

R_x

SOLI – MEDON 40

Thuốc này chỉ dùng theo đơn thuốc

Để xa tầm tay trẻ em

Đọc kỹ hướng dẫn sử dụng trước khi dùng

Không sử dụng thuốc này trên bệnh nhân dị ứng với protein sữa bò

1. Thành phần công thức thuốc:

* Cho 1 lọ thuốc tiêm đông khô:

- Thành phần hoạt chất:

Methylprednisolon (dưới dạng Methylprednisolon natri succinat) 40 mg

- Thành phần tá dược:

Lactose monohydrat, Alcol benzylic, Dinatri hydrophosphat.12H₂O, Natri dihydrophosphat.2H₂O, Nước cất pha tiêm.

* Ông dùng môi: Nước cất pha tiêm 1 ml

2. Dạng bào chế:

2.1. Dạng bào chế: Thuốc tiêm đông khô

2.2. Mô tả dạng bào chế: Bột đông khô màu trắng, đóng trong lọ thủy tinh, đậy kín bằng nút cao su, và chup bên ngoài bằng nút nhôm.

3. Chỉ định: Soli – Medon 40 được chỉ định trong các trường hợp sau:

Rối loạn nội tiết:

- Suy vỏ thượng thận nguyên phát hoặc thứ phát (có thể kết hợp với mineralcorticoid khi cần thiết).
- Suy vỏ thượng thận cấp tính (có thể cần phải bổ sung mineralcorticoid).
- Sốc thứ phát do suy vỏ thượng thận, hoặc sốc không đáp ứng với liệu pháp điều trị quy ước ở những bệnh nhân đang có suy vỏ thượng thận (khi hoạt tính mineralcorticoid không tốt như mong đợi).

- Dùng trước phẫu thuật, hoặc khi có chấn thương nghiêm trọng hoặc bệnh nặng, ở bệnh nhân đã biết có suy vỏ thượng thận hoặc khi nghi ngờ thiếu hụt dự trữ hormon vỏ thượng thận.

- Tăng sản tuyến thượng thận bẩm sinh.

- Viêm tuyến giáp không sinh mủ.

- Tăng calci máu liên quan đến ung thư.

Rối loạn thấp khớp (điều trị hỗ trợ ngắn hạn để kiểm soát giai đoạn cấp tính hoặc đợt kịch phát):

- Viêm xương khớp sau chấn thương.
- Viêm màng hoạt dịch trong viêm xương khớp.
- Viêm khớp dạng thấp, kể cả viêm khớp dạng thấp ở thiếu niên.
- Viêm bao hoạt dịch cấp và bán cấp.
- Viêm mủm lõi cầu xương.
- Viêm bao gân cấp không đặc hiệu.
- Viêm khớp cấp tính do gút.
- Viêm khớp vảy nến.
- Viêm cột sống dính khớp.

Bệnh hệ thống tạo keo và bệnh phức hợp miễn dịch (trong đợt kịch phát hoặc điều trị duy trì trong các trường hợp chọn lọc):

- Lupus ban đỏ hệ thống (và viêm thận lupus).
- Viêm tim cấp do thấp.
- Viêm da cơ toàn thân (viêm đa cơ).
- Viêm đa động mạch nút.
- Hội chứng Goodpasture.

Bệnh về da:

- Bệnh Pemphigus (bệnh bọng nước tự miễn trên da và niêm mạc).
- Hồng ban da dạng thể nặng (hội chứng Stevens-Johnson).
- Viêm da tróc vảy.
- Vảy nến thể nặng.
- Viêm da bọng nước dạng Herpes.
- Viêm da tăng tiết bã nhờn thể nặng.
- U sùi dạng nấm.

Tình trạng dị ứng (dùng để kiểm soát các tình trạng dị ứng nặng hoặc khó chữa khi đã thất bại với các cách điều trị thông thường):

- Hen phế quản.
- Viêm da tiếp xúc.
- Viêm da dị ứng.
- Bệnh huyết thanh.
- Viêm mũi dị ứng theo mùa hoặc quanh năm.
- Các phản ứng quá mẫn với thuốc.
- Phản ứng mẫn cảm khi truyền thuốc.
- Phù thanh quản cấp không nhiễm khuẩn.

Các bệnh về mắt (các quá trình viêm và dị ứng mạn tính và cấp tính nghiêm trọng ở mắt):

- Nhiễm trùng giác mạc do Herpes zoster.

- Viêm mống mắt, viêm mống mắt - thể mi.
- Viêm màng mạch – võng mạc.
- Viêm màng mạch nhỏ khuếch tán phía sau và viêm màng mạch.
- Viêm thần kinh thị giác.
- Nhãn viêm giao cảm.
- Viêm tiền phòng.
- Viêm kết mạc dị ứng.
- Viêm loét kết mạc do dị ứng.
- Viêm giác mạc.

Bệnh tiêu hóa (giúp đưa bệnh nhân qua khỏi cơn nguy kịch của bệnh):

- Viêm loét đại tràng.
- Viêm đoạn ruột non.

Bệnh hô hấp:

- Bệnh sarcoid có triệu chứng.
- Ngộ độc berylii.
- Trong lao phổi lan tỏa hoặc bùng phát cấp tính (khi dùng đồng thời hóa trị liệu kháng lao thích hợp).
- Hội chứng Loeffler không thể kiểm soát được bằng các phương pháp khác.
- Viêm phổi hít.
- Viêm phổi từ trung bình tới nghiêm trọng do *Pneumocystis jiroveci* ở bệnh nhân AIDS (như điều trị hỗ trợ khi dùng trong 72 giờ đầu tiên của liệu pháp khởi đầu chống *Pneumocystis*).
- Các đợt kịch phát của bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD).

Rối loạn về máu:

- Thiếu máu tan máu mắc phải (tự miễn).
- Xuất huyết giảm tiểu cầu vô căn ở người lớn (chỉ tiêm tĩnh mạch, chống chỉ định tiêm bắp).
- Giảm tiểu cầu thứ phát ở người lớn.
- Chứng giảm nguyên hồng cầu (thiếu máu hồng cầu).
- Thiếu máu giảm sản bẩm sinh (dòng hồng cầu).

Các bệnh ung thư (điều trị tạm thời):

- Bệnh bạch cầu và u lympho ở người lớn.
- Bệnh bạch cầu cấp ở trẻ em.

- Để cải thiện chất lượng sống cho bệnh nhân ung thư giai đoạn cuối.

Tình trạng phụ:

- Để giúp bài niệu hoặc giảm protein niệu trong hội chứng thận hư mà không kèm theo urê huyết thuộc loại tự phát hoặc do lupus ban đỏ.

Hệ thần kinh:

- Phù não từ khối u nguyên phát hoặc di căn, hoặc do phẫu thuật hoặc xạ trị.
- Đợt kịch phát cấp tính của bệnh đa xơ cứng.
- Chấn thương tủy sống cấp tính. Cần bắt đầu điều trị trong vòng 8 giờ từ khi bắt đầu tổn thương.

Các chỉ định khác:

- Lao màng não có tác nghẽn khoang dưới nhện hoặc dọa tắc khi dùng đồng thời hóa trị liệu kháng lao thích hợp.
- Bệnh giun xoắn liên quan đến thần kinh hoặc cơ tim.
- Cấy ghép nội tạng.
- Ngăn ngừa buồn nôn và nôn khi dùng hóa trị liệu chống ung thư.

4. Liều dùng và cách dùng:

4.1. Liều dùng:

Methylprednisolon natri succinat có thể tiêm hoặc truyền tĩnh mạch hoặc tiêm bắp. Phương pháp được ưu tiên lựa chọn cho cấp cứu ban đầu là tiêm tĩnh mạch. Xem bảng 1 về các liều lượng khuyến cáo. Có thể giảm liều cho trẻ sơ sinh và trẻ em, nhưng cần chọn lựa dựa vào mức độ nghiêm trọng của bệnh và đáp ứng của bệnh nhân hơn là dựa vào tuổi và thể trọng của bệnh nhân. Liều lượng cho trẻ em không nên thấp hơn 0,5 mg/kg mỗi 24 giờ.

