https://vnras.com/drug/

Rx

Coperil 4

Perindopril erbumin 4 mg

Để xa tầm tay trẻ em.
Đọc kỹ hướng dẫn sử dụng trước khi dùng.
Thuốc này chỉ dùng theo đơn thuốc.

THÀNH PHẦN CÔNG THỨC THUỐC

Thành phần hoạt chất

Perindopril erbumin ..... 4 mg

Thành phần tá dược: Tinh bột mì, lactose monohydrat, microcrystalline cellulose M101, crospovidon, povidon K30, magnesi stearat, màu indigo carmin lake, màu green lake.

DẠNG BÀO CHẾ: Viên nén.

Mô tả sản phẩm: Viên nén dài, có thắt eo ở giữa, màu xanh nhạt, cạnh và thành viên lành lặn.

CHỈ ĐỊNH:

Tăng huyết áp: Điều trị tăng huyết áp.
Suy tim: Điều trị suy tim có triệu chứng.
Bệnh mạch vành ổn định: Giảm nguy cơ biến cố tim ở những bệnh nhân có tiền sử nhồi máu cơ tim và/ hoặc tái thông mạch vành.

CÁCH DÙNG, LIỀU DÙNG

CÁCH DÙNG

Đường uống.

LIỀU DÙNG

Khuyến cáo nên uống perindopril erbumin một lần mỗi ngày vào buổi sáng trước bữa ăn với đủ lượng chất lỏng (ví dụ như nước).
Liều dùng nên được tính theo từng bệnh nhân và mức đáp ứng huyết áp.

Tăng huyết áp

Perindopril erbumin có thể được sử dụng trong đơn trị liệu hoặc kết hợp với các nhóm điều trị tăng huyết áp khác.
Liều khởi đầu được khuyến cáo là 4 mg, uống 1 lần/ ngày vào buổi sáng.
Bệnh nhân có hệ thống renin-angiotensin-aldosteron được kích hoạt mạnh (đặc biệt, tăng huyết áp mạch máu, giảm muối và/ hoặc nước, suy tim mất bù hoặc tăng huyết áp nặng) có thể bị tụt huyết áp quá mức sau liều ban đầu. Liều khởi đầu là 2 mg được khuyến cáo ở những bệnh nhân này và việc bắt đầu điều trị nên diễn ra dưới sự giám sát y tế.
Có thể tăng liều lên 8 mg x 1 lần/ ngày sau một tháng điều trị.
Hạ huyết áp có triệu chứng có thể xảy ra sau khi bắt đầu điều trị bằng perindopril erbumin; Điều này dễ xảy ra hơn ở những bệnh nhân đang được điều trị đồng thời với thuốc lợi tiểu.
Do đó, nên thận trọng vì những bệnh nhân này có thể bị mất nước và/ hoặc muối.
Nếu có thể, nên ngừng thuốc lợi tiểu từ 2 đến 3 ngày trước khi bắt đầu điều trị với perindopril erbumin.
Ở những bệnh nhân tăng huyết áp không thể ngừng thuốc lợi tiểu, nên bắt đầu điều trị bằng perindopril erbumin với liều 2 mg. Chức năng thận và kali huyết nên được theo dõi. Liều tiếp theo của perindopril erbumin nên được điều chỉnh theo đáp ứng huyết áp. Nếu cần thiết, thuốc lợi tiểu có thể được tiếp tục.
Ở bệnh nhân cao tuổi, nên bắt đầu điều trị với liều 2 mg, có thể tăng dần lên 4 mg sau một tháng rồi đến 8 mg nếu cần tùy theo chức năng thận (xem bảng dưới đây).

Suy tim có triệu chứng

Khuyến cáo rằng perindopril erbumin, thường được kết hợp với thuốc lợi tiểu không tiết kiệm kali và/ hoặc digoxin và/ hoặc thuốc chẹn beta, nên được sử dụng dưới sự giám sát y tế chặt chẽ với liều khởi đầu khuyến cáo là 2 mg uống vào buổi sáng. Liều này có thể được tăng lên theo từng khoảng thời gian từ 2 mg trong khoảng thời gian không dưới 2 tuần đến 4 mg x 1 lần/ ngày nếu dung nạp được.
Việc điều chỉnh liều nên dựa trên đáp ứng lâm sàng của từng bệnh nhân.
Ở những bệnh nhân suy tim nặng và những bệnh nhân khác được coi là có nguy cơ cao (bệnh nhân suy giảm chức năng thận và có khuynh hướng rối loạn điện giải, bệnh nhân được điều trị đồng thời với thuốc lợi tiểu và/ hoặc điều trị bằng thuốc giãn mạch), nên bắt đầu điều trị dưới sự giám sát y tế.
Bệnh nhân có nguy cơ cao bị hạ huyết áp có triệu chứng, ví dụ như bệnh nhân mất muối có hoặc không có hạ natri máu, bệnh nhân giảm thể tích máu hoặc bệnh nhân đang điều trị bằng thuốc lợi tiểu mạnh nên điều chỉnh các tình trạng này, nếu có thể, trước khi điều trị bằng perindopril erbumin. Nên theo dõi chặt chẽ huyết áp, chức năng thận và kali huyết thanh, cả trước và trong khi điều trị bằng perindopril erbumin.

Bệnh mạch vành ổn định

Perindopril erbumin nên được sử dụng với liều 4 mg x 1 lần/ ngày trong hai tuần, sau đó tăng lên 8 mg x 1 lần/ ngày, tùy thuộc vào chức năng thận và với điều kiện là liều 4 mg được dung nạp tốt.
Bệnh nhân cao tuổi nên dùng liều 2 mg x 1 lần/ ngày trong một tuần, sau đó 4 mg x 1 lần/ ngày vào tuần tiếp theo, trước khi tăng liều lên đến 8 mg x 1 lần/ ngày tùy theo chức năng thận (xem bảng dưới đây). Chỉ nên tăng liều nếu liều thấp hơn trước đó được dung nạp tốt.

Suy thận

Liều ở bệnh nhân suy thận phải dựa trên độ thanh thải creatinin:

Độ thanh thải creatinin (ml/ phút)	*Liều khuyến cáo*
ClCr ≥ 60	4 mg mỗi ngày
30 < ClCr < 60	2 mg mỗi ngày
15 < ClCr < 30	2 mg cách ngày
Bệnh nhân đang thẩm tách máu*, ClCr < 15	2 mg vào ngày thẩm tách

* Độ thanh thải của perindoprilat thẩm tách là 70 ml/ phút. Đối với bệnh nhân đang thẩm tách máu, nên dùng liều sau khi thẩm tách.

