

"Thuốc này chỉ dùng theo đơn thuốc"

"Để xa tầm tay trẻ em"

"Đọc kỹ hướng dẫn sử dụng trước khi dùng"

**Thành phần công thức của thuốc:** Cho 01 ống Vinterlin:

**Thành phần được chất:** Terbutalin sulfat ..... 0,5 mg

**Thành phần tá dược:** Natri clorid, acid HCl 0,001 N,

nước để pha thuốc tiêm vđ.....1,0 ml

**Dạng bào chế:**

Dạng bào chế: Dung dịch tiêm

Hình thức: Chết phẩm là dung dịch trong, được đóng trong ống thủy tinh, hàn kín, không rạn nứt, không đen đầu.

pH = 3,0 + 5,0

**Chỉ định:**

- Giảm co thắt trong hen phế quản và viêm phế quản mạn tính, khí phế thũng và các bệnh phổi khác có kèm co thắt phế quản.

- Xử trí dọa đẻ non (giữa 22 và 37 tuần tuổi thai).

**Liều dùng - cách dùng:**

**Liều dùng:**

**- Điều trị co thắt phế quản:**

**Người lớn:** Có thể tiêm dưới da, tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch chậm với liều từ 0,25 - 0,5 mg, tối đa 4 lần/ngày.

**Trẻ em từ 2 - 15 tuổi:** Có thể tiêm dưới da hoặc tiêm tĩnh mạch chậm với liều 0,01 mg/kg (tối đa 0,3 mg), tối đa 4 lần/ngày. Liều cụ thể như sau:

Tuổi	Khối lượng (kg)	Terbutalin sulfat (mg)	Thể tích (ml)
< 3	10	0,1	0,2
3	15	0,15	0,3
6	20	0,2	0,4
8	25	0,25	0,5
> 10	> 30	0,3	0,6

**Tiêm truyền tĩnh mạch:** Pha loãng 3 - 5 ml (1,5 - 2,5 mg terbutalin sulfat) trong 500 ml dung dịch glucose 5% hoặc natri clorid 0,9% được dung dịch chứa 3 - 5 mcg/ml terbutalin sulfat, tiêm truyền tĩnh mạch liên tục với tốc độ 10 - 20 giọt (0,5 - 1 ml) mỗi phút đối với người lớn (tương đương với 1,5 - 5 mcg/phút trong 8 - 10 giờ). Với trẻ em từ 1 tháng đến 18 tuổi: Liều nạp đầu tiên 2 - 4 mcg/kg, sau đó 1 - 10 mcg/kg/giờ phụ thuộc vào đáp ứng của người bệnh và nhịp tim (tối đa 300 mcg/giờ).

**Người cao tuổi:** Như liều người lớn.

**- Xử trí dọa đẻ non** (mục đích để trì hoãn chuyển dạ ít nhất trong 48 giờ để áp dụng liệu pháp corticosteroid hoặc để chuyển sản phụ đến một đơn vị tăng cường).

Điều trị bằng terbutalin chỉ nên được bắt đầu bởi bác sĩ sản khoa/bác sĩ có kinh nghiệm trong việc sử dụng các thuốc giảm co thắt trong sản khoa. Nên thực hiện trong các cơ sở y tế được trang bị đầy đủ các thiết bị để thực hiện giám sát liên tục sức khỏe của mẹ và thai nhi.

Thuốc nên được sử dụng càng sớm càng tốt sau khi chẩn đoán dọa đẻ non và sau khi đánh giá bệnh nhân để loại bỏ các chống chỉ định đối với việc dùng terbutalin, bao gồm cả đánh giá đầy đủ tình trạng tim mạch của bệnh nhân, kèm theo giám sát chức năng hô hấp và theo dõi ECG trong suốt quá trình điều trị.