Bảng 1: Liều khuyến cáo đối với methylprednisolon natri succinat

Chỉ định	Liều dùng
Điều trị hỗ trợ cho các trường hợp đe dọa tính mạng	Tiêm tĩnh mạch 30 mg/kg trong thời gian ít nhất 30 phút. Có thể nhắc lại liều này 4 -6 giờ mỗi lần cho tới 48 giờ.
Rối loạn thấp khớp không đáp ứng với phác đồ điều trị chuẩn (hoặc trong giai đoạn kịch phát)	Tiêm tĩnh mạch trong ít nhất 30 phút. Có thể lập lại chế độ liều này nếu không có cải thiện sau 1 tuần điều trị, hoặc do tình trạng của bệnh nhân yêu cầu: 1g/1 ngày, trong 1 - 4 ngày, hoặc 1g/1 tháng, trong 6 tháng.
Lupus ban đỏ hệ thống không đáp ứng với phác đồ điều trị chuẩn (hoặc trong giai đoạn kịch phát)	Tiêm tĩnh mạch 1g/1 ngày trong 3 ngày trong ít nhất 30 phút. Có thể lập lại chế độ liều này nếu không có cải thiện sau 1 tuần điều trị, hoặc do tình trạng của bệnh nhân yêu cầu.
Đa xơ cứng không đáp ứng với phác đồ điều trị chuẩn (hoặc trong giai đoạn kịch phát)	Tiêm tĩnh mạch 1g/1 ngày, trong 3 hoặc 5 ngày trong thời gian ít nhất 30 phút. Có thể lập lại chế độ liều này nếu không có cải thiện sau 1 tuần điều trị, hoặc do tình trạng của bệnh nhân yêu cầu.

Trạng thái phù như viêm cầu thận hoặc viêm thận do lupus không đáp ứng với phác đồ điều trị chuẩn (hoặc trong giai đoạn kịch phát)	Tiêm tĩnh mạch trong thời gian ít nhất 30 phút. Có thể lặp lại chế độ liều này nếu không có cải thiện sau 1 tuần điều trị, hoặc do tình trạng của bệnh nhân yêu cầu: 30 mg/kg cách nhật, dùng trong 4 ngày hoặc 1g/ngày trong 3,5 hoặc 7 ngày.
Ung thư giai đoạn cuối (để cải thiện chất lượng cuộc sống)	Tiêm tĩnh mạch 125 mg/ngày trong tối đa 8 tuần
Ngăn ngừa buồn nôn và nôn do hóa trị liệu về ung thư	Hóa trị liệu gây nôn nhẹ và trung bình: Tiêm tĩnh mạch 250 mg trong ít nhất 5 phút vào 1 giờ trước hóa trị liệu. Nhắc lại liều methylprednisolon khi bắt đầu hóa trị liệu và vào lúc ngừng dùng hóa trị liệu. Cũng có thể phối hợp với dẫn xuất clo của phenothiazin khi dùng liều đầu tiên của methylprednisolon để tăng hiệu lực chống nôn. Hóa trị liệu gây nôn nghiêm trọng: Tiêm tĩnh mạch 250 mg trong ít nhất 5 phút, phối hợp với liều thích hợp metoclopramid hoặc 1 butyrophenon 1 giờ trước hóa trị liệu, sau đó nhắc lại liều methylprednisolon lúc khởi đầu hóa trị liệu và vào lúc ngừng hóa trị liệu.
Tổn thương tủy sống cấp tính	Điều trị nên bắt đầu trong vòng 8 giờ sau khi tổn thương. Với bệnh nhân bắt đầu điều trị trong vòng 3 giờ sau khi tổn thương: Tiêm tĩnh mạch 30 mg/kg trong thời gian 15 phút rồi nghỉ 45 phút, sau đó truyền tĩnh mạch liên tục với liều 5,4 mg/kg/giờ trong 23 giờ. Với bệnh nhân khởi đầu điều trị trong vòng 3 – 8 giờ sau khi tổn thương: Tiêm tĩnh mạch 30 mg/kg trong thời gian 15 phút rồi nghỉ 45 phút, sau đó truyền tĩnh mạch liên tục với liều 5,4 mg/kg/giờ, trong 47 giờ Cần đánh nặng một đường tĩnh mạch để bơm truyền.
Viêm phổi do <i>Pneumocystis jiroveci</i> ở bệnh nhân AIDS	Liệu trình điều trị nên bắt đầu trong vòng 72 giờ trong điều trị khởi đầu chống <i>Pneumocystis</i>. Một chế độ có thể thực hiện là tiêm tĩnh mạch 40 mg 6 – 12 giờ mỗi lần cho đến tối đa là 21 ngày hoặc cho đến khi kết thúc quá trình điều trị <i>Pneumocystis</i> . Do có tăng tốc độ hoạt hóa lại bệnh lao ở bệnh nhân AIDS, cần suy xét nên sử dụng các thuốc chống lao mỗi khi dùng corticosteroid cho các đối tượng có nguy cơ cao này. Cũng cần theo dõi bệnh nhân về khả năng mắc các nhiễm khuẩn tiềm tàng khác.
Các đợt kịch phát của bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD)	Đã nghiên cứu 2 chế độ liều: Tiêm tĩnh mạch 0,5 mg/kg 6 giờ mỗi lần, dùng trong 72 giờ, hoặc Tiêm tĩnh mạch 125 mg 6 giờ mỗi lần, dùng trong 72 giờ, rồi chuyển sang dạng corticosteroid uống và với liều giảm dần. Tổng thời gian điều trị nên ít nhất là 2 tuần.
Điều trị hỗ trợ cho các chỉ định khác	Liều khởi đầu có thể thay đổi từ 10 mg tới 500 mg tiêm tĩnh mạch, tùy thuộc vào điều kiện lâm sàng. Có thể cần đến liều cao hơn để điều trị ngăn ngừa các tình trạng cấp tính và nghiêm trọng. Các liều khởi đầu lên tới 250 mg cần tiêm tĩnh mạch trong thời gian ít nhất 5 phút, còn nếu dùng liều cao hơn thì tiêm trong thời gian ít nhất là 30 phút. Các liều tiếp theo có thể tiêm bắp hoặc tĩnh mạch theo các khoảng cách tùy theo đáp ứng của bệnh nhân và theo tình trạng lâm sàng.

4.2. Cách dùng:

Để tránh các vấn đề khi phối hợp thuốc và bảo đảm độ ổn định của thuốc, nên tiêm methylprednisolon natri succinat ở những vị trí riêng biệt với vị trí tiêm các thuốc khác nếu được. Có thể tiêm theo các kiểu: bơm thuốc đường tĩnh mạch, qua buồng tiêm (chamber) hoặc dùng dung dịch tiêm tĩnh mạch theo kỹ thuật "piggy-back".

Lưu ý đặc biệt khi sử dụng và các tác khác:

- Chuẩn bị các dung dịch:

+ Để chuẩn bị dung dịch tiêm tĩnh mạch, trước hết pha chế lại dung dịch methylprednisolon natri bằng cách hoàn nguyên trong ống dung môi kèm theo. Có thể bắt đầu điều trị bằng tiêm tĩnh mạch methylprednisolon natri succinat trong thời gian ít nhất 5 phút (ví dụ với các liều lên tới 250 mg) cho tới ít nhất 30 phút (ví dụ với các liều 250 mg hoặc cao hơn). Các liều tiếp theo có thể được lấy và dùng tương tự.

+ Khi thấy cần, có thể pha loãng để dùng bằng cách trộn lẫn với các dung môi như dextrose 5% trong nước, NaCl 0,9%, dextrose 5% trong NaCl 0,45% hoặc 0,9%.

+ Các thuốc tiêm cần được kiểm tra bằng mắt thường mỗi khi có thể để xem có vật lạ hoặc có đổi màu trước khi tiêm hay không.

* Chú ý:

- Dung dịch thuốc sau khi pha được bảo quản nhiệt độ 15 - 30°C và sử dụng trong vòng 48 giờ.

- Soli –medon 40 có chứa alcol benzylic (xem mục **Cảnh báo và thận trọng khi dùng thuốc:**

Dùng ở trẻ em).