Suy gan

Không cần điều chỉnh liều ở bệnh nhân suy gan.

Trẻ em

Perindopril erbumin không được khuyến cáo sử dụng cho trẻ em và thanh thiếu niên do thiếu dữ liệu về tính an toàn và hiệu quả.
Hoặc theo chỉ dẫn của Thầy thuốc.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Quá mẫn với hoạt chất, với bất kỳ chất ức chế ACE nào khác hoặc với bất kỳ tá dược nào của thuốc.
Tiền sử phù mạch liên quan đến điều trị thuốc ức chế men chuyển trước đó.
Phù mạch di truyền hoặc vô căn.
Chống chỉ định sử dụng đồng thời perindopril erbumin với các sản phẩm chứa aliskiren ở bệnh nhân đái tháo đường hoặc suy thận (GFR < 60 ml/ phút/ 1,73 m^2).
Quý 2 và quý 3 của thai kỳ.
Sử dụng đồng thời với liệu pháp sacubitril/ valsartan. Perindopril erbumin không được bắt đầu sớm hơn 36 giờ sau liều cuối cùng của sacubitril/ valsartan.

CẢNH BÁO VÀ THẬN TRỌNG KHI DÙNG THUỐC

Bệnh mạch vành ổn định

Nếu có cơn đau thắt ngực không ổn định (điển hình hoặc không điển hình) xuất hiện trong tháng đầu tiên khi điều trị bằng perindopril, nên đánh giá thận trọng lợi ích/ nguy cơ trước khi tiếp tục điều trị.

Hạ huyết áp

Các thuốc ức chế men chuyển có thể gây hạ huyết áp. Các triệu chứng hạ huyết áp ít khi quan sát thấy trên bệnh nhân tăng huyết áp không có biến chứng và thường xuất hiện trên các bệnh nhân có khối lượng tuần hoàn giảm như đang điều trị bằng các thuốc lợi tiểu, chế độ ăn hạn chế muối, thẩm tách máu, tiêu chảy, nôn hoặc những người bị tăng huyết áp nặng phụ thuộc renin. Hạ huyết áp có triệu chứng được ghi nhận trên các bệnh nhân suy tim có triệu chứng có kèm theo suy thận hoặc không. Các triệu chứng này xuất hiện hầu hết trên các bệnh nhân suy tim ở mức độ nặng hơn là do sử dụng liều cao thuốc lợi tiểu quai, hạ natri máu hoặc suy thận chức năng. Ở những bệnh nhân tăng nguy cơ hạ huyết áp triệu chứng, cần giám sát chặt chẽ bệnh nhân khi bắt đầu điều trị và lúc điều chỉnh liều. Cũng cần cân nhắc tương tự ở bệnh nhân thiếu máu cơ tim hoặc bệnh mạch máu não, do huyết áp giảm quá mức có thể dẫn đến nhồi máu cơ tim hoặc tai biến mạch máu não.
Nếu xuất hiện triệu chứng hạ huyết áp, nên đặt bệnh nhân nằm ngửa và nếu cần, nên truyền tĩnh mạch dung dịch natri clorid 9 mg/ ml (0,9%). Không có chống chỉ định cho liều tiếp theo nếu phản ứng hạ huyết áp thoáng qua, bệnh nhân thường có thể dùng liều tiếp theo mà không gặp khó khăn gì do khối lượng tuần hoàn tăng sẽ kéo huyết áp tăng theo.
Ở một số bệnh nhân suy tim sung huyết có huyết áp bình thường hoặc huyết áp thấp, hạ huyết áp toàn thân có thể xuất hiện khi sử dụng perindopril erbumin. Tác dụng này có thể dự đoán được và thường không phải là nguyên nhân bắt buộc phải ngừng điều trị. Trong trường hợp hạ huyết áp có triệu chứng, có thể cần phải giảm liều hoặc ngừng dùng perindopril erbumin.

Hẹp van động mạch chủ và van hai lá/ bệnh cơ tim phì đại

Tương tự như các thuốc ức chế ACE khác, nên dùng thận trọng perindopril erbumin cho các bệnh nhân hẹp van hai lá và tắc nghẽn dòng máu đi ra từ tâm thất trái như hẹp động mạch chủ hoặc bệnh cơ tim phì đại.

Suy thận

Trong trường hợp suy thận (thanh thải creatinin < 60 ml/ phút), nên hiệu chỉnh liều khởi đầu của perindopril theo độ thanh thải creatinin của bệnh nhân, sau đó tùy theo đáp ứng của bệnh nhân. Theo dõi thường xuyên kali và creatinin là một phần trong kế hoạch chăm sóc thường quy cho các bệnh nhân này.
Trên bệnh nhân suy tim có triệu chứng, hạ huyết áp xuất hiện sau khi bắt đầu điều trị bằng các thuốc ức chế ACE có thể dẫn đến suy giảm thêm chức năng thận. Suy thận cấp, thường có hồi phục đã được ghi nhận trong trường hợp này.
Trên một số bệnh nhân hẹp động mạch thận hai bên hoặc hẹp động mạch thận một bên trên bệnh nhân còn một thận được điều trị bằng các thuốc ức chế ACE đã ghi nhận tăng urê máu và creatinin huyết thanh có hồi phục sau khi ngừng thuốc điều trị. Điều này đặc biệt giống như trên các bệnh nhân suy thận. Nếu bệnh nhân có tăng huyết áp động mạch thận, nguy cơ hạ huyết áp nặng và suy thận sẽ tăng lên. Trên những bệnh nhân này, nên bắt đầu điều trị với liều thấp dưới sự giám sát y tế chặt chẽ và tăng liều thận trọng. Do các thuốc lợi tiểu có thể là yếu tố góp phần thúc đẩy các nguy cơ trên, nên cần ngừng dùng các thuốc lợi tiểu và theo dõi chức năng thận trong những tuần đầu điều trị bằng perindopril erbumin.
Một số bệnh nhân tăng huyết áp trước đây không có biểu hiện bệnh lý mạch máu thận có thể xuất hiện tăng urê máu và creatinin huyết thanh, thường nhẹ và thoáng qua, đặc biệt khi dùng perindopril erbumin đồng thời với các thuốc lợi tiểu. Nguy cơ có nhiều khả năng xảy ra hơn trên bệnh nhân có tiền sử suy thận. Cần giảm liều và/ hoặc ngừng dùng các thuốc lợi tiểu và/ hoặc perindopril erbumin.

