

Thuốc này chỉ dùng theo đơn thuốc.
 Không dùng thuốc quá liều chỉ định.
 Không dùng thuốc quá hạn dùng ghi trên bao bì.
 Để xa tầm tay trẻ em.
 Đọc kỹ hướng dẫn sử dụng trước khi dùng.
 Thông báo ngay cho bác sĩ hoặc dược sĩ những tác dụng không mong muốn gặp phải khi sử dụng thuốc.
 Nếu cần thêm thông tin xin hỏi ý kiến bác sĩ.

THÀNH PHẦN

- **Dược chất:** Spironolacton 50 mg.
- **Tá dược:** Tinh bột ngô, calci hydrophosphat dihydrat, povidon K25, natri lauryl sulfat, silic dioxyd keo khan, magnesi stearat.

MÔ TẢ SẢN PHẨM

Viên nén tròn, màu trắng, hai mặt phẳng, một mặt có vạch ngang, cạnh và thành viên lành lặn, hơi có mùi mercaptan. Viên có thể bẻ đôi (trường ứng với liều 25 mg) để chia liều nếu cần thiết.

CHỈ ĐỊNH

- Suy tim sung huyết, bao gồm phù do suy tim sung huyết, suy tim nặng (độ III – IV theo phân loại NYHA).
- Xơ gan cổ trướng và phù.
- Bệnh cổ trướng ác tính.
- Hội chứng thận hư.
- Chẩn đoán và điều trị cường aldosteron tiên phát (hội chứng Conn).

LIỀU LƯỢNG VÀ CÁCH DÙNG**Liều lượng****Người lớn:**

- **Điều trị phù do suy tim sung huyết:** Liều khởi đầu 100 mg/ngày, dao động trong khoảng 25 – 200 mg/ngày, có thể sử dụng liều đơn hoặc chia làm nhiều lần. Liều duy trì nên được xác định tùy từng bệnh nhân.
 - **Suy tim nặng (độ III – IV theo phân loại NYHA):** Chế độ điều trị chuẩn nên bắt đầu với liều khởi đầu 25 mg spironolacton/lần/ngày nếu nồng độ kali trong huyết tương ≤ 5 mEq/l và nồng độ creatinin $\leq 2,5$ mg/dL. Bệnh nhân dung nạp với liều 25 mg/lần/ngày có thể tăng liều đến 50 mg/lần/ngày. Bệnh nhân không dung nạp với liều 25 mg/lần/ngày có thể giảm liều xuống 25 mg mỗi 2 ngày (liều 25 mg cách ngày). Theo dõi nồng độ kali và creatinin huyết thanh (xem thêm phần "Thận trọng và cảnh báo").
 - **Xơ gan cổ trướng và phù:** 100 mg/ngày nếu tỷ lệ Na⁺/K⁺ trong nước tiểu > 1; 200 – 400 mg/ngày nếu tỷ lệ Na⁺/K⁺ trong nước tiểu < 1. Liều duy trì nên được xác định tùy từng bệnh nhân.
 - **Bệnh cổ trướng ác tính:** Liều khởi đầu thường là 100 – 200 mg/ngày. Trong một số trường hợp nghiêm trọng, có thể tăng liều đến 400 mg/ngày. Liều duy trì nên được xác định tùy từng bệnh nhân.
 - **Hội chứng thận hư:** Liều thường dùng là 100 – 200 mg/ngày. Spironolacton không có tác dụng kháng viêm và cũng không tác động đến tiến trình bệnh lý, chỉ dùng nếu các liệu pháp điều trị khác (như glucocorticoid) không có hiệu quả.
 - **Chẩn đoán và điều trị cường aldosteron tiên phát:** Spironolacton có thể được sử dụng làm phương pháp chẩn đoán ban đầu để cung cấp bằng chứng giả định chứng cường aldosteron tiên phát khi bệnh nhân đang trong chế độ ăn bình thường.
 - + **Nghiệm pháp dài:** Liều 400 mg/ngày trong 3 – 4 tuần. Việc cải thiện tình trạng hạ kali huyết và tăng huyết áp là bằng chứng để chẩn đoán cường aldosteron tiên phát.
 - + **Nghiệm pháp ngắn:** Liều 400 mg/ngày trong 4 ngày. Nếu nồng độ kali huyết thanh tăng trong suốt quá trình dùng spironolacton và giảm khi ngưng sử dụng, cường aldosteron tiên phát nên được cân nhắc trong chẩn đoán.
 - + **Điều trị ngắn hạn bệnh nhân có chứng cường aldosteron tiên phát trước khi phẫu thuật:** Sau khi chẩn đoán chứng cường aldosteron bằng các quy trình kiểm tra chính thức, có thể chỉ định spironolacton với liều 100 – 400 mg/ngày để chuẩn bị cho phẫu thuật. Đối với những bệnh nhân chưa thích hợp để phẫu thuật, có thể dùng spironolacton trong trị liệu duy trì dài hạn với liều thấp nhất có hiệu quả nên được xác định trên từng bệnh nhân.
- Liều lượng ở một số đối tượng lâm sàng đặc biệt:**
- **Người cao tuổi:** Chế độ điều trị nên bắt đầu với liều thấp nhất có thể, sau đó tăng dần liều nếu cần thiết để đạt hiệu quả tối đa. Thận trọng ở những bệnh nhân suy thận, suy gan.
 - **Trẻ em:** Liều khởi đầu 1 – 3 mg/kg/ngày, chia thành nhiều liều. Liều được điều chỉnh dựa trên đáp ứng và mức độ dung nạp của bệnh nhân. Trẻ em nên được điều trị dưới sự hướng dẫn của bác sĩ nhi khoa. Dữ liệu sử dụng thuốc ở trẻ em còn giới hạn.