5. Chống chỉ định:

Soli – Medon 40 trong các trường hợp sau:

- Bệnh nhân có nhiễm nấm toàn thân.
- Bệnh nhân quá mẫn với methylprednisolon natri succinat và các thành phần khác trong chế phẩm. Chế phẩm methylprednisolon natri succinat 40 mg có chứa lactose monohydrat được sản xuất từ sữa bò. Vì vậy, chống chỉ định dùng ở bệnh nhân đã biết hoặc nghi ngờ quá mẫn với sữa bò hoặc các thành phần trong sữa bò hoặc các sản phẩm này có thể chứa lượng nhỏ các thành phần từ sữa.
- Dùng theo đường nội tủy.
- Dùng theo đường ngoài màng cứng.

Chống chỉ định dùng vắc-xin sống hoặc vắc-xin sống đã giảm độc lực ở những bệnh nhân đang dùng các liệu corticosteroid ức chế miễn dịch.

6. Cảnh báo và thận trọng khi dùng thuốc

Tác dụng ức chế miễn dịch/tăng nguy cơ nhiễm khuẩn:

- Corticosteroid có thể làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn, che lấp một số dấu hiệu nhiễm khuẩn và một số nhiễm khuẩn mới có thể xảy ra khi đang dùng corticosteroid. Có thể có hiện tượng giảm sức đề kháng và mất khả năng khu trú nhiễm khuẩn tại chỗ khi sử dụng corticosteroid. Nhiễm vi sinh vật gây bệnh bao gồm: nhiễm virus, vi khuẩn, nấm, đơn bào hoặc giun sán ở bất kỳ vị trí nào của cơ thể có thể liên quan tới việc sử dụng corticosteroid dùng riêng rẽ hoặc phối hợp với các thuốc ức chế miễn dịch khác mà có tác động tới miễn dịch tế bào hoặc miễn dịch thể dịch hoặc tới chức năng của bạch cầu trung tính. Những nhiễm khuẩn này có thể nhẹ, nhưng cũng có thể nghiêm trọng và có khi gây tử vong. Khi tăng liều corticosteroid, tỷ lệ mắc các biến chứng nhiễm khuẩn cũng tăng lên.
- Bệnh nhân đang sử dụng thuốc ức chế miễn dịch để bị nhiễm khuẩn hơn những người khỏe mạnh khác. Ví dụ ở trẻ em hay người lớn chưa có miễn dịch đang dùng corticosteroid khi mắc thủy đậu và sởi có thể bị nặng hơn và thậm chí tử vong.
- Chống chỉ định dùng vắc-xin sống hoặc vắc-xin sống đã giảm độc lực ở bệnh nhân đang dùng các liệu corticosteroid ức chế miễn dịch. Có thể dùng vắc-xin chết hoặc vắc-xin bất hoạt cho bệnh nhân đang dùng liệu corticosteroid ức chế miễn dịch; tuy nhiên, đáp ứng của bệnh nhân với các loại vắc-xin này có thể giảm đi. Có thể chỉ định tiêm chủng cho bệnh nhân đang dùng các liệu corticosteroid không gây ức chế miễn dịch.
- Sử dụng corticosteroid trong bệnh lao hoạt động cần giới hạn chỉ trong các trường hợp lao phổi lan tỏa hoặc thể bùng phát cấp tính mà trong đó corticosteroid được dùng để kiểm soát bệnh phối hợp với phác đồ kháng lao thích hợp.
- Nếu corticosteroid được chỉ định ở người bệnh lao tiềm tàng hoặc phản ứng với tuberculin, cần theo dõi chặt chẽ vì bệnh có thể tái phát. Nếu dùng corticosteroid dài ngày, bệnh nhân cần được điều trị dự phòng bằng các thuốc kháng lao.
- U Sarcoid (Kaposi's sarcoma) đã được báo cáo ở những bệnh nhân điều trị bằng corticosteroid. Ngừng sử dụng corticosteroid có thể sẽ thuyên giảm triệu chứng trên lâm sàng.
- Vai trò của các corticosteroid trong sốc nhiễm khuẩn vẫn còn đang được tranh luận, các nghiên cứu gần đây cho thấy có cả tác dụng có lợi cũng như các ảnh hưởng bất lợi. Gần đây, việc dùng corticosteroid bổ sung đã cho thấy là có lợi cho bệnh nhân được xác định là sốc nhiễm khuẩn và có suy giảm chức năng tuyến thượng thận. Tuy nhiên, không nên sử dụng thường xuyên liệu pháp này trong sốc nhiễm khuẩn. Một tổng quan hệ thống đã kết luận rằng điều trị các corticosteroid liều cao trong thời gian ngắn không mang lại tác dụng. Tuy nhiên, các phân tích gộp và một tổng quan đã cho thấy sử dụng corticosteroid liều thấp trong khoảng thời gian dài hơn (5 - 11 ngày) có thể làm giảm tỷ lệ tử vong, nhất là ở bệnh nhân bị sốc nhiễm khuẩn phải dùng thuốc co mạch.

Tác dụng trên hệ thống miễn dịch:

Có thể xảy ra các phản ứng dị ứng. Vì một số hiếm các trường hợp dị ứng trên da và phản ứng phản vệ đã xảy ra ở bệnh nhân dùng corticosteroid, nên cần có những biện pháp phòng ngừa thích hợp trước khi dùng corticosteroid, đặc biệt khi bệnh nhân có tiền sử dị ứng với bất kỳ loại thuốc nào.

- Ở các bệnh nhân dùng chế phẩm methylprednisolon natri succinat 40 mg trong quá trình điều trị các tình trạng dị ứng cấp tính và trong trường hợp các triệu chứng này trở nặng hơn hoặc phát sinh bất kỳ triệu chứng dị ứng mới nào, nên xem xét khả năng bị phản ứng quá mẫn với các thành phần trong sữa bò (xem mục 5. Chống chỉ định). Nếu phù hợp, nên ngừng cho dùng methylprednisolon natri succinat, và điều trị thích hợp cho tình trạng của bệnh nhân. Các biện pháp điều trị thay thế, bao gồm việc dùng các chế phẩm corticosteroid không chứa các thành phần từ sữa bò, nên được xem xét để kiểm soát dị ứng cấp tính, trong trường hợp thích hợp.

Tác dụng trên nội tiết:

- Bệnh nhân đang sử dụng corticosteroid mà phải chịu những căng thẳng bất thường, cần chỉ định dùng corticosteroid tác dụng nhanh với liều cao hơn trước, trong và sau khi bị stress.
- Sử dụng corticosteroid ở liều có tác dụng được lý trong thời gian kéo dài có thể dẫn tới ức chế trục dưới đồi – tuyến yên – thượng thận (HPA) (suy vô thượng thận thứ phát). Mức độ và thời gian suy vô thượng thận thứ phát khác nhau giữa các bệnh nhân và phụ thuộc vào liều, tần suất, thời điểm dùng thuốc và khoảng thời gian điều trị bằng glucocorticoid. Có thể giảm thiểu tác dụng này bằng liệu pháp điều trị cách nhật.
- Ngoài ra, suy vô thượng thận còn dẫn đến tử vong nếu dùng glucocorticoid đột ngột.
- Do đó, có thể giảm thiểu nguy cơ suy vô thượng thận thứ phát do thuốc bằng cách giảm liều từ từ. Kiểu suy vô thượng thận này có thể tồn tại nhiều tháng sau khi ngừng điều trị, do đó

trong thời gian này, nếu xảy ra bất kỳ trường hợp stress nào, nên bắt đầu sử dụng liệu pháp hormon.

- "Hội chứng cai thuốc" steroid, không liên quan đến tình trạng suy vỏ thượng thận, có thể gặp sau khi ngừng đột ngột glucocorticoid. Hội chứng này gồm các triệu chứng như: chán ăn, buồn nôn, nôn, hôn mê, đau đầu, sốt, đau khớp, bong da, đau cơ, giảm cân và/hoặc hạ huyết áp. Những ảnh hưởng này được cho là do thay đổi đột ngột nồng độ glucocorticoid hơn là do nồng độ corticosteroid thấp.
- Vì glucocorticoid có thể gây ra hoặc làm nặng thêm hội chứng Cushing, nên tránh sử dụng glucocorticoid trên những bệnh nhân thiếu năng tuyến giáp.
- Tác dụng của corticosteroid tăng lên trên những bệnh nhân thiếu năng tuyến giáp.