Bệnh nhân thẩm tách máu

Phản ứng phản vệ đã được báo cáo trên những bệnh nhân thẩm tách máu với màng lọc tốc độ cao được điều trị đồng thời với các thuốc ức chế ACE. Trên các bệnh nhân này, nên xem xét sử dụng loại màng thẩm tách máu khác hoặc sử dụng các thuốc chống tăng huyết áp nhóm khác.

Ghép thận

Chưa có kinh nghiệm về việc sử dụng perindopril erbumin ở những bệnh nhân mới được ghép thận.

Quá mẫn/ Phù mạch

Phù mạch ở mặt, tứ chi, môi, niêm mạc, lưỡi, thanh môn và/ hoặc thanh quản đã được báo cáo hiếm khi xảy ra ở những bệnh nhân được điều trị bằng thuốc ức chế men chuyển, bao gồm cả perindopril erbumin. Điều này có thể xảy ra bất cứ lúc nào trong quá trình điều trị.
Trong những trường hợp như vậy, nên kịp thời ngừng dùng perindopril erbumin và bắt đầu quá trình theo dõi thích hợp, tiếp tục cho đến khi các triệu chứng xuất hiện thoái lui hoàn toàn. Trong khoảng thời gian này, các triệu chứng sưng mặt và môi thường tự hết mà không cần điều trị, cho dù các thuốc kháng histamin có thể có hiệu quả làm giảm triệu chứng.
Phù mạch liên quan đến phù thanh môn có thể gây tử vong. Khi xuất hiện các triệu chứng phù ở lưỡi, thanh môn hoặc thanh quản, có thể dẫn đến tắc nghẽn đường thở, nên điều trị cấp cứu kịp thời. Có thể sử dụng adrenalin kết hợp với thông khí đường hô hấp cho bệnh nhân.
Bệnh nhân nên được theo dõi y tế chặt chẽ cho đến khi hết hoàn toàn các triệu chứng.
Bệnh nhân có tiền sử phù mạch không liên quan đến thuốc ức chế men chuyển có thể tăng nguy cơ phù mạch khi dùng thuốc ức chế men chuyển.
Chống chỉ định sử dụng đồng thời thuốc ức chế men chuyển với sacubitril/ valsartan do làm tăng nguy cơ phù mạch. Không nên bắt đầu điều trị bằng sacubitril/ valsartan trong vòng 36 giờ kể từ liều perindopril erbumin cuối cùng. Không nên bắt đầu điều trị bằng perindopril erbumin trong vòng 36 giờ sau liều cuối cùng của sacubitril/ valsartan.
Sử dụng đồng thời thuốc ức chế men chuyển với racecadotril, thuốc ức chế mTOR (ví dụ: sirolimus, everolimus, temsirolimus) và vildagliptin có thể dẫn đến tăng nguy cơ phù mạch (ví dụ sưng đường thở hoặc lưỡi, có hoặc không có suy hô hấp). Cần thận trọng khi bắt đầu điều trị với racecadotril, thuốc ức chế mTOR (ví dụ: sirolimus, everolimus, temsirolimus) và vildagliptin ở bệnh nhân đã dùng thuốc ức chế men chuyển.
Phù mạch hệ tiêu hóa hiếm khi xảy ra ở những bệnh nhân được điều trị dùng thuốc ức chế men chuyển. Những bệnh nhân này có biểu hiện đau bụng (có hoặc không có buồn nôn hoặc nôn); trong một số trường hợp, không có biểu hiện phù mạch mặt trước đó và nồng độ C-1 esterase vẫn bình thường. Chẩn đoán được thực hiện bằng chụp CT, siêu âm bụng hoặc trong khi phẫu thuật và các triệu chứng cải thiện sau khi ngừng thuốc ức chế men chuyển. Phù mạch hệ tiêu hóa nên được sử dụng làm dấu hiệu để chẩn đoán phân biệt bệnh nhân sử dụng thuốc ức chế men chuyển có biểu hiện đau bụng.

Các phản ứng phản vệ trong quá trình gạn tách lipoprotein tỷ trọng thấp (LDL)

Phản ứng phản vệ đe dọa tính mạng hiếm khi gặp ở bệnh nhân dùng thuốc ức chế men chuyển trong quá trình gạn tách lipoprotein tỷ trọng thấp bằng dextran sulphat. Những phản ứng này có thể tránh được ở bệnh nhân bằng cách tạm thời ngừng điều trị bằng thuốc ức chế men chuyển trước mỗi lần gạn tách.

Các phản ứng phản vệ trong quá trình giải mẫn cảm

Bệnh nhân dùng thuốc ức chế men chuyển trong quá trình giải mẫn cảm (ví dụ nọc một số loài côn trùng) đã gặp các phản ứng phản vệ. Trên các bệnh nhân này, các phản ứng phản vệ có thể tránh được bằng cách tạm ngừng dùng các thuốc ức chế men chuyển, nhưng các phản ứng này có thể xuất hiện trở lại sau khi vô ý bị tái mẫn cảm.

Suy gan

Hiếm gặp các trường hợp các thuốc ức chế men chuyển liên quan đến hội chứng bắt đầu bằng vàng da ứ mật và tiến triển thành hoại tử gan lan tỏa và (đôi khi) tử vong. Cơ chế của hội chứng này chưa được biết rõ. Bệnh nhân dùng các thuốc ức chế men chuyển có vàng da tiến triển hoặc tăng enzym gan nên ngừng dùng thuốc và được theo dõi y tế phù hợp.

