

Rx

HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG THUỐC

1. Tên thuốc: IRBESARTAN MDS 100MG

2. Các dấu hiệu cần lưu ý và khuyến cáo khi dùng thuốc:

"Thuốc này chỉ dùng theo đơn thuốc"

"Đề xa tâm tại trẻ em"

"Đọc kỹ hướng dẫn sử dụng trước khi dùng"

"Thông báo cho bác sĩ hoặc dược sĩ những tác dụng không mong muốn gặp phải khi sử dụng thuốc"

3. Thành phần công thức thuốc: Mỗi viên nén bao phim chứa:

- Thành phần hoạt chất:

Irbesartan 100 mg

- Thành phần tá dược: Mannitol, pregelatinized starch, croscarmellose natri, poloxamer 188, silica colloidal anhydrous, magnesi stearat, opadry white (hypromellose, talc, macrogol, titan dioxyd).

4. Dạng bào chế: Viên nén bao phim.

Mô tả: Viên nén bao phim hình tròn, màu trắng, thành và cạnh viên lảnh lặn.

5. Chỉ định

Irbesartan được chỉ định ở người lớn để điều trị tăng huyết áp vô căn.

Nó cũng được chỉ định để điều trị bệnh thận ở bệnh nhân trưởng thành bị tăng huyết áp và đái tháo đường typ 2 như là một phần của chế độ điều trị thuốc chống tăng huyết áp.

6. Cách dùng, liều dùng

Liều dùng:

Ở người lớn, liều dùng được khuyến cáo từ 50 - 100mg mỗi ngày một lần.

Liều lượng có thể được điều chỉnh theo tuổi và triệu chứng, nhưng liều tối đa không quá 200mg một ngày.

Đối tượng đặc biệt:

Suy thận: Không cần điều chỉnh liều ở bệnh nhân suy chức năng thận. Một liều khởi đầu thấp hơn nên được xem xét cho bệnh nhân chạy thận nhân tạo.

Suy gan: Không cần điều chỉnh liều ở bệnh nhân suy gan nhẹ đến trung bình. Không có kinh nghiệm lâm sàng ở bệnh nhân suy gan nặng.

Người cao tuổi: Việc điều chỉnh liều thường không cần thiết cho người cao tuổi mặc dù nên cân nhắc bắt đầu điều trị với liều 75mg ở bệnh nhân trên 75 tuổi.

Trẻ em: Sự an toàn và hiệu quả của irbesartan ở trẻ em từ 0 đến 18 tuổi chưa được thiết lập.

Cách dùng: Dùng đường uống.

7. Chống chỉ định

Quá mẫn với bất cứ thành phần nào của thuốc.

Phụ nữ mang thai.

Việc sử dụng đồng thời Irbesartan với các sản phẩm có chứa aliskiren chống chỉ định ở bệnh nhân đái tháo đường hoặc suy thận ($GFR < 60 \text{ ml/phút/1,73m}^2$).

8. Cảnh báo và thận trọng khi dùng thuốc:

Tá dược mannitol: Thuốc có chứa mannitol, có thể có tác dụng nhuận tràng nhẹ.



Suy giảm thể tích nội mạch: Triệu chứng hạ huyết áp, đặc biệt là sau liều đầu tiên, có thể xảy ra ở những bệnh nhân bị giảm thể tích và/hoặc natri do điều trị lợi tiểu mạnh, chế độ ăn hạn chế muối, tiêu chảy hoặc nôn. Những tình trạng như vậy cần được điều chỉnh trước khi sử dụng irbesartan.

Tăng huyết áp: Tăng nguy cơ hạ huyết áp nặng và suy thận khi bệnh nhân bị hẹp động mạch thận hai bên hoặc hẹp động mạch ở một bên thận được điều trị bằng các sản phẩm thuốc ảnh hưởng đến hệ renin-angiotensin-aldosterone. Mặc dù điều này không được ghi nhận với irbesartan, nhưng tác dụng tương tự nên được dự đoán với thuốc đối kháng thụ thể angiotensin-II.

Suy thận và ghép thận: Khi irbesartan được sử dụng ở bệnh nhân bị suy thận, nên theo dõi định kỳ nồng độ kali và creatinin trong huyết thanh. Không có kinh nghiệm về việc sử dụng irbesartan ở những bệnh nhân mới ghép thận.