Tác dụng trên chuyển hóa và dinh dưỡng:

- Các corticosteroid, bao gồm methylprednisolon, có thể làm tăng đường huyết, làm nặng hơn tình trạng tiểu đường sẵn có, và có thể dẫn đến tiểu đường trên những đối tượng sử dụng corticosteroid kéo dài.

Tác dụng trên tâm thần:

- Các xáo trộn về tâm thần có thể xuất hiện khi dùng corticosteroid, từ sáng khoái, mất ngủ, thay đổi tâm trạng, tính khí thất thường và trầm cảm nặng cho đến những biểu hiện tâm thần thực sự. Ngoài ra, sự bất ổn cảm xúc hoặc khuynh hướng tâm thần có thể nặng hơn do corticosteroid.
- Khả năng gặp các tác dụng không mong muốn nghiêm trọng về tâm thần có thể xảy ra khi dùng steroid theo đường toàn thân. Các triệu chứng thường xuất hiện trong một vài ngày hoặc vài tuần từ khi bắt đầu điều trị. Hầu hết các triệu chứng mất đi sau khi giảm hoặc ngừng corticosteroid, mặc dù có thể cần phải điều trị đặc biệt. Các tác dụng về tâm thần đã được báo cáo khi ngừng corticosteroid, tuy nhiên chưa biết rõ tần suất. Bệnh nhân/ người chăm sóc nên lưu ý nếu các triệu chứng tâm thần tiến triển ở bệnh nhân, đặc biệt nếu nghi ngờ bệnh nhân bị trầm cảm hay có ý định tự tử. **Bệnh nhân/ người chăm sóc** nên được cảnh báo về những rối loạn tâm thần có thể xuất hiện trong khi điều trị hoặc ngay sau khi giảm liều/ ngừng dùng steroid toàn thân.

Tác dụng trên hệ thần kinh:

- Nền thận trọng khi dùng corticosteroid trên những bệnh nhân động kinh.
- Nền thận trọng khi dùng corticosteroid trên những bệnh nhân nhược cơ nặng (Xem thêm về bệnh cơ trong phần **Tác dụng trên hệ cơ xương**).
- Mặc dù các thử nghiệm trên lâm sàng có đối chứng đã cho thấy corticosteroid có tác dụng giảm nhanh mức độ trầm trọng cấp tính trong đợt cấp của bệnh đa xơ cứng, nhưng những thử nghiệm đó không chứng tỏ được rằng corticosteroid có ảnh hưởng đến kết quả điều trị cuối cùng hoặc diễn biến tự nhiên của bệnh. Các nghiên cứu cho thấy rằng cần dùng liều corticosteroid tương đối cao mới có tác dụng đáng kể.
- Các biến cố y khoa nặng đã được báo cáo là có liên quan đến đường dùng nội tủy/ngoại màng cứng (Xem phần 10. **Tác dụng không mong muốn**).
- Đã có các báo cáo và hiện tượng tích mỡ ngoại màng cứng ở những bệnh nhân dùng corticosteroid, điển hình là khi sử dụng liều cao kéo dài.

Tác dụng trên mắt:

- Cần dùng thận trọng corticosteroid ở bệnh nhân nhiễm Herpes simplex ở mắt vì có thể gây thủng giác mạc.
- Dùng corticosteroid kéo dài có thể làm đục thủy tinh thể dưới bao sau và đục thủy tinh thể ở trung tâm (đặc biệt ở trẻ em), lồi mắt hoặc tăng áp lực nội nhãn, có thể dẫn đến bệnh tăng nhãn áp đi kèm tổn thương thần kinh thị giác. Có thể tăng nguy cơ nhiễm nấm và virus thứ phát trên mắt ở bệnh nhân sử dụng glucocorticoid.
- Liệu pháp corticosteroid đã từng được xác định có liên quan đến bệnh hắc võng mạc trung tâm thanh dịch, một chứng bệnh có thể dẫn đến bong võng mạc.

Tác dụng trên tim:

- Tác dụng không mong muốn của glucocorticoid trên hệ tim mạch, như rối loạn lipid máu và tăng huyết áp, có thể khiến các bệnh nhân đã có sẵn nguy cơ về tim mạch phải chịu thêm các ảnh hưởng tim mạch khác, nếu dùng liều cao và kéo dài. Vì vậy, corticosteroid nên được dùng thận trọng ở những bệnh nhân này, cần theo dõi sự thay đổi của các yếu tố nguy cơ và theo dõi chức năng tim thêm nếu cần thiết. Các biến chứng trong điều trị bằng corticosteroid có thể giảm khi sử dụng liệu pháp điều trị cách nhật và dùng liều thấp.
- Sau khi tiêm nhanh các liều cao methylprednisolon natri succinat (hơn 0,5 gam trong thời gian dưới 10 phút), đã có báo cáo về rối loạn nhịp tim và/hoặc truy mạch và/hoặc ngừng tim. Chậm nhịp tim đã được báo cáo trong hoặc sau khi dùng liều cao methylprednisolon natri succinat, và có thể không liên quan tới tốc độ và thời gian tiêm truyền.
- Nền thận trọng khi dùng các corticosteroid toàn thân, và chỉ dùng khi thực sự cần thiết, trong trường hợp suy tim sung huyết.

Tác dụng trên mạch:

- Huyết khối, bao gồm huyết khối tĩnh mạch, đã được báo cáo xảy ra khi dùng corticosteroid. Do đó, corticosteroid cần được sử dụng thận trọng ở bệnh nhân đang bị hoặc có thể có nguy cơ bị các rối loạn về huyết khối.
- Cần dùng thận trọng corticosteroid ở những bệnh nhân cao huyết áp.

Tác dụng lên ống tiêu hóa:

- Liều cao corticosteroid có thể gây viêm tụy cấp.
- Không có quan điểm thống nhất nào về việc chính corticosteroid gây nên tình trạng loét đường tiêu hóa trong quá trình điều trị hay không, tuy nhiên, dùng corticosteroid có thể che lấp những triệu chứng của loét đường tiêu hóa, gây nên tình trạng thủng hoặc xuất huyết

tiêu hóa mà không kèm đau đớn rõ rệt. Nguy cơ bị loét đường tiêu hóa tăng lên khi kết hợp với các thuốc chống viêm không steroid (NSAID).

- Thận trọng khi dùng corticosteroid trong viêm loét đại tràng không đặc hiệu nếu có dọa thủng, áp-xe hay nhiễm khuẩn sinh mủ khác; viêm túi thừa, có chỗ nối ruột non mới, đang bị hay có tiền sử bị loét đường tiêu hóa.
- Trị liệu bằng glucocorticoid có thể che dấu viêm phúc mạc hoặc các dấu hiệu hay triệu chứng khác liên quan đến rối loạn ống tiêu hóa như thủng, tắc ruột hoặc viêm tụy.

Tác dụng lên gan mật:

- Tổn thương gan do thuốc, như viêm gan cấp tính, có thể xảy ra do truyền methylprednisolon qua đường tĩnh mạch theo chu kỳ (thường với liều 1g/ngày). Thời gian phát bệnh viêm gan cấp tính có thể là nhiều tuần hoặc lâu hơn. Đã quan sát thấy các biến cố này biến mất sau khi ngưng điều trị.

Tác dụng trên hệ cơ xương:

- Đã có báo cáo về bệnh cơ cấp tính khi sử dụng corticosteroid liều cao, thường xảy ra ở bệnh nhân bị các rối loạn dẫn truyền thần kinh cơ (ví dụ nhược cơ nặng) hay trên bệnh nhân đang dùng các thuốc kháng cholinergic như thuốc ức chế thần kinh cơ (ví dụ pancuronium). Bệnh cơ cấp tính này lan rộng, có thể liên quan đến các cơ mắt, cơ hô hấp và có thể dẫn tới liệt chi. Tình trạng tăng creatinin kinase có thể xảy ra. Để có tiến triển về mặt lâm sàng hay hồi phục, cần dùng thuốc trong vòng vài tuần đến vài năm.
- Loãng xương là tác dụng không mong muốn phổ biến, nhưng ít được phát hiện khi dùng glucocorticoid liều cao và kéo dài.

