

**RISPERIDON****Tên chung quốc tế:** Risperidone.**Mã ATC:** N05AX08.**Loại thuốc:** Thuốc chống loạn thần không điển hình.**Dạng thuốc và hàm lượng**

Viên nén: 0,25 mg; 0,5 mg; 1 mg; 2 mg; 3 mg; 4 mg.

Dung dịch uống: 1 mg/ml.

Thuốc tiêm: 25 mg, 37,5 mg, 50 mg (hỗn dịch giải phóng kéo dài để tiêm bắp).

**Dược lực học**

Risperidon là thuốc chống loạn thần không điển hình loại benzisoxazol (còn gọi là thuốc chống loạn thần thế hệ thứ hai). Thuốc có tác dụng đối kháng chọn lọc với thụ thể serotonin typ 2 (5-HT<sub>2</sub>) và thụ thể dopamin typ 2 (D<sub>2</sub>). Risperidon cũng gắn với thụ thể adrenergic alpha<sub>1</sub>, nhưng ái lực thấp hơn so với thụ thể histamin H<sub>1</sub> và thụ thể adrenergic alpha<sub>2</sub>. Thuốc không có ái lực với thụ thể cholinergic. Thuốc ít có khuynh hướng gây ra hội chứng Parkinson nhưng có thể gây ra loạn trương lực cơ cấp và chứng đứng ngồi không yên (akathisia).

Thông thường, các thuốc chống loạn thần thể hiện tác dụng thông qua ức chế thụ thể dopamin D<sub>2</sub>. Tác dụng ngoại tháp của thuốc cũng do chẹn thụ thể dopamin D<sub>2</sub> ở thể vân (striatum). Có thể một số tác dụng mạnh khác của risperidon đã bù đắp cho hoạt tính của D<sub>2</sub> để tạo ra tính chất “không điển hình của thuốc”.

Tác dụng đối kháng serotonin (5-HT<sub>2</sub>) làm tăng hiệu quả đối với các triệu chứng âm của bệnh tâm thần phân liệt và có thể làm giảm các triệu chứng ngoại tháp. Risperidon có tác dụng an thần, do đó có thể có tương tác với thuốc giảm đau và an thần. Risperidon đặc biệt hữu ích đối với người bệnh đã dùng các thuốc chống loạn thần điển hình và xuất hiện triệu chứng ngoại tháp. Thuốc có tác dụng chinh khí sắc trong điều trị hưng cảm ở bệnh nhân rối loạn lưỡng cực.

**Dược động học**

**Hấp thu:** Risperidon được hấp thu tốt khi uống. Thức ăn không ảnh hưởng đến tốc độ hoặc mức độ hấp thu. Sinh khả dụng khi dùng risperidon đường uống là 70%. Sinh khả dụng khi uống viên nén risperidon bằng 94% so với dung dịch uống.

Sau khi tiêm bắp, chỉ 1 lượng nhỏ risperidon (< 1%) được giải phóng ngay lập tức. Thuốc được giải phóng sau 4 - 6 tuần, chủ yếu từ tuần thứ 3 trở đi và giảm dần ở tuần thứ 7.

**Phân bố:** Thuốc được phân bố nhanh chóng. Thể tích phân bố của risperidon là 1 - 2 lít/kg. Thuốc liên kết với albumin và alpha1-acid glycoprotein. Tỷ lệ gắn kết với protein huyết tương của risperidon và chất chuyển hóa có hoạt tính 9-hydroxy-risperidon lần lượt là 90% và 77%.

**Chuyển hóa:** Risperidon được chuyển hóa chủ yếu tại gan qua cytochrom P450 2D6 thành chất chuyển hóa 9-hydroxy-risperidon. Chất chuyển hóa này có hiệu lực tương đương risperidon về hoạt tính gắn với thụ thể và có nửa đời thải trừ là 20 ± 3 giờ.

**Thải trừ:** Thuốc đào thải chủ yếu qua nước tiểu và một phần qua phân. Thuốc ở dạng không chuyển hóa và chất chuyển hóa có hoạt tính trong nước tiểu chiếm 35 - 45% liều dùng. Khi dùng đường uống, nửa đời thải trừ của risperidon khoảng 3 giờ.

**Chỉ định**

Tâm thần phân liệt.

Giai đoạn hưng cảm trong rối loạn lưỡng cực.

Triệu chứng hành vi, kích động ở bệnh nhân sa sút trí tuệ.