Giảm bạch cầu trung tính/ mất bạch cầu hạt/ giảm tiểu cầu/ thiếu máu

Các trường hợp giảm bạch cầu trung tính, mất bạch cầu hạt, giảm tiểu cầu và thiếu máu đã được báo cáo ở những bệnh nhân dùng thuốc ức chế men chuyển. Giảm bạch cầu trung tính hiếm khi xảy ra ở những bệnh nhân có chức năng thận bình thường và không có các yếu tố nguy cơ khác. Thiếu máu tan huyết đôi khi cũng xảy ra ở những bệnh nhân bị thiếu men G6-PD bẩm sinh. Perindopril nên được sử dụng thận trọng cho những bệnh nhân bị bệnh lý mạch máu collagen, đang điều trị bằng thuốc ức chế miễn dịch, allopurinol hoặc procainamid, hoặc kết hợp của các yếu tố nguy cơ này, đặc biệt nếu trước đó bệnh nhân đã có chức năng thận bị suy giảm. Một số bệnh nhân này đã có tiến triển thành nhiễm khuẩn nặng mà trong một vài trường hợp không đáp ứng với liệu pháp kháng sinh mạnh. Nếu sử dụng perindopril trên các bệnh nhân này, theo dõi định kỳ số lượng tế bào bạch cầu và hướng dẫn bệnh nhân báo cáo bất cứ dấu hiệu nhiễm khuẩn nào.

Chủng tộc

Các thuốc ức chế men chuyển gây phù mạch trên bệnh nhân da đen với tỷ lệ cao hơn trên các bệnh nhân khác.
Tương tự các thuốc ức chế men chuyển khác, tác dụng hạ huyết áp của perindopril có thể kém hiệu quả hơn trên bệnh nhân da đen, có thể là do tỷ lệ hoạt tính renin huyết tương thấp ở quần thể bệnh nhân da đen tăng huyết áp cao hơn.

Ho

Ho đã được ghi nhận khi sử dụng các thuốc ức chế men chuyển. Ho thường đặc trưng bởi ho khan, dai dẳng và chấm dứt sau khi ngừng điều trị. Ho do thuốc ức chế men chuyển cần được chẩn đoán phân biệt với các loại ho khác.

Phẫu thuật/ Gây mê

Trên bệnh nhân phải thực hiện phẫu thuật lớn hoặc gây mê bằng các thuốc có thể gây hạ huyết áp, perindopril erbumin có thể gây ức chế tổng hợp angiotensin II thứ phát bù trừ do giải phóng renin. Nên ngừng dùng thuốc một ngày trước phẫu thuật. Nếu xuất hiện hạ huyết áp do cơ chế này, có thể điều chỉnh bằng cách tăng khối lượng tuần hoàn.

Tăng kali huyết

Tăng kali huyết thanh đã được ghi nhận trên một số bệnh nhân dùng các thuốc ức chế men chuyển, bao gồm perindopril. Thuốc ức chế men chuyển có thể gây tăng kali huyết vì ức chế giải phóng aldosteron. Tác dụng thường không đáng kể ở những bệnh nhân có chức năng thận bình thường. Tuy nhiên, ở những bệnh nhân bị suy giảm chức năng thận, đái tháo đường không kiểm soát được, giảm aldosteron và/ hoặc những người sử dụng đồng thời các chất bổ sung kali (bao gồm các chất thay thế muối), thuốc lợi tiểu tiết kiệm kali, thuốc lợi tiểu, trimethoprim hoặc co-trimoxazol còn được gọi là trimethoprim/ sulfamethoxazol và đặc biệt là các chất đối kháng aldosteron hoặc thuốc chẹn thụ thể angiotensin nên được sử dụng thận trọng cho bệnh nhân đang dùng thuốc ức chế men chuyển và nên theo dõi kali huyết thanh và chức năng thận.

Bệnh nhân đái tháo đường

Bệnh nhân đái tháo đường sử dụng các thuốc điều trị đái tháo đường đường uống nên theo dõi chặt đường huyết trong tháng đầu khi điều trị với các thuốc ức chế men chuyển.

Lithium

Kết hợp lithium với perindopril nói chung không được khuyến cáo.

Thuốc lợi tiểu giữ kali, chất bổ sung kali hoặc chất thay thế muối có chứa kali

Thường không khuyến cáo kết hợp perindopril với thuốc lợi tiểu giữ kali, thuốc bổ sung kali hoặc chất thay thế muối có chứa kali.

Phong bế kép hệ renin-angiotensin-aldosteron (RAAS)

Việc kết hợp thuốc ức chế men chuyển, thuốc đối kháng thụ thể angiotensin II hoặc aliskiren đã được chứng minh là làm tăng nguy cơ hạ huyết áp, tăng kali huyết và suy giảm chức năng thận (bao gồm cả nguy cơ suy thận cấp). Do đó, không khuyến cáo phong bế kép RAAS bằng cách sử dụng kết hợp thuốc ức chế men chuyển, thuốc đối kháng thụ thể angiotensin II hoặc aliskiren.
Tuy nhiên, nếu sự kết hợp như vậy được coi là hoàn toàn cần thiết, việc sử dụng này chỉ có thể được thực hiện dưới sự giám sát của bác sĩ chuyên khoa và với sự theo dõi chặt chẽ và thường xuyên về chức năng thận, điện giải và huyết áp.
Thuốc ức chế men chuyển và thuốc đối kháng thụ thể angiotensin II không nên kết hợp ở những bệnh nhân bị bệnh thận do đái tháo đường.

Thai kỳ

Thuốc ức chế men chuyển không nên dùng trong thời kỳ mang thai. Trừ khi liệu pháp ức chế men chuyển được coi là cần thiết, bệnh nhân dự định có thai nên thay đổi liệu pháp hạ huyết áp sang một loại thuốc có tính an toàn trong thời kỳ mang thai. Nếu chẩn đoán có thai, nên ngừng ngay liệu pháp ức chế men chuyển và bắt đầu điều trị thay thế nếu cần thiết.

Liên quan đến tá dược

Tinh bột mì có trong thuốc này chỉ chứa hàm lượng gluten rất thấp và ít có khả năng có hại nếu bệnh nhân có bệnh Celiac. Nếu bị dị ứng với lúa mì, bệnh nhân không nên dùng thuốc này.
Lactose monohydrat: không nên sử dụng ở bệnh nhân có vấn đề về dung nạp galactose, thiếu hụt men lactase hoặc bị rối loạn hấp thu glucose - galactose.

