

PDSOLONE-125 mg

THÀNH PHẦN

Mỗi lọ chứa:

165,74 mg methylprednisolone natri succinat USP tương đương với methylprednisolone 125 mg (dưới dạng bột) và khuẩn methylprednisolone natri succinat đậm 3% natri carbonat).

Tá dược: không có

Hàm lượng natri: Mỗi lọ 125 mg methylprednisolone chứa tương đương 14,6 mg (0,6 mmol) natri.

DƯỢC LỰC HỌC

Các glucocorticoid thiên nhiên (hydrocortison và cortison), có tính giữ muối, được dùng điều trị thay thế trong những tình trạng suy vô thượng thận. Những chất tổng hợp tương đồng với chúng được dùng chủ yếu do tác dụng kháng viêm mạnh trong các rối loạn của nhiều hệ thống cơ quan. Các glucocorticoid gây ra các tác dụng trên chuyển hóa sâu sắc và đa dạng. Hơn nữa, chúng còn biến đổi đáp ứng miễn dịch của cơ thể đối với nhiều kích thích khác nhau.

Methylprednisolone là một steroid kháng viêm mạnh. Nó có tính kháng viêm mạnh hơn prednisolone và có khuynh hướng giữ nước và muối ít hơn prednisolone.

Methylprednisolone natri succinat có cùng tác dụng trên chuyển hóa và kháng viêm như methylprednisolone. Khi dùng tiêm với lượng tương đương mol, hai chất tương tự nhau về hoạt tính sinh học.

DƯỢC ĐỘNG HỌC

Methylprednisolone gắn rộng rãi với protein huyết tương, chủ yếu gắn vào globulin và gắn với albumin ở mức độ ít hơn. Chỉ những corticoid tự do có tác dụng được lý hoặc được chuyển hoá. Sự chuyển hoá xảy ra ở gan và ở thận với mức độ ít hơn. Chất chuyển hoá được đào thải trong nước tiểu.

Thời gian bán thải trung bình từ 2,4 đến 3,5 giờ ở người lớn khoẻ mạnh bình thường và không phụ thuộc vào đường dùng.

Độ thanh thải toàn thân sau khi tiêm bắp hoặc tĩnh mạch của methylprednisolone ở người lớn tình nguyện khoẻ mạnh là khoảng 15 – 16 l/giờ. Nồng độ đỉnh trong huyết tương của methylprednisolone 33,67 mcg/100 ml đạt được sau 2 giờ dùng liều đơn 125 mg tiêm bắp ở 22 người lớn tình nguyện (nam).

CHỈ ĐỊNH

Khi trị liệu bằng đường uống không thích hợp và nồng độ, dạng dùng và đường dùng của thuốc này thích hợp để điều trị cho tình trạng bệnh thì PDSOLONE được chỉ định đường tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm bắp cho các tình trạng dưới đây:

- **Rối loạn nội tiết:** Thiểu năng vô tuyến thượng thận nguyên phát hoặc thứ phát (hydrocortison hoặc cortison là thuốc được chọn lựa, các đồng đẳng tổng hợp có thể được dùng kết hợp với mineralocorticoid khi thích hợp, bổ sung mineralocorticoid cho trẻ vị thành niên có tầm quan trọng đặc biệt). Thiểu năng vô tuyến thượng thận cấp (hydrocortison hoặc cortison là thuốc được chọn lựa, có thể cần phải bổ sung mineralocorticoid, nhất là khi dùng các đồng đẳng tổng hợp). Trước phẫu thuật và trong trường hợp bệnh nội tiết chẩn đoán trong trầm trọng ở những bệnh nhân đã biết thiểu năng tuyến thượng thận hoặc nghi ngờ dự trữ vô tuyến thượng thận. Sốc không đáp ứng với trị liệu thông thường nếu nghi ngờ hoặc tổn tại thiểu năng vô tuyến thượng thận. Tăng sản tuyến thượng thận bẩm sinh. Viêm tuyến giáp không mưng mủ. Tăng calci huyết kết hợp với ung thư.