**Tiêm truyền tĩnh mạch:** Terbutalin được tiêm truyền nhỏ giọt tĩnh mạch trong dung dịch glucose 5%, nên dùng bơm tiêm tự động khi nồng độ là 100 mcg/ml (10 ml dung dịch tiêm Vinterlin được thêm vào 40 ml glucose 5%). Nếu không có bơm tiêm tự động, phải dùng nồng độ 10 mcg/ml (10 ml dung dịch tiêm Vinterlin được thêm vào 490 ml glucose 5%). Tốc độ ban đầu nên được khuyến cáo là 5 mcg/phút, cách 20 phút tăng lên thêm khoảng 2,5 mcg/phút cho đến khi hết cơn co tử cung. Thông thường, tốc độ tới 10 mcg/phút là đủ; không được truyền với tốc độ vượt quá 20 mcg/phút. Nếu tốc độ tối đa này không làm trì hoãn chuyển dạ thì phải ngừng truyền. Trong suốt thời gian truyền, phải theo dõi mạch của mẹ để tránh tần số tim vượt quá 135 - 140 nhịp/phút. Phải theo dõi chặt tình trạng bồi phụ nước cho người mẹ, vì đưa dịch nhiều được coi là một nguy cơ chính gây phù phổi cấp. Một khi hết cơn co tử cung và truyền thuốc đã được 1 giờ, cách 20 phút lại giảm liều khoảng 2,5 mcg/phút cho tới khi đạt được liều duy trì thấp nhất mà không còn cơn co. Sau 12 giờ, có thể bắt đầu duy trì bằng đường uống, 5 mg/lần, 3 lần/ngày. Tuy nhiên, cách dùng này không được khuyến cáo, vì nguy cơ đối với mẹ tăng sau 48 giờ. Hơn nữa, không có lợi thêm khi điều trị thêm. Cũng có thể sau khi tiêm truyền, cho tiêm dưới da 0,25 mg/lần, 4 lần/ngày trong một vài ngày trước khi bắt đầu cho uống.

**Tiêm dưới da:** Trường hợp giảm cơn co tử cung cấp, cứ 20 phút đến 3 giờ tiêm 0,25 mg. Nếu nhịp tim quá 120 nhịp/phút thì ngừng thuốc tạm thời.

Không được tiêm kéo dài terbutalin để ức chế cơn co tử cung quá 48 - 72 giờ.

Nên tránh sử dụng muối trong khi mang thai vì việc sử dụng chất pha loãng này có thể làm tăng nguy cơ phù phổi. Nếu phải sử dụng nước muối, bệnh nhân cần được theo dõi cẩn thận.

**Cách dùng:** Thuốc được sử dụng theo các đường tiêm bắp, tiêm dưới da, tiêm tĩnh mạch chậm hoặc tiêm truyền tĩnh mạch. Không có yêu cầu đặc biệt về xử lý thuốc sau khi sử dụng.

**Chống chỉ định:**

Quá mẫn cảm với terbutalin hoặc với bất kỳ thành phần nào của thuốc và các amin giống thần kinh giao cảm khác.

**Trong xử trí dọa đẻ non:**

- Tuổi thai nhỏ hơn 22 tuần.

- Bệnh nhân có tiền sử hoặc có yếu tố nguy cơ đáng kể của bệnh tim thiếu máu cục bộ.

- Bất kỳ tình trạng nào của mẹ hoặc thai nhi trong đó kéo dài thời gian mang thai là nguy hiểm: Nhiễm độc máu nặng, nhiễm khuẩn trong tử cung, chảy máu âm đạo do nhau tiền đạo, sản giật hoặc tiền sản giật nặng, nhau bong non.

- Từ vòng thai nhi trong tử cung do dị tật nhiễm sắc thể bẩm sinh hoặc gây chết người.

- Terbutalin cũng chống chỉ định trong tình trạng y tế mà thuốc chủ vận beta<sub>2</sub> tác động không thuận lợi như tăng huyết áp động mạch phổi, rối loạn tim như bệnh cơ tim phì đại tắc nghẽn hoặc bất kỳ sự tắc nghẽn nào của đường tiết lưu thất trái như hẹp động mạch chủ.