SỬ DỤNG THUỐC CHO PHỤ NỮ CÓ THAI VÀ CHO CON BÚ

Phụ nữ có thai

Không khuyến cáo sử dụng thuốc ức chế men chuyển trong ba tháng đầu của thai kỳ. Chống chỉ định sử dụng thuốc ức chế men chuyển trong quý 2 và quý 3 của thai kỳ.
Bằng chứng dịch tễ học về nguy cơ gây dị tật sau khi dùng thuốc ức chế men chuyển trong ba tháng đầu của thai kỳ vẫn chưa được xác định. Tuy nhiên, không thể loại trừ khả năng có sự tăng nhẹ nguy cơ này. Trừ khi điều trị bằng thuốc ức chế men chuyển là cần thiết, bệnh

https://vnras.com/drug/

nhân có kế hoạch mang thai cần chuyển sang liệu pháp thay thế đã có bằng chứng về tính an toàn để điều trị tăng huyết áp ở phụ nữ mang thai. Khi đã có thai, việc điều trị bằng thuốc ức chế men chuyển cần được ngừng ngay lập tức và nếu có thể nên bắt đầu liệu pháp điều trị thay thế.
Việc dùng thuốc ức chế men chuyển trong quý thứ 2 và thứ 3 của thai kỳ được cho là gây độc tính trên thai nhi (suy giảm chức năng thận, thiểu ối, chậm phát triển khung xương sọ) và độc tính ở trẻ sơ sinh (suy thận, hạ huyết áp, tăng kali huyết).
Trường hợp phụ nữ mang thai từ quý thứ 2 trở đi có sử dụng thuốc ức chế men chuyển, khuyến cáo bệnh nhân siêu âm thai nhi để kiểm tra chức năng thận và kiểm tra hộp sọ.
Trẻ sơ sinh có mẹ được điều trị bằng thuốc ức chế men chuyển cần được theo dõi chặt chẽ tình trạng hạ huyết áp.

Phụ nữ cho con bú

Do không có thông tin về việc sử dụng perindopril trong giai đoạn cho con bú, perindopril không được khuyến cáo sử dụng và nên dùng liệu pháp thay thế có bằng chứng về tính an toàn trên phụ nữ cho con bú, đặc biệt đối với trẻ mới sinh hoặc trẻ sinh non.

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

Không có nghiên cứu nào về ảnh hưởng đến khả năng lái xe và sử dụng máy móc.
Tuy nhiên, khi điều khiển phương tiện hoặc vận hành máy móc, cần lưu ý rằng đôi khi có thể bị chóng mặt hoặc mệt mỏi.

TƯƠNG TÁC, TƯƠNG KỴ CỦA THUỐC

Thuốc lợi tiểu

Bệnh nhân đang sử dụng các thuốc lợi tiểu, và đặc biệt là những bệnh nhân giảm khối lượng tuần hoàn và/ hoặc mất muối, có thể bị hạ huyết áp quá mức khi bắt đầu điều trị bằng thuốc ức chế men chuyển. Khả năng bị tụt huyết áp có thể giảm khi ngừng sử dụng các thuốc lợi tiểu, hoặc bằng cách tăng khối lượng tuần hoàn hoặc tăng lượng muối tiêu thụ trước khi bắt đầu điều trị bằng perindopril với liều thấp và tăng dần liều.

Thuốc lợi tiểu tiết kiệm kali, chất bổ sung kali hoặc chất thay thế muối có chứa kali

Mặc dù kali trong huyết thanh thường vẫn trong giới hạn bình thường, tăng kali huyết có thể xảy ra ở một số bệnh nhân được điều trị bằng perindopril. Thuốc lợi tiểu giữ kali (ví dụ như spironolacton, triamteren, hoặc amilorid), chất bổ sung kali hoặc chất thay thế muối có chứa kali có thể làm tăng đáng kể nồng độ kali huyết thanh. Cũng nên thận trọng khi dùng đồng thời perindopril với các thuốc làm tăng kali huyết thanh khác, chẳng hạn như trimethoprim và cotrimoxazol (trimethoprim/ sulfamethoxazol) vì trimethoprim hoạt động như một thuốc lợi tiểu giữ kali như amilorid. Do đó, không khuyến cáo việc kết hợp perindopril với các thuốc trên. Nếu sử dụng đồng thời được chỉ định, cần sử dụng thận trọng và theo dõi thường xuyên kali huyết thanh.

Cyclosporin

Tăng kali huyết có thể xảy ra khi sử dụng đồng thời thuốc ức chế men chuyển với cyclosporin. Khuyến cáo theo dõi kali huyết thanh.

Heparin

Tăng kali huyết có thể xảy ra khi sử dụng đồng thời thuốc ức chế men chuyển với heparin. Khuyến cáo theo dõi kali huyết thanh.

Lithium

Tăng có hồi phục nồng độ lithium huyết thanh và độc tính đã được báo cáo khi dùng đồng thời lithium với các thuốc ức chế men chuyển. Sử dụng đồng thời với thuốc lợi tiểu thiazid có thể làm tăng nguy cơ ngộ độc lithium và làm tăng nguy cơ ngộ độc lithium vốn đã tăng với các thuốc ức chế men chuyển. Sử dụng phối hợp perindopril với lithium không được khuyến cáo, nhưng nếu cần thiết phải kết hợp, nên theo dõi cẩn thận nồng độ lithium huyết thanh.

Thuốc chống viêm không steroid (NSAID) (bao gồm acid acetylsalicylic ≥ 3 g/ ngày)

Việc sử dụng thuốc chống viêm không steroid có thể làm giảm tác dụng hạ huyết áp của thuốc ức chế men chuyển. Ngoài ra, NSAID và chất ức chế men chuyển có tác dụng phụ làm tăng kali huyết thanh và có thể dẫn đến suy giảm chức năng thận. Những tác động này thường hồi phục. Hiếm khi xảy ra suy thận cấp, đặc biệt ở những bệnh nhân có chức năng thận bị tổn thương như người cao tuổi hoặc bị mất nước.

Thuốc hạ huyết áp và thuốc giãn mạch

Sử dụng đồng thời các thuốc này có thể làm tăng tác dụng hạ huyết áp của perindopril. Sử dụng đồng thời với nitroglycerin và các nitrat khác, hoặc các thuốc giãn mạch khác có thể gây giảm huyết áp hơn nữa.

Phong bế kép hệ renin-angiotensin-aldosteron (RAAS) bằng thuốc ức chế men chuyển, thuốc đối kháng thụ thể angiotensin II hoặc aliskiren

Dữ liệu từ các thử nghiệm lâm sàng cho thấy sự phong bế kép hệ renin-angiotensin-aldosteron (RAAS) bằng cách sử dụng đồng thời thuốc ức chế men chuyển, thuốc đối kháng thụ thể angiotensin II hoặc aliskiren có liên quan đến tần suất cao hơn các tác dụng phụ như hạ huyết áp, tăng kali máu và suy giảm chức năng thận (bao gồm cả suy thận cấp) so với việc sử dụng riêng lẻ một loại thuốc tác động lên RAAS.

