

GRAMTOB

Trình bày: Hộp 10 ống dung dịch tiêm 2,0ml

Thành phần một ống:

Tobramycin (dưới dạng Tobramycin sulfate) 80,0 mg

Tà được: Natri metabisulfít, Natri EDTA, Phenol, propylen glycol

Nước cất pha tiêm và đủ 2,0 ml

Các đặc tính dược học:

Tobramycin là một kháng sinh nhóm aminoglycosid có tác dụng diệt khuẩn được dùng phổ biến nhất dưới dạng dung dịch tiêm để điều trị các nhiễm khuẩn nặng do vi khuẩn Gram âm hiếu khí. Mặc dù có chế tác dụng chính xác chưa được biết đầy đủ, nhưng có thể thuốc ức chế sự tổng hợp protein ở các vi khuẩn nhạy cảm bằng cách gắn không thuận nghịch với các tiểu đơn vị 30s của ribosom vi khuẩn. Tobramycin có phổ kháng khuẩn rất giống phổ của gentamicin, nhưng được coi là có tác dụng mạnh hơn đối với *Ps. Aeruginosa*.

Phổ tác dụng:

Nhìn chung, tobramycin có tác dụng với nhiều vi khuẩn Gram âm hiếu khí và một số vi khuẩn Gram dương ưa khí. Thuốc không có tác dụng với *Chlamydia*, nấm, virus và đa số các vi khuẩn kỵ khí. *In vitro*, tobramycin ức chế phần lớn các chủng nhạy cảm của *Acinetobacter calcoaceticus*, *Escherichia coli*, *Enterobacter aerogenes*, *Haemophilus influenzae*, *H. aegyptius*, *Klebsiella pneumoniae*, *Moraxella lacunata*, *Morganella morganii*, một số loài *Neisseria*, *Proteus mirabilis*, phần lớn các chủng *P. vulgaris*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, *S. epidermidis* và các liên cầu khuẩn (bao gồm một số *Streptococcus pneumoniae*). Tuy nhiên, các loài khác nhau và các chủng khác nhau của cùng 1 loài có thể có những thay đổi lớn về tính nhạy cảm *in vivo*. *In vitro*, tobramycin thường tác dụng kém hơn gentamicin đối với một số vi khuẩn Gram âm bao gồm *E. coli* và *Serratia*. Nhưng *in vitro* tobramycin lại mạnh hơn gentamicin đối với vi khuẩn nhạy cảm *Ps. Aeruginosa* và có thể có tác dụng với một số chủng của vi khuẩn kháng gentamicin. Tuy vậy, những sự khác biệt đó không nhất thiết chuyển thành sự khác biệt về tính hiệu quả lâm sàng.

Có sự kháng chéo giữa tobramycin và gentamicin nhưng có khoảng 10% các chủng kháng gentamicin còn nhạy cảm với tobramycin. Vì có tiềm năng độc tính với tai và thận, nên phải theo dõi chặt chẽ chức năng thận, tai và tiền đình. Cũng như gentamicin cần phải tránh các nồng độ đỉnh huyết tương (do 15 - 90 phút sau khi tiêm thuốc) không vượt quá 10 - 12 microgam/ml và nồng độ đáy (nồng độ thấp nhất) (do ngay trước khi tiêm liều mới) không quá 2 microgam/ml khi dùng phác đồ tiêm nhiều lần trong ngày. Nồng độ đáy tăng có thể chứng tỏ có sự tích lũy trong mô.

Các đặc tính dược động học:

- Hấp thu: Tobramycin được hấp thu nhanh và hoàn toàn sau khi tiêm bắp. Sau khi tiêm bắp 1mg/kg, nồng độ đỉnh tobramycin trong huyết thanh khoảng 4 microgam/ml đạt được trong vòng 30 - 90 phút, sau khi truyền tĩnh mạch nồng độ đỉnh đạt được trong vòng 30 phút. Nồng độ thuốc trong huyết tương bằng hoặc dưới 1 microgam/ml, 8 giờ sau khi tiêm bắp. Nồng độ điều trị trong huyết thanh thường nằm trong khoảng 4 - 6 microgam/ml.