- **Rối loạn khớp:** Điều trị hỗ trợ dùng ngắn hạn (giúp bệnh nhân vượt qua cơn cấp của bệnh) trong: Viêm xương khớp sau chấn thương, viêm màng hoạt dịch trong viêm xương khớp, viêm khớp dạng thấp, bao gồm viêm khớp dạng thấp ở thanh thiếu niên (các trường hợp chọn lọc có thể cần phải điều trị dự trị liều thấp), viêm túi thanh mạc cấp và bán cấp, viêm mủm lời cầu, viêm bao gân không đặc hiệu cấp, viêm khớp dạng gút cấp, viêm khớp dạng vẩy nến, viêm đốt sống cứng khớp.

- **Bệnh về chất tạo keo:** Điều trị cơn cấp hoặc dự trị trong các trường hợp chọn lọc như lupus ban đỏ toàn thân, viêm da - cơ toàn thân (viêm da cơ), viêm tim cấp dạng thấp.

Các bệnh về da: Pemphigus, ban đỏ da hình trâm trong (bệnh chứng Stevens-Johnson), viêm da tróc vảy, viêm da mụn nước dạng herpes, viêm da tiết bã nhờn nặng, vẩy nến trầm trọng, u sùi dạng nấm.

- **Các tình trạng dị ứng:** Kiểm soát các tình trạng dị ứng nặng hoặc khó trị trong các thử nghiệm thích hợp của trị liệu thông thường: Hen phế quản, viêm da tiếp xúc, viêm da dị ứng, bệnh huyết thanh, viêm mũi dị ứng theo mùa hoặc kín niên, phản ứng quá mẫn với thuốc, phản ứng mê say do truyền dịch, phù thanh quản không nhiễm trùng cấp (epinephrin là thuốc được lựa chọn đầu tiên).

- **Các bệnh về mắt:** Các quá trình viêm và dị ứng mạn tính và cấp tính trầm trọng liên quan đến mắt như: Viêm mắt zona, viêm màng mắt, viêm màng mắt - thể mi, viêm màng mạch - võng mạc, viêm màng mạch nhỏ sau lan tỏa và viêm mạch mạc, viêm dây thần kinh thị giác, viêm mắt đỏ cấp, viêm thủy tinh thể, viêm kết mạc dị ứng, viêm giác mạc, loét bờ giác mạc dị ứng.

- **Các bệnh đường tiêu hóa:** Giúp bệnh nhân vượt qua thời kỳ hiểm nghèo của bệnh: Viêm loét kết tràng (điều trị toàn thân), viêm đoạn ruột hồi (điều trị toàn thân).

- **Các bệnh đường hô hấp:** Bệnh sarcoid triệu chứng, chứng nhiễm độc berili, lao phổi phát tán hay bạo phát khi dùng đồng thời với hóa trị liệu kháng lao thích hợp, hội chứng Loeffler không thể điều trị bằng phương pháp khác, viêm phổi sặc.

- **Rối loạn huyết học:** Thiểu máu tan huyết mắc phải (tự miễn), ban xuất huyết giảm tiểu cầu tự phát ở người lớn (chỉ tiêm tĩnh mạch, chống chỉ định tiêm bắp), giảm lượng tiểu cầu thứ phát ở người lớn, chứng giảm nguyên hồng cầu, thiếu máu giảm sản bẩm sinh.

Các bệnh tạo khối u: Điều trị làm giảm tạm thời bệnh bạch cầu và u bạch huyết ở người lớn, bệnh bạch cầu cấp tính trẻ em.

- **Chỉ định trong hội chứng thận hư:** không có ure huyết do lupus ban đỏ.

- **Hệ thần kinh:** Cơn cấp của chứng da xơ cứng.