Thuốc điều trị đái tháo đường

Các nghiên cứu dịch tễ học đã cho thấy sự kết hợp giữa thuốc ức chế men chuyển và thuốc điều trị đái tháo đường (insulin, thuốc hạ đường huyết uống) có thể làm tăng tác dụng hạ glucose máu với nguy cơ hạ đường huyết. Hiện tượng này dường như xảy ra đặc biệt nhiều hơn trong những tuần đầu tiên khi sử dụng kết hợp và ở những bệnh nhân suy thận.

Acid acetylsalicylic, thuốc làm tan huyết khối, thuốc chẹn beta, nitrat

Perindopril có thể được sử dụng đồng thời với acid acetylsalicylic (khi được dùng làm thuốc làm tan huyết khối), thuốc làm tan huyết khối, thuốc chẹn beta và/ hoặc nitrat.

Thuốc chống trầm cảm ba vòng/ Thuốc chống loạn thần/ Thuốc mê

Sử dụng đồng thời một số sản phẩm thuốc gây mê, thuốc chống trầm cảm ba vòng và thuốc chống loạn thần với thuốc ức chế men chuyển có thể làm giảm thêm huyết áp.

Thuốc kích thích thần kinh giao cảm

Thuốc kích thích thần kinh giao cảm có thể làm giảm tác dụng hạ huyết áp của thuốc ức chế men chuyển.

Vàng

Các phản ứng nitritoid (các triệu chứng bao gồm đỏ bừng mặt, buồn nôn, nôn và tụt huyết áp) đã được ghi nhận hiếm gặp trên các bệnh nhân đang điều trị bằng muối vàng qua đường tiêm (natri aurothiomalat) và điều trị đồng thời với các thuốc ức chế men chuyển (bao gồm perindopril).

Thuốc kháng acid

Có thể làm giảm sinh khả dụng của perindopril.

Các thuốc làm tăng nguy cơ phù mạch

Chống chỉ định sử dụng đồng thời thuốc ức chế men chuyển với sacubitril/ valsartan vì làm tăng nguy cơ phù mạch.
Thuốc ức chế men chuyển (ví dụ như perindopril) được biết là gây phù mạch. Sử dụng đồng thời thuốc ức chế men chuyển với racecadotril, thuốc ức chế mTOR (ví dụ sirolimus, everolimus, temsirolimus) và vildagliptin có thể dẫn đến tăng nguy cơ phù mạch.

TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA THUỐC

Tần suất của các tác dụng không mong muốn được quy ước như sau: Rất thường gặp (≥ 1/ 10), thường gặp (≥ 1/ 100 đến < 1/ 10), không thường gặp (≥ 1/ 1000 đến < 1/ 100), hiếm gặp (≥ 1/ 10000 đến < 1/ 1000), rất hiếm gặp (< 1/ 10000), không rõ (không thể ước tính tần suất từ dữ liệu có sẵn).

Rối loạn máu và hệ bạch huyết

Rất hiếm gặp: Giảm hemoglobin và hematocrit, giảm tiểu cầu, giảm bạch cầu/ giảm bạch cầu trung tính, mất bạch cầu hạt hoặc giảm toàn thể huyết cầu. Thiếu máu tan huyết đã xảy ra ở bệnh nhân thiếu men G-6PDH.

Rối loạn chuyển hóa và dinh dưỡng

Không rõ: Hạ đường huyết.

Rối loạn tâm thần

Không thường gặp: Rối loạn tâm trạng hoặc giấc ngủ.

Rối loạn hệ thần kinh

Thường gặp: Đau đầu, chóng mặt, choáng váng, dị cảm. Rất hiếm gặp: Lú lẫn.

Rối loạn mắt

Thường gặp: Rối loạn thị lực.

Rối loạn tai và tai trong

Thường gặp: Ù tai.

Rối loạn tim mạch

Rất hiếm gặp: Loạn nhịp tim, cơn đau thắt ngực, nhồi máu cơ tim, có thể xảy ra thứ phát sau hạ huyết áp quá mức ở những bệnh nhân có nguy cơ cao.

Rối loạn mạch máu

Thường gặp: Hạ huyết áp và các tác động liên quan đến hạ huyết áp. Rất hiếm gặp: Đột quỵ, có thể xảy ra thứ phát sau hạ huyết áp quá mức ở những bệnh nhân có nguy cơ cao. Không rõ: Viêm mạch, hội chứng Raynaud.

Rối loạn hô hấp, lồng ngực và trung thất

Thường gặp: Ho, khó thở. Không thường gặp: Co thắt phế quản. Rất hiếm gặp: Viêm phổi tăng bạch cầu ái toan, viêm mũi.

Rối loạn tiêu hóa

Thường gặp: Buồn nôn, nôn, đau bụng, rối loạn vị giác, khó tiêu, tiêu chảy, táo bón. Không thường gặp: Khô miệng. Rất hiếm gặp: Viêm tụy.

Rối loạn gan mật

Rất hiếm gặp: Viêm gan do phân giải tế bào gan hoặc ứ mật.

Rối loạn da và mô dưới da

Thường gặp: Phát ban, ngứa. Không thường gặp: Phù mạch ở mặt, tứ chi, môi, niêm mạc, lưỡi, thanh môn và/ hoặc thanh quản, mày đay. Hiếm gặp: Làm nặng thêm bệnh vẩy nến. Rất hiếm gặp: Ban đỏ đa dạng.

Rối loạn cơ, xương và mô liên kết

Không thường gặp: Chuột rút.

Rối loạn thận và tiết niệu

Không thường gặp: Suy thận. Rất hiếm gặp: Suy thận cấp tính.

Rối loạn hệ thống sinh sản và vú

Không thường gặp: Bất lực.

Rối loạn chung

Thường gặp: Suy nhược. Không thường gặp: Đổ mồ hôi.

Các xét nghiệm

Có thể gây tăng urê huyết và creatinin huyết, tăng kali huyết có hồi phục khi ngưng thuốc, đặc biệt khi có suy thận, suy tim nặng và tăng huyết áp mạch máu thận.
Tăng men gan và bilirubin huyết thanh hiếm khi được báo cáo.
Thông báo cho bác sĩ những tác dụng không mong muốn gặp phải khi sử dụng thuốc.