Các rối loạn hành vi ở trẻ rối loạn phổ tự kỷ trên 5 tuổi.

**Chống chỉ định**

Có tiền sử mẫn cảm với risperidon. Không tiêm bắp cho trẻ em.

**Thận trọng**

**Tăng tỷ lệ tử vong ở người già mắc chứng sa sút trí tuệ:** Dữ liệu từ các nghiên cứu quan sát lớn cho thấy những người cao tuổi mắc sa sút trí tuệ được điều trị bằng thuốc chống loạn thần làm tăng nguy cơ tử vong. Mặc dù vậy, chưa có đủ dữ liệu để ước tính nguy cơ của các thuốc chống loạn thần và cơ chế chưa được làm rõ.

**Sử dụng đồng thời với furosemid:** Trong các thử nghiệm có đối chứng với giả dược ở bệnh nhân cao tuổi sa sút trí tuệ, kết hợp risperidon và furosemid làm tăng nguy cơ tử vong so với risperidon đơn độc. Tuy nhiên, phối hợp risperidon và các thuốc lợi tiểu khác (chủ yếu là lợi tiểu thiazid liều thấp) không cho kết quả tương tự.

Mặc dù cơ chế chưa được làm rõ, tuy nhiên cần thận trọng và cân nhắc nguy cơ/lợi ích khi phối hợp thuốc lợi tiểu mạnh với risperidon. Mất cân bằng nước là yếu tố nguy cơ gây tử vong và do đó cần cẩn thận trọng ở bệnh nhân cao tuổi mắc sa sút trí tuệ.

**Biến cố bất lợi trên mạch máu não:** Trong các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng ở bệnh nhân sa sút trí tuệ, nguy cơ xảy ra các biến cố bất lợi trên mạch máu não của một số thuốc chống loạn thần không điển hình tăng khoảng 3 lần so với giả dược. Không loại trừ nguy cơ này đối với các thuốc chống loạn thần khác hoặc trên nhóm bệnh nhân khác. Thận trọng khi sử dụng risperidon cho những bệnh nhân có sẵn các yếu tố nguy cơ đột quỵ.

**Hạ huyết áp tư thế:** Do có tác dụng chẹn alpha, risperidon có thể gây ra hạ huyết áp tư thế, đặc biệt khi khởi đầu điều trị. Hạ huyết áp có ý nghĩa lâm sàng đã được ghi nhận khi sử dụng đồng thời risperidon và thuốc điều trị tăng huyết áp. Risperidon nên được dùng thận trọng cho những bệnh nhân có bệnh tim mạch (như suy tim, nhồi máu cơ tim, rối loạn dẫn truyền, mất nước, giảm thể tích máu hoặc bệnh mạch máu não). Để hạn chế hạ huyết áp tư thế, nên tăng liều từ từ và có thể giảm liều ở bệnh nhân gặp tác dụng không mong muốn này.

**Giảm bạch cầu, giảm bạch cầu trung tính và mất bạch cầu hạt:** Bệnh nhân có tiền sử giảm bạch cầu có ý nghĩa lâm sàng hoặc có giảm bạch cầu/giảm bạch cầu trung tính do thuốc nên được theo dõi trong những tháng đầu điều trị. Bệnh nhân giảm bạch cầu trung tính nên được theo dõi chặt chẽ khi sốt hoặc có các triệu chứng/dấu hiệu của nhiễm trùng và cần được điều trị kịp thời. Bệnh nhân có giảm bạch cầu trung tính nghiêm trọng (< 1 × 10<sup>9</sup>/lít) nên ngừng dùng thuốc và theo dõi số lượng bạch cầu cho đến khi trở về bình thường.

**Loạn vận động muện/hội chứng ngoại tháp:** Các thuốc đối kháng thụ thể dopamin có thể gây ra loạn vận động muện đặc trưng bởi các cử động không chủ đích có tính chất lặp lại. Khởi phát hội chứng ngoại tháp là yếu tố nguy cơ của loạn vận động muện. Nếu các dấu hiệu và triệu chứng của loạn vận động muện xuất hiện, cần nhắc ngừng sử dụng tất cả các thuốc chống loạn thần.

Cần thận trọng ở những bệnh nhân dùng đồng thời cả chất kích thích tâm thần (ví dụ methylphenidat) và risperidon do các hội chứng ngoại tháp có thể xuất hiện khi điều chỉnh một hoặc cả hai thuốc.