- **Các chỉ định khác:** Làm mẫn não khi dùng đồng thời hóa trị liệu kháng lao thích hợp. Bệnh giãn xoắn liên quan đến cơ tim hoặc thần kinh.

CÁCH DÙNG VÀ LIỀU DÙNG

- Triamandomylin và ketozonazol có thể ức chế sự chuyển hoá của methylprednisolone và do đó làm giảm sự thanh thải của thuốc này. Vì vậy cần điều chỉnh liều của methylprednisolone để tránh gây ngộ độc steroid.

- Methylprednisolone có thể làm tăng sự thanh thải của aspirin khi dùng liều cao kéo dài. Điều này dẫn đến giảm nồng độ salicylat trong huyết thanh hoặc tăng nguy cơ ngộ độc salicylat khi ngừng dùng methylprednisolone. Nên cần thận khi dùng phối hợp aspirin với các corticosteroid ở những bệnh nhân giảm prothrombin huyết.

- Có vài báo cáo cho thấy tăng nguy cơ giảm tác dụng của các thuốc chống đông khi dùng đồng thời với corticosteroid. Do đó, nên theo dõi chỉ số đông máu để duy trì tác dụng chống đông mong muốn.

- Methylprednisolone có thể gây tăng glucose huyết, do đó cần dùng liều insulin cao hơn.

QUẢ LIỆU

Những triệu chứng quả liều gồm biểu hiện hội chứng Cushing, yếu cơ và loãng xương, tất cả chỉ xảy ra khi sử dụng corticosteroid dài hạn. Khi sử dụng liều cao trong thời gian dài, tăng năng vô tuyến thượng thận và ức chế tuyến thượng thận có thể xảy ra. Trong những trường hợp này cần cần nhắc để có quyết định dùng dần tạm ngừng hoặc ngừng hẳn việc dùng corticosteroid.

BÓNG GÓI: Hộp 1 lọ

BẢO QUẢN: Bảo quản ở nơi khô mát dưới 30°C, tránh ánh sáng.

HẠN DÙNG: 36 tháng kể từ ngày sản xuất.

Không sử dụng thuốc quá hạn dùng in trên nhãn hộp.

THUỐC NÀY CHỈ DÙNG THEO ĐƠN CỦA BÁC SỸ.

ĐỌC KỸ HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG TRƯỚC KHI DÙNG

NEU CẦN THÊM THÔNG TIN XIN HỎI Ý KIẾN BÁC SỸ, DƯỢC SỸ.

ĐỂ XA TÂM TAY TRẺ EM.

Sản xuất bởi:

SWISS PARENTERALS PVT. LTD.

809 Kerala Industrial Estate, G.I.D.C, near Bavla, Dist Ahmedabad – 382 220, Gujarat - India.

SPIN-PDS-125PHN01-02

PIDSOLONE được dùng bằng đường tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm bắp hoặc truyền tĩnh mạch, trong cấp cứu ban đầu thường dùng bằng đường tiêm tĩnh mạch.

Người lớn: Liều lượng theo độ nặng hoặc mức độ nặng hay nhẹ của tình trạng bệnh, liều khởi đầu thường trong giới hạn 10 - 500 mg. Có thể cần phải dùng các liều cao hơn để điều trị ngắn hạn của tình trạng bệnh nặng, cấp tính. Nhìn chung, điều trị corticosteroid liều cao chỉ nên tiếp tục cho đến khi tình trạng của bệnh nhân ổn định, thường không vượt quá 48 giờ đến 72 giờ. Liều khởi đầu lên đến 250 mg nên dùng bằng đường tiêm tĩnh mạch trong khoảng thời gian tối thiểu 5 phút, liều vượt quá 250 mg nên dùng bằng các truyền tĩnh mạch trong khoảng thời gian tối thiểu 30 phút. Các liều sau đó có thể được dùng bằng cách tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm bắp với các khoảng thời gian này thuộc vào tình trạng lâm sàng và đáp ứng của bệnh nhân. Điều trị bằng corticosteroid khi là hỗ trợ, không được thay thế trị liệu chủ đạo.