QUÁ LIỀU VÀ CÁCH XỬ TRÍ

Dữ liệu hạn chế về quá liều ở người.
Các triệu chứng liên quan đến quá liều thuốc ức chế men chuyển có thể bao gồm hạ huyết áp, sốc tuần hoàn, rối loạn điện giải, suy thận, tăng thông khí, nhịp tim nhanh, đánh trống ngực, nhịp tim chậm, chóng mặt, lo lắng và ho.
Điều trị quá liều được khuyến cáo là truyền tĩnh mạch dung dịch natri clorid 9 mg/ ml (0,9%). Nếu xảy ra tụt huyết áp, bệnh nhân nên được đặt ở tư thế nằm ngửa với đầu hạ thấp. Nếu có, điều trị bằng truyền angiotensin II và/ hoặc catecholamin tiêm tĩnh mạch cũng có thể được xem xét. Perindopril có thể bị loại bỏ khỏi hệ tuần hoàn chung bằng thẩm tách máu. Điều trị bằng máy tạo nhịp tim được chỉ định cho chứng nhịp tim chậm kháng trị liệu. Các dấu hiệu sinh tồn, các chất điện giải trong huyết thanh và nồng độ creatinin cần được theo dõi liên tục.

ĐẶC TÍNH DƯỢC LỰC HỌC

Nhóm dược lý: Thuốc ức chế men chuyển, đơn chất; Mã ATC: C09A A04.

Cơ chế tác dụng

Perindopril là thuốc ức chế enzym chuyển angiotensin I thành angiotensin II (Angiotensin Converting Enzyme ACE). Enzym chuyển đổi, hoặc kinase, là một exopeptidase giúp cho việc chuyển đổi angiotensin I thành chất gây co mạch angiotensin II cũng như gây thoái hóa chất giãn mạch bradykinin thành heptapeptid không có hoạt tính. Sự ức chế ACE dẫn đến giảm angiotensin II trong huyết tương, điều này làm tăng hoạt tính của renin trong huyết tương (do ức chế tác động ngược âm tính đối với giải phóng renin) và làm giảm tiết aldosteron. Vì ACE gây bất hoạt bradykinin, sự ức chế ACE cũng dẫn đến tăng hoạt tính của các hệ thống kallikrein-kinin tuần hoàn và cục bộ (và vì vậy cũng gây hoạt hóa hệ prostaglandin). Có thể cơ chế này góp phần vào tác dụng hạ huyết áp của các chất ức chế men chuyển và một phần gây ra một số tác dụng phụ (ví dụ: ho).
Perindopril tác động qua chất chuyển hóa có hoạt tính, perindoprilat. Các chất chuyển hóa khác không thể hiện tác dụng ức chế ACE *in vitro*.

Hiệu quả lâm sàng và an toàn

Tăng huyết áp

Perindopril có tác dụng trên tất cả các mức độ tăng huyết áp: từ nhẹ đến vừa và nặng. Sự giảm huyết áp tâm thu và tâm trương đạt được ở cả tư thế nằm cũng như tư thế đứng.
Perindopril làm giảm sức kháng của mạch máu ngoại vi, dẫn đến giảm huyết áp. Hậu quả là lưu lượng máu ngoại vi tăng lên, và không có tác dụng trên tần số tim.
Thường thì lưu lượng máu qua thận tăng lên, trong khi tốc độ lọc cầu thận (GFR) thường không thay đổi.
Hoạt tính chống tăng huyết áp đạt đến tối đa giữa 4 đến 6 giờ sau một liều đơn và kéo dài trong ít nhất 24 giờ, tác dụng của thuốc lúc thấp nhất (đáy) bằng khoảng 87 - 100% so với tác dụng của thuốc lúc cao nhất (đỉnh).
Sự giảm huyết áp xảy ra nhanh chóng. Ở các bệnh nhân đáp ứng, sự bình thường hóa đạt được trong vòng một tháng và kéo dài mà không xảy ra quen thuốc.
Việc ngừng dùng thuốc không gây tác dụng hồi ứng trên huyết áp.
Perindopril làm giảm phì đại thất trái.
Ở người, perindopril đã được xác nhận có tác dụng giãn mạch. Thuốc làm tăng tính đàn hồi của động mạch lớn và làm giảm tỷ lệ lớp áo giữa: lòng ống của động mạch nhỏ.
Một số liệu pháp phụ trợ với một thuốc lợi tiểu thiazid gây tác dụng hiệp đồng cộng hợp. Sự kết hợp giữa một thuốc ức chế men chuyển và một thiazid cũng làm giảm nguy cơ hạ kali huyết gây ra bởi liệu pháp lợi tiểu.
Hai thử nghiệm ngẫu nhiên lớn có đối chứng (ONTARGET (ONgoing Telmisartan Alone and in combination with Ramipril Global Endpoint Trial)) và VA NEPHRON-D (The Veterans Affairs Nephropathy in Diabetes) đã kiểm tra việc sử dụng kết hợp thuốc ức chế men chuyển với thuốc chẹn thụ thể angiotensin II.
Nghiên cứu ONTARGET được thực hiện ở những bệnh nhân có tiền sử bệnh tim mạch hoặc bệnh mạch máu não, hoặc bệnh đái tháo đường týp 2 với tổn thương cơ quan đích. Nghiên cứu VA NEPHRON-D được thực hiện trên bệnh nhân đái tháo đường týp 2 và bệnh thận do đái tháo đường.
So với đơn trị liệu, các nghiên cứu này không chứng minh được tác dụng có lợi đáng kể đối với sự tiến triển của tổn thương thận và/ hoặc tim mạch và tỷ lệ tử vong, đồng thời ghi nhận sự gia tăng nguy cơ tăng kali huyết, suy thận cấp và/ hoặc hạ huyết áp. Những kết quả này cũng có thể áp dụng cho các thuốc ức chế men chuyển khác và thuốc đối kháng thụ thể angiotensin II, do tính chất dược lực học tương tự nhau.
Do đó không nên kết hợp thuốc ức chế men chuyển và thuốc đối kháng thụ thể angiotensin II ở bệnh nhân bị bệnh thận do đái tháo đường.
Nghiên cứu ALTITUDE (Nghiên cứu vai trò Aliskiren trên biến cố tim mạch và bệnh thận ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2) được thực hiện để đánh giá lợi ích của việc thêm aliskiren vào thuốc ức chế men chuyển tiêu chuẩn hoặc liệu pháp thuốc đối kháng thụ thể angiotensin II ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 và suy thận mạn tính, có hoặc không rối loạn tim mạch. Nghiên cứu này đã bị kết thúc sớm do tăng nguy cơ xảy ra các tác dụng phụ. Tử vong tim mạch và đột quỵ ở nhóm aliskiren thường xuyên hơn ở nhóm giả dược và các tác dụng ngoại ý và một số tác dụng phụ nghiêm trọng cần quan tâm (tăng kali huyết, hạ huyết áp và rối loạn chức năng thận) được báo cáo thường xuyên hơn ở nhóm aliskiren so với nhóm giả dược.