Rối loạn thận và tiết niệu:

- Nền thận trọng khi dùng corticosteroid trên những bệnh nhân suy thận.

Nghiên cứu:

- Liều trung bình hoặc cao của hydrocortison hoặc cortison có thể gây tăng huyết áp, giữ muối và nước và tăng thải trừ kali. Những tác dụng này ít gặp hơn với các dẫn xuất tổng hợp trừ khi dùng liều cao. **Chế độ ăn hạn chế muối và bổ sung kali** có thể cần thiết. Tất cả các corticosteroid đều làm tăng thải trừ calci.

Chấn thương, ngộ độc và các biến chứng phẫu thuật:

- Corticosteroid dùng toàn thân không được chỉ định, và do đó không nên dùng để điều trị chấn thương sọ não. Một nghiên cứu đa trung tâm cho thấy tăng tỉ lệ tử vong tại thời điểm 2 tuần và 6 tháng sau chấn thương ở những bệnh nhân dùng methylprednisolon natri succinat so với những bệnh nhân dùng giả dược. Mối quan hệ nhân quả với việc điều trị bằng methylprednisolon natri succinat chưa được thiết lập.

Cảnh báo khác:

- Do các biến chứng khi dùng glucocorticoid phụ thuộc vào liều lượng và thời gian điều trị, cần cân nhắc lợi ích/nguy cơ trên từng bệnh nhân và liều lượng và thời gian điều trị theo liều hàng ngày hay dùng cách nhật.
- Nền dùng liều thấp nhất có hiệu quả của corticosteroid để kiểm soát tình hình điều trị và khi có thể giảm liều, nên giảm từ từ.
- Cần thận trọng khi sử dụng aspirin và các thuốc chống viêm không steroid phối hợp với corticosteroid.
- Bệnh u tế bào ưa crôm có thể gây tử vong đã được báo cáo sau khi sử dụng corticosteroid toàn thân. Với bệnh nhân nghi ngờ hoặc đã xác định là mắc u tế bào ưa crôm, chỉ nên sử dụng corticosteroid sau khi đã tiến hành đánh giá lợi ích/nguy cơ phù hợp.

Dùng ở trẻ em:

- Alcol benzylic dùng để bảo quản thuốc có liên quan tới các tác dụng không mong muốn nghiêm trọng, bao gồm "hội chứng thờ ơ" và tử vong ở bệnh nhân nhi. Mặc dù liều điều trị bình thường của sản phẩm này thường chứa lượng alcol benzylic thấp hơn đáng kể so với liều báo cáo có liên quan tới "hội chứng thờ ơ", nhưng lượng alcol benzylic tối thiểu gây độc cũng chưa được biết. Nguy cơ ngộ độc alcol benzylic phụ thuộc vào liều dùng và khả năng khử độc chất này của gan và thận. Trẻ sơ sinh non và sinh nhẹ cân có nhiều khả năng bị nhiễm độc hơn.
- Cần theo dõi chặt chẽ sự tăng trưởng và phát triển của trẻ sơ sinh và trẻ em sử dụng corticosteroid kéo dài.
- Chậm tăng trưởng có thể gặp trên trẻ em sử dụng glucocorticoid kéo dài, hàng ngày, với liều chia nhỏ và việc sử dụng liệu pháp này nên hạn chế, chỉ nên dùng với các chỉ định khẩn cấp nhất. Liệu pháp glucocorticoid dùng cách nhật có thể tránh và giảm thiểu tác dụng không mong muốn này.
- Trẻ sơ sinh và trẻ em sử dụng corticosteroid kéo dài có nguy cơ đặc biệt về tăng áp lực nội sọ.
- Liều cao corticosteroid có thể gây viêm tụy ở trẻ em.

7. Sử dụng thuốc cho phụ nữ có thai và cho con bú

7.1. Sử dụng thuốc cho phụ nữ có thai:

- Nghiên cứu trên động vật cho thấy corticosteroid khi dùng liều cao cho mẹ có thể gây dị dạng cho thai. Tuy nhiên, corticosteroid có vẻ như không gây dị tật bẩm sinh khi dùng cho phụ nữ có thai. Do những nghiên cứu về sinh sản trên người chưa được tiến hành đầy đủ với methylprednisolon natri succinat, nên thuốc này chỉ nên được dùng trong khi mang thai sau khi đã cân nhắc thận trọng về mặt lợi ích/nguy cơ cho mẹ và thai nhi.
- Một vài corticosteroid qua được hàng rào nhau thai. Một nghiên cứu dạng hồi cứu cho thấy có tăng tỷ lệ trẻ sơ sinh thiếu cân sinh ra từ những người mẹ dùng corticosteroid. Ở người, nguy cơ trẻ sinh ra bị nhẹ cân dường như liên quan đến liều dùng và có thể được giảm thiểu bằng cách dùng liều corticosteroid thấp hơn. Trẻ sơ sinh của những bà mẹ đã dùng liều

corticosteroid đáng kể trong quá trình mang thai phải được theo dõi và đánh giá cẩn thận về các dấu hiệu suy giảm chức năng tuyến thượng thận, mặc dù hiếm gặp các trường hợp suy vô thượng thận ở trẻ sơ sinh bị phơi nhiễm với corticosteroid trong tử cung.

- Chưa biết tác dụng của corticosteroid với quá trình chuyển dạ và sinh con.
- Đặc thủy tinh thể được quan sát thấy ở những trẻ sơ sinh mà mẹ sử dụng corticosteroid kéo dài trong quá trình mang thai.
- Alcol benzylic có thể đi qua nhau thai (xem phần 6.Cảnh báo và thận trọng khi dùng thuốc).

7.2. Thời kỳ cho con bú:

- Corticosteroid bài tiết được qua sữa mẹ.
- Corticosteroid bài tiết qua sữa mẹ có thể ức chế sự tăng trưởng và ảnh hưởng đến sản xuất glucocorticoid nội sinh ở trẻ sơ sinh bú mẹ. Chế phẩm này chỉ nên dùng trong thời kỳ cho con bú sau khi đánh giá cẩn thận về lợi ích – nguy cơ cho người mẹ và trẻ sơ sinh.

7.3. Khả năng sinh sản:

Các nghiên cứu trên động vật đã cho thấy là corticosteroid làm suy giảm khả năng sinh sản.

8. Tác động của thuốc khi lái xe và vận hành máy:

Chưa đánh giá được một cách có hệ thống về ảnh hưởng của các corticosteroid tới khả năng lái xe và vận hành máy móc. Các tác dụng không mong muốn như hoa mắt, chóng mặt, rối loạn thị giác và mệt mỏi có thể gặp sau khi điều trị bằng corticosteroid. Nếu bị ảnh hưởng, bệnh nhân nên dừng lái xe hoặc vận hành máy móc.