Trẻ em: Trong điều trị các chỉ định liều cao như bệnh về huyết học, khớp, thần và da, khuyến cáo dùng một liều 30 mg/kg/ngày đến một liều tối đa 1 g/ngày. Có thể lặp lại liều này mỗi ngày hoặc cách ngày trong 3 đợt. Trong điều trị các chỉ định nhẹ thì ghép sau cấy ghép, có thể dùng một liều 10 - 20 mg/kg/ngày trong 3 ngày đến một liều tối đa 1 g/ngày. Trong điều trị các tình trạng nhẹ, khuyến cáo dùng một liều 1 - 4 mg/kg/ngày trong 1 - 3 ngày.

Con hen nặng đối với người bệnh asth: Điều trị tiêm tĩnh mạch methylprednisolon 60 đến 120 mg/lần, cứ 6 giờ tiêm một lần, sau khi đã khởi con hen cấp tính, dùng liều uống bằng ngày 32 - 48 mg. Sau đó giảm dần liều và có thể ngưng dùng trong vòng 10 ngày đến 2 tuần kể từ khi bắt đầu điều trị asth.

Bệnh viêm khớp nặng: Lúc đầu, thường dùng methylprednisolon 0,8 mg/kg/ngày chia thành các liều nhỏ, sau đó điều trị cũng có dùng một liều duy nhất hàng ngày, tiếp theo là giảm dần tới liều tối thiểu có tác dụng.

Viêm khớp mãn tính ở trẻ em với những bệnh chứng đặc biệt: Đối khi dùng methylprednisolon trong liệu pháp tấn công với liều 10 đến 30 mg/kg/đợt (thường dùng 3 lần).

Hội chứng thận hư: Lúc đầu, dùng liều methylprednisolon hàng ngày 0,8 đến 1,6 mg/kg trong 6 tuần, sau đó giảm dần liều trong 6 đến 8 tuần.

Thiếu máu tan huyết do miễn dịch: Uống methylprednisolon 64 mg/ngày hoặc tiêm tĩnh mạch 1000 mg/ngày trong 3 ngày. Phải điều trị bằng methylprednisolon ít nhất trong 6 - 8 tuần.

Dị ứng nặng, diễn biến trong thời gian ngắn: Tiêm tĩnh mạch methylprednisolon 125 mg, cứ 6 giờ tiêm một lần.

Cách pha

Để dùng bằng cách tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm bắp, hòa tan bột thuốc trong nước vô khuẩn pha tiêm (không nhiều hơn 5 ml) và dùng ngay sau khi pha xong. Liều mong muốn này được dùng để tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm bắp trong vòng vài phút.

Để truyền tĩnh mạch hoặc liên tục, thuốc này sau khi đã pha như ở trên có thể được pha loãng đến 50 ml với các dung môi trong hộp như nước dextrose 5% trong nước, NaCl 0,9%, dextrose 5% trong NaCl 0,9% và nước trong vòng 30 đến 60 phút. Để truyền tĩnh mạch liên tục có thể dùng các dung dịch đã pha ở nồng độ 1 mg/ml đến 0,25 mg/ml và truyền trong khoảng thời gian thích hợp.

Bảo quản dung dịch đã pha ở nhiệt độ phòng có kiểm soát 23 °C ± 2 °C và tránh ánh sáng. Chỉ sử dụng dung dịch trong suốt. Dùng trong vòng 48 giờ sau khi pha xong.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Có mẫn với methylprednisolon natri succinat.

Nhiễm khuẩn nặng trừ sốc nhiễm khuẩn hoặc lao màng não.

Nhiễm nấm toàn thân và phủ não trong bệnh sốt rét.

Chống chỉ định dùng đường tiêm bắp trong bệnh nan xuất huyết giảm tiểu cầu tu phát ở người lớn.

Đang dùng vaccin sống.