- Phân bố: Thuốc gắn kết dưới 30% với protein. Thuốc có thể tích phân bố 0,2 - 0,3 lít/kg, thể tích phân bố ở trẻ em là 0,2 - 0,7 lít/kg. Thuốc phân bố vào dịch ngoài tế bào, bao gồm các dịch huyết thanh, áp xe, ổ trứng, ngoài màng tim, màng phổi, hoạt dịch, bạch huyết và màng bụng. Thuốc thâm nhập rất ít vào dịch não tủy, mắt, xương, tuyến tiền liệt.

- Thái trừ: Thời gian bán thải của thuốc ở trẻ sơ sinh cân nặng bằng hoặc nhỏ hơn 1200g là 11 giờ và nặng hơn 1200g 2 - 9 giờ. Thời gian bán thải của thuốc trong huyết thanh ở người bị suy giảm chức năng thận là 5 - 70 giờ và ở người bình thường là 2 - 3 giờ, phụ thuộc trực tiếp vào tốc độ lọc cầu thận, có tới khoảng 90 - 95% liều được đào thải ra nước tiểu trong vòng 24 giờ dưới dạng không biến đổi.

Chỉ định: Được chỉ định để điều trị nhiễm khuẩn do các vi khuẩn nhạy cảm, bao gồm:

- Nhiễm khuẩn thần kinh trung ương: viêm màng não, nhiễm khuẩn huyết và nhiễm khuẩn huyết sơ sinh.
- Nhiễm khuẩn tiêu hoá, bao gồm cả viêm phúc mạc.
- Nhiễm khuẩn tiết niệu biến chứng và tái phát như viêm thận - bể thận, viêm bàng quang.
- Nhiễm khuẩn hô hấp dưới, bao gồm viêm phổi, viêm phế quản phổi, viêm phế quản cấp.
- Nhiễm khuẩn da, xương và mô mềm, bao gồm cả nhiễm khuẩn vết bỏng.
- Có thể cân nhắc điều trị các nhiễm khuẩn nặng do tụ cầu khi penicillin và các thuốc kháng sinh khác ít độc hơn bị chống chỉ định và khi xét nghiệm vi sinh hoặc triệu chứng lâm sàng đang hướng đến.

Cách dùng - Liều dùng:

Cách dùng: Tobramycin có thể tiêm bắp, tiêm tĩnh mạch chậm hoặc truyền tĩnh mạch.

Pha chế dung dịch tiêm:

Để chuẩn bị dung dịch pha loãng truyền tĩnh mạch, cho mỗi liều vào từ 50 đến 200 ml dung dịch natri clorid 0,9% hoặc glucose 5% tiêm, để có nồng độ không vượt quá 1 mg (base) cho một ml (0,1%). Với dung dịch thu được, truyền tĩnh mạch chậm trong vòng 30 - 60 phút để tránh chèn thần kinh - cơ. Đối với trẻ em, cần pha loãng với thể tích nhỏ hơn theo tỷ lệ tương ứng.

Thời gian điều trị không nên vượt quá 7 ngày. Hiện nay có 2 cách dùng aminoglycosid nói chung và tobramycin nói riêng:

Cách cổ điển: Liều hàng ngày chia 2 - 3 lần/ngày. Hiện nay cách này chỉ còn dùng cho trường hợp bị viêm nội tâm mạc do vi khuẩn Gram âm, viêm nội tâm mạc HACEK, nồng độ 20% diện tích da hoặc suy thận có $Cl_c < 20$ ml/phút.

Cách thứ 2: Liều hàng ngày cho 1 lần/ngày. Cách dùng này thuận tiện hơn, cho nồng độ huyết thanh thoả đáng và trong nhiều trường hợp đã thay thế cho cách dùng nhiều lần/ngày, từ một vài trường hợp kể trên. Riêng đối với phụ nữ mang thai, còn ít kinh nghiệm dùng liều cao một lần trong ngày nên chưa được khuyến cáo. Chế độ dùng liều cách xa nhau ở trẻ sơ sinh đã phản ảnh những thay đổi về chức năng thận ở thời kỳ này.

Nồng độ trong huyết thanh: giám sát cả 2 nồng độ quá mức và dưới mức điều trị, như vậy ngăn được nhiễm độc, đồng thời đảm bảo được hiệu quả tác dụng. Tất cả người bệnh tiêm aminoglycosid, nhất là người cao tuổi phải định lượng nồng độ thuốc trong huyết thanh.