9. Tương tác, tương kỵ của thuốc:

9.1. Tương tác của thuốc:

- Methylprednisolon là cơ chất của enzyme cytochrom P450 (CYP) và chủ yếu được chuyển hóa bởi enzyme CYP3A4. CYP3A4 là enzyme chính của hầu hết các phân họ CYP trong gan của người trưởng thành. Nó xúc tác cho quá trình 6β-hydroxyl hóa steroid, giai đoạn 1 thiết yếu trong quá trình chuyển hóa cho cả corticosteroid nội sinh và tổng hợp. Cũng có rất nhiều chất khác cũng là cơ chất của CYP3A4, một số chất này (cũng như các thuốc khác) làm thay đổi sự chuyển hóa glucocorticoid bằng cách gây cảm ứng (điều hòa tăng) hoặc ức chế enzyme CYP3A4.
- Các chất ức chế CYP3A4 – Những thuốc ức chế hoạt tính CYP3A4 nhìn chung làm giảm độ thanh thải của gan và tăng nồng độ của các thuốc là cơ chất của CYP3A4 như methylprednisolon trong huyết tương. Nếu có các chất ức chế CYP3A4, nên chuẩn liều methylprednisolon để tránh bị ngộ độc steroid.
- Các chất cảm ứng CYP3A4 – Những thuốc gây cảm ứng CYP3A4 nhìn chung làm tăng độ thanh thải của gan, dẫn tới làm giảm nồng độ các thuốc là cơ chất của CYP3A4. Có thể cần phải tăng liều methylprednisolon khi dùng cùng các thuốc này để đạt được kết quả điều trị như mong muốn.
- Các chất là cơ chất của CYP3A4 – Khi có mặt một cơ chất khác của CYP3A4, quá trình thanh thải qua gan của methylprednisolon có thể bị ảnh hưởng, do đó cần điều chỉnh tương ứng liều dùng của methylprednisolon. Có thể các tác dụng không mong muốn khi dùng riêng mỗi thuốc sẽ dễ xảy ra hơn khi dùng đồng thời các thuốc với nhau.
- Những thuốc không có hiệu ứng qua trung gian CYP3A4 – Các tương tác và ảnh hưởng khác xảy ra với methylprednisolon được trình bày trong bảng 2.
- Bảng 2 bao gồm những tương tác thuốc phổ biến quan trọng về mặt lâm sàng với methylprednisolon.

Bảng 2: Những tương tác/ảnh hưởng quan trọng của các thuốc hoặc hoạt chất với methylprednisolon

Phân loại thuốc – Thuốc hoặc hoạt chất	Tương tác /Ảnh hưởng
Kháng sinh - Isoniazid	Chất ức chế CYP3A4. Ngoài ra, methylprednisolon có khả năng tăng tốc độ acetyl hóa và độ thanh thải của isoniazid.
Kháng Sinh, Thuốc Kháng Lao - Rifampin	Chất cảm ứng CYP3A4
Thuốc chống đông (dạng uống)	Tác dụng của methylprednisolon trên thuốc chống đông đường uống có thể thay đổi tùy trường hợp. Đã có nhiều báo cáo về việc tăng cũng như giảm tác dụng của thuốc chống đông khi dùng chung với corticosteroid. Chính vì vậy, phải kiểm tra các chỉ số đông máu để duy trì tác dụng chống đông mong muốn.
Thuốc chống co giật - Carbamazepin	Chất cảm ứng CYP3A4 (và là cơ chất)
Thuốc chống co giật - Phenobarbital - Phenytoin	Chất cảm ứng CYP3A4
Thuốc kháng cholinergic - Chẹn thần kinh cơ	Các corticosteroid có thể làm ảnh hưởng đến tác dụng của các thuốc kháng cholinergic: - Đã có báo cáo về bệnh cơ cấp tính khi sử dụng liều cao các corticosteroid đồng thời với các thuốc kháng cholinergic, như là các thuốc chẹn thần kinh cơ (Xem phần 6. Cảnh báo và thận trọng khi dùng thuốc: Tác dụng trên hệ cơ xương).

	- Đã có báo cáo về tính đối kháng trên tác dụng ức chế thần kinh cơ của pancuronium và vecuronium trên bệnh nhân dùng corticosteroid, Tương tác này có thể xảy ra với tất cả các chất chẹn thần kinh cơ có tính cạnh tranh.
Thuốc kháng cholinesterase	Các steroid có thể làm giảm tác dụng của thuốc kháng cholinesterase dùng trong điều trị bệnh nhược cơ.
Thuốc điều trị tiểu đường	Vì corticosteroid có thể làm tăng nồng độ glucose máu nên có thể phải điều chỉnh liều dùng của thuốc điều trị tiểu đường.
Thuốc chống nôn - Aprepitant - Fosaprepitant	Chất ức chế CYP3A4 (và là cơ chất)
Thuốc kháng nấm - Itraconazol - Ketoconazol	Chất ức chế CYP3A4 (và là cơ chất)
Thuốc kháng virus - Các thuốc ức chế HIV - Protease	Chất ức chế CYP3A4 (và là cơ chất) 1. Các chất ức chế protease như Indinavir và ritonavir có thể làm tăng nồng độ corticosteroid trong huyết tương. 2. Corticosteroid có thể cảm ứng quá trình chuyển hóa của các thuốc ức chế HIV protease dẫn đến giảm nồng độ của các thuốc này trong huyết tương.
Thuốc ức chế Aromatase - Aminoglutethimid	Aminoglutethimid gây ức chế tuyến thượng thận, có thể làm trầm trọng thêm các thay đổi về nội tiết do dùng glucocorticoid kéo dài.
Thuốc chẹn kênh Calci - Diltiazem	Chất ức chế CYP3A4 (và là cơ chất)
Thuốc tránh thai (dạng uống) Ethinylestradiol/ Norethindron	Chất ức chế CYP3A4 (và là cơ chất)
Nước ép bưởi	Chất ức chế CYP3A4
Thuốc ức chế miễn dịch - Cyclosporin	Chất ức chế CYP3A4 (và là cơ chất) 1. Khi dùng đồng thời cyclosporin với methylprednisolon thì xuất hiện sự ức chế chuyển hóa lẫn nhau, và có thể dẫn đến tăng nồng độ trong huyết tương của 1 trong 2 thuốc hoặc cả 2 thuốc; vì vậy, các tác dụng không mong muốn khi dùng riêng mỗi thuốc có thể sẽ dễ xảy ra hơn khi dùng đồng thời. 2. Đã có báo cáo về hiện tượng co giật khi dùng đồng thời methylprednisolon và cyclosporin.
Thuốc ức chế miễn dịch - Cyclophosphamid - Tacrolimus	Cơ chất của CYP3A4
Thuốc kháng sinh họ macrolid - Clarithromycin - Erythromycin	Chất ức chế CYP3A4 (và là cơ chất)
Thuốc kháng sinh họ macrolid - Troleandomycin	Chất ức chế CYP3A4
NSAID (thuốc chống viêm không steroid) - Aspirin (acid acetylsalicylic) liều cao	1. Tỷ lệ xuất huyết và loét đường tiêu hóa có thể tăng khi dùng methylprednisolon cùng với các thuốc NSAID. 2. Methylprednisolon có thể làm tăng độ thanh thải của aspirin liều cao, có thể dẫn đến giảm nồng độ salicylat trong huyết thanh. Dùng điều trị bằng methylprednisolon có thể dẫn đến tăng lượng salicylat trong huyết thanh, điều này có thể dẫn đến tăng nguy cơ ngộ độc salicylat.
Các thuốc làm tăng thải kali	Khi dùng corticosteroid cùng với thuốc làm tăng thải kali (ví dụ thuốc lợi tiểu), nên theo dõi chặt chẽ hiện tượng hạ kali máu ở bệnh nhân. Việc dùng chung corticosteroid. Với amphotericin B, các xanthin hay thuốc chẹn beta 2 cũng làm tăng nguy cơ hạ kali máu.

9.2. Tương kỵ của thuốc:

- Sự tương hợp và độ ổn định khi tiêm tĩnh mạch dung dịch methylprednisolon natri succinat và khi trộn lẫn với các dung dịch tiêm tĩnh mạch khác phụ thuộc vào pH của dung dịch trộn lẫn, nồng độ, thời gian, nhiệt độ và khả năng hòa tan của methylprednisolon (Xem phần 9.1. Tương tác của thuốc).
- Để tránh vấn đề khi phối hợp thuốc và bảo đảm tính ổn định của thuốc, methylprednisolon natri succinat được khuyến cáo nên dùng đường tĩnh mạch riêng rẽ với các thuốc hoặc các chất khác dùng đường tĩnh mạch. Các thuốc không tương hợp về mặt vật lý với methylprednisolon natri succinat trong dung dịch bao gồm, nhưng không giới hạn ở: allopurinol natri, doxapram hydroclorid, tigecyclin, diltiazem hydroclorid, calcigluconat,

vecuronium bromid, rocuronium bromid, cisatracurium besylat, glycopyrrolat, propofol.

10. Tác dụng không mong muốn:

Tác dụng không mong muốn và tần số được liệt kê trong mỗi hệ cơ quan.