CẢNH BÁO

Ở những bệnh nhân đang trị liệu corticosteroid mà bị bất cứ công bằng bất thường nào, chỉ định tăng liều corticosteroid có tác động nhanh trọng, trong và sau tình trạng căng thẳng.

Corticosteroid có thể che dấu và dấu hiệu của nhiễm trùng, và có thể làm trầm trọng hơn có thể xuất hiện trong khi đang dùng thuốc. Khi dùng corticosteroid có thể giảm kháng và mất khả năng khu trú nhiễm trùng. Nhiễm trùng với bất cứ tác nhân gây bệnh nào kể cả virus, vi khuẩn, nấm, sinh vật đơn bào hoặc nhiễm nấm sán, ở bất cứ vị trí trong cơ thể, có thể do dùng corticosteroid đem trị liệu hoặc phải hợp với các thuốc gây ức chế miễn dịch khác sẽ ảnh hưởng đến sự miễn dịch tế bào, miễn dịch tế dịch hoặc chức năng của bạch cầu trung tính.

Dùng corticosteroid kéo dài có thể gây suy dinh dưỡng, tăng huyết áp, tăng nhãn áp kèm với tình trạng thần kinh thị giác, và có thể gây tăng sự hình thành nhiễm trùng mắt như đục thủy tinh thể và viêm hệ võng mạc.

Liều trung bình và liều lớn cortison hoặc hydrocortison có thể gây tăng huyết áp, giữ nước và muối, và tăng sự bài tiết kali. Những tác động này ít xảy ra với các dẫn xuất tổng hợp ngoại trừ khi dùng liều cao.

Có thể cần thiết phải hạn chế muối trong chế độ ăn và bổ sung thêm kali. Tất cả các corticosteroid tăng sự đào thải calci.

Dùng thuốc này trong điều trị bệnh lao tiến triển nên hạn chế ở những trường hợp lao kể cấp tính hoặc phụ phát, những bệnh lao corticosteroid được dùng để điều trị phải hợp với một chế độ trị liệu chống lao thích hợp.

Nên dùng corticosteroid cho những bệnh nhân bị lao tiềm ẩn, cần phải theo dõi chặt chẽ do có thể xảy ra hoạt hóa bệnh trở lại. Trong suốt thời gian điều trị corticosteroid kéo dài, những bệnh nhân này nên dùng hóa trị dự phòng.

Do có xảy ra các phản ứng phân vệ (như co phế quản) ở vài trường hợp hiếm bệnh nhân điều trị corticosteroid đường tiêm, nên dùng các biện pháp trong tình hợp trước khi dùng thuốc, đặc biệt trên những bệnh nhân có tiền sử dị ứng với bất kỳ thuốc nào.

Những bệnh nhân đang dùng thuốc ức chế miễn dịch thì nhạy cảm với nhiễm trùng hơn những người khỏe mạnh. Ví dụ như bệnh thủy đậu và sởi, có thể trầm trọng hơn hoặc thậm chí gây tử vong trên những bệnh nhân không miễn dịch đang dùng corticosteroid. Những bệnh nhân như thế mà chưa từng mắc những bệnh này, nên đặc biệt thận trọng để tránh bị nhiễm. Nếu bị nhiễm thủy đậu, chỉ định dự phòng với globulin miễn dịch thủy đậu. Nếu bệnh thủy đậu phát triển, có thể cần điều trị với thuốc kháng virus.

Nếu bị nhiễm bệnh sởi, chỉ định dự phòng với globulin miễn dịch.

Trong ty, nên hết sức thận trọng khi dùng corticosteroid cho những bệnh nhân đã biết hoặc nghi ngờ bị nhiễm ký sinh trùng Strongyloides. Ở những bệnh nhân này, ức chế miễn dịch do corticosteroid có thể dẫn tới tăng nhiễm Strongyloides. Một phẩn lớn trung di chuyển rộng khắp, trong kèm theo viêm tiêu - kết tràng nặng và nhiễm khuẩn huyết gram âm gây tử vong tiềm tàng.