Bệnh nhân tăng huyết áp mắc bệnh tiểu đường loại 2 và bệnh thận: Ảnh hưởng của irbesartan đối với các sự kiện thận và tim mạch không đồng nhất trên tất cả các nhóm nhỏ, trong một phân tích được thực hiện trong nghiên cứu với bệnh nhân mắc bệnh thận tiến triển. Cụ thể, chúng xuất hiện ít thuận lợi hơn ở phụ nữ và các đối tượng không phải người da trắng.

Phong bế kép của hệ renin-angiotensin-aldosterone (RAAS):

Có bằng chứng cho thấy việc sử dụng đồng thời các thuốc ức chế enzyme chuyển angiotensin (ACE), thuốc ức chế thụ thể angiotensin II hoặc aliskiren làm tăng nguy cơ hạ huyết áp, tăng kali máu và giảm chức năng thận (bao gồm cả suy thận cấp). Do đó, không nên sử dụng ức chế kép RAAS thông qua việc sử dụng kết hợp các thuốc ức chế ACE, thuốc ức chế thụ thể angiotensin II hoặc aliskiren.

Nếu điều trị phong bế kép được coi là hoàn toàn cần thiết, cần có sự giám sát của bác sĩ chuyên khoa và phải theo dõi chặt chẽ thường xuyên chức năng thận, điện giải và huyết áp.

Không nên sử dụng đồng thời các thuốc ức chế ACE và thuốc ức chế thụ thể angiotensin II ở bệnh nhân mắc bệnh thận đái tháo đường.

Tăng kali máu: Cũng như các sản phẩm thuốc khác ảnh hưởng đến hệ renin-angiotensin-aldosterone, tăng kali máu có thể xảy ra trong quá trình điều trị với irbesartan, đặc biệt là khi bị suy thận, protein niệu quá mức do bệnh thận tiểu đường và/hoặc suy tim. Cần theo dõi chặt chẽ kali huyết thanh ở bệnh nhân có nguy cơ.

Lithi: Không nên sử dụng kết hợp giữa lithi và irbesartan.

Hẹp van động mạch chủ và van hai lá, bệnh cơ tim phì đại tắc nghẽn: Như với các thuốc giãn mạch khác, đặc biệt thận trọng khi chỉ định ở những bệnh nhân bị hẹp động mạch chủ hoặc van hai lá hoặc bệnh cơ tim phì đại tắc nghẽn.

Chứng tăng aldosterone nguyên phát: Bệnh nhân mắc chứng tăng aldosterone nguyên phát thường sẽ không đáp ứng với các sản phẩm thuốc hạ huyết áp hoạt động thông qua sự ức chế hệ renin-angiotensin. Do đó, việc sử dụng irbesartan không được khuyến cáo.

Tổng quát: Bệnh nhân có trương lực mạch máu và chức năng thận phụ thuộc chủ yếu vào hoạt động của hệ renin-angiotensin-aldosterone (ví dụ bệnh nhân bị suy tim sung huyết nặng hoặc bệnh thận tiềm ẩn, bao gồm hẹp động mạch thận), điều trị bằng thuốc ức chế ACE hoặc thuốc đối kháng thụ thể angiotensin-II ảnh hưởng đến hệ này có liên quan đến hạ huyết áp cấp tính, chứng tăng urê huyết, thiếu niệu hoặc hiếm khi suy thận cấp. Như với bất kỳ tác

nhận hạ huyết áp nào khác, việc giảm huyết áp quá mức ở bệnh nhân mắc bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ hoặc bệnh tim mạch do thiếu máu cục bộ có thể dẫn đến nhồi máu cơ tim hoặc đột quỵ.

Theo quan sát đối với các thuốc ức chế ACE, irbesartan và các chất đối kháng angiotensin khác rõ ràng là kém hiệu quả trong việc hạ huyết áp ở người da đen so với đối tượng khác; có thể do tỷ lệ cao hơn của các trạng thái renin thấp ở bệnh nhân tăng huyết áp da đen.

