

mạch, ngay cả khi bệnh nhân không có các triệu chứng tim mạch trước đó. Người bệnh cần được cảnh báo về các triệu chứng của biến cố tim mạch nghiêm trọng và cần thăm khám bác sĩ ngay khi có các triệu chứng này. Để giảm thiểu nguy cơ xuất hiện biến cố bất lợi, cần sử dụng thuốc ở liều hàng ngày thấp nhất có hiệu quả trong thời gian ngắn nhất có thể.

#### Thời kỳ mang thai

Tránh dùng nếu có thể, chỉ dùng khi lợi ích lớn hơn nguy cơ. Tránh dùng trong ba tháng cuối thai kỳ (nguy cơ ức chế tử cung co bóp và làm óng động mạch đóng sớm, gây tăng áp lực tiểu tuần hoàn không hồi phục, suy thận ở thai). Thời gian chuyển dạ bị chậm và kéo dài.

#### Thời kỳ cho con bú

Sử dụng thận trọng ở phụ nữ đang cho con bú. Một lượng thuốc nhỏ được tiết qua sữa mẹ. Tránh dùng nếu có thể.

#### Tác dụng không mong muốn (ADR)

##### Thường gặp

Tiêu hóa: viêm dạ dày.

##### Ít gặp

Bối rối, mệt mỏi, ảo giác, cảm giác bất thường.

##### Hiếm gặp

Da liễu: hội chứng Stevens-Johnson, hoại tử biểu mô nhiễm độc.

Hô hấp: viêm phế nang, tăng bạch cầu ái toan ở phổi.

Thận: hoại tử nhũ thận liên quan đến NSAID có thể dẫn đến suy thận.

TKTW: viêm màng não vô khuẩn (bệnh nhân có rối loạn mô liên kết như bệnh lupus ban đỏ hệ thống có thể dễ mắc).

Thị giác: rối loạn thị lực.

Tiêu hóa: tổn thương gan, viêm tụy, xơ hóa ruột.

##### Chưa xác định được tần suất:

Da liễu: nhạy cảm với ánh sáng, ngứa phát ban.

Hô hấp: co thắt phế quản, khó thở.

Huyết học: rối loạn máu.

Thận: suy thận (đặc biệt trên bệnh nhân đã suy thận), tiểu nhiều lần, khó tiểu, tiểu máu.

Thính giác: rối loạn thính giác, ù tai.

Tiêu hóa: viêm miệng, xuất huyết tiêu hóa, khó chịu ở đường tiêu hóa, rối loạn tiêu hóa, loét đường tiêu hóa, nôn, bệnh Crohn (gây bệnh hoặc làm bệnh đã mắc nặng hơn), viêm ruột kết (gây bệnh hoặc làm bệnh đã mắc nặng hơn), tiêu chảy.

Tim mạch: phù mạch, viêm mạch, nhịp nhanh, tăng huyết áp, giữ nước (hiếm khi gây suy tim sung huyết) tăng nguy cơ gặp các biến cố huyết khối (như nhồi máu cơ tim, đột quỵ) (xem mục Thận trọng).

Toàn thân: cảm giác bất thường, sốt, run rẩy, phản ứng mẫn cảm, mệt mỏi, trầm cảm, đau đầu, chóng mặt, căng thẳng, mất ngủ, ngứa, rối loạn ý thức.

#### Hướng dẫn cách xử trí ADR

Khi có triệu chứng dị ứng với flurbiprofen phải ngừng thuốc ngay.

Điều trị các tác dụng phụ, điều trị triệu chứng và hỗ trợ.

#### Liều lượng và cách dùng

Điều trị đau và viêm trong viêm khớp dạng thấp và các bệnh cơ xương khớp khác. Đau nửa đầu. Giảm đau sau phẫu thuật. Đau vừa và nhẹ:

Người lớn và trẻ em 12 - 17 tuổi: Uống, 150 - 200 mg/ngày, chia thành 2 - 4 lần. Sau đó tăng thành 300 mg/ngày, chỉ tăng liều trong trường hợp cấp tính.

Đau bụng kinh: Người lớn và trẻ em 12 - 17 tuổi: Uống, khởi đầu 100 mg, sau đó 50 - 100 mg mỗi 4 - 6 giờ, tối đa 300 mg/ngày.

