

核准日期：2019年05月15日
修改日期：2020年02月12日
2023年05月29日
2024年01月02日

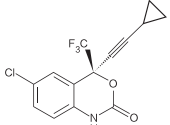


依非韦伦片使用说明书

请仔细阅读说明书记在医师指导下使用。

禁用于对依非韦伦或制剂中其他任何成份过敏者

【药品名称】
通用名称：依非韦伦片
英文名称：Efavirenz Tablets
汉语拼音：Yifeiweilun Pian
【成份】
本品主要成份为依非韦伦。
化学名称：(S)-6- 氯-4-(环丙基乙基胺)-1,4- 二氢 -4-(三氟甲基)-2H-3,1- 氮杂杂萘 -2- 酮。
化学结构式：



分子式：C₁₉H₁₆ClF₃NO₂
分子量：315.68
辅料：三乙烷硫酸钠、微晶纤维素、羟丙纤维素、交联羧甲基纤维素钠、乳糖、硬脂酸镁、薄膜包衣预混剂（胃溶型）及乙醇。
【性状】
本品为薄膜衣片，除去包衣后显白色或类白色。
【适应症】
本品适用于与其他抗病毒药物联合治疗 HIV-1 感染的成人、青少年及儿童。
【规格】
0.6g
【用法用量】
成人：本品与蛋白酶抑制剂和/或核苷类反转录酶抑制剂（NRTIs）合用的推荐剂量为口服 0.6g，每天 1 次。本品可与食物同服或另服。
为改善对神经系统不良反应的耐受性，在治疗开始的二至四周以及持续出现这些症状的患者中，建议临睡前服用（见【不良反应】）。
抗反转录病毒药联合治疗：本品必须与其他抗反转录病毒药联合使用（见【药物相互作用】）。
青少年及儿童（17 岁及以下）：本品与蛋白酶抑制剂和/或核苷类反转录酶抑制剂（NRTIs）合用于 17 岁及 17 岁以下患者的推荐剂量见表 1。本品仅可用于确信能吞服吞片剂剂的儿童。本品推荐空腹、睡前服用。尚未进行本品用于 3 岁以下儿童或体重低于 13kg 儿童的研

表 1 每天一次的患者推荐剂量

体重（kg）	本品剂量（mg）
13 ~ <15	200
15 ~ <20	250
20 ~ <25	300
25 ~ <32.5	350
32.5 ~ <40	400
≥ 40	600
【不良反应】	

据文献，在与蛋白酶抑制剂和/或核苷类反转录酶抑制剂联合用药的临床对照研究中，1008 名患者每天服用 0.6g 依非韦伦，发生率高于 5% 且与治疗有关的中重度最常见不良事件是皮疹（11.6%）、头晕（8.5%）、恶心（8.0%）、头痛（5.7%）和乏力（5.3%）。对照组中心恶心的发生率更高。与依非韦伦无关的最值得注意的不良事件为皮疹、神经系统症状和精神症状。与食物同时服用会增加依非韦伦的暴露，并且会增加不良反应的发生（见【注意事项】）。

临床研究中其他一些较少发生的与治疗相关的不良事件包括：过敏反应、协调异常、共济失调、精神混乱、昏迷、眩晕、呕吐、腹泻、肝炎、注意力不集中、失眠、焦虑、异梦、困倦、抑郁、思维异常、兴奋、健忘、精神错乱、情绪不稳定、欣快、幻觉和精神症状。
另外，一些上市后监测报道的不良事件包括：神经衰弱、妄想症、小脑协调及平衡能力障碍、惊厥、癫痫、腹痛、视物模糊、脸红、男子乳房发育、肝功能衰竭、光敏性皮炎、腭膜炎及神经痛、乳房、腹部和腰后腔等处的身体脂肪分布或堆积、耳鸣和颤动。