Mang thai: Không nên bắt đầu dùng thuốc đối kháng thụ thể Angiotensin II (AIIRAs) trong thai kỳ. Trừ khi tiếp tục điều trị bằng AIIRA được coi là cần thiết, bệnh nhân có kế hoạch mang thai nên được thay đổi thành phương pháp điều trị hạ huyết áp thay thế có hồ sơ an toàn được thiết lập để sử dụng trong thai kỳ. Khi chẩn đoán có thai, nên ngừng điều trị bằng AIIRAs ngay lập tức và nếu cần, nên bắt đầu điều trị thay thế.

Trẻ em: Irbesartan đã được nghiên cứu ở dân số trẻ em từ 6 đến 16 tuổi nhưng dữ liệu hiện tại không đủ để hỗ trợ mở rộng sử dụng ở trẻ em cho đến khi có thêm dữ liệu.

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

Mang thai

Việc sử dụng AIIRAs không được khuyến cáo trong ba tháng đầu của thai kỳ. Việc sử dụng AIIRAs bị chống chỉ định trong sáu tháng cuối của thai kỳ.

Bảng chứng dịch tễ học liên quan đến nguy cơ gây quái thai sau khi tiếp xúc với thuốc ức chế ACE trong ba tháng đầu của thai kỳ vẫn chưa được kết luận; tuy nhiên một sự gia tăng nhỏ trong rủi ro không thể được loại trừ. Những rủi ro tương tự có thể tồn tại đối với thuốc đối kháng thụ thể Angiotensin II (AIIRAs), mặc dù không có dữ liệu dịch tễ học có kiểm soát về nguy cơ với nhóm thuốc này. Trừ khi tiếp tục điều trị bằng AIIRA được coi là cần thiết, bệnh nhân có kế hoạch mang thai nên được thay đổi thành phương pháp điều trị hạ huyết áp thay thế có hồ sơ an toàn được thiết lập để sử dụng trong thai kỳ. Khi được chẩn đoán mang thai, nên ngừng điều trị bằng AIIRAs ngay lập tức và nếu cần, nên bắt đầu điều trị thay thế.

Điều trị với liệu pháp AIIRA trong sáu tháng cuối thai kỳ được biết là gây độc cho thai nhi (giảm chức năng thận, ít nước ối, chậm phát triển sọ) và nhiễm độc ở trẻ sơ sinh (suy thận, hạ huyết áp, tăng kali máu).

Nếu điều trị với AIIRAs diễn ra từ tháng thứ tư đến tháng thứ sáu của thai kỳ, nên siêu âm kiểm tra chức năng thận và hộp sọ.

Trẻ sơ sinh có mẹ đã dùng AIIRA nên được theo dõi chặt chẽ về hạ huyết áp.

Thời gian cho con bú

Do không có thông tin liên quan đến việc sử dụng irbesartan trong khi cho con bú, nên irbesartan không được khuyến cáo và các phương pháp điều trị thay thế với hồ sơ an toàn được thiết lập tốt hơn trong thời kỳ cho con bú là tốt nhất, đặc biệt là khi nuôi con sơ sinh hoặc sinh non.

Không biết liệu irbesartan hoặc các chất chuyển hóa của nó được bài tiết qua sữa mẹ.

Dữ liệu được động học/độc tính có sẵn ở chuột đã cho thấy sự bài tiết irbesartan hoặc các chất chuyển hóa của nó trong sữa.

Khả năng sinh sản:

Irbesartan không ảnh hưởng đến khả năng sinh sản của chuột được điều trị và con cái của chúng đến liều gây ra các dấu hiệu đầu tiên của độc tính của cha mẹ.

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

Không có nghiên cứu về ảnh hưởng đến khả năng lái xe và sử dụng máy móc đã được thực hiện. Dựa trên tính chất dược lực học của nó, irbesartan dường như không ảnh hưởng đến khả năng này. Khi lái xe hoặc vận hành máy móc, cần lưu ý rằng chóng mặt hoặc mệt mỏi có thể xảy ra trong quá trình điều trị.

11. Tương tác tương kỵ của thuốc:

Thuốc lợi tiểu và các thuốc chống tăng huyết áp khác: Các thuốc chống tăng huyết áp khác có thể làm tăng tác dụng hạ huyết áp của irbesartan; tuy nhiên irbesartan đã được sử dụng an toàn với các thuốc chống tăng huyết áp khác, như thuốc chẹn beta, thuốc chẹn kênh calci tác dụng kéo dài và thuốc lợi tiểu thiazid. Điều trị bằng thuốc lợi tiểu liều cao trước đó có thể dẫn đến suy giảm thể tích và có nguy cơ tụt huyết áp khi bắt đầu điều trị bằng irbesartan.