#### Giảm co đông từ trong phẫu thuật mắt:

Người lớn: Nhỏ vào mắt 1 giọt mỗi 30 phút liên tục bắt đầu trước khi phẫu thuật 2 giờ. Lần nhỏ thuốc cuối cùng là trước khi phẫu

thuật 30 phút.

*Chống viêm bán phần trước của mắt sau khi phẫu thuật hoặc sau khi chiếu laser cho phẫu thuật cắt bè cùng mạc:*

Bắt đầu sử dụng sau phẫu thuật cắt bè cùng mạc: Nhỏ một giọt/lần x 4 lần/ngày trong tối thiểu 1 tuần sau chiếu laser cho phẫu thuật cắt bè cùng mạc hoặc tối thiểu 2 - 3 tuần sau các phẫu thuật khác.

#### Tương tác thuốc

Thuốc lợi tiểu, thuốc ức chế enzym chuyển và thuốc đối kháng thụ thể angiotensin II: Flurbiprofen làm giảm tác dụng của thuốc lợi tiểu và thuốc điều trị tăng huyết áp. Dùng thuốc ức chế men chuyển hoặc thuốc đối kháng thụ thể angiotensin đồng thời với NSAID ở bệnh nhân suy giảm chức năng thận (người già, bệnh nhân mất nước) có thể làm nặng hơn tình trạng suy thận do ức chế cyclooxygenase, tác động này có thể phục hồi. Cần bù đủ nước và theo dõi chức năng thận của bệnh nhân khi phối hợp các thuốc này.

Glycosid trợ tim: NSAID làm nặng thêm tình trạng suy tim, giảm mức lọc cầu thận và tăng nồng độ glycosid trong máu.

Thuốc chống đông: NSAID có thể làm tăng tác dụng của các thuốc chống đông như warfarin, aspirin: Làm tăng nguy cơ xuất hiện ADR.

Thuốc chống kết tập tiểu cầu: Tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa khi phối hợp với NSAID.

Thuốc ức chế tái hấp thu serotonin chọn lọc (SSRI): Tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa khi phối hợp với NSAID.

Muối lithi: Làm giảm thải trừ lithi.

Methotrexat: Có thể làm tăng nồng độ methotrexat.

Ciclosporin: Tăng độc tính trên thận.

Corticosteroid: Tăng nguy cơ loét xuất huyết tiêu hóa khi phối hợp với NSAID.

Các thuốc ức chế chọn lọc cyclooxygenase-2 và giảm đau khác: Tránh phối hợp 2 hoặc nhiều NSAID bao gồm thuốc ức chế COX-2 do làm tăng nguy cơ gặp ADR.

Kháng sinh nhóm quinolon: Phối hợp quinolon và NSAID làm tăng nguy cơ bị co giật.

Mifepriston: Không nên dùng NSAID trong 8 - 12 ngày sau khi dùng mifepriston do NSAID có thể làm giảm tác dụng của mifepriston.

Tacrolimus: Tăng nguy cơ độc tính trên thận.

Zidovudin: Tăng nguy cơ độc tính trên huyết học.

#### Quá liều và xử trí

*Triệu chứng:* Đau đầu, buồn nôn, nôn, đau thượng vị, xuất huyết tiêu hóa, hiếm khi xảy ra tiêu chảy, mất định hướng, kích thích, hôn mê, lú lẫn, chóng mặt, ù tai, ngất, thỉnh thoảng xảy ra co giật. Trong trường hợp ngộ độc nặng có thể xảy ra suy thận và tổn thương gan cấp.

*Xử trí:* Gây nôn ngay tức khắc hoặc rửa dạ dày, tiếp theo điều trị triệu chứng và hỗ trợ. Trong vòng 1 giờ sau khi uống, thuốc có khả năng gây độc, có thể uống than hoạt. Duy trì bệnh nhân có đủ lượng nước tiểu. Theo dõi chặt chẽ chức năng gan, thận. Theo dõi bệnh nhân trong tối thiểu 4 giờ sau khi bệnh nhân uống lượng thuốc có khả năng gây độc. Điều trị co giật bằng diazepam đường tĩnh mạch.

*Cập nhật lần cuối:* 2017.

## FLUTAMID

**Tên chung quốc tế:** Flutamide.

**Mã ATC:** L02BB01.

**Loại thuốc:** Thuốc chống ung thư, nhóm kháng androgen.

**Dạng thuốc và hàm lượng**

Viên nén: 250 mg.