- Nếu chức năng thận bình thường, đo nồng độ thuốc sau 3 hoặc 4 liều chế độ nhiều liều trong ngày và sau một thay đổi liều.

- Nếu suy thận phải đo nồng độ thuốc sớm hơn và thường xuyên hơn.

Chế độ nhiều liều trong ngày: Lấy mẫu định lượng khoảng một giờ sau khi tiêm bắp hoặc tĩnh mạch (nồng độ đỉnh) và ngay trước liều tiếp theo (nồng độ đáy). Nếu nồng độ đỉnh cao, giám liều nếu nồng độ đáy cao, tăng khoảng cách giữa 2 liều.

Chế độ một liều trong ngày: Phải tham khảo hướng dẫn của Bộ Y tế về giám sát nồng độ huyết thanh. Không thể dùng nồng độ đáy trong trường hợp này vì nồng độ thường thấp hơn nồng độ trong phòng thí nghiệm có thể phát hiện được nhưng vẫn khá cao để tăng nguy cơ nhiễm độc. Nếu dùng liều pháp theo kinh nghiệm: không cần định lượng thuốc trong huyết thanh, không dùng quá 48 giờ.

Liều dùng:

Để tránh dùng liều quá cao đối với người béo phì, dùng cân nặng lý tưởng.

Cần theo dõi nồng độ thuốc trong máu, nhất là trên bệnh nhân nhiễm khuẩn mạn tính như xơ nang tụy hoặc bệnh nhân suy thận hoặc bệnh nhân phải dùng thuốc kéo dài.

Thời gian dùng thuốc thường là 7 đến 10 ngày. Trong trường hợp nhiễm khuẩn nặng, có thể kéo dài hơn thời gian điều trị. Nhưng cần theo dõi chặt chẽ chức năng thận, tiền đình, thính giác vì độc tính của thuốc thường xảy ra khi kéo dài thời gian điều trị.

Người lớn:

Tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch hoặc truyền tĩnh mạch liều 3 mg/kg/ngày, chia làm 3 liều bằng nhau, cách 8 giờ một lần hoặc cho 1 lần/ngày.

Nếu nhiễm khuẩn nặng: 5mg/kg/ngày, chia thành liều nhỏ các nhau 6 - 8 giờ/lần hoặc cho 1 lần/ngày (giảm xuống 3mg/kg càng sớm càng tốt khi điều kiện lâm sàng cho phép)

- **Nhiễm khuẩn đường tiết niệu:** tiêm bắp 2 - 3 mg/kg/ngày, 1 liều duy nhất

Trẻ em:

- **Nhiễm khuẩn huyết ở trẻ sơ sinh:**

- Dùng liều cách nhau xa (≥ 24 giờ) tiêm tĩnh mạch trong 3 - 5 phút hoặc truyền tĩnh mạch.

+ Trẻ sơ sinh < 32 tuần tuổi sau khi tắt kinh: 4 - 5mg/kg, cách 36 giờ/lần.

+ Trẻ sơ sinh ≥ 32 tuần tuổi sau khi tắt kinh: 4 - 5mg/kg, cách 24 giờ/lần.

- Dùng nhiều liều/ngày, tiêm tĩnh mạch chậm hoặc truyền tĩnh mạch:

+ Trẻ sơ sinh dưới 7 ngày tuổi: 2mg/kg; cách 12 giờ một lần.

+ Trẻ sơ sinh 7 - 28 ngày tuổi: 2 - 2,5mg/kg, cách 8 giờ/lần.

- **Nhiễm khuẩn huyết, viêm màng não và các nhiễm khuẩn thần kinh trung ương khác, nhiễm khuẩn đường mật, viêm bể thận cấp, viêm phổi mức tại bệnh viện:**

• Phác đồ nhiều liều/ngày, tiêm tĩnh mạch chậm 3 - 5 phút;

+ Trẻ nhỏ 1 tháng tuổi - 12 tuổi: 2 - 2,5mg/kg, cách 8 giờ/lần.

+ Trẻ 12 - 18 tuổi: 1mg/kg, cách 8 giờ/lần; nhiễm khuẩn nặng: tối đa 5mg/kg/ngày, chia làm nhiều liều nhỏ các nhau 6 - 8 giờ/lần (giảm xuống 3mg/kg/ngày ngay khi có thể)

- Phác đồ 1 liều/ngày, tiêm truyền tĩnh mạch:

+ Trẻ 1 tháng tuổi - 18 tuổi: Ban đầu 7mg/kg, sau đó điều chỉnh tùy theo nồng độ tobramycin huyết thanh.