Dữ liệu thử nghiệm lâm sàng đã chỉ ra rằng sự phong bế kép của hệ renin-angiotensin-aldosteron (RAAS) thông qua việc sử dụng kết hợp các thuốc ức chế ACE, thuốc ức chế thụ thể angiotensin II hoặc aliskiren có liên quan đến tần suất cao hơn của các tác dụng phụ như hạ huyết áp, tăng kali máu và giảm chức năng thận (bao gồm cả suy thận cấp) so với việc sử dụng một tác nhân RAAS duy nhất.

Bổ sung kali và thuốc lợi tiểu giữ kali: Dựa trên kinh nghiệm sử dụng các sản phẩm thuốc khác có ảnh hưởng đến hệ renin-angiotensin, sử dụng đồng thời thuốc lợi tiểu giữ kali, bổ sung kali, muối thay thế có chứa kali hoặc các sản phẩm thuốc khác có thể làm tăng nồng độ kali huyết thanh (ví dụ như heparin) có thể dẫn đến tăng kali huyết thanh và do đó, không được khuyến cáo.

Lithi: Tăng nồng độ lithi có hồi phục và độc tính của lithi huyết thanh đã được báo cáo trong quá trình sử dụng đồng thời với thuốc ức chế ACE. Tác dụng tương tự rất hiếm khi được báo cáo với irbesartan cho đến nay. Do đó, sự kết hợp này không được khuyến cáo. Nếu sự kết hợp chứng minh là cần thiết, nên theo dõi cẩn thận nồng độ lithi trong huyết thanh.

Thuốc chống viêm không steroid: Khi thuốc đối kháng angiotensin II được dùng đồng thời với thuốc chống viêm không steroid (tức là thuốc ức chế chọn lọc COX-2, acid acetylsalicylic (> 3 g/ngày) và NSAID không chọn lọc), suy giảm tác dụng hạ huyết áp có thể xảy ra. Cũng như các thuốc ức chế ACE, sử dụng đồng thời thuốc đối kháng angiotensin II và NSAID có thể dẫn đến tăng nguy cơ làm suy giảm chức năng thận, có thể bao gồm suy thận cấp và tăng kali huyết thanh, đặc biệt ở bệnh nhân có chức năng thận kém. Sự kết hợp nên được thực hiện một cách thận trọng, đặc biệt là ở người cao tuổi. Bệnh nhân cần được cung cấp đủ nước và nên xem xét theo dõi chức năng thận sau khi bắt đầu điều trị đồng thời và định kỳ sau đó.

Thông tin bổ sung về tương tác irbesartan: Trong các nghiên cứu lâm sàng, dược động học của irbesartan không bị ảnh hưởng bởi hydrochlorothiazid. Irbesartan chủ yếu được chuyển hóa bởi CYP2C9 và ở mức độ thấp hơn bằng glucuronid hóa. Không quan sát thấy tương tác dược động học hoặc dược lực học quan trọng khi irbesartan phối hợp với warfarin, một sản phẩm thuốc được chuyển hóa bởi CYP2C9. Tác dụng của thuốc gây cảm ứng CYP2C9 như rifampicin đối với dược động học của irbesartan chưa được đánh giá. Dược động học của digoxin không bị thay đổi khi dùng chung irbesartan.

12. Tác dụng không mong muốn của thuốc (ADR):

Rất thường gặp (ADR ≥ 1/10)

- Điều tra nghiên cứu: Tăng kali máu xảy ra thường xuyên hơn ở bệnh nhân tiểu đường được điều trị bằng irbesartan so với giả dược.

Thường gặp ($1/10 \geq ADR > 1/100$)

- Thân kinh: Chóng mặt, chóng mặt tư thế đứng.
- Mạch máu: Hạ huyết áp tư thế đứng.
- Tiêu hóa: Buồn nôn/nôn.
- Cơ xương khớp: Đau cơ xương khớp.
- Toàn thân: Mệt mỏi.
- Điều tra nghiên cứu: Sự gia tăng đáng kể creatin kinase huyết tương thường được quan sát (1,7%) ở những đối tượng được điều trị bằng irbesartan. Không có sự gia tăng nào trong số này có liên quan đến các biến cố cơ xương khớp lâm sàng có thể xác định được. Trong 1,7% bệnh nhân tăng huyết áp mắc bệnh thận đái tháo đường được điều trị bằng irbesartan, giảm hemoglobin không có ý nghĩa lâm sàng đã được quan sát.