Viên nang: 150 mg; 250 mg.

**Được lực học**

Flutamid là hợp chất không steroid, có tác dụng kháng androgen. Về cấu trúc và tác dụng dược lý, flutamid có liên quan với bicalutamid và nilutamid. Flutamid có hoạt tính kháng androgen đơn thuần có tính chọn lọc, không có bất cứ hoạt tính hormon nội tại nào khác. Flutamid có tác dụng kháng androgen, do ức chế cạnh tranh với thụ thể androgen của nhân tế bào, ở mô đích như tuyến tiền liệt, tử tinh, vô thượng thận. Flutamid ức chế thụ thể androgen trong các tế bào u, làm ngừng phát triển hoặc giảm u do ức chế tổng hợp protein và tổng hợp DNA ở các tế bào ung thư phát triển phụ thuộc androgen.

Flutamid được chuyển hóa thành 2-hydroxyflutamid, là chất chính có tác dụng kháng androgen, tác dụng kháng androgen này gấp 1,5 lần flutamid. Flutamid phong bế sự liên kết dihydrotestosteron vào thụ thể androgen và ngăn cản các tế bào đích thu giữ androgen và sau đó làm giảm số lượng thụ thể androgen trong tuyến tiền liệt bằng cách ngăn cản sự chuyển đoạn phức hợp androgen - thụ thể vào nhân tế bào.

Ở người bệnh ung thư tuyến tiền liệt đã cắt bỏ tinh hoàn và dùng flutamid, dehydroepiandrosteron (một tiền chất của testosterone ở vô thượng thận) bị chuyển hóa nhanh thành các chất không còn hoạt tính hormon.

Flutamid thường được dùng phối hợp với chất tương tự hormon giải phóng gonadotropin (GnRH: Gonadotrophin releasing hormone) như goserelin, leuprorelin, để điều trị ung thư tuyến tiền liệt.

**Dược động học**

**Hấp thu:** Flutamid hấp thu nhanh và hoàn toàn qua đường tiêu hóa. Nồng độ đỉnh trong huyết tương đạt được sau khi dùng 1 giờ.

**Phân bố:** Thuốc phân bố vào các mô có nồng độ cao nhất sau khi uống 6 giờ.

**Chuyển hóa:** Flutamid chuyển hóa mạnh và nhanh. Đã thấy hơn 10 chất chuyển hóa trong huyết tương. Chất chuyển hóa chính là 2-hydroxyflutamid có tác dụng kháng androgen mạnh hơn flutamid, nồng độ đỉnh đạt được 2 giờ sau khi uống flutamid.

**Thải trừ:** Nửa đời của 2-hydroxyflutamid khoảng 6 giờ ở người trẻ và 8 giờ ở người cao tuổi. Cả flutamid và 2-hydroxyflutamid đều liên kết với protein huyết tương trên 90%.

Flutamid được thải trừ chủ yếu qua nước tiểu. Chất chuyển hóa chính trong nước tiểu là 2-amino-5-nitro-4-trifluoromethyl-phenol. Chỉ một lượng rất nhỏ được thải trừ qua phân.

**Chỉ định**

Ung thư tuyến tiền liệt khu trú và ung thư tuyến tiền liệt di căn, thường phối hợp với chất tương tự hormon giải phóng gonadotropin.

**Chống chỉ định**

Rối loạn chức năng gan nặng.

Quá mẫn với flutamid.

Phụ nữ mang thai, trẻ em.

**Thận trọng**

Dùng flutamid phải có chỉ định và theo dõi chặt chẽ của thầy thuốc. Ngừng thuốc hoặc giảm liều phải có ý kiến của thầy thuốc.

Flutamid có thể gây tổn thương gan, nhiều khi rất nặng và có thể tử vong. Vì vậy, trước khi bắt đầu điều trị, hàng tháng trong 4 tháng đầu tiên của đợt điều trị và định kỳ sau đó, phải định lượng aminotransferase (transaminase). Nếu hoạt độ ALT lớn hơn 2 lần giới hạn trên của bình thường, thì không được dùng flutamid nữa. Bệnh nhân bị suy thận mạn tính dùng một lần liều 250 mg, không thấy ảnh hưởng đến  $C_{max}$  cũng như AUC của flutamid và

2-hydroxyflutamid. Ở người có  $Cl_{cr} < 29$  ml/phút, nửa đời của 2-hydroxyflutamid chỉ kéo dài hơn chút ít. Do đó, không cần phải điều chỉnh liều ở người suy thận.