Cách dùng

- Dùng đường uống. Sử dụng thuốc chung với thức ăn.
- **Trường hợp quên dùng thuốc:** Nếu bệnh nhân quên dùng thuốc, uống ngay sau khi nhớ ra. Nếu thời điểm nhớ ra gần với thời điểm uống liều tiếp theo, hãy bỏ qua liều đã quên và tiếp tục uống liều tiếp theo như thường lệ. Không uống liều gấp đôi để bù cho liều đã quên.

- **Trường hợp ngưng dùng thuốc:** Bệnh nhân cần tuân thủ hướng dẫn sử dụng thuốc đến khi bác sĩ cho phép ngưng thuốc, ngay cả khi cảm thấy tình trạng bệnh cải thiện. Nếu ngưng thuốc quá sớm, tình trạng bệnh có thể trở nên xấu hơn.
- Không có yêu cầu đặc biệt về xử lý thuốc sau khi sử dụng.
- Không nên vứt bỏ thuốc vào nước thải hay rác sinh hoạt. Hỏi ý kiến dược sĩ cách bỏ thuốc không sử dụng nữa. Những biện pháp này sẽ giúp bảo vệ môi trường.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Quá mẫn với spironolacton hoặc bất kỳ thành phần nào của thuốc.
- Suy thận cấp hoặc tiến triển (kèm theo hoặc không kèm theo vô niệu), suy thận nặng (eGFR < 30 ml/phút/1,73 m²).
- Bệnh Addison.
- Tăng kali huyết (nồng độ kali trong huyết thanh > 5 mmol/l).
- Sử dụng đồng thời với eplerenon, các thuốc lợi tiểu giữ kali khác hoặc các chế phẩm bổ sung kali.
- Trẻ em suy thận mức độ trung bình đến nặng.