Phân loại theo hệ cơ quan	Tác dụng không mong muốn	Tần suất (%)
Nhiễm trùng và nhiễm ký sinh trùng	Nhiễm trùng cơ hội	Không rõ
	Nhiễm trùng	Không rõ
	Viêm phúc mạc*	Không rõ
Rối loạn máu và hệ bạch huyết	Tăng bạch cầu	Không rõ
Rối loạn hệ miễn dịch	Phản ứng quá mẫn với thuốc	Không rõ
	Phản ứng phản vệ	Không rõ
	Phản ứng dạng phản vệ	Không rõ
Rối loạn nội tiết	Hội chứng dạng Cushing	Không rõ
	Suy tuyến yên	Không rõ
	Hội chứng ngưng thuốc Steroid	Không rõ
Rối loạn chuyển hóa và dinh dưỡng	Nhiễm toan chuyển hóa	Không rõ
	Ưu natri	Không rõ
	Ưu dịch	Không rõ
	Giảm kiểm chuyển hóa do hạ kali máu	Không rõ
	Rối loạn mỡ máu	Không rõ
	Giảm dung nạp glucose	Không rõ
	Tăng nhu cầu insulin (hoặc các thuốc hạ đường huyết đường uống ở bệnh nhân đái tháo đường)	Không rõ
	Chứng tích mỡ	Không rõ
	Tăng cảm giác thèm ăn (có thể dẫn đến tăng cân)	Không rõ
Rối loạn tâm thần	Rối loạn cảm xúc (bao gồm tâm trạng trầm uất, tâm trạng phấn khích, cảm xúc không ổn định, phụ thuộc thuốc, ý định tự tử).	Không rõ
	Rối loạn tâm thần (bao gồm hưng cảm, hoang tưởng, ảo giác và tâm thần phân liệt)	Không rõ
	Rối loạn tâm thần	Không rõ
	Thay đổi tính cách	Không rõ
	Trạng thái lú lẫn	Không rõ
	Lo âu	Không rõ
	Tính khí thất thường	Không rõ
	Hành vi bất thường	Không rõ
	Mất ngủ	Không rõ
	Khó chịu	Không rõ
Rối loạn hệ thần kinh	Tích mỡ ngoài màng cứng	Không rõ
	Tăng áp lực nội sọ (kèm phù gai [tăng áp lực nội sọ lành tính])	Không rõ
	Động kinh	Không rõ
	Chứng hay quên	Không rõ
	Rối loạn nhận thức	Không rõ
	Chóng mặt	Không rõ
Rối loạn mắt	Đau đầu	Không rõ
	Hắc võng mạc	Không rõ
	Đục thủy tinh thể	Không rõ
	Tăng nhãn áp	Không rõ
	Lồi mắt	Không rõ
Rối loạn tai và tai trong	Chóng mặt	Không rõ

Rối loạn tim	Suy tim sung huyết (ở bệnh nhân nhạy cảm);	Không rõ
	Loạn nhịp tim	Không rõ
Rối loạn mạch	Huyết khối	Không rõ
	Cao huyết áp	Không rõ
	Hạ huyết áp	Không rõ
Rối loạn hô hấp, ngực và trung thất	Nghẽn mạch phổi	Không rõ
	Nấc cụt	Không rõ
Rối loạn tiêu hóa	Loét đường tiêu hóa (có thể thủng do loét đường tiêu hóa và xuất huyết do loét đường tiêu hóa)	Không rõ
	Thủng ruột	Không rõ
	Xuất huyết dạ dày	Không rõ
	Viêm tụy	Không rõ
	Viêm thực quản gây loét	Không rõ
	Viêm thực quản	Không rõ
	Chướng bụng	Không rõ
	Đau bụng	Không rõ
	Tiêu chảy	Không rõ
	Khó tiêu	Không rõ
	Buồn nôn	Không rõ
	Viêm gan*	Không rõ
	Phù mạch	Không rõ
Rối loạn gan mật	Rậm lòng	Không rõ
	Đốm xuất huyết	Không rõ
	Bầm máu	Không rõ
	Teo da	Không rõ
	Sung huyết	Không rõ
	Tăng tiết mồ hôi	Không rõ
	Da nổi vân	Không rõ
	Phát ban	Không rõ
	Ngứa	Không rõ
	Mày đay	Không rõ
Rối loạn da và các mô dưới da	Mụn	Không rõ
	Giảm sắc tố da	Không rõ
	Yếu cơ	Không rõ
	Đau cơ	
	Bệnh cơ	Không rõ
	Teo cơ	Không rõ
	Loãng xương	Không rõ
	Hoại tử xương	Không rõ
	Gãy xương bệnh lý	Không rõ
	Bệnh khớp do thần kinh	Không rõ
Rối loạn cơ xương và các mô liên kết	Đau khớp	Không rõ
	Chậm tăng trưởng	Không rõ

Rối loạn hệ sinh sản và vú	Kinh nguyệt không đều	Không rõ
Rối loạn chung và rối loạn tại chỗ dùng thuốc	Chậm lành vết thương	Không rõ
	Phù ngoại biên	Không rõ
	Mệt mỏi	Không rõ
	Khó chịu	Không rõ
Các chỉ số xét nghiệm/kiểm tra	Phản ứng tại chỗ tiêm	Không rõ
	Tăng nhãn áp	Không rõ
	Giảm dung nạp carbohydrat	Không rõ
	Giảm kali máu	Không rõ
	Tăng calci trong nước tiểu	Không rõ
	Tăng alanin aminotransferase	Không rõ
	Tăng aspartat aminotransferase	Không rõ
	Tăng phosphatase kiềm máu	Không rõ
	Tăng ure máu	Không rõ
Các biến chứng do thủ thuật, chấn thương và ngộ độc	Giảm phản ứng với các xét nghiệm trên da	Không rõ
	Gãy xương cột sống do chèn ép	Không rõ
	Đứt gân	Không rõ

Các tác dụng không mong muốn dưới đây đã được báo cáo với các đường dùng bị chống chỉ định sau: Nội tử/ Ngoại tử: Viêm màng nhện, rối loạn chức năng đường tiêu hóa/rối loạn chức năng bàng quang, đau đầu, viêm màng não, liệt nhẹ hai chi dưới/liệt hai chân, động kinh, rối loạn cảm giác. Không rõ tần suất xuất hiện của các tác dụng không mong muốn này.

* Không phải là một Thuật ngữ ưu tiên (PT) của MedDRA

* Viêm gan đã được báo cáo khi tiêm truyền thuốc qua tĩnh mạch (xem phần 6. Cảnh báo và thận trọng khi dùng thuốc).

* Viêm phúc mạc có thể là dấu hiệu hoặc triệu chứng tiêu biểu chính của rối loạn tiêu hóa như thủng ruột, tắc ruột hoặc viêm tụy (xem phần 6. Cảnh báo và thận trọng khi dùng thuốc).

11. Quá liều và cách xử trí:

11.1. Quá liều:

Chưa gặp các hội chứng lâm sàng về quá liều cấp tính với corticosteroid. Báo cáo về độc tính cấp và/hoặc tử vong sau khi quá liều corticosteroid rất hiếm.

11.2. Cách xử trí khi dùng thuốc quá liều:

Trong trường hợp quá liều, không có thuốc giải độc đặc hiệu mà chỉ điều trị hỗ trợ và điều trị triệu chứng. Methylprednisolon có thể thẩm tách được.

12. Thông tin về dược lý, lâm sàng:

12.1. Đặc tính dược lực học:

Nhóm dược lý: Thuốc glucocorticoid tổng hợp

Mã ATC: H02AB04

Dược lý và cơ chế tác dụng:

Methylprednisolon là steroid chống viêm có hiệu lực chống viêm lớn hơn prednisolon và cũng ít gây giữ nước và natri hơn prednisolon.

Methylprednisolon natri succinat có cùng tác dụng chuyển hóa và chống viêm như methylprednisolon. Khi dùng đường tiêm và với lượng đồng mol, thì cả 2 chất này đều tương đương về hoạt tính sinh học. Tiêm lực tương đối khi so sánh methylprednisolon natri succinat với hydrocortison natri succinat về tác dụng làm giảm lượng bạch cầu ái toan sau khi dùng tiêm tĩnh mạch, là ít nhất 4/1. Điều này cũng trùng khớp với tiêm lực tương đối khi so sánh hai chế phẩm này theo đường uống.