Nên định kỳ xác định nồng độ kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt (PSA: Prostate specific antigen). Bình thường, khi bệnh tiến triển tốt, PSA giảm. Nếu bệnh có dấu hiệu nặng lên cùng với tăng PSA, thì có thể cân nhắc, chỉ nên dùng thuốc tương tự GnRH mà ngừng tạm thời flutamid. Trong những trường hợp như vậy, nhiều khi ngừng flutamid thì PSA lại giảm. Cơ chế của đáp ứng này chưa được biết rõ, nhưng có thể liên quan đến đột biến thụ thể androgen. Với người bị bệnh tim mạch, flutamid có thể giữ nước, gây ra phù và tăng huyết áp.

Nếu thấy xanh tím, cần tìm methemoglobin (metHb) huyết hoặc sulfhemoglobin (sulfHb) huyết. Phải ngừng thuốc, nếu thấy metHb huyết > 5% hoặc sulfHb huyết > 1%.

Độ an toàn và hiệu quả của flutamid chưa được xác định ở phụ nữ và trẻ em. Không dùng flutamid cho phụ nữ và trẻ em.

**Thời kỳ mang thai**

Thuốc gây hại cho thai, nhưng còn ít số liệu dùng flutamid cho phụ nữ mang thai. Không dùng cho phụ nữ mang thai.

**Thời kỳ cho con bú**

Chưa có số liệu về dùng flutamid cho phụ nữ nuôi con bú.

**Tác dụng không mong muốn (ADR)**

Flutamid thường được dùng phối hợp với chất tương tự hormon giải phóng gonadotropin. ADR ghi ở dưới đây là tai biến khi dùng phối hợp flutamid và goserelin.

**Rất thường gặp**

Nội tiết và chuyển hóa: đờ ỉ, nóng mặt, giảm tinh dịch, bất lực, vú to ở đàn ông, đau vú, tiết sữa (9 - 42%).

Tiêu hóa: ỉa chảy, buồn nôn, nôn (11 - 12%); ăn ngon hơn hoặc chán ăn.

Gan: tăng nồng độ AST và LDH nhẹ, tạm thời.

**Thường gặp**

Tim mạch: phù, tăng huyết áp (1%).

TKTW: khó ngủ hoặc ngủ gà, lú lẫn, trầm cảm, lo âu, nhức đầu, hoa mắt, chóng mặt, người khó chịu, kích động.

Da: ngứa, bầm máu, nhạy cảm ánh sáng.

Tiêu hóa: táo bón, khó tiêu, kích ứng dạ dày (4 - 6%).

Máu: thiếu máu (6%), giảm bạch cầu (3%), giảm tiểu cầu (1%).

Thần kinh cơ và xương: yếu cơ (1%).

Khác: Bệnh do *Herpes zoster* (bệnh zona).

**Các ADR khác**

Gan: Vàng da ứ mật, suy gan, bệnh não gan, hoại tử gan: Có khi rất nặng, dẫn đến tử vong. Tăng ALT, bilirubin, urê huyết, creatinin huyết.

Máu: thiếu máu tiêu huyết, methemoglobin, thiếu máu đại hồng cầu, sulfhemoglobin huyết.

Tiết niệu: nước tiểu có màu nâu hoặc vàng xanh do có flutamid và chất chuyển hóa của nó.

Phổi: viêm phổi đã có trường hợp tử vong do suy hô hấp, viêm phổi quá mẫn.

Mắt: nhìn mờ.

Nếu kết hợp cả chiếu tia xạ, thì ADR thường xảy ra do chiếu tia xạ như: viêm bàng quang; xuất huyết trực tràng; viêm trực tràng; tiểu tiện ra máu.

Nội tiết và chuyển hóa: ung thư vú nam.

**Hướng dẫn cách xử trí ADR**

Độc gan tuy ít gặp (< 1%), nhưng có thể gây tử vong (xem trên).

Vì vậy, phải theo dõi chặt chẽ chức năng gan. Nếu phát hiện sớm, ngừng thuốc, thường phục hồi. Khoảng 50% trường hợp tổn thương

gan xảy ra trong 3 tháng đầu điều trị.