**Hội chứng an thần kinh ác tính:** Hội chứng an thần kinh ác tính đặc trưng bởi tăng thân nhiệt, cứng cơ, rối loạn thần kinh thực vật, thay



đôi tri giác và tăng nồng độ creatin phosphokinase huyết thanh đã được báo cáo xảy ra với thuốc chống loạn thần. Các dấu hiệu khác có thể bao gồm myoglobin niệu (tiêu cơ vân) và suy thận cấp. Nếu xảy ra, nên ngừng sử dụng tất cả các thuốc chống loạn thần, bao gồm cả risperidon.

**Bệnh Parkinson và chứng mất trí nhớ thể Lewy:** Cần nhắc lợi ích, nguy cơ khi sử dụng thuốc chống loạn thần cho bệnh nhân Parkinson hoặc bệnh nhân mắc chứng mất trí nhớ thể Lewy. Bệnh Parkinson có thể trở nên nghiêm trọng hơn khi dùng risperidon. Cả hai nhóm bệnh nhân này có thể tăng nguy cơ mắc hội chứng an thần kinh ác tính cũng như tăng nhạy cảm với các thuốc chống loạn thần. Biểu hiện của tăng nhạy cảm với thuốc chống loạn thần ngoài các triệu chứng ngoại tháp có thể bao gồm lú lẫn, thiếu tỉnh táo, ngã do mất cân bằng.

**Tăng đường huyết và đái tháo đường:** Đã có báo cáo risperidon gây tăng đường huyết, khởi phát đái tháo đường hoặc làm nặng hơn bệnh đái tháo đường có sẵn. Hôn mê do đái tháo đường hiếm khi xảy ra và thường không liên quan đến nhiễm toan ceton. Bệnh nhân được điều trị bằng bất kỳ loại thuốc chống loạn thần không điển hình nên được theo dõi các triệu chứng của tăng đường huyết. Bệnh nhân đái tháo đường nên được kiểm tra đường huyết thường xuyên.

**Tăng prolactin huyết:** Tăng prolactin huyết là ADR thường gặp khi điều trị bằng risperidon. Định lượng prolactin máu được khuyến cáo ở những bệnh nhân có dấu hiệu của tác dụng không mong muốn liên quan đến prolactin như vú to ở nam giới, rối loạn kinh nguyệt, không rụng trứng, rối loạn khả năng sinh sản, giảm ham muốn, rối loạn cương dương, hội chứng đa tiết sữa (hội chứng Galactorrhoea).

Thận trọng khi dùng risperidon cho những bệnh nhân tăng prolactin huyết và bệnh nhân có thể có khối u phụ thuộc prolactin.

**Kéo dài khoảng QT:** Tương tự như các thuốc chống loạn thần khác, thuốc có thể làm tăng nguy cơ gây loạn nhịp tim. Do đó, cần thận trọng khi kê đơn risperidon cho bệnh nhân có bệnh tim mạch, tiền sử gia đình có người bị kéo dài khoảng QT, nhịp tim chậm hoặc rối loạn điện giải (hạ kali huyết, hạ magesi huyết), bệnh nhân dùng đồng thời với các loại thuốc kéo dài khoảng QT.

**Cơ giât:** Thận trọng khi dùng risperidon ở bệnh nhân có tiền sử co giât hoặc các bệnh lý khác có khả năng làm giảm ngưỡng co giât.

**Huyết khối tĩnh mạch sâu:** Các trường hợp huyết khối tĩnh mạch đã được báo cáo khi dùng thuốc chống loạn thần. Bệnh nhân được điều trị bằng thuốc chống loạn thần thường có các yếu tố nguy cơ huyết khối tĩnh mạch. Do đó cần phát hiện tất cả các yếu tố nguy cơ huyết khối tĩnh mạch trước và trong khi điều trị bằng risperidon và thực hiện các biện pháp dự phòng thích hợp.

### Thời kỳ mang thai

Chưa có dữ liệu đầy đủ về tính an toàn của risperidon trên phụ nữ mang thai. Trẻ sơ sinh phơi nhiễm với thuốc chống loạn thần trong ba tháng cuối thai kỳ có nguy cơ gặp các phản ứng bất lợi bao gồm các triệu chứng ngoại tháp, triệu chứng cai thuốc ở khoảng thời gian sau khi sinh. Đã có báo cáo về tình trạng kích động, tăng hoặc giảm trương lực cơ, run, buồn ngủ, suy hô hấp hoặc rối loạn ăn uống. Do đó, cần theo dõi chặt chẽ trẻ sơ sinh có phơi nhiễm với risperidon.