Ít gặp ($1/100 \geq ADR > 1/1000$)

- Tim mạch: Nhịp tim nhanh.
- Mạch máu: Phát ban.
- Hô hấp: Ho.
- Tiêu hóa: Tiêu chảy, khó tiêu/ợ nóng.
- Gan-mật: Vàng da.
- Toàn thân: Đau ngực.

Chưa rõ tần số:

- Máu và bạch huyết: Giảm tiểu cầu.
- Miễn dịch: Phản ứng quá mẫn như phù mạch, phát ban, nổi mề đay.
- Chuyển hóa: Tăng kali máu.
- Thân kinh: Chóng mặt, nhức đầu.
- Tai: Ò tai.
- Tiêu hóa: Loạn vị giác.
- Gan-mật: Viêm gan, chức năng gan bất thường.
- Da: Viêm mạch máu quá mẫn.
- Cơ xương: Đau khớp, đau cơ (trong một số trường hợp liên quan đến tăng nồng độ creatin kinase trong huyết tương), chuột rút.
- Thận và tiết niệu: Chức năng thận suy giảm bao gồm cả các trường hợp suy thận ở bệnh nhân có nguy cơ.
- Sinh sản: Rối loạn chức năng tình dục.

13. Quá liều và cách xử trí:

Kinh nghiệm ở người lớn tiếp xúc với liều tới 900 mg/ngày trong 8 tuần cho thấy không có độc tính. Các biểu hiện có khả năng nhất của quá liều dự kiến là hạ huyết áp và nhịp tim nhanh; nhịp tim chậm cũng có thể xảy ra do quá liều. Không có thông tin cụ thể có sẵn về điều trị quá liều với irbesartan. Bệnh nhân cần được theo dõi chặt chẽ, điều trị triệu chứng và hỗ trợ. Các biện pháp được đề xuất bao gồm gây nôn và/hoặc rửa dạ dày. Than hoạt tính có thể hữu ích trong điều trị quá liều. Irbesartan không được loại bỏ bằng thẩm tách máu.

14. Đặc tính dược lực học:

Nhóm dược lý: Thuốc đối kháng Angiotensin-II.

Mã ATC: C09C A04.

Cơ chế tác dụng

Irbesartan ức chế co mạch do angiotensin II (AII) gây ra ở động mạch chủ thỏ bị cô lập *in vitro*, và cũng ức chế phản ứng tăng huyết áp do AII gây ra trong các nghiên cứu *in vivo* (ở chuột cống, chó và khỉ). Các nghiên cứu về liên kết *in vitro* cho thấy tác dụng ức chế dựa trên sự đối kháng cạnh tranh với thụ thể AII và chọn lọc đối với thụ thể AII loại 1 (thụ thể AT₁). Irbesartan không có ái lực với các thụ thể khác và không ức chế enzym chuyển angiotensin.

Tác dụng hạ huyết áp

Ở khỉ có huyết áp bình thường và renin cao, chuột tăng huyết áp hai thận một thận kẹp và chuột tăng huyết áp tự nhiên dễ bị đột quỵ (SHRSP), dùng irbesartan đường uống cho thấy tác dụng hạ huyết áp kéo dài và phụ thuộc vào liều. Irbesartan không ảnh hưởng đến nhịp tim.

Ức chế tổn thương cơ quan do tăng huyết áp

Ở chuột tăng huyết áp tự nhiên (SHR) trong quá trình phát triển tăng huyết áp, uống irbesartan nhiều liều đã ngăn chặn sự phát triển của tăng huyết áp. Hiệu quả vẫn tồn tại ngay cả sau khi ngừng sử dụng irbesartan và không quan sát thấy hiện tượng hồi phục.