**Cảnh báo và thận trọng khi dùng thuốc:**

Nên thận trọng khi sử dụng các thuốc chủ vận beta<sub>2</sub> trên bệnh nhân nhiễm độc giáp.

Các tác dụng trên tim mạch có thể thấy khi sử dụng các loại thuốc giao cảm, bao gồm cả terbutalin. Có một số bằng chứng về chứng thiếu máu cơ tim liên quan đến chất chủ vận beta<sub>2</sub>.

Do tác dụng co bóp dương của thuốc chủ vận beta<sub>2</sub>, những thuốc này không nên được sử dụng ở những bệnh nhân bị bệnh cơ tim phì đại.

**Bệnh co thắt phế quản:**

Bệnh nhân bị bệnh tim nghiêm trọng (ví dụ bệnh tim thiếu máu cục bộ, rối loạn nhịp tim hoặc suy tim nặng) khi dùng terbutalin nên được cảnh báo và tư vấn y tế nếu họ bị đau ngực hoặc có các triệu chứng khác của bệnh tim xấu đi.

Cần chú ý đến việc đánh giá các triệu chứng như khó thở và đau ngực, vì chúng có thể do nguồn gốc hô hấp hoặc tim.

Do tác dụng tăng đường huyết của chất chủ vận beta<sub>2</sub>, nên kiểm soát lượng đường trong máu ở bệnh nhân tiểu đường.

Các chất chủ vận beta<sub>2</sub> có khả năng hạ kali máu nghiêm trọng, vì vậy phải đặc biệt thận trọng trong bệnh hen suyễn cấp tính nặng do tăng tình trạng thiếu oxy, đặc biệt là khi dùng đồng thời với các thuốc gây hạ kali máu (xem thêm mục "Tương tác thuốc"). Nên theo dõi nồng độ kali máu trong các trường hợp này.

Nếu một chế độ liều lượng hiệu quả trước đây không còn mang lại hiệu quả trong việc giảm triệu chứng tương tự, bệnh nhân nên thông báo cho cán bộ y tế. Cần xem xét đến các yêu cầu về điều trị bổ sung (bao gồm cả tăng liều lượng thuốc chống viêm).

Nhiễm toan acid lactic đã được báo cáo khi điều trị bằng chất chủ vận beta<sub>2</sub> liều cao tác dụng ngắn và tiêm tĩnh mạch, chủ yếu ở những bệnh nhân được điều trị hen suyễn cấp tính nặng. Ở bệnh nhân không đáp ứng đầy đủ với liệu pháp truyền cấp tính, cần cân nhắc sự hiện diện của nhiễm toan lactic như một yếu tố góp phần vào các triệu chứng hô hấp đang diễn ra.

**Giám co thắt trong sản khoa:**

Terbutalin chỉ nên được sử dụng sau khi xem xét cẩn thận các rủi ro và lợi ích của việc điều trị; chỉ nên được thực hiện ở các cơ sở được trang bị đầy đủ để giám sát liên tục tình trạng sức khỏe của mẹ và thai nhi. Thuốc không được khuyến cáo sử dụng khi vỡ ối hoặc có tử cung giãn trên 4 cm. Việc tiêm terbutalin nên được sử dụng cẩn thận và cần giám sát chức năng hô hấp, tim và theo dõi ECG trong suốt quá trình điều trị.

Các biện pháp giám sát sau đây phải được áp dụng liên tục cho mẹ và khi khả thi/thích hợp với thai nhi:

• Huyết áp và nhịp tim.

• ECG.

• Cân bằng điện giải và nước để theo dõi phù phổi.

• Mức glucose và lactat. Đặc biệt ở bệnh nhân đã tháo đường, trong khi điều trị chuyển dạ non, khi dùng liều cao terbutalin, các bà mẹ mắc bệnh tiểu đường có thể tăng đường huyết và nhiễm toan lactic. Ở những bệnh nhân này, lượng glucose và cân bằng acid - base cần được theo dõi cẩn thận.

• Mức kali máu: Sử dụng các chất chủ vận beta<sub>2</sub> có liên quan đến giảm kali máu gây tăng nguy cơ loạn nhịp tim.