有数例肝功能衰竭的上市后报告，其中包括既往无肝病史或存在其他疾病风险的病人，具有可能导致爆发的特征，有部分案例可能会进展到肝移植或死亡的程度。

除了皮疹的发生率较高及程度较为严重外，儿童中其余不良反应的类型和发生率基本上与成人相似。
皮疹：据报道，临床试验中，接受 0.6g 依非韦伦治疗的患者有 26% 发生皮疹（其中 18% 被认为与治有关），而对对照组患者皮疹的发生率为 17%。接受依非韦伦治疗的患者发生严重的皮疹不超过 1%，同时 1.7% 的患者因皮疹而中断治疗。多形性红斑或 Stevens-Johnson 综合征的发生率为 0.14%。

在三项为期 123 周（中位数）的临床试验中，接受依非韦伦治疗的患者有 58 名儿童（32%）出现皮疹。其中 6 名儿童出现严重的皮疹。在儿童开始接受依非韦伦治疗前，可考虑预防性应用适当的抗组胺药。

皮疹通常是轻至中度的斑丘疹，发生于开始依非韦伦治疗的前两周中。大多数患者的皮疹随着依非韦伦的继续治疗会在一个月内消退。对于因皮疹而中断治疗的患者可重新开始服用依非韦伦。严重服用依非韦伦时，建议使用适当的抗组胺药物/或皮质类固醇类药物（见【注意事项】）。

依非韦伦用于中断了 NNRTI 其他抗反转录病毒药治疗患者的临床经验很有限。19 名因皮疹而中断沙奎拉韦治疗的患者已接受依非韦伦治疗。这些患者中 9 人在服用依非韦伦时发生轻至中度皮疹，2 人因皮疹而停药。

精神症状：接受依非韦伦治疗的患者中有严重的精神不良事件的报道。在一项对照研究中，1008 名患者接受了平均 1.6 年包含依非韦伦在内的治疗，其中对照组 635 人接受了平均 1.3 年的对照治疗。依非韦伦组和对照组特殊的严重精神事件的发生率分别为：严重抑郁（1.6%，0.6%）、自杀倾向（0.6%，0.3%）、非致命的自杀企图（0.4%，0%）、攻击性行为（0.4%，0.3%）、偏执（0.4%，0.3%）和躁狂（1.3%，0%）。既往有精神疾患的患者产生上述精神症状的危险性可能更高，躁狂的发生率升高到 0.3%，严重抑郁和自杀倾向的发生率升高到 2.0%。个别上市后报告有自杀亡、错误的神经传导，但是尚不能肯定这些报道与依非韦伦相关。

神经系统症状：临床研究中，每天服用 0.6g 依非韦伦的患者，常报道的神经系统症状包括但不限于：眩晕、失眠、困倦、注意力不集中及异梦。在 0.6g 依非韦伦与其他抗反转录病毒药合用的对照临床试验中，19.4% 的患者出现中度至重度神经系统症状（其中 2.0% 为重度症状），相比之下，服用对照药物的患者有 9% 出现神经系统症状（其中 1.3% 为重度症状）。临床试验中，2.1% 用 0.6g 依非韦伦治疗的患者由于神经系统症状而终止治疗。

神经系统症状通常开始于治疗的第一或第二天并在前 2 ～ 4 周后消除。在一项临床研究中，每月发生至少中度以上神经系统症状的时间一般 4 至 48 周，发生在 5% ～ 9% 的接受依非韦伦治疗的患者及 3% ～ 5% 的对照组患者中。在一项未受感染志愿者的研究中，代表性神经系统症状发作的中位时间为服药后 1 小时而中位持续期为 3 小时。临睡时服药可改善这些症状的耐受性，并建议在治疗的第一周以及持续出现这些症状的患者临睡时服药（见【用法用量】）。降低剂量或分次服用每天剂量并未带来益处，因此不建议如此用药。