Hàm lượng Na được Na⁺ nhỏ < 1 mmol/ mỗi liều, nó đặc biệt phù hợp với các sản phẩm dùng cho trẻ em, cũng cấp thông tin cho người kê đơn và đảm bảo với cha mẹ trẻ là mức Na⁺ trong sản phẩm là thấp.

CHUNG TƯƠNG

Thuật nặng vô tuyến thượng thận từ phát do thuốc có thể giảm đến mức tối thiểu bởi giảm liều dài dần. Loai thiểu năng này có thể tồn tại và tăng sau khi ngưng điều trị, do đó, bắt cứ tình huống căng thẳng nào xảy ra trong thời gian này, đều trị bằng hormone nên được bắt đầu lại. Do sự bài tiết mineralocorticoid nên trị bằng giảm, muối và/hoặc một mineralocorticoid nên được dùng đồng thời.

Có sự gia tăng tác dụng của corticosteroid ở những bệnh nhân bị nhược giáp và những người bị xo gan.

Nên thận trọng khi dùng corticosteroid cho những bệnh nhân herpes mắt để tránh nguy cơ thủng giác mạc.

Nên dùng liều corticosteroid thấp nhất có thể được để kiểm soát tình trạng bệnh trong điều trị, và khi có thể giảm liều, phải giảm dần dần.

Có thể xuất hiện loạn tâm thần khi dùng corticosteroid, giới hạn từ sáng khoái, mất ngủ, thay đổi tâm trạng, thay đổi tính cách, và suy nhược nặng đến các biểu hiện loạn tâm thần thành thật. Bắt buộc cần xử hoặc khuyến hướng loạn tâm thần tồn tại trước đó có thể trầm trọng thêm do corticosteroid.

Nên dùng thận trọng steroid trong trường hợp viêm loét kết tràng không đặc hiệu, nếu có khả năng xảy ra tăng, áp xe, hoặc nhiễm trùng sinh mủ khác, cũng như viêm túi thừa, và mọi nơi ruột, loét tiêu hóa nghiêm trọng, suy thận, cao huyết áp, loãng xương, và nhược cơ năng.

Nên theo dõi cẩn thận sự tăng trưởng và phát triển của nữ nhi và trẻ em khi điều trị corticosteroid kéo dài.

Đãi có báo cáo một khối u ác tính lâm sàng trên da ở những bệnh nhân đang dùng corticosteroid. Ngưng thuốc có thể làm tăng nguy cơ xảy ra tình trạng này.

Bệnh cơ cấp tính có thể xảy ra khi dùng các liều cao corticosteroid nhưng thường gặp ở những bệnh nhân có rối loạn dẫn truyền thần kinh (như nhược cơ năng) hoặc những bệnh nhân trị liệu đồng thời với các thuốc ức chế thính cơ co (như pancuronium). Tăng nồng độ creatine kinase có thể xảy ra. Sự cải thiện lâm sàng hay hồi phục sau khi ngưng dùng corticosteroid có thể kéo dài vài tuần cho đến vài năm.

Do các biến chứng của việc điều trị glucocorticoid phụ thuộc vào liều lượng và thời gian điều trị, vì vậy, tuy thuộc vào tình trạng hợp cụ thể mà có quyết định lợi/hại về liều dùng và thời gian điều trị và trị liệu liên tục mỗi ngày hay không liên tục.

SỬ DỤNG CHO PHỤ NỮ CÓ THAI VÀ CHO CON BÚ

Do những nghiên cứu thích hợp về sự sinh sản trên người chưa được thực hiện với corticosteroid, dùng những thuốc này cho phụ nữ có thai, phụ nữ cho con bú hoặc phụ nữ có khả năng có thai thì cần phải cân nhắc giữa lợi ích đạt được với những nguy hiểm có thể có đối với người mẹ và phải thai hoặc bào thai. Những trẻ sơ sinh được sinh ra bởi những bà mẹ dùng liều lớn corticosteroid trong thai kỳ nên theo dõi cẩn thận những dấu hiệu giảm năng tuyến thượng thận.