Nên ngừng điều trị nếu các dấu hiệu thiếu máu cục bộ cơ tim (như đau ngực hoặc thay đổi ECG) phát triển.

Tiêm terbutalin không nên được sử dụng để giảm co ở những bệnh nhân có yếu tố bệnh tim từ trước (ví dụ nhịp tim nhanh, suy tim hoặc bệnh van tim). Trong xử trí dọa đẻ non ở bệnh nhân có bệnh tim đã biết hoặc nghi ngờ, bác sĩ có kinh nghiệm về tim mạch nên đánh giá sự phù hợp của điều trị trước khi truyền tĩnh mạch với terbutalin.

Xu hướng tăng xuất huyết đã được báo cáo trong mối liên quan với mổ lấy thai ở những bệnh nhân được điều trị bằng tiêm terbutalin trong xử trí dọa đẻ non.

**Chứng phù phổi:**

Chứng phù phổi của mẹ và thiếu máu cục bộ cơ tim đã được báo cáo trong hoặc sau khi điều trị dọa đẻ non với chất chủ vận beta<sub>2</sub> do đó, nên chú ý đến các triệu chứng và chức năng hô hấp, tim. Bệnh nhân có yếu tố nguy cơ bao gồm đa thai, nhiễm khuẩn ở người mẹ, quá tải dịch và tiền sản giật có thể làm tăng nguy cơ phát triển phù phổi. Sử dụng bơm tiêm tự động trong tiêm truyền tĩnh mạch sẽ giảm thiểu được nguy cơ quá tải dịch. Nếu dấu hiệu phù phổi hoặc thiếu máu cơ tim phát triển, cần ngừng điều trị với terbutalin.

**Huyết áp và nhịp tim:**

Việc tăng nhịp tim của mẹ từ 20 đến 50 nhịp mỗi phút thường đi kèm khi tiêm truyền tĩnh mạch chất chủ vận beta<sub>2</sub>. Tốc độ tăng nhịp tim của mẹ cần được kiểm soát bằng cách giảm liều thuốc. Nhịp tim của mẹ không được vượt quá 135 - 140 nhịp/phút.

Huyết áp của người mẹ có thể giảm nhẹ trong quá trình tiêm truyền; hạ huyết áp tâm trương cao hơn so với tâm thu. Giảm huyết áp tâm trương thường nằm

trong khoảng từ 10 đến 20 mmHg. Ảnh hưởng của tiêm truyền dịch lên thời điểm thai thường ít hơn, nhưng khả năng tăng lên đến 20 nhịp mỗi phút có thể xảy ra. Để giảm thiểu nguy cơ hạ huyết áp khi sử dụng terbutalin, cần thận trọng bằng cách giữ cho bệnh nhân nằm ở vị trí bên trái hoặc bên phải trong suốt quá trình tiêm truyền.

**Bệnh tiểu đường:**

Sử dụng các chất chủ vận beta<sub>2</sub> có liên quan đến sự tăng đường huyết. Do đó mức đường huyết và nhiễm toan lactic nên được theo dõi ở các bà mẹ bị tiểu đường. Việc sử dụng liệu pháp điều trị tiểu đường cũng được cân nhắc thay đổi để phù hợp.

**Cường giáp:**

Terbutalin chỉ nên được dùng thận trọng cho bệnh nhân bị nhiễm độc giáp sau khi đánh giá cẩn thận lợi ích và nguy cơ của việc điều trị.

**Thế thao:** Cần lưu ý thuốc này có thể làm phản ứng dương tính khi làm test chống doping.

**Sử dụng thuốc cho phụ nữ có thai và cho con bú:**

**Sử dụng thuốc cho phụ nữ có thai:**

**Trong điều trị co thắt phế quản:**

Mặc dù tác dụng gây quái thai không được quan sát thấy trên động vật hoặc ở người. Các ADR cho người mẹ bao gồm tăng nhịp tim, tăng đường huyết thoáng qua, hạ kali máu, loạn nhịp tim, phù phổi, thiếu máu cơ tim có thể xảy ra. Để thận trọng, chỉ nên dùng thuốc khi lợi ích vượt hẳn nguy cơ có hại cho thai nhi. **Xử trí dọ đẻ non:** Không được sử dụng thuốc khi thai nhỏ hơn 22 tuần tuổi.