Chỉ sử dụng risperidon cho phụ nữ mang thai khi lợi ích vượt trội nguy cơ.

### Thời kỳ cho con bú

Risperidon và chất chuyển hóa chính 9-hydroxyrisperidon có thể

bài tiết 1 lượng nhỏ vào sữa mẹ. Chưa có đầy đủ dữ liệu về tác dụng không mong muốn khi dùng risperidon ở trẻ bú sữa mẹ. Lợi ích của việc nuôi con bằng sữa mẹ cần được cân nhắc với những nguy cơ tiềm ẩn cho trẻ.

### Tác dụng không mong muốn (ADR)

#### Thường gặp

TKTW: chóng mặt, tăng kích thích, lo âu, ngủ gà, triệu chứng ngoại tháp, nhức đầu, hội chứng Parkinson.

Tiêu hóa: táo bón, buồn nôn, nôn, khó tiêu, đau bụng, chán ăn, tăng tiết nước bọt, đau răng.

Hô hấp: viêm mũi, ho, viêm xoang, viêm họng, khó thở, nhiễm trùng đường hô hấp trên

Da: ban, da khô, tăng tiết bã nhờn.

Cơ - xương - khớp: đau cơ, khớp.

Tim mạch: nhịp tim nhanh, hạ huyết áp tư thế.

Mắt: nhìn mờ.

Máu và hệ tạo máu: thiếu máu.

Phản ứng bất lợi chung và tại vị trí tiêm: phù, sốt, mệt mỏi, phản ứng tại vị trí tiêm

#### Ít gặp

TKTW: rối loạn vận động, run.

Tiêu hóa: đại tiện không tự chủ, khó nuốt, đầy hơi.

Hô hấp: tắc nghẽn đường hô hấp, khó khè.

Da: ngứa, rụng tóc, chàm, đổi màu da, mụn trứng cá.

Cơ - xương - khớp: cứng khớp, yếu cơ, sưng khớp.

Tim mạch: kéo dài khoảng QT, chậm nhịp tim, đánh trống ngực, rung nhĩ

Mắt: viêm kết mạc, tăng tiết nước mắt, sung huyết.

Máu và hệ tạo máu: giảm bạch cầu, tiểu cầu.

Phản ứng bất lợi chung và tại vị trí tiêm: tăng thân nhiệt, khát nước, chai sần tại vị trí tiêm.

#### Hiếm gặp

TKTW: rối loạn giấc ngủ, cảm xúc.

Tiêu hóa: viêm tụy, tắc ruột cơ học, sung lưỡi, viêm môi.

Hô hấp: hội chứng ngừng thở khi ngủ, viêm phổi, ran phổi, rối loạn hô hấp.

Da: dày sừng, tổn thương da.

Tim mạch: loạn nhịp xoang.

Mắt: tắc động mạch võng mạc, tăng nhãn áp, rối loạn chuyển động mắt, đảo mắt, sợ ánh sáng, đóng vảy bờ mí mắt.

Nội tiết và chuyển hóa: rối loạn cương dương, kinh nguyệt, nữ hóa tuyến vú.

Máu và hệ tạo máu: mắt bạch cầu hạt, giảm bạch cầu trung tính, tăng bạch cầu ưa acid.

### Liều lượng và cách dùng

#### Cách dùng

Đường uống: Uống 1 lần hoặc 2 lần trong ngày. Thời điểm uống không phụ thuộc bữa ăn.

Risperidon có thể tiêm bắp và cơ delta hoặc cơ mông, không dùng đường tiêm tĩnh mạch. Hỗn dịch pha xong phải tiêm ngay. Nếu quá 2 phút, phải lắc kỹ trước khi tiêm. Nên tiêm xen kẽ hai bên tay (cơ delta) và mông (cơ mông).

#### Liều lượng

#### Điều trị tâm thần phân liệt

##### Người lớn

Đường uống: Khởi đầu 2 mg/ngày, chia 1 - 2 lần. Tăng dần liều



theo đáp ứng 1 - 2 mg/ngày sau mỗi 24 giờ. Liều thường dùng 4 - 6 mg/ngày. Dùng liều trên 10 mg không tăng hiệu quả điều trị nhưng làm tăng tác dụng không mong muốn và nguy cơ triệu chứng ngoại tháp. Liều tối đa là 16 mg/ngày.