Trong 4 tháng đầu điều trị flutamid, mỗi tháng phải xét nghiệm chức năng gan một lần; sau đó, định kỳ khoảng 3 tháng. Chức năng gan cũng phải xác định ngay, khi thấy có những biểu hiện độc gan đầu tiên, như ngứa, nước tiểu xẫm màu, vàng da, nhạy cảm đau hạ sườn phải, buồn nôn, nôn, đau bụng, chán ăn kéo dài hoặc triệu chứng cúm không có nguyên nhân. Nếu aminotransferase (transaminase) tăng gấp 2 - 3 lần giới hạn trên bình thường hoặc vàng da nặng, phải ngừng flutamid và theo dõi cho đến khi phục hồi. Flutamid được chuyển hóa một phần thành 4-nitro-3-fluoromethyl-anilin, gây ra độc tính kiểu anilin như methemoglobin huyết, thiếu máu tiêu huyết, vàng da ứ mật. Vì vậy, cần theo dõi định kỳ methemoglobin, đặc biệt là ở người bệnh có khiếm khuyết G6PD, bệnh hemoglobin M, người nghiện thuốc lá.

Nếu thấy vú to, phù mắt, tăng huyết áp, viêm phổi, nên ngừng thuốc. Nhiều khi giảm liều, bệnh cũng phục hồi được.

#### Liều lượng và cách dùng

Điều trị ung thư tuyến tiền liệt, thường phối hợp với một chất tương tự hormon giải phóng gonadotropin (GnRH) như goserelin, leuprolid. Thức ăn không ảnh hưởng đến tác dụng của flutamid. Do đó, không bắt buộc phải uống vào trước, trong hoặc sau bữa ăn. *Ung thư tuyến tiền liệt khu trú hoặc đã lan ra tới tử tinh (giai đoạn B2 và C):*

Flutamid liều 250 mg, ngày 3 lần và chất tương tự GnRH, nên bắt đầu dùng cùng một ngày, và điều trị 8 tuần trước khi chiếu tia xạ và tiếp tục trong khi chiếu tia xạ.

*Ung thư tuyến tiền liệt đã di căn (giai đoạn D2):*

Flutamid liều 250 mg, ngày 3 lần và chất tương tự GnRH, bắt đầu vào cùng một ngày. Thời gian điều trị tùy thuộc vào đáp ứng lâm sàng.

Theo dõi định kỳ kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt (PSA) trong huyết thanh để đánh giá đáp ứng của việc điều trị. Nếu bệnh có dấu hiệu nặng lên và PSA tăng, thì nên ngừng tạm thời flutamid, nhưng vẫn điều trị bằng leuprorelin.

Sau khi cắt bỏ tuyến sinh dục (bằng điều trị thuốc tương tự GnRH hoặc cắt bỏ tinh hoàn) và dùng liệu pháp kháng androgen, mà bệnh vẫn tiến triển nặng lên, chứng tỏ khối u không phụ thuộc androgen. Trong trường hợp này có thể chuyển sang điều trị bằng hóa chất.

#### Tương tác thuốc

Flutamid làm tăng tác dụng (tăng thời gian prothrombin) của warfarin.

Rượu làm tăng tai biến đỏ bừng, nóng mặt khi điều trị với flutamid. Các thuốc có thể làm tăng tác dụng của flutamid: Các chất ức chế CYP1A2, CYP3A4, dasatinib.

Các thuốc có thể làm giảm tác dụng của flutamid: Các chất gây tăng enzym cảm ứng CYP1A2, CYP3A4, deferasirox.

#### Quá liều và xử trí

*Triệu chứng:* Chưa thấy triệu chứng quá liều hoặc đe dọa tính mạng khi dùng một liều duy nhất flutamid. Thử lâm sàng với liều 1 500 mg/ngày, liền trong 36 tuần, vẫn không thấy có tai biến nặng. Chỉ thấy vú to (ở đàn ông), thờ yếu và tăng AST.

*Xử trí:* Thuốc liên kết mạnh với protein và phân bố khá tốt vào các mô nên không thẩm tách máu được. Khi thấy ngộ độc, cần chú ý là thường dùng nhiều thuốc, nên phải phân tích xem ngộ độc do thuốc nào. Biện pháp xử trí chung là gây nôn, điều trị hỗ trợ và điều trị triệu chứng.