**Sử dụng thuốc cho phụ nữ cho con bú:**

Thuốc được bài tiết vào sữa mẹ nhưng không gây ra bất kỳ ảnh hưởng nào cho trẻ sơ sinh ở liều điều trị. Hạ đường huyết thoáng qua đã được báo cáo ở trẻ sinh non sau khi điều trị bằng chất chủ vận beta<sub>2</sub> cho người mẹ. Tuy nhiên, cần thận trọng và cân nhắc giữa lợi ích cho mẹ và tác hại cho con. Muốn dùng thuốc mà không ảnh hưởng đến con, nên ngừng cho con bú.

**Ảnh hưởng của thuốc lên khả năng lái xe, vận hành máy móc:**

Ảnh hưởng không đáng kể.

**Tương tác thuốc:**

**Thuộc chẹn beta không chọn lọc (propranolol):** Có thể ức chế một phần hoặc toàn bộ tác dụng của chất kích thích beta. Do đó, không nên dùng đồng thời hai thuốc này.

**Thuốc gây mê nhóm halogen:**

Halothan: Trong các can thiệp ngoại khoa, khi phối hợp, có thể gây đờ tử cung với nguy cơ xuất huyết; ngoài ra, có thể gây nguy cơ rối loạn nhịp thất nặng. Nên ngừng sử dụng terbutalin ít nhất 6 giờ trước khi gây mê bằng halothan. Nên tránh gây mê halothan trong quá trình điều trị bằng chất chủ vận beta<sub>2</sub>, vì nó làm tăng nguy cơ loạn nhịp tim.

Các chất gây mê nhóm halogen khác nên sử dụng thận trọng khi phối hợp với chất chủ vận beta<sub>2</sub>.

**Corticosteroid:** Corticosteroid được sử dụng trong quá trình sinh non để tăng cường quá trình phát triển phổi cho thai nhi. Đã có những báo cáo gây phù phổi ở bệnh nhân nữ khi sử dụng đồng thời corticosteroid và thuốc chẹn beta giao cảm. Corticosteroid còn được biết tới khả năng gây tăng đường huyết và giảm kali máu. Do đó trong quá trình sử dụng đồng thời, bệnh nhân nên được theo dõi đường huyết và kali máu liên tục.

**Thuốc điều trị đái tháo đường:** Các thuốc chẹn beta giao cảm đều có khả năng gây tăng đường huyết, do đó làm giảm tác dụng của thuốc điều trị đái tháo đường. Vì vậy khi sử dụng đồng thời các thuốc này, cần điều chỉnh liều các thuốc điều trị đái tháo đường cho bệnh nhân.

**Thuốc gây hạ kali máu (thuốc lợi tiểu quai, digoxin, methyl xanthin và corticosteroid):** Dùng đồng thời với chất chủ vận beta<sub>2</sub> làm tăng nguy cơ hạ kali máu. Chỉ dùng phối hợp sau khi đánh giá cẩn thận các lợi ích và rủi ro, đặc biệt liên quan đến tăng nguy cơ loạn nhịp tim phát sinh do kết quả của hạ kali máu.

**Dẫn chất của theophyllin:** Trên động vật, dùng đồng thời thuốc có tác dụng giống thần kinh giao cảm (kể cả terbutalin) và dẫn chất của theophyllin như aminophyllin, có thể làm tăng độc tính trên tim, như gây loạn nhịp tim.

**Thuốc ức chế MAO hoặc thuốc chống trầm cảm 3 vòng:** Làm tăng tác hại trên tim mạch khi phối hợp với terbutalin. Do đó, khi cần phối hợp, phải hết sức thận trọng.