Tiêm bắp: Khởi đầu: 25 mg/ngày mỗi 2 tuần ở bệnh nhân uống risperidon  $\leq$  4 mg/ngày và 37,5 mg mỗi 2 tuần ở bệnh nhân uống risperidon  $>$  4 mg/ngày.

Điều chỉnh tăng liều 12,5 mg mỗi 4 tuần.

Trong khi khởi đầu risperidon đường tiêm, tiếp tục dùng risperidon đường uống 4 - 6 tuần và có thể dùng trong giai đoạn điều chỉnh liều.

*Người cao tuổi*

Đường uống: khởi đầu 1 mg/ngày, chia 2 lần. Tăng dần liều theo đáp ứng 0,5 mg/lần, 2 lần/ngày tới liều liều thường dùng là 2 - 4 mg/ngày.

**Điều trị giai đoạn hưng cảm trong rối loạn lưỡng cực**

*Người lớn*

Đường uống: khởi đầu 2 mg/lần, 1 lần/ngày. Tăng dần liều theo đáp ứng 1 mg/ngày. Liều thường dùng 1 - 6 mg/ngày.

*Người cao tuổi*

Đường uống: Khởi đầu với liều 0,5 mg/lần, ngày 2 lần. Tăng dần liều theo đáp ứng 0,5 mg/lần, 2 lần/ngày tới liều 1 - 2 mg/ngày, 2 lần/ngày.

**Điều trị triệu chứng hành vi, kích động ở bệnh nhân sa sút trí tuệ**

*Người lớn*

Đường uống: Khởi đầu 0,25 mg/lần, 2 lần/ngày. Tăng dần liều theo đáp ứng 0,25 mg/lần, 2 lần/ngày. Liều tối đa là 1 mg/lần, ngày 2 lần.

**Điều trị các rối loạn hành vi ở trẻ rối loạn phổ tự kỷ trên 5 tuổi**

Đường uống: Khởi đầu 0,25 mg/ngày cho trẻ có cân nặng  $<$  20 kg và 0,5 mg/ngày cho trẻ có cân nặng  $\geq$  20 kg. Thuốc có thể cho uống 1 - 2 lần/ngày. Liều lượng được điều chỉnh tùy theo đáp ứng và dung nạp thuốc của từng người bệnh. Tối thiểu 4 ngày sau liều đầu tiên, liều có thể tăng tới liều khuyến cáo 0,5 mg/ngày đối với trẻ có cân nặng  $<$  20 kg và 1 mg/ngày đối với trẻ có cân nặng  $\geq$  20 kg. Sau đó, liều này được duy trì tối thiểu 14 ngày. Đối với người bệnh không đáp ứng, liều có thể tăng cách nhau 2 tuần hoặc hơn, mỗi lần tăng 0,25 mg/ngày đối với người bệnh có cân nặng  $<$  20 kg hoặc 0,5 mg/ngày đối với người bệnh có cân nặng  $\geq$  20 kg. Khi đã đạt được đáp ứng lâm sàng, cần nhắc giảm liều để đạt được cân bằng giữa hiệu quả và an toàn.

**Bệnh nhân suy giảm chức năng gan, thận**

Khởi đầu uống 0,5 mg/lần, ngày 2 lần trong tuần đầu tiên. Tuần tiếp theo tăng liều đến 1 mg/lần, 2 lần/ngày hoặc 2 mg/lần, 1 lần/ngày. Nếu bệnh nhân dung nạp risperidon đường uống với liều 2 mg, có thể tiêm bắp 25 mg mỗi 2 tuần.

**Tương tác thuốc**

**Tương tác dược lực học**

**Thuốc kéo dài khoảng QT:** Tương tự các thuốc chống loạn thần khác, thận trọng khi kê đơn risperidon với các thuốc có tác dụng kéo dài khoảng QT, ví dụ thuốc chống loạn nhịp tim (ví dụ quinidin, dysopyramid, procainamid, propafenon, amiodaron, sotalol), thuốc chống trầm cảm ba vòng (amitriptylin), thuốc chống trầm cảm bốn vòng (maprotilin), một số thuốc kháng histamin, thuốc chống loạn thần khác, thuốc chống sốt rét (quinin và mefloquin) và thuốc gây mất cân bằng điện giải (hạ kali huyết, hạ magesi huyết), chậm nhịp tim.