实验室检查异常

肝酶：1008 名接受 0.6g 依非韦伦治疗的患者中有 3% 天门氨酸氨基转氨酶（AST）和丙氨酸氨基转氨酶（ALT）升高到正常上限的 5 倍以上。在对照组中也有类似的肝酶升高。接受 0.6g 依非韦伦治疗的患者中有 156 名患者乙型肝炎和/或丙型肝炎的血清标志阳性，7% 患者的 AST 以 4 及 8% 患者的 ALT 升高到正常上限的 5 倍以上。在对照组的患者中有 91 名患者乙型肝炎和/或丙型肝炎的血清标志阳性，5% 患者的 ALT 以 4% 患者的 ALT 升高到上述水平。所有接受 0.6g 依非韦伦治疗的患者中有 4% 谷氨酰转氨酶（GGT）升高到正常上限的 5 倍以上，其中乙肝和丙肝患者的发生率是 10%。对照组中的患者，无论有无感染乙型肝炎，GGT 类似升高的发生率是 1.5-2%。依非韦伦治疗的患者中单独的 GGT 升高反映的是诱导而非肝毒性（见【注意事项】）。

血脂：某些服用依非韦伦的未感染 HIV 的志愿者总胆固醇可升高 10-20%。依非韦伦 + 齐多夫定 + 拉米夫定方案治疗的患者非空腹总胆固醇和高密度脂蛋白（HDL）分别可升高大约 20% 和 25%。依非韦伦 + 齐地那韦治疗的患者空腹总胆固醇可升高 40% 和 35%。依非韦伦对甘油三酯和低密度脂蛋白（LDL）的作用无详细报道。在另一项研究中，依非韦伦 + 齐多夫定 + 拉米夫定方案治疗 48 周的患者，总胆固醇，HDL-胆固醇，空腹 LDL-胆固醇和空腹甘油三酯增高分别是 21%，24%，18% 和 23%。目前尚不明确这些脂代谢变化的临床意义。

【禁忌】

依非韦伦禁用于临床上对本产品任何成份明显过敏的患者。
依非韦伦不应与伏立康唑单独联合应用。因为依非韦伦可以显著地降低伏立康唑的血浆浓度，同时伏立康唑也使依非韦伦的血浆浓度显著升高（见【药物相互作用】）。两者合用时的剂量调整（见【药物相互作用】）。

小亚诺属植物（金丝桃属）：服用依非韦伦的患者应避免同时服用含有小亚诺属植物（金丝桃属）的药物，因为它可以导致依非韦伦血液浓度的下降。这一效应是由于 CYP3A4 的诱导，并且可能导致疗效的丧失并产生耐药。

【注意事项】

本品不应单独用于 HIV 治疗或者以单药加入无效的治疗方法。

在处方与本品合用的药物时，医师应参考相应的药品使用说明书。

如果联合用药方案中任何抗反转录病毒药因怀疑为不耐受而被中断，应慎重考虑停用所有抗反转录病毒药。在不调整方案的同时重新开始抗反转录病毒药联合治疗。抗反转录病毒药联合治疗或中断重新用药是不可取的，因为这样增加了产生选择耐药性突变病毒的可能性。

不建议在与本品联合用药的复方产品中包含依非韦伦（例如：ATRIPIA）。除非需要剂量调整（比如与利福平合用）。

在给予依非韦伦的动物中观察到有畸形胎仔。因而，服用本品的妇女应避免怀孕。应联合采用避孕套避孕和其他避孕方法（见【药物相互作用】）。

药物相互作用：CYP3A4 的底物、抑制剂、诱导剂可能会改变依非韦伦的血浆浓度。同样，依非韦伦可能会改变由 CYP3A4 或 CYP2B6 代谢的药物的血浆浓度。依非韦伦在稳态的显著作用是诱导 CYP3A4 和 CYP2B6。然而，依非韦伦在体外已显示出 CYP3A4 的抑制效应。因此，对于由 CYP3A4 代谢的药物，理论上可能存在药物水平的暂时增加。服用 CYP3A4 底物的患者采用本品治疗的前几天应注意较窄的治疗窗口以及可能的严重和/或危及生命的不良反应（如，心律失常、长期镇静或呼吸抑制）。对于受药物衍生物（双氢麦角胺、麦角新碱、麦角胺、甲基麦角新碱），咪达唑仑、三唑仑、苄替地尔、西沙必利、匹莫齐特，应慎用本品。