THẬN TRỌNG VÀ CẢNH BÁO

- **Cân bằng nước và chất điện giải:**
 - + Tình trạng nước và chất điện giải nên được thường xuyên kiểm soát trong thời gian điều trị với spironolacton, đặc biệt ở người cao tuổi, bệnh nhân suy gan, suy thận đáng kể. Tăng kali huyết có thể xảy ra ở những bệnh nhân suy thận hay sử dụng kali quá mức và có thể gây nhịp tim bất thường, có thể dẫn đến tử vong. Nếu xảy ra tình trạng tăng kali huyết, nên ngưng sử dụng spironolacton và sử dụng các phương pháp điều trị tích cực để đưa kali huyết về mức bình thường.
 - + Nhiệm vụ chuyên hóa tăng clorid có thể hồi phục thường liên quan đến tăng kali huyết đã được báo cáo ở một số bệnh nhân xơ gan mất bù, ngay cả khi chức năng thận bình thường.
 - + Sử dụng spironolacton đồng thời với thuốc lợi tiểu giữ kali, thuốc ức chế ACE, thuốc kháng viêm không steroid, thuốc đối kháng thụ thể angiotensin II, thuốc kháng aldosteron, heparin, heparin khối lượng phân tử thấp, một số thuốc khác hoặc bệnh gây tăng kali huyết, chế phẩm bổ sung kali, chế độ ăn giàu kali hay các muối kali, có thể dẫn đến tăng kali huyết trầm trọng.
- **Tăng ure huyết:** Tăng ure huyết có thể hồi phục đã được báo cáo khi sử dụng spironolacton, đặc biệt ở những bệnh nhân suy thận.
- **Tăng kali huyết ở bệnh nhân suy tim nặng:** Tăng kali huyết có thể gây tử vong. Kali huyết thanh nên được theo dõi và kiểm soát chặt chẽ ở những bệnh nhân suy tim nặng đang dùng spironolacton. Tránh dùng thuốc lợi tiểu giữ kali. Tránh dùng những chế phẩm bổ sung kali ở bệnh nhân có nồng độ kali huyết thanh > 3,5 mEq/L. Kiểm tra kali huyết và creatinin sau 1 tuần bắt đầu điều trị hay tăng liều, kiểm tra hàng tháng trong 3 tháng đầu, sau đó 4 lần/năm, tiếp theo là mỗi 6 tháng. Ngưng hẳn thuốc hoặc tạm ngưng thuốc nếu nồng độ kali huyết thanh > 5 mEq/mL hay creatinin huyết thanh > 4 mg/dL.
- **Trẻ em:** Sử dụng thuốc lợi tiểu giữ kali thận trọng ở trẻ em tăng huyết áp kèm suy thận nhẹ vì nguy cơ tăng kali huyết.

SỬ DỤNG CHO PHỤ NỮ MANG THAI VÀ CHO CON BÚ**Phụ nữ mang thai**

Spironolacton và các chất chuyển hóa có thể qua được hàng rào nhau thai. Ở chuột, sự rối loạn về giới tính đã xảy ra ở các bào thai chuột giống đực. Chỉ sử dụng spironolacton ở phụ nữ mang thai khi lợi ích vượt hơn hẳn nguy cơ có thể xảy ra với mẹ và thai nhi.

Phụ nữ cho con bú

Chất chuyển hóa của spironolacton được tìm thấy trong sữa mẹ. Không nên dùng spironolacton trong thời kỳ cho con bú, nếu cần thiết phải sử dụng nên ngưng cho con bú.

ẢNH HƯỞNG CỦA THUỐC ĐỐI VỚI CÔNG VIỆC

Ngủ gà và chóng mặt được báo cáo xuất hiện ở một số bệnh nhân. Cần thận trọng khi lái xe, vận hành máy móc đến khi đáp ứng với điều trị ban đầu được xác định.

TƯƠNG TÁC, TƯƠNG KỶ CỦA THUỐC**Tương tác của thuốc**

- **Thuốc gây tăng kali huyết, trimethoprim/sulfamethoxazol (co-trimoxazol):** Sử dụng đồng thời với spironolacton gây tăng kali huyết trầm trọng.
- **Digoxin:** Spironolacton đã được báo cáo làm tăng nồng độ huyết thanh, tăng thời gian bán thải và ảnh hưởng đến kết quả định lượng digoxin huyết thanh. Vì vậy, khi sử dụng đồng thời spironolacton và digoxin, bệnh nhân nên được theo dõi đáp ứng với digoxin bằng các phương pháp khác với việc đo lường digoxin huyết thanh.
- **Thuốc điều trị tăng huyết áp:** Cần giảm liều khi sử dụng đồng thời với spironolacton và sau đó điều chỉnh liều nếu cần thiết. Vì các thuốc ức chế enzym chuyển angiotensin làm giảm sản xuất aldosteron, thông thường không được sử dụng với spironolacton, đặc biệt ở bệnh nhân suy thận.
- **Carbenoxolon:** Gây giữ natri và làm giảm hiệu quả của spironolacton. Tránh sử dụng đồng thời 2 thuốc này.
- **Thuốc kháng viêm không steroid (aspirin, indomethacin, acid mefenamic):** Có thể làm giảm tác dụng bài tiết natri của thuốc lợi tiểu do ức chế tổng hợp

prostaglandin trong thận và giảm tác dụng lợi tiểu của spironolacton.