- **Nhiễm *Ps. Aeruginosa* ở phổi trẻ em bị xơ nang tuyến tụy:**

• Phác đồ nhiều liều/ngày, tiêm tĩnh mạch chậm 3 - 5 phút;

+ Trẻ nhỏ 1 tháng tuổi - 18 tuổi: 8 - 10mg/kg, chia làm 3 liều nhỏ.

- Phác đồ 1 liều/ngày, tiêm truyền tĩnh mạch trong 30 phút.

+ Trẻ nhỏ 1 tháng tuổi - 18 tuổi: Ban đầu 10mg/kg (tối đa 660mg), sau đó điều chỉnh tùy theo nồng độ tobramycin huyết thanh.

- **Viêm phổi mạn tính do *Ps. Aeruginosa* ở người bị xơ nang tuyến tụy:**

+ Trẻ 6 - 18 tuổi, xem ở trên

Suy thận:

Sau khi tiêm một liều 1 mg/kg, liều lượng tiếp theo ở những người bệnh này phải được điều chỉnh với liều thấp hơn và khoảng cách tiêm 8 giờ một lần hoặc với liều bình thường nhưng kéo dài khoảng cách (Bảng 1).

Bảng 1: Hai phác đồ dùng liều duy trì dựa theo chức năng thận và thể trọng sau khi dùng một liều 1mg/kg

Chức năng thận				Phác đồ 1		Phác đồ 2		
				Liều điều chỉnh với khoảng cách 8 giờ 1 lần		Liều bình thường kéo dài khoảng cách		
Ure máu		Creatinin huyết thanh		Độ thanh thải creatinin		Trọng lượng		
mg/100ml	mmol/l	mg/100ml	μmol/l	ml/phút	50-60kg	60-80kg	50-60kg: 60mg 60-80kg: 80mg	
Bình thường				<114,9	>70	60mg	80mg	8h/lần
<42	<7,0	<1,3	<114,9	>70	60mg	80mg	8h/lần	
42-74	7,0-12,3	1,4-1,9	123,8-168	69-40	30-60mg	60-80mg	12h/lần	
75-105	12,5-17,5	2,0-3,3	176,8-291,7	39-20	20-25mg	30-45mg	16h/lần	
106-14	17,7-23,3	3,4-5,3	300,5-468,5	19-10	10-16mg	15-24mg	24h/lần	
141-160	23,5-26,7	5,4-7,5	477,4-663	9-6	5-9mg	7-12mg	36h/lần	
>160	>26,7	>7,6	>671,6	<4	2,5-4,5mg	3,5-6mg	48h/lần	

Đối với các nhiễm khuẩn đe dọa tính mạng, có thể dùng gấp rưỡi các liều khuyến cáo. Liều phải giảm xuống càng sớm càng tốt sau khi bệnh đỡ.

Suy gan:

Không cần phải chỉnh liều, giám sát nồng độ thuốc trong huyết thanh.

Cần tham khảo hướng dẫn sử dụng thuốc của địa phương (nếu có).

Chỉ định:

Quản lý với tobramycin hoặc với bất kỳ thành phần nào của thuốc.

Với người có tiền sử dị ứng với các kháng sinh loại aminoglycosid hay bất cứ thành phần nào của thuốc.

Thận trọng:

Cần theo dõi sát nồng độ canxi, magie và natri trong huyết thanh ở những bệnh nhân suy thận. Ở những bệnh nhân bị bông nặng, được đóng học thay đổi có thể làm giảm nồng độ aminoglycosid trong huyết thanh. Đối với bệnh nhân điều trị bằng tobramycin, cần đo nồng độ huyết thanh để làm cơ sở xác định liều lượng thích hợp.

Aminoglycosid có thể được hấp thu một lượng đáng kể tại vị trí tiêm, có thể gây độc thần kinh và thận.

Mặc dù không được chỉ định dùng cho mắt, nhưng vẫn có báo cáo về hoại tử võng mạc sau khi tiêm thuốc này.

Aminoglycosid nên sử dụng thận trọng ở bệnh nhân bị rối loạn cơ như nhược cơ và bệnh parkinson, vì những thuốc này có thể làm nặng thêm tình trạng yếu cơ.