ẢNH HƯỞNG CỦA THUỐC LÊN KHẢ NĂNG LÁI XE, VẬN HÀNH MÁY MÓC

Ảnh hưởng của corticosteroid trên khả năng lái xe và vận hành máy móc chưa được đánh giá một cách có hệ thống. Những tác dụng không mong muốn như chóng mặt, chóng nắng, rối loạn thị giác, và mệt mỏi có thể xuất hiện khi điều trị bằng corticosteroid. Bệnh nhân không nên lái xe hoặc vận hành máy móc khi có các triệu chứng trên.

TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN

Rối loạn nước và điện giải: Giữ natri, giữ nước, suy tim sung huyết ở những bệnh nhân mãn cảm, mất kali, nhiễm kiềm giảm kali huyết, tăng huyết áp.

Cơ xương: Yếu cơ, bệnh cơ steroid, giảm khối cơ, đau khớp nặng, gãy lưn đốt sống, hoại tử vô khuẩn đầu xương đùi và xương chân tay, gãy xương dài bệnh lý, loãng xương, đứt gân, đặc biệt là gân Achilles.

Tiêu hóa: Loét tiêu hóa có thể có cùng và xuất huyết, viêm tuyến tu, tăng đường, viêm loét thực quản. Tăng nồng độ alanine transaminase, aspartate transaminase và alkaline phosphatase sau khi điều trị corticosteroid. Những thay đổi này thường lành, không gây ra bất cứ hiệu chứng lâm sàng nào và hội phục khi ngưng thuốc.

Da: Chạm lành vết thương, da mỏng giòn, mưng bầm và đốm xuất huyết, hồng ban, và mô hoại, có thể ảnh hưởng các phản ứng xét nghiệm ở da.

Thần kinh: Tăng áp lực nội sọ kết hợp với phù gai thị thường sau khi điều trị, co giật, chóng mặt, nhức đầu.

Nội tiết: Phát triển tình trạng cushing, ức chế sự tăng trưởng ở trẻ em, không đáp ứng tuyến yên và vô tuyến thượng thận thứ phát, nhỏ là trong thời gian trị bằng thuốc, như chấn thương, phẫu thuật hoặc bệnh, bất thường kinh nguyệt, giảm đường pu carbolydat, các biểu hiện bệnh tiểu đường tiềm ẩn, tăng nhu cầu insulin hoặc các thuốc hạ đường huyết dùng đồng trong bệnh tiểu đường.

Mắt: Dực thực thị lực đười bao sau, tăng áp lực nội nhãn, tăng nhãn áp, chứng lồi mắt.

Chuyến hoá: Cần bằng nội âm tinh do dị học protein.

Các tác dụng không mong muốn sau liên quan đến việc điều trị corticosteroid bằng đường tiêm: tăng hoặc giảm cân, phù nề, to da và đứt da, áp xe và vết loét, phản ứng phân vệ có hoặc không có truy tuần hoàn, ngưng tim, co phế quản, mất dạ, buồn nôn và nôn, loạn nhịp tim, hạ huyết áp hoặc tăng huyết áp.

Thông báo cho bác sỹ những tác dụng không mong muốn gặp phải khi sử dụng thuốc.

TUONG TÁC THUOC

Methylprednisolon là chất gây cảm ứng enzym cytochrom P450 và là cơ chất của enzym P450 3A, do đó thuốc này tác động đến chuyển hóa của cyclosporin, erythromycin, phenobarbital, phenytoin, carbamazepine, ketoconazol, rifampicin.

Phenytoin, phenobarbital, rifampin và các thuốc lợi tiểu giảm kali huyết có thể làm giảm hiệu lực của methylprednisolon.