Hơn nữa, chuột SHR uống irbesartan liều lặp lại đã ức chế phì đại tim, phì đại thất trái và phì đại động mạch chủ liên quan đến sự phát triển của tăng huyết áp. Ngoài ra, ở chuột SHRSP có tổn thương cơ quan do tăng huyết áp và tỷ lệ tử vong cao do nạp muối, uống irbesartan liều lặp lại đã ngăn chặn đáng kể khởi phát đột quỵ, tổn thương cơ quan do tăng huyết áp và tử vong. Ở chuột SHRSP sau khi bắt đầu đột quỵ, uống irbesartan liều lặp lại đã ngăn chặn tỷ lệ tử vong và cải thiện đáng kể các triệu chứng đột quỵ ngay sau khi dùng.

15. Đặc tính dược động học:

Hấp thu

Khi dùng một liều duy nhất irbesartan 100 mg cho 14 nam giới trưởng thành khỏe mạnh (lúc đói hoặc sau bữa ăn), thức ăn không ảnh hưởng đến C_{max} và AUC.

Phân bố

Tỷ lệ liên kết với protein huyết thanh trên người là khoảng 97% (*in vitro*).

Chuyển hóa

Irbesartan được chuyển hóa chủ yếu bởi quá trình chuyển hóa oxy hóa qua CYP2C9 và liên hợp glucuronid. Theo kết quả nghiên cứu tác dụng ức chế của irbesartan đối với hoạt động của CYP bằng cách sử dụng microsome gan người, irbesartan không ức chế CYP1A2, CYP2D6 và CYP2E1, nhưng ức chế CYP2A6, CYP2C8, CYP2C9 và CYP3A4. Các trường hợp hợp ức chế đều ở mức độ yếu (*in vitro*).

Thải trừ

Ở người lớn khỏe mạnh, tỷ lệ thải trừ qua nước tiểu của thuốc dạng nguyên vẹn là khoảng 0,3-1,3%. Khi dùng irbesartan đánh dấu ¹⁴C đường uống cho người lớn khỏe mạnh, khoảng 20% phóng xạ được bài tiết qua nước tiểu và khoảng 54% được bài tiết qua phân.

Bệnh nhân suy thận

Khi dùng irbesartan 100 mg đường uống một lần mỗi ngày trong 8 ngày cho bệnh nhân suy thận nhẹ/trung bình (9 trường hợp) và nặng (10 trường hợp), có sự khác biệt đáng kể về C_{max} và AUC so với người có chức năng thận bình thường. Có ý kiến cho rằng irbesartan hầu như không có xu hướng tích lũy ngay cả khi dùng cho bệnh nhân rối loạn chức năng thận, kể cả bệnh nhân chạy thận nhân tạo.

Bệnh nhân rối loạn chức năng gan

Dùng irbesartan 300 mg, uống khi đói, một lần/ngày trong 7 ngày, cho 10 bệnh nhân xơ gan

nhe đến trung bình, không quan sát thấy sự khác biệt đáng kể nào về C_{max} và AUC so với ở người lớn khỏe mạnh. Cũng có ý kiến cho rằng irbesartan hầu như không có xu hướng tích lũy ở nhóm đối tượng này.

Người cao tuổi

Dùng irbesartan 25 mg, uống một lần/ngày, cho người cao tuổi (65-80 tuổi, 10 nam, 10 nữ) và người trẻ (18-35 tuổi, 10 nam), không có sự khác biệt đáng kể nào về C_{max}, nhưng AUC được chứng minh là tăng 50-68% so với các đối tượng trẻ tuổi.

16. Quy cách đóng gói

Hộp 6 vỉ × 10 viên. Kèm theo tờ hướng dẫn sử dụng bên trong hộp.

17. Điều kiện bảo quản, hạn dùng, tiêu chuẩn chất lượng thuốc

- **Điều kiện bảo quản:** Nơi khô, nhiệt độ không quá 30°C, tránh ánh sáng.
- **Hạn dùng:** 36 tháng kể từ ngày sản xuất. **Không được sử dụng thuốc quá hạn dùng.**
- **Tiêu chuẩn chất lượng thuốc:** TCCS.

18. Tên, địa chỉ của cơ sở sản xuất:

Tên cơ sở sản xuất: CÔNG TY CỔ PHẦN DƯỢC PHẨM ME DI SUN

Địa chỉ: Số 521, khu phố An Lợi, phường Hòa Lợi, thị xã Bến Cát, tỉnh Bình Dương.