- **Noradrenalin:** Spironolacton làm giảm đáp ứng của mạch máu với noradrenalin. Cần thận trọng ở bệnh nhân cần gây tê cục bộ hoặc gây mê khi đang được điều trị bằng spironolacton.
- **Antipyrin:** Spironolacton làm tăng chuyển hóa của antipyrin.
- **Thuốc chống đông:** Spironolacton làm giảm tác dụng chống đông của chất chống đông.
- **Lithi:** Các thuốc lợi tiểu làm giảm độ thanh thải ở thận của lithi, tăng nguy cơ ngộ độc lithi.
- **Rượu, thuốc an thần barbiturat, thuốc mê:** Hạ huyết áp tư thế có thể xảy ra.
- **Cholestyramin, amoni clorid:** Nhiễm toan chuyển hóa tăng clorid huyết, thường liên quan đến tăng kali huyết, đã được báo cáo ở một số bệnh nhân dùng spironolacton đồng thời với cholestyramin, amoni clorid.
- **Corticoid, ACTH:** Làm tăng mất chất điện giải, đặc biệt giảm kali máu.
- Spironolacton gây trở ngại cho phương pháp huỳnh quang của Mattingly xác định nồng độ cortison trong huyết tương.

Tương kỵ của thuốc

Không áp dụng.

TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN

- Tác dụng không mong muốn phụ thuộc liều và thời gian điều trị. Các tác dụng không mong muốn được phân nhóm theo tần suất: rất thường gặp ($ADR \geq 1/10$), thường gặp ($1/100 \leq ADR < 1/10$), ít gặp ($1/1.000 \leq ADR < 1/100$), hiếm gặp ($1/10.000 \leq ADR < 1/1.000$), rất hiếm gặp ($ADR < 1/10.000$) và không rõ tần suất (không ước tính được tần suất từ các dữ liệu sẵn có).
 - Tác dụng không mong muốn thường gặp nhất là tăng kali huyết (9%), rối loạn hệ sinh sản bao gồm vú to ở đàn ông (khi dùng liều < 100 mg) nhưng thường hồi phục sau điều trị. Các tác dụng không mong muốn thường gặp khác gồm đau đầu, rối loạn tiêu hóa, tiêu chảy, mệt mỏi, buồn ngủ.
 - **Hệ tuần hoàn máu và bạch huyết:** Giảm tiểu cầu, tăng bạch cầu ái toan, giảm bạch cầu (bao gồm chứng mất bạch cầu hạt) (hiếm gặp).
 - **Hệ miễn dịch:** Eczema, phản ứng quá mẫn (hiếm gặp).
 - **Khô u:** Ung thư vú (rất hiếm gặp).
 - **Nội tiết:** Tác dụng nam hóa nhẹ, bao gồm chứng rụng lông (không rõ tần suất).
 - **Chuyển hóa, dinh dưỡng:** Tăng kali huyết ở bệnh nhân suy thận nặng sử dụng đồng thời với những chế phẩm bổ sung kali (rất thường gặp). Hạ natri huyết (đặc biệt khi kết hợp với thuốc lợi tiểu thiazid); tăng kali huyết ở bệnh nhân suy thận nặng, sử dụng đồng thời với thuốc ức chế enzym chuyển angiotensin hay kali clorid, người cao tuổi, bệnh nhân đái tháo đường (thường gặp). Nhiễm toan chuyển hóa ở người mắc bệnh gan (ít gặp). Mất nước, rối loạn chuyển hóa porphyrin, tăng ure trong máu và nước tiểu, tăng acid uric huyết (có thể dẫn đến gout) (hiếm gặp). Nhiễm toan chuyển hóa tăng clorid có hồi phục – thường đi kèm với tăng kali huyết đã được báo cáo ở một số bệnh nhân xơ gan mất bù, ngay cả khi chức năng thận bình thường (không rõ tần suất).
 - **Tâm thần:** Lú lẫn (ít gặp).
 - **Thần kinh:** Đau đầu (rất thường gặp). Suy nhược, hôn mê ở bệnh nhân suy gan, dị cảm (thường gặp). Liệt, liệt hai chi dưới do tăng kali huyết (hiếm gặp). Chóng mặt, mất điều hòa (không rõ tần suất).
 - **Mạch máu:** Viêm mạch (rất hiếm gặp). Hạ huyết áp nhẹ (không rõ tần suất).
 - **Tiêu hóa:** Khó tiêu, tiêu chảy (rất thường gặp). Buồn nôn, nôn (thường gặp). Viêm loét dạ dày, xuất huyết tiêu hóa, đau thắt bụng (rất hiếm gặp).
 - **Gan mật:** Viêm gan (rất hiếm gặp).
 - **Da và mô dưới da:** Phát ban, mẩn ngứa, ban đỏ, nám da, ngứa, ngoại ban (ít gặp). Rụng tóc, eczema, ban đỏ hình khuyên, chứng tăng lông tóc (rất hiếm gặp). Hội chứng Stevens-Johnson (SJS), hoại tử da nhiễm độc (TEN), hội chứng phát ban do thuốc kèm tăng bạch cầu ái toan và những triệu chứng toàn thân (DRESS) (không rõ tần suất).
 - **Cơ xương và mô liên kết:** Co cơ, chuột rút (ít gặp). Lupus ban đỏ hệ thống (SLE), nhuyễn xương (rất hiếm gặp).
 - **Thận, tiết niệu:** Tăng creatinin huyết tương (ít gặp). Suy thận cấp (rất hiếm gặp).
 - **Hệ sinh sản:** Giảm sinh lực, rối loạn cương dương, bất lực, vú to ở nam giới; rối loạn tuyến vú, vú mềm, rối loạn kinh nguyệt, giọng trầm ở nữ giới (rất thường gặp). Thay đổi dịch tiết âm đạo, giảm sinh lực, mất kinh, chảy máu âm đạo sau mãn kinh ở nữ giới (thường gặp).
 - **Các rối loạn khác:** Mệt mỏi, buồn ngủ (rất thường gặp). Khó chịu (thường gặp).
- Ngay lập tức thông báo cho bác sĩ nếu gặp phải bất kỳ tác dụng không mong muốn nào sau đây (mặc dù rất hiếm gặp nhưng các triệu chứng có thể nghiêm trọng):** Hội chứng Stevens-Johnson (SJS), hoại tử da nhiễm độc (TEN), hội chứng phát ban do thuốc kèm tăng bạch cầu ái toan và những triệu chứng toàn thân (DRESS); vàng da, vàng mắt; suy giảm chức năng gan; nhịp tim không đều có thể gây tử vong, cảm giác ngứa ran, tê liệt (mất chức năng cơ) hoặc khó thở (có thể là triệu chứng của tăng nồng độ kali huyết). Bác sĩ cần tiến hành xét nghiệm máu thường xuyên để theo dõi nồng độ kali, các chất điện giải khác, và có thể chỉ định ngưng điều trị nếu cần thiết.