**Tương kỵ thuốc:**

Không được pha loãng dung dịch terbutalin sulfat trong các dung dịch kiềm.

Thuốc ổn định trong các dung dịch có pH dưới 7.

**Tác dụng không mong muốn của thuốc (ADR):**

Khi tiêm tĩnh mạch, terbutalin có thể gây ra nhiều tai biến. Cần theo dõi thường xuyên và ngừng thuốc ngay khi có tai biến nặng.

**Bảng phân loại tần suất ADR:** Rất thường gặp (ADR ≥ 1/10), thường gặp (1/100 ≤ ADR < 1/10), ít gặp (1/1.000 ≤ ADR < 1/100), hiếm gặp (1/10.000 ≤ ADR < 1/1.000), rất hiếm gặp (ADR < 1/10.000) và không rõ (không ước tính được từ dữ liệu có sẵn).

Hệ cơ quan	Tần suất	Tác dụng không mong muốn
Rối loạn hệ thống miễn dịch	Không rõ	Phản ứng quá mẫn bao gồm phù mạch, co thắt phế quản, hạ huyết áp.
Rối loạn chuyển hóa và dinh dưỡng	Thường gặp	Hạ kali máu
	Hiếm gặp	Nhiễm toan acid lactic
Rối loạn tâm thần	Không rõ	Rối loạn giấc ngủ, rối loạn hành vi: Kích động, bồn chồn.
Rối loạn thần kinh	Rất thường gặp	Run rẩy, đau đầu.

Rối loạn tim	Thường gặp	Nhịp tim nhanh, đánh trống ngực
	Không rõ	Loạn nhịp tim ví dụ như rung tâm nhĩ, nhịp nhanh thất, thiếu máu cục bộ cơ tim.
Rối loạn mạch máu	Không rõ	Giãn mạch ngoại vi
Rối loạn hô hấp, lồng ngực	Không rõ	Co thắt phế quản nghịch thường. Điều này nên được điều trị ngay lập tức bằng thuốc giãn phế quản khởi phát nhanh. Liệu pháp terbutalin nên ngừng và sau khi đánh giá, một liệu pháp thay thế được bắt đầu. Phù phổi (trong xử trí dọ đẻ non).
Rối loạn tiêu hóa	Không rõ	Buồn nôn, kích ứng miệng và cổ họng
Rối loạn da và mô dưới da	Không rõ	Mề đay, phát ban
Rối loạn máu và hệ bạch huyết	Không rõ	Xu hướng tăng chảy máu liên quan đến mổ lấy thai (trong xử trí dọ đẻ non).
Rối loạn cơ xương và mô liên kết	Thường gặp	Co cơ

**Hướng dẫn cách xử trí ADR:**

Mức độ của các tác dụng không mong muốn phụ thuộc vào liều lượng và cách dùng. Khi nhận các tác dụng này đảo ngược tự nhiên trong vòng 1 - 2 tuần đầu điều trị. Tuy nhiên, nhịp tim tăng thường kéo dài tương đối lâu. Cần định lượng glucose máu (terbutalin làm tăng glucose máu), kali máu (terbutalin làm hạ kali máu), ghi điện tim trước và trong quá trình điều trị. Nếu có thay đổi nhiều, phải ngừng thuốc.

**"Thông báo ngay cho bác sĩ hoặc dược sĩ những phản ứng có hại gặp phải khi sử dụng thuốc"**

**Quá liều và cách xử trí:**

**Triệu chứng:** Dùng quá liều terbutalin sẽ gây ra các biểu hiện của tai biến như tác dụng không mong muốn nhưng mức độ nặng hơn như nhức đầu, lo âu, run, buồn nôn, chuột rút, đánh trống ngực, nhịp tim nhanh và rối loạn nhịp tim. Tụt huyết áp, hạ kali máu, tăng đường huyết và nhiễm toan acid lactic đôi khi xảy ra.

**Xử trí:**

Các trường hợp nhẹ và vừa: Giảm liều.