皮疹：有关依非韦伦的临床试验中，报道有轻度至中度皮疹，通常在继续治疗时可消退。适当的抗组胺药物/或皮质类固醇类药物可改善耐受性并加速皮疹消退。低于 1% 的经依非韦伦治疗的患者报道出现伴有水疱、湿性脱屑或溃疡的严重皮疹。多形性红斑或 Stevens-Johnson 综合征的发生率为 0.14%。对于受伴有水疱、脱屑、累及粘膜或发热的严重皮疹患者，应停用本品。有危及生命的皮肤反应（如 Stevens-Johnson 综合征）的患者不建议使用本品。如果中断本品治疗，还应考虑停用其他抗反转录病毒药，以避免耐药病毒的产生（见【不良反应】）。

在三项为期 123 周（中位数）的临床试验中，经依非韦伦治疗的 182 名儿童中报告有 58 例皮疹（32%）。6 名患儿认为严重皮疹。儿童患者开始出现皮疹的中位时间为 27 天（3 ～ 1504 天）。患儿在开始接受本品治疗前，可考虑采用适当的抗组胺药预防。

精神症状：经依非韦伦治疗的患者中有精神系统不良事件的报道。既往有精神疾患的患者似乎产生精神症状的危险性更高。上市后的不良事件有个别自杀、错觉、行为异常的报道，但是并不能从这些报道中得出这些情况是否与本品相关的结论。建议患者一旦出现上述症状，立即与医生联系以判断这些症状是否与本品有关。如果是相关的，则进一步评价继续用药的危险性是否超出所获益处（见【不良反应】）。

神经系统症状：临床研究中每天口服依非韦伦 0.6g 治疗的患者中出现较为不适的神经系统症状，常见有头晕、失眠、困倦、注意力不集中和异梦，但不局限于此（见【不良反应】）。神经系统症状通常出现在治疗的前一到两周，一般在两至四周后缓解。患者应被告知若出现上述症状，继续治疗时这些症状将得到改善，而且并不预示患者产生任何少见的精神症状。

惊厥：在服用依非韦伦的患者中极少见惊厥发作，通常都伴有已知的发作病史。患者同时服用主要经肝代谢作用的抗惊厥药物，例如：苯妥英、卡马西平和苯巴比妥，需要对其血浆浓度进行定期监测。在一项药物相互作用的研究中，同时服用卡马西平和依非韦伦，卡马西平的血浆浓度会降低（见【药物相互作用】）。对有惊厥病史的病人要慎重用药。

生殖的潜在风险：妊娠分类为 D₂。在妊娠的前三个月服用依非韦伦，可能对胎儿有害。孕妇应避免服用依非韦伦。应联合采用避孕套和其他方法避孕（比如口服避孕药或其他激素类避孕药）。由于依非韦伦有较长半衰期，建议在停止服用本品后 12 周仍然要采取适当的避孕措施。哺乳期妇女应在服用依非韦伦前进行例行检查。依非韦伦在妊娠期应停止使用，除非它带给母亲的可能益处超过带给胎儿的可能危险，并且没有其他合适的治疗方法。如果怀孕妇女在孕期的前三个月内服用依非韦伦时发生轻至中度皮疹，必须告知她所存在的对胎儿的潜在危害。