QUÁ LIỀU VÀ CÁCH XỬ TRÍ

Triệu chứng <https://trungtamthuc.com/>

Buồn ngủ, bồn chồn, buồn nôn, nôn, hoa mắt, chóng mặt, tiêu chảy. Hạ natri huyết hay tăng kali huyết có thể xảy ra, nhưng những tác dụng này có thể không liên quan đến quá liều cấp. Các triệu chứng của tăng kali huyết bao gồm dị cảm, yếu, liệt, co cơ, các triệu chứng này rất khó phân biệt với triệu chứng hạ kali huyết. Các thay đổi trên điện tâm đồ là dấu hiệu đặc hiệu sớm nhất phát hiện tình trạng rối loạn kali huyết.

Cách xử trí

Không có thuốc giải độc đặc hiệu. Triệu chứng được cải thiện sau khi loại thuốc ra khỏi cơ thể. Nếu mất nước và rối loạn cân bằng chất điện giải, điều trị triệu chứng và hỗ trợ, có thể bù nước và chất điện giải. Nếu tăng kali huyết, giảm tiêu thụ kali, dùng thuốc lợi tiểu bài tiết kali, tiêm tĩnh mạch glucose với insulin hay cho uống nhựa trao đổi ion.

ĐƯỢC LỰC HỌC

Phân loại dược lý: Thuốc lợi tiểu giữ kali.

Mã ATC: C03DA01.