Phong bế thần kinh cơ và liệt hô hấp có thể xảy ra ở những bệnh nhân truyền tĩnh mạch nhanh aminoglycosid. Khả năng ngưng thõ kéo dài cần được xem xét nếu tobramycin được dùng cho những bệnh nhân bị gây mê đồng thời sử dụng các thuốc giãn cơ như succinylcholin, tubocurarin, decamethonium hoặc bệnh nhân đang truyền một lượng máu lớn. Nếu phong bế thần kinh cơ xảy ra, có thể điều trị bằng cách dùng muối canxi.

Kháng sinh nhóm beta-lactam (penicillin hoặc cephalosporin) làm mất hoạt tính của tobramycin trên bệnh nhân bị suy thận nặng. Điều này không xảy ra ở những bệnh nhân có chức năng thận bình thường nếu tiêm ở những vị trí khác nhau.

Tobramycin sử dụng thận trọng ở trẻ sơ sinh vì chức năng thận chưa hoàn chỉnh nên làm kéo dài thời gian bán thải của thuốc trong huyết thanh.

Thuốc có chứa thành phần natri metabisulfite có thể gây phản ứng dị ứng ở một số người nhạy cảm và có thể phát quăm.

Tác động lên khả năng lái xe và vận hành máy:

Bệnh nhân sẽ lái xe hoặc sử dụng máy móc nên được cảnh báo vì khả năng chóng mặt có thể xảy ra.

Phụ nữ có thai và cho con bú:

Thời kỳ mang thai

Tobramycin tập trung ở thận thai nhi và đã được chứng minh gây điếc bẩm sinh cả hai bên tai không hồi phục. Vì vậy phải cân nhắc lợi hại thật cẩn thận khi phải dùng thuốc này trong những tình trạng đe dọa tính mạng hoặc trong những bệnh nặng mà các thuốc khác không dùng được hoặc không có hiệu lực.

Thời kỳ cho con bú

Tobramycin có được tiết vào sữa mẹ, khuyến cáo không nên dùng khi đang cho con bú hoặc không cho con bú khi đang dùng thuốc.

Tác dụng không mong muốn (ADR):

Tác dụng không mong muốn của tobramycin thường phụ thuộc theo liều, quan trọng nhất là độc tính ở thận và ở cơ quan thính giác. Người có chức năng thận suy yếu có nguy cơ cao và cần phải giảm liều tương ứng với chức năng thận.

Thần kinh trung ương: Lú lẫn, mất định hướng, chóng mặt, sốt, nhức đầu, ngủ li bì, chóng mặt. Da viêm da tiếp xúc, ban da ngứa, mẩn đỏ.

Nội tiết và chuyển hoá: Giảm canxi, magie, kali và/hoặc natri huyết thanh.

Tiểu hoá: Tiểu chảy, buồn nôn, nôn.

Huyết học: Thiếu máu, tăng bạch cầu ưa eosin, giảm bạch cầu hạt, giảm tiểu cầu.

Gan: Tăng ALT, AST tăng bilirubin, tăng LDH.

Tại chỗ: Đau tai chỗ tiêm.

Tai: Giảm thính giác, nặng tai, độc tính với cơ quan thính giác, độc tính với tai (tiền đình), tiếng lùng lù trong tai, ù tai.

Thận: Tru - niệu, tăng BUN, tăng creatinin huyết thanh, thiếu niệu, protein - niệu.

Hướng dẫn cách xử trí ADR: Ngừng dùng thuốc.

THÔNG BÁO CHO BÁC SỸ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN GẤP PHẢI KHI SỬ DỤNG THUỐC

Tương tác thuốc:

Sử dụng đồng thời và/hoặc lần lượt những thuốc có khả năng gây độc thần kinh và độc thận, đặc biệt là các aminoglycosid (amikacin, streptomycin, neomycin, kanamycin, gentamicin, paromomycin), amphotericin B, cephaloridin, viomycin, polymyxin B, colistin, cisplatin và vancomycin cần được theo dõi chặt chẽ.

Không dùng đồng thời tobramycin với các thuốc lợi tiểu mạnh. Một vài thuốc lợi tiểu gây độc tính trên tai và làm tăng độc tính của aminoglycosid khi tiêm tĩnh mạch do thay đổi nồng độ kháng sinh trong huyết thanh và mô.