**Thuốc tác dụng trên TKTW** (như rượu, nhóm opioid, thuốc kháng histamin và benzodiazepin): Thận trọng khi kết hợp do tăng nguy

cơ an thần.

**Levodopa và chất chủ vận dopamin:** Risperidon có thể đối kháng tác dụng của levodopa và các chất chủ vận dopamin. Nếu cần thiết phải kết hợp thuốc, đặc biệt là ở bệnh nhân Parkinson giai đoạn cuối nên sử dụng liều thấp nhất có hiệu quả với mỗi thuốc.

**Thuốc có tác dụng hạ huyết áp:** Hạ huyết áp có ý nghĩa lâm sàng đã được ghi nhận khi sử dụng đồng thời với risperidon và thuốc điều trị tăng huyết áp.

**Tương tác dược động học**

Risperidon được chuyển hóa chủ yếu qua CYP2D6 và một phần qua CYP3A4. Cả risperidon và chất chuyển hóa có hoạt tính 9-hydroxy-risperidon đều là cơ chất của P-glycoprotein (P-gp). Các thuốc làm thay đổi hoạt tính enzym CYP2D6 hoặc các chất ức chế hay cảm ứng mạnh CYP3A4, P-gp có thể ảnh hưởng đến dược động học của risperidon và chất chuyển hóa có hoạt tính.

**Thuốc ức chế mạnh CYP2D6:** làm tăng nồng độ trong huyết tương của risperidon và chất chuyển hóa có hoạt tính. Khi bắt đầu hoặc ngừng sử dụng đồng thời thuốc ức chế mạnh CYP2D6 (ví dụ paroxetin, quinidin) đặc biệt ở liều cao, nên đánh giá lại liều dùng của risperidon.

**Chất ức chế CYP3A4 hoặc P-gp:** làm tăng đáng kể nồng độ trong huyết tương của risperidon và chất chuyển hóa có hoạt tính. Khi bắt đầu hoặc ngừng việc sử dụng đồng thời thuốc ức chế mạnh CYP3A4 hoặc P-gp (ví dụ itraconazol), nên đánh giá lại liều dùng của risperidon.

**Chất cảm ứng CYP3A4 hoặc P-gp:** làm giảm nồng độ trong huyết tương của risperidon và chất chuyển hóa có hoạt tính. Khi bắt đầu hoặc ngừng sử dụng thuốc cảm ứng mạnh CYP3A4 hoặc P-gp (ví dụ carbamazepin), nên đánh giá lại liều dùng của risperidon.

**Quá liều và xử trí**

**Triệu chứng:** Dấu hiệu và triệu chứng thường gặp do sự tăng mạnh những tác dụng dược lý đã biết của risperidon như buồn ngủ, an thần, nhịp tim nhanh và hạ huyết áp. Những triệu chứng quá liều khác gồm khoảng QT kéo dài, co giật và ngừng tim - hô hấp.

**Xử trí:** Thiết lập và duy trì thông khí để đảm bảo cung cấp oxy đầy đủ. Rửa dạ dày (sau khi đặt ống khí quản, nếu người bệnh mất ý thức) và cho than hoạt. Khả năng ý thức thu hẹp, có cơn động kinh hoặc loạn trương lực cơ ở đầu và cổ có thể gây nguy cơ hít phải chất nôn khi gây nôn.

Theo dõi tim mạch, điện tâm đồ liên tục để phát hiện loạn nhịp có thể xảy ra. Nếu áp dụng liệu pháp chống loạn nhịp, không dùng disopyramid, procainamid và quinidin do các thuốc này có nguy cơ kéo dài QT. Không dùng bretylium do làm tăng nguy cơ hạ huyết áp.

Không có thuốc giải độc đặc hiệu cho risperidon, cần dùng những biện pháp hỗ trợ thích hợp. Điều trị hạ huyết áp, suy tuần hoàn bằng bù dịch, thuốc tác dụng giống giao cảm (không dùng epinephrin và dopamin do kích thích beta có thể tăng thêm hạ huyết áp do tác dụng chẹn alpha của risperidon). Nếu có triệu chứng ngoại tháp nặng, dùng thuốc kháng cholinergic. Theo dõi chặt chẽ cho tới khi người bệnh hồi phục.

*Cập nhật lần cuối: 2020.*