*Cập nhật lần cuối: 2018.*

## FLUTICASON PROPIONAT

**Tên chung quốc tế:** Fluticasone propionate.

**Mã ATC:** D07AC17, 01AD08, 03BA05 dạng đơn độc) R01AD58, R03AK11, R03AK06 (dạng phối hợp).

**Loại thuốc:** Corticosteroid dùng tại chỗ.

#### Dạng thuốc và hàm lượng

Thuốc xịt mũi: 27,5 microgam hoặc 50 microgam fluticason propionat/lần xịt; dạng phối hợp: fluticason propionat 50 microgam và azelastin 137 microgam/lần xịt.

Thuốc dạng hít định liều: Dạng phun sương mỗi liều: 44 microgam, 110 microgam và 220 microgam fluticason propionat; thuốc bột: 50 microgam/liều, 100 microgam/liều, 250 microgam/liều; thuốc bột phối hợp fluticason - salmeterol xinafoat mỗi liều: 100 microgam fluticason và 50 microgam salmeterol xinafoat; 250 microgam fluticason và 50 microgam salmeterol xinafoat; 500 microgam fluticason và 50 microgam salmeterol xinafoat mỗi lần hít, 100 microgam fluticason furoat và 50 microgam vilanterol; 50 microgam fluticason propionat và 5 microgam formoterol fumarat, 125 microgam fluticason propionat và 5 microgam formoterol fumarat, 250 microgam fluticason propionat và 10 microgam formoterol fumarat.

Thuốc dùng ngoài: kem 0,05%; thuốc mỡ 0,005%.

#### Dược lực học

Fluticason propionat là một corticosteroid tổng hợp có nguyên tử fluor gắn vào khung steroid. Fluticason propionat có tính kích thích chọn lọc cao với receptor glucocorticoid nên chủ yếu có tác dụng của glucocorticoid, tác dụng không đáng kể đối với receptor của androgen, estrogen hoặc mineralocorticoid. Tác dụng điều trị của fluticason propionat chủ yếu là tác dụng tại chỗ, ít có tác dụng toàn thân mặc dù khi sử dụng đường hít thì tỷ lệ thuốc nuốt vào theo đường tiêu hóa cao hơn so với tỷ lệ thuốc đến được niêm mạc mũi hoặc niêm mạc phế quản.

Tác dụng của các corticosteroid dùng tại chỗ là sự phối hợp 3 tính chất quan trọng: Chống viêm, chống ngứa và tác dụng co mạch. Từ nghiên cứu *in vitro* cho thấy fluticason propionat có khả năng gắn với receptor glucocorticoid và khởi đầu biểu hiện gen cao gấp 3 - 14 lần so với dexamethason. Nửa đời sinh học của phức hợp fluticason propionat - receptor glucocorticoid là khoảng 10 giờ. Khả năng chống viêm của fluticason propionat khi sử dụng tại chỗ được xác định bằng thử nghiệm co mạch cao hơn 13 lần so với triamcinolon acetonid, 9 lần so với fluocinolon acetonid, 3 lần so với betamethason valerat, 2 lần so với betamethason dipropionat.

Cơ chế chống viêm của fluticason propionat chưa được biết đầy đủ, cơ chế chính cho thấy giảm số lượng một số tế bào đóng vai trò quan trọng trong quá trình viêm ở niêm mạc như bạch cầu trung tính, bạch cầu ưa acid, TCD4, tế bào mast và bạch cầu ưa base; giảm giải phóng các hoạt chất trung gian và các enzym proteolytic gây viêm; giảm phản ứng với các dị nguyên.

Ngoài ra, fluticason propionat có tác dụng giống các corticosteroid giảm viêm bằng cách làm ổn định màng lysosom của bạch cầu, ức chế tập trung đại thực bào trong các vùng bị viêm, giảm sự bám dính của bạch cầu với nội mô mao mạch, giảm tính thấm thành mao mạch, giảm các thành phần bổ thể, đối kháng tác dụng của histamin và sự giải phóng kinin từ các cơ chất, giảm tăng sinh các nguyên bào sợi, giảm lắng đọng collagen và sau đó giảm tạo thành sẹo ở mô.

Các corticosteroid, đặc biệt là các corticosteroid có fluor có tác dụng chống phân bào ở nguyên bào sợi da và biểu bì.

Với các tác dụng giảm viêm mạnh khi dùng tại chỗ và ít tác dụng không mong muốn toàn thân nêu trên, fluticason propionat được sử