Tobramycin sử dụng kết hợp với các thuốc kháng khuẩn như cephalosporin cụ thể là cephalothin, có nguy cơ tăng độc tính cho thận.

Liệt hô hấp có thể xảy ra khi dùng với các thuốc giãn cơ.

Cyclosporin và thuốc gây độc tế bào: Gây độc cho thận khi dùng với cyclosporin và gây độc cho tai, độc cho thần kinh dùng với cisplatin.

Tobramycin làm tăng hiệu lực của thuốc chống đông máu warfarin và phenindion.

Làm tăng tác dụng giãn cơ của neostigmin và pyridostigmin.

Tương kỵ:

Trộn đồng thời các kháng sinh beta - lactam (penicillin và cephalosporin) với tobramycin có thể gây mất hoạt tính lẫn nhau một cách đáng kể. Nếu dùng đồng thời các thuốc này, phải tiêm ở các vị trí khác nhau. Không trộn những thuốc này trong cùng một bình hoặc túi để tiêm tĩnh mạch.

Sử dụng quá liều và xử trí:

Đấu hiệu và triệu chứng:

Mức độ nghiêm trọng của quá liều tobramycin phụ thuộc vào liều dùng, chức năng thận của bệnh nhân, tình trạng hydrat hoá, độ tuổi. Độc tính có thể xảy ra ở bệnh nhân điều trị hơn 10 ngày, với liều trên 5mg/kg/ngày, trẻ em với liều hơn 7,5mg/kg/ngày, hoặc những bệnh nhân suy thận mà chưa điều chỉnh liều phù hợp.

Độc tính trên thận sau khi tiêm một liều aminoglycosid có liên quan chặt chẽ theo thời gian với AUC của nồng độ huyết thanh. Độc tính trên thận có khả năng giảm xuống dưới 2mg/lit và tỷ lệ thuận với nồng độ trung bình trong máu. Bệnh nhân lớn tuổi, có chức năng thận suy giảm, dùng các thuốc độc thận, có nguy cơ hoại tử tiểu quản cấp tính. Độc tính ở tai và ở tiền đình có liên quan đến việc dùng quá liều aminoglycosid. Những độc tính này xảy ra ở bệnh nhân sử dụng thuốc quá 10 ngày, bệnh nhân bị suy giảm chức năng thận, mất nước, hoặc dùng thuốc độc thận khác. Những bệnh nhân này có thể có hoặc không có những triệu chứng như hoa mắt, chóng mặt, ù tai, giảm thính giác. Các triệu chứng này sẽ hết khi ngưng dùng thuốc một thời gian dài.

Phong bế thần kinh cơ hoặc suy hô hấp có thể xảy ra khi truyền tĩnh mạch nhanh aminoglycosid. Khả năng ngưng thõ kéo dài có thể xảy ra thường xuyên hơn ở những bệnh nhân bị nhược cơ, bệnh parkinson, hoặc những người dùng decamethonium, tubocurarin, succinylcholin. Phong bế thần kinh cơ có thể được điều trị bằng muối canxi.

Điều trị: Các biện pháp phục hồi nên được bắt đầu sớm khi liệt hô hấp xảy ra. Phong bế thần kinh cơ có thể điều trị bằng muối canxi. Cần bằng điện giải, độ thanh thải creatinin, nồng độ tobramycin trong huyết tương nên được theo dõi cẩn thận cho đến khi nồng độ tobramycin giảm xuống dưới 2mg/lit. Thẩm phân máu hoặc phúc mạc có thể giúp loại bỏ tobramycin ra khỏi máu.

Hạn dùng: 24 tháng kể từ ngày sản xuất.

Thuốc này chỉ dùng theo sự kê đơn của bác sĩ

Để xa tầm tay trẻ em. Đọc kỹ hướng dẫn sử dụng trước khi dùng

Không dùng thuốc đã biến màu, hết hạn sử dụng...

Muốn biết thêm thông tin xin hỏi ý kiến của Bác sĩ



CÔNG TY CỔ PHẦN DƯỢC PHẨM TRUNG ƯƠNG I - PHARBACO

160 Tôn Đức Thắng - Đống Đa - Hà Nội

ĐT: 84-4-38454561; Fax: 84-4-38237460

Sản xuất tại: Thanh Xuân - Sóc Sơn - Hà Nội.

G9D