Cơ chế tác dụng

- Spironolacton là chất đối kháng mineralocorticoid, tác dụng qua việc ức chế cạnh tranh với aldosteron và các mineralocorticoid khác, tác dụng chủ yếu ở ống lượn xa, kết quả là tăng bài tiết natri và nước. Spironolacton làm giảm bài tiết các ion kali, amoni (NH_4^+) và H^+ . Tác dụng lợi tiểu và chống tăng huyết áp đều qua cơ chế đó.
 - Spironolacton bắt đầu tác dụng tương đối chậm, cần phải 2 – 3 ngày mới đạt tác dụng tối đa và thuốc giảm tác dụng chậm trong 2 – 3 ngày khi ngưng thuốc. Vì vậy không dùng spironolacton khi cần gây bài niệu nhanh.
 - Spironolacton và các chất chuyển hóa chính (7-alpha thiomethyl spironolacton và canrenon) đều có tác dụng kháng mineralocorticoid.
 - Spironolacton làm giảm cả huyết áp tâm thu và tâm trương, tác dụng hạ huyết áp tối đa đạt được sau 2 tuần điều trị.
 - Tác dụng lợi tiểu được tăng cường khi dùng phối hợp với các thuốc lợi tiểu thông thường, spironolacton không gây tăng acid uric huyết hoặc tăng glucose huyết, như đã xảy ra khi dùng thuốc lợi tiểu thiazid liều cao.
- Trẻ em:** Thiếu thông tin về các nghiên cứu lâm sàng của spironolacton trên trẻ em. Một số ít thử nghiệm được thực hiện trên trẻ em, sử dụng spironolacton kết hợp với thuốc khác, một số ít bệnh nhân được đánh giá trong mỗi thử nghiệm và những chỉ định khác nhau được nghiên cứu. Khuyến cáo liều cho đối tượng bệnh nhân dựa trên kinh nghiệm lâm sàng và những nghiên cứu ca trong những tài liệu khoa học.

ĐƯỢC ĐỘNG HỌC

- **Hấp thu:** Spironolacton được hấp thu tốt qua đường tiêu hóa. Sau khi uống liều 100 mg/ngày spironolacton trong 15 ngày, giá trị t_{max} , C_{max} lần lượt là 2,6 giờ và 80 ng/ml; đối với 2 chất chuyển hóa 7-alpha thiomethyl spironolacton và canrenon, t_{max} lần lượt là 3,2 giờ và 4,3 giờ, C_{max} lần lượt là 391 ng/ml và 181 ng/ml.
 - **Phân bố:** Spironolacton liên kết mạnh với các protein huyết tương (khoảng 90%).
 - **Chuyển hóa:** Các chất chuyển hóa chính có hoạt tính của spironolacton là 7-alpha thiomethyl spironolacton và canrenon.
 - **Thải trừ:** Thời gian bán hủy trong huyết tương của spironolacton khoảng 1,3 giờ, của các chất chuyển hóa có hoạt tính khoảng 2,8 – 11,2 giờ. Quá trình đào thải của các chất chuyển hóa chủ yếu qua nước tiểu, một phần theo mật vào phân. Sau khi uống liều 100 mg/ngày spironolacton trong 15 ngày, thời gian bán thải của spironolacton khoảng 1,4 giờ; của 7-alpha thiomethyl spironolacton và canrenon lần lượt khoảng 13,8 giờ và 16,5 giờ. Tác dụng ở thận của 1 liều đơn spironolacton đạt tối đa sau 7 giờ và tác dụng duy trì trong ít nhất 24 giờ.
- Trẻ em:** Không có dữ liệu dược động học về việc sử dụng spironolacton ở trẻ em. Khuyến cáo liều cho đối tượng bệnh nhân dựa trên kinh nghiệm lâm sàng và những nghiên cứu ca trong những tài liệu khoa học.

QUY CÁCH ĐÓNG GÓI

- Hộp 03 vỉ x 10 viên nén. Vỉ bầm Al – PVC/PVDC trắng đục.
- Hộp 05 vỉ x 10 viên nén. Vỉ bầm Al – PVC/PVDC trắng đục.
- Hộp 10 vỉ x 10 viên nén. Vỉ bầm Al – PVC/PVDC trắng đục.

BẢO QUẢN

Nơi khô, dưới 30°C. Tránh ánh sáng.

HẠN DÙNG

36 tháng (kể từ ngày sản xuất).

TIÊU CHUẨN CHẤT LƯỢNG

Tiêu chuẩn cơ sở.



Sản xuất tại

CÔNG TY TNHH HASAN - DERMAPHARM

Đường số 2, Khu công nghiệp Đồng An, Bình Dương, Việt Nam

Được chuyển giao công nghệ từ

MIBE GMBH ARZNEIMITTEL

Số 15 Đường Münchener, D-06796 Brehna, CHLB Đức