12.2. Đặc tính dược động học:

Đặc tính dược động học của methylprednisolon tiêm tĩnh, không phụ thuộc vào đường dùng.

Hấp thu:

Sau khi tiêm bắp 40 mg methylprednisolon natri succinat cho 14 người tình nguyện nam trưởng thành khỏe mạnh, nồng độ đỉnh trung bình là 454 nanogam/mL đạt được sau 1 giờ. Đến giờ thứ 12, thấy nồng độ methylprednisolon trong huyết tương giảm xuống 31,9 nanogam/mL. Sau khi tiêm 18 giờ, không còn tìm thấy methylprednisolon. Dựa vào diện tích dưới đường cong (AUC), biểu hiện của tổng lượng thuốc được hấp thu, thì tiêm bắp methylprednisolon natri succinat tương đương với cùng liều tiêm tĩnh mạch.

Những kết quả của một nghiên cứu đã chứng minh rằng ester natri succinat của methylprednisolon được chuyển đổi nhanh và mạnh thành methylprednisolon có hoạt tính sau khi dùng theo mọi đường dùng. Mức độ hấp thu của methylprednisolon tự do sau khi tiêm tĩnh mạch và tiêm bắp là tương đương và lớn hơn rõ rệt so với mức độ hấp thu sau khi uống methylprednisolon dạng dung dịch và dạng viên nén. Vì lượng methylprednisolon

được hấp thu sau khi tiêm bắp và tiêm tĩnh mạch là tương đương, dù đã có lượng lớn hơn của ester hemisuccinat vào được tuần hoàn chung sau khi tiêm tĩnh mạch, có thể cho rằng ester đã được chuyển hóa trong mô sau khi tiêm bắp và sau đó được hấp thu dưới dạng methylprednisolon tự do.

Phân bố:

Methylprednisolon được phân bố rộng rãi vào các mô, qua hàng rào máu não, và bài tiết qua sữa mẹ. Thể tích phân bố biểu kiến của thuốc là khoảng 1,4 L/kg. Khả năng gắn với protein huyết tương ở người là xấp xỉ 77%.

Chuyển hóa:

Ở người, methylprednisolon được chuyển hóa ở gan thành các chất chuyển hóa không hoạt tính: hầu hết thành 20 α -hydroxymethylprednisolon và 20 β -hydroxy methylprednisolon. Chuyển hóa ở gan chủ yếu thông qua CYP3A4 (Để biết danh sách các tương tác thuốc dựa trên chuyển hóa trung gian qua CYP3A4 (Xem phần 9.1. Tương tác của thuốc)). Methylprednisolon, cũng như nhiều cơ chất của CYP3A4, cũng có thể là một cơ chất của protein vận chuyển p-glycoprotein gắn ATP (ATP-binding cassette, ABC), ảnh hưởng đến sự phân bố trong mô và tương tác với các thuốc khác.

Thải trừ:

Thời gian bán thải trung bình của methylprednisolon từ 1,8 đến 5,2 giờ. Độ thanh thải toàn phần xấp xỉ 5 – 6 mL/phút/kg.

12.3. Dữ liệu an toàn tiền lâm sàng:

Dựa trên các nghiên cứu quy ước về tính an toàn dược lý và độc tính của liều lặp lại, không nhận thấy có tác dụng không mong muốn ngoài dự đoán nào. Độc tính quan sát được trong các nghiên cứu liều lặp lại phù hợp với kết quả dự tính do phơi nhiễm liên tục với steroid ngoại sinh của võ thỏ nhện.

Khả năng gây ung thư:

Methylprednisolon chưa được chính thức đánh giá trong các nghiên cứu về khả năng gây ung thư trên động vật gặm nhấm. Đã thu được các kết quả khác nhau với các glucocorticoid khác được thử nghiệm về khả năng gây ung thư ở chuột nhắt và chuột cống. Tuy nhiên, dữ liệu công bố cho thấy một số glucocorticoid liên quan bao gồm budesonid, prednisolon, và triamcinolon acetonid có thể làm tăng tỷ lệ bị u tuyến và ung thư biểu mô tế bào gan sau khi dùng qua đường uống trong nước uống của chuột cống đực. Các tác dụng hình thành khối u này gặp ở các liều thấp hơn các liều lâm sàng thường dùng tính theo mg/m².

Khả năng đột biến gen:

Methylprednisolon chưa được đánh giá chính thức về khả năng gây đột biến gen. Tuy nhiên, methylprednisolon sulfonat, có cấu trúc tương tự như methylprednisolon, không gây đột biến gen bất kể có được kích hoạt trao đổi chất hay không ở *Salmonella typhimurium* từ 250 đến 2.000 μ g/đĩa, hoặc trong thử nghiệm đột biến gen tế bào động vật có vú sử dụng tế bào buồng trứng chuột đồng Trung Quốc từ 2.000 đến 10.000 μ g/mL. Methylprednisolon sulfonat không gây tổng hợp AND đột xuất trong tế bào gan chuột cống đầu tiên từ 5 đến 1.000 μ g/mL. Hơn nữa, xét nghiệm đột biến gen tế bào gan cho thấy prednisolon farnesylat (PNF), có cấu trúc tương tự như methylprednisolon, không gây đột biến gen bất kể có được kích hoạt trao đổi chất hay không ở các chủng *Salmonella typhimurium* và *Escherichia coli* từ 312 đến 5.000 μ g/đĩa. Trong một dòng tế bào nguyên bào sợi của chuột đồng Trung Quốc, PNF làm tăng nhẹ về tỷ lệ sai hình nhiễm sắc thể cấu trúc với kích hoạt trao đổi chất ở nồng độ cao nhất được thử nghiệm là 1.500 μ g/mL.

Độc tính trên hệ sinh sản:

Corticosteroid đã được quan sát thấy làm giảm khả năng sinh sản khi dùng trên chuột cống. Chuột cống đực được cho dùng corticosteron với các liều 0, 10, và 25 mg/kg/ngày qua đường tiêm dưới da một lần hàng ngày trong 6 tuần và giao phối với con cái không dùng thuốc. Liều cao được giảm xuống 20 mg/kg/ngày sau ngày 15. Quan sát thấy giảm số nút giao cấu, tình trạng này có thể là do giảm trọng lượng cơ quan phụ. Số điểm trứng làm tổ và số bào thai sống giảm.

Đã có quan sát cho thấy các corticosteroid gây quái thai ở nhiều loài khi dùng liều tương đương với liều ở người. Trong các nghiên cứu về sinh sản ở động vật, các glucocorticoid như methylprednisolon đã cho thấy làm tăng tỷ lệ dị tật (hở hàm ếch, dị tật xương), chết phôi thai (ví dụ tiêu thai), và làm bào thai chậm phát triển trong tử cung.

13. Quy cách đóng gói:

Hộp 1 lọ bột đồng khô + 1 ống nước cất pha tiêm 1ml

14. Điều kiện bảo quản, hạn dùng, tiêu chuẩn chất lượng của thuốc

14.1 Điều kiện bảo quản:

Nơi khô, nhiệt độ không quá 30°C, tránh ánh sáng.

14.2 Hạn dùng:

- Lọ thuốc tiêm đồng khô: 36 tháng kể từ ngày sản xuất

- Ống dung môi: 48 tháng kể từ ngày sản xuất

- Hạn dùng sau khi pha chế: Dung dịch thuốc Methylprednisolon natri succinat sau khi pha được bảo quản nhiệt độ 15°C - 30°C và sử dụng trong vòng 48 giờ.

14.3 Tiêu chuẩn chất lượng:

- Lọ thuốc tiêm đồng khô: USP

- Ống dung môi: ĐEVN

15. Tên, địa chỉ cơ sở sản xuất

CÔNG TY CỔ PHẦN DƯỢC – TTYT BÌNH ĐỊNH (BIDIPHAR)
498 Nguyễn Thái Học, P. Quang Trung, Tp. Quy Nhơn, tỉnh Bình Định, Việt Nam
ĐT: 0256.3846500 - 3846040 * Fax: 0256.3846846