram âm và cầu khuẩn Gram dương kháng streptomycin đã xuất hiện, làm hạn chế áp dụng điều trị của streptomycin. Do kháng thuốc rộng nên thường không dùng streptomycin trong các bệnh nhiễm khuẩn do Gram âm hiếu khí thông thường nữa. Hiện nay streptomycin được dùng phối hợp cùng các thuốc chống lao khác để điều trị bệnh lao; phối hợp với các thuốc kháng khuẩn khác để điều trị các bệnh do *Mycobacteria* khác hoặc một số bệnh nhiễm khuẩn khác.

**Được động học**

**Hấp thu:** Streptomycin không hấp thu qua đường tiêu hóa. Thuốc hấp thu nhanh qua đường tiêm bắp. Ở người trưởng thành có chức năng thận bình thường, một giờ sau khi tiêm bắp 1 g streptomycin (dạng muối sulfat), nồng độ đỉnh trong huyết tương đạt khoảng 25 - 50 microgam/ml và giảm dần khoảng 50% sau 5 - 6 giờ. Trên trẻ đẻ non, kết quả của một nghiên cứu chỉ ra rằng, 2 giờ sau khi tiêm bắp liều 10 - 11 mg/kg, nồng độ đỉnh trong huyết tương của thuốc đạt 29 microgam/ml và nồng độ trung bình trong huyết tương sau 12 giờ là 11 microgam.

**Phân bố:** Streptomycin phân bố vào hầu hết các mô và dịch cơ thể, trừ não. Nồng độ đáng kể trong dịch màng phổi và hang lao, nồng độ thấp trong dịch não tủy ngay cả khi màng não bị viêm. Streptomycin thấm qua màng nhau thai, nồng độ ở dây rốn tương đương trong máu mẹ. Một lượng nhỏ streptomycin phân bố vào sữa. Khoảng 34% streptomycin liên kết với protein huyết tương.

**Chuyển hóa:** Streptomycin không bị chuyển hóa.

**Thải trừ:** Đường thải trừ chính của streptomycin là thải trừ qua

thận. Thuốc được lọc nguyên vẹn qua cầu thận. Ở người bệnh có chức năng thận bình thường, khi dùng liều 600 mg streptomycin có khoảng 29 - 89% thải trừ nguyên dạng ra nước tiểu trong 24 giờ với phần lớn được bài tiết trong vòng 12 giờ đầu. Sau khi dùng liều đơn 500 mg, nồng độ đỉnh trong nước tiểu đạt được là 400 microgam/ml và là khoảng  $\geq 1$  mg/ml sau khi dùng liều đơn 1 g. Nửa đời thải trừ từ 4 - 10 giờ ở trẻ sơ sinh và trẻ đẻ non; 2 - 4,7 giờ ở người lớn, kéo dài hơn ở người bị suy thận (50 - 111 giờ với người suy thận nặng), có thể dài hơn nữa nếu suy giảm cả chức năng thận và gan. Một lượng nhỏ (1%) thuốc được thải trừ qua mật, nước bọt, mồ hôi, nước mắt.

Streptomycin được loại bỏ bằng thẩm phân máu.

**Chỉ định**

Lao: lao tái phát, điều trị thất bại hoặc *Mycobacterium tuberculosis* kháng isoniazid và/hoặc rifampicin hoặc khi không dung nạp được các thuốc hàng đầu: Streptomycin được coi là thuốc hàng thứ 2 được sử dụng trong phác đồ nhiều thuốc kéo dài tối thiểu 6 tháng (26 tuần). Streptomycin không còn được khuyến cáo dùng thay thế ethambutol trong các phác đồ điều trị ban đầu, trừ khi chủng lao được biết nhạy cảm với thuốc.

Bệnh tularemia (do *Francisella tularensis*), dịch hạch (do *Yersinia pestis*) mà vi khuẩn còn nhạy cảm và khi không thể dùng thuốc khác ít độc hơn.

Bệnh Brucella: Streptomycin phối hợp với doxycyclin và/hoặc rifampicin.

Bệnh Melioidosis (do nhiễm khuẩn *Burkholderia mallei*): Streptomycin phối hợp với tetracyclin hoặc cloramphenicol.

Viêm màng trong tim: Streptomycin phối hợp với ampicilin, penicilin G, vancomycin thường có hiệu quả trong điều trị viêm màng trong tim do *Enterococcus*. Viêm màng trong tim do *Viridans Streptococci* hoặc *Streptococcus bovis*, dùng streptomycin phối hợp với penicilin G nhưng hiện nay streptomycin được thay thế bằng gentamicin kết hợp với penicilin G hoặc ceftriaxon.

Streptomycin cũng được dùng đơn độc hoặc phối hợp với các thuốc chống nhiễm khuẩn khác trong điều trị viêm đường tiết niệu, hô hấp và nhiễm khuẩn khác do *Escherichia coli*, *Proteus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter*, *Enterococcus faecalis* hoặc *Haemophilus influenzae*. Tuy nhiên, streptomycin chỉ được dùng khi vi khuẩn nhạy cảm với streptomycin và khi những thuốc chống nhiễm khuẩn khác không hiệu quả hoặc chống chỉ định.

**Chống chỉ định**

Mẫn cảm với streptomycin hoặc với các aminoglycosid khác (mẫn cảm chéo).

Bệnh nhược cơ.

**Thận trọng**

Streptomycin có thể chẹn dẫn truyền thần kinh cơ và gây liệt hô hấp, đặc biệt khi dùng ngay sau thuốc gây vô cảm hoặc giãn cơ.

Cần sử dụng thận trọng với bệnh nhân có rối loạn thần kinh cơ.

Streptomycin có thể gây độc với thần kinh, bao gồm gây rối loạn chức năng tiền đình - ốc tai (ù tai, chóng mặt hoặc điếc vĩnh viễn không hồi phục), rối loạn chức năng thị giác, viêm dây thần kinh ngoại biên, viêm màng nhện, bệnh lý liên quan đến não. Các yếu tố nguy cơ thường gặp có thể dẫn đến tình trạng này bao gồm suy giảm chức năng thận, dùng đồng thời các thuốc gây độc thận hoặc thần kinh. Nguy cơ độc tính trên tai tăng tỷ lệ thuận với liều dùng và thời gian dùng thuốc. Bệnh nhân nên được bổ sung đầy đủ dịch trước khi bắt đầu dùng streptomycin và nếu có thể, không nên dùng thuốc quá 7 ngày.

Cần thận trọng với người dùng streptomycin để tránh phản ứng mẫn cảm ở da thường xuất hiện vào tuần thứ 2 và 3. Cũng như mọi chế phẩm