Suy tim

Perindopril erbumin làm giảm công của tim do làm giảm tiền tải và hậu tải.
Các nghiên cứu trên bệnh nhân suy tim đã chứng minh:
- Giảm áp lực đổ đầy máu vào tâm thất trái và phải,
- Giảm sức cản của toàn bộ hệ mạch máu ngoại vi,
- Tăng cung lượng tim và cải thiện chỉ số tim,

Trong các nghiên cứu so sánh, lần đầu tiên dùng 2 mg perindopril erbumin cho bệnh nhân bị suy tim nhẹ đến vừa thấy huyết áp giảm không đáng kể so với giả dược.

Bệnh nhân bệnh mạch vành ổn định

Nghiên cứu EUROPA là một thử nghiệm lâm sàng có đối chứng với giả dược, mù đôi, ngẫu nhiên hóa, đa trung tâm, quốc tế, kéo dài 4 năm. 12218 bệnh nhân trên 18 tuổi được chỉ định một cách ngẫu nhiên dùng perindopril 8 mg (n = 6110) hoặc giả dược (n = 6108).
Quần thể thử nghiệm có bằng chứng về bệnh động mạch vành và không có dấu hiệu lâm sàng của suy tim. Nhìn chung, 90% bệnh nhân từng bị nhồi máu cơ tim trước đó và/ hoặc tái thông mạch vành trước đó. Phần lớn bệnh nhân dùng thuốc nghiên cứu thêm vào liệu pháp thường quy bao gồm thuốc ức chế tiểu cầu, thuốc hạ lipid máu và thuốc chẹn beta.
Tiêu chuẩn về hiệu quả chính là sự kết hợp của tử vong tim mạch, nhồi máu cơ tim không tử vong và/ hoặc ngưng tim với sự hồi sức thành công. Điều trị với perindopril 8 mg x 1 lần/ ngày làm giảm đáng kể các kết cục lâm sàng chủ yếu là 1,9% (giảm nguy cơ tương đối là 20%, 95% CI [9,4; 28,6] - p < 0,001).
Ở những bệnh nhân có tiền sử bệnh nhồi máu cơ tim và/ hoặc tái thông mạch, sự giảm tuyệt đối 2,2% tương ứng với giảm nguy cơ tương đối 22,4% (95% CI [12,0; 31,6] - p <0,001) trong các kết cục lâm sàng chủ yếu so với giả dược.

ĐẶC TÍNH DƯỢC ĐỘNG HỌC

Sau khi uống, sự hấp thu của perindopril nhanh chóng và đạt nồng độ đỉnh trong vòng 1 giờ. Khả dụng sinh học là 65 đến 70%.
Khoảng 20% tổng lượng perindopril hấp thu được chuyển thành perindoprilat, chất chuyển hóa có hoạt tính. Ngoài perindoprilat có hoạt tính, perindopril tạo ra 5 chất chuyển hóa, tất cả đều không có hoạt tính. Thời gian bán thải trong huyết tương của perindopril là 1 giờ. Nồng độ đỉnh trong huyết tương của perindoprilat đạt được trong vòng 3 đến 4 giờ.
Vì thức ăn làm giảm sự chuyển hóa thành perindoprilat, và do đó để tăng sinh khả dụng nên dùng perindopril erbumin bằng đường uống, với một liều duy nhất hàng ngày vào buổi sáng trước bữa ăn.
Thể tích phân bố khoảng 0,2 l/ kg đối với perindoprilat không liên kết. Tỷ lệ liên kết với protein là ít (liên kết của perindoprilat với men chuyển angiotensin dưới 30%), nhưng phụ thuộc vào nồng độ.
Perindoprilat được thải trừ qua nước tiểu và thời gian bán hủy của phần không liên kết khoảng 3 đến 5 giờ. Sự phân ly của perindoprilat liên kết với men chuyển angiotensin dẫn đến thời gian bán thải "hiệu quả" là 25 giờ, dẫn đến trạng thái ổn định trong vòng 4 ngày.
Sau khi dùng lặp lại, không quan sát thấy sự tích tụ của perindopril.
Sự đào thải của perindoprilat bị giảm ở người cao tuổi và cả ở bệnh nhân suy tim hoặc suy thận.
Cần điều chỉnh liều ở người suy thận tùy thuộc vào mức độ suy thận (độ thanh thải creatinin).
Độ thanh thải của perindoprilat qua thẩm tách là 70 ml/ phút.
Động học của perindopril bị thay đổi ở bệnh nhân xơ gan: độ thanh thải ở gan của chất này bị giảm đi một nửa. Tuy nhiên, lượng perindoprilat hình thành không bị giảm và do đó không cần điều chỉnh liều.

QUY CÁCH ĐÓNG GÓI: Hộp 1 túi x 1 vỉ x 30 viên.
HẠN DÙNG: 36 tháng kể từ ngày sản xuất.
ĐIỀU KIỆN BẢO QUẢN: Nơi khô, nhiệt độ không quá 30°C, tránh ánh sáng.
TIÊU CHUẨN: TCCS.

Cơ sở sản xuất:
CÔNG TY CỔ PHẦN DƯỢC HẬU GIANG - Chi nhánh nhà máy dược phẩm DHG tại Hậu Giang
Lô B2 - B3, Khu công nghiệp Tân Phú Thạnh - giai đoạn 1, xã Tân Phú Thạnh, huyện Châu Thành A, tỉnh Hậu Giang, Việt Nam
ĐT: (0293) 3953454 • Fax: (0293) 3953555

Mọi thắc mắc về sản phẩm, xin vui lòng liên hệ
0292.3899000
E-mail: dhgpharma@dhgpharma.com.vn
www.dhgpharma.com.vn