Trường hợp nặng: Điều trị triệu chứng, hỗ trợ hô hấp và tim. Xác định cân bằng acid - base, glucose máu và chất điện giải, đặc biệt là nồng độ kali máu. Theo dõi nhịp tim và huyết áp. Các thuốc chẹn beta (ví dụ metoprolol) được khuyến khích để điều trị loạn nhịp tim gây suy giảm huyết động. Các thuốc chẹn beta nên được sử dụng cẩn thận vì khả năng gây co thắt phế quản đặc biệt đối với bệnh nhân có tiền sử co thắt phế quản. Nếu việc sử dụng thuốc gây ra sự giảm huyết áp đáng kể, nên sử dụng các biện pháp làm giãn nở thích tích. Trong xử trí dọ đẻ non:

Phù phổi: Ngừng sử dụng thuốc, dùng liều bình thường của thuốc lợi tiểu quai (ví dụ furosemid) tiêm tĩnh mạch.

Tăng chảy máu liên quan đến mổ lấy thai: Sử dụng propranolol, 1 - 2 mg tiêm tĩnh mạch.

**Độc tính được lực học:**

Mã ATC: R03CC03

Terbutalin là chất chủ vận chọn lọc beta<sub>2</sub> có các tác dụng dược lý sau:

- Trên phổi: Giãn phế quản, giảm phù nề và dị ứng.
- Trên cơ xương: Kích thích vận chuyển Na<sup>+</sup>/K<sup>+</sup> và gây co cơ.
- Trên tử cung: Ức chế co thắt tử cung.
- Trên hệ thần kinh trung ương: Thuốc có thể đi qua hàng rào máu - não ở liều điều trị do phân tử có tính chất ưa nước cao.
- Trên tim mạch: Việc sử dụng terbutalin dẫn đến các tác dụng trên tim mạch trung gian thông qua thụ thể β<sub>2</sub> trên động mạch ngoại vi và tim.

**Độc tính được động học:**

**Hấp thu:** Terbutalin hấp thu tốt khi tiêm dưới da. Sau khi tiêm, tác dụng xuất hiện trong vòng 5 - 15 phút, đạt tới tác dụng đỉnh sau 30 - 60 phút và tác dụng kéo dài từ 1,5 - 4 giờ.

**Phân bố:** Terbutalin phân bố vào sữa mẹ với nồng độ ít nhất bằng nồng độ trong huyết tương ở cùng thời điểm. Thể tích phân bố: 114 lít.

**Chuyển hóa và thải trừ:** Terbutalin bị chuyển hóa một phần ở gan, chủ yếu thành các chất liên hợp với acid sulfuric không còn hoạt tính. Sau khi tiêm, 90% liều dùng được thải trừ trong nước tiểu, trong đó 30% dưới dạng chất chuyển hóa và 60% dưới dạng thuốc không chuyển hóa; tới 3% liều dùng qua mật và được thải trừ qua phân.

Sự thải trừ thuốc và các chất chuyển hóa hoàn tất trong vòng 72 - 96 giờ sau khi dùng một liều tiêm.

Sau khi tiêm dưới da, thời gian bán thải là 5,7 giờ.

**Quy cách đóng gói:** Hộp 1 vi x 5 ống x 1ml. Hộp 5 vi x 10 ống x 1ml.

**Điều kiện bảo quản:** Nơi khô ráo, nhiệt độ dưới 30°C, tránh ánh sáng.

**Hạn dùng:** 36 tháng kể từ ngày sản xuất

**Tiêu chuẩn chất lượng:** TCCS

**Tên, địa chỉ cơ sở sản xuất:**

CÔNG TY CỔ PHẦN DƯỢC PHẨM VINH PHÚC  
 Số 777 Đường Mê Linh - P. Khai Quang - TP. Vĩnh Yên - Tỉnh Vĩnh Phúc  
 ĐT: 02113 861233 Fax: 02113 862774  
 Địa chỉ nhà máy:  
 Thôn Mậu Thông - P. Khai Quang - TP. Vĩnh Yên - Tỉnh Vĩnh Phúc