目前尚未对妊娠妇女进行充分且良好对照的研究。通过一项对怀孕妇女的抗反转录病毒的上市后经验的记录，在多于 700 名在孕前期三个月的孕妇服用依非韦伦和抗反转录病毒药物合用的报道中，未收到有显著的不良影响报道。报道有极少数的神经管缺陷，包括脊髓脊膜突出。这些报道大多数是回顾性的，但其相关性判断未明确。只有对于胎儿潜在的获益评估超过潜在的风险时，才可使用依非韦伦，例如孕妇没有其他药物治疗物可供选择。

肝毒性：对于已知或怀疑有乙型或丙型肝炎病史的患者、以及使用其具有肝毒性的药物治疗的患者，建议监测肝酶学指标。对于血清氨基转氨酶持续升高超过正常范围上限 5 倍的患者，需要调整本品连续治疗的益处与未知的严重肝损害患者的危险（见【不良反应】）。

血脂升高：使用本品可导致总胆固醇和甘油三酯水平升高。开始服用本品前及治疗期间应进行总胆固醇和甘油三酯检查。

免疫重建炎性综合征：在那些联合抗反转录病毒包括本品治疗（CART）的病人中有报道免疫重建炎性综合征。在治疗初期，免疫系统对 CART 有反应的病人可能增加无感染性的或残余机会性感染的炎性反应。这需要进一步评价和治疗。也有报道在免疫重建过程中发生自身免疫失调（比如格雷夫斯眼病）。然而，报道的初始发作时间变化比较大，这些事件会在开始治疗后的几个月发生。

脂肪重新分布：在接受抗反转录病毒治疗的患者可观察到躯体脂肪重新分布/堆积，包括向心性肥胖、颈背部脂肪堆积（水牛背）、肢体萎缩、面部消瘦、乳房肥大和“库兴氏面容”。其机制和长期影响尚未未知，因果关系也还未建立。

特殊人群用药：

对于中度或重度肝功能损伤患者，无足够的数据决定是否有必要进行剂量调整，所以不推荐使用依非韦伦。由于依非韦伦代谢受细胞色素 P450 介导，以及慢性肝病患者应用本品的临床经验有限，本品应慎用于肝肾功能损伤患者。潜在的药物（包括使用乙肝或丙肝）患者使用依非韦伦抗病毒药联合治疗时，严重的和可致命的肝脏不良事件发生的风险明显增加。有数例肝衰竭的上市后报告发生于既往无肝病史或存在其他疾病风险的患者。应考虑监测既往无肝病史或存在其他疾病风险的患者肝酶学指标。

对肾功能不全患者尚未进行依非韦伦的药代动力学研究；因只有不足 1% 的依非韦伦以原形经尿排泄，所以肾功能受损对清除依非韦伦的影响极微。无严重肾衰竭患者的使用经验，建议对这些患者进行密切地安全性监测。

临床研究中经评价的老年患者数量较少，不足以确定对本品的反应是否与年轻患者不同。

本品尚未在 3 岁以下或体重低于 13kg 的儿童中进行评价。有证据显示依非韦伦可能改变低龄儿童的药代动力学。故依非韦伦不应用于 3 岁以下儿童。

食物影响：依非韦伦与食物同时服用会增加其暴露，并增加不良反应的发生。服用本品片剂时这种不良反应的发生率会高于服用本品硬胶囊剂。因此，推荐临睡前服用本品。

【孕妇及哺乳期妇女用药】

服用依非韦伦的妇女应避免怀孕。应联合采用避孕套和其他方法避孕（比如口服避孕药或其他激素类避孕药）。由于依非韦伦有较长半衰期，建议在停止服用本品后 12 周仍然要采取适当的避孕措施。哺乳期妇女应在服用依非韦伦前进行产期检查，依非韦伦在妊娠期应停止使用，除非它带给母亲的可能益处超过带给胎儿的可能危险，并且没有其他合适的治疗方法。如果怀孕妇女在孕期的前三个月内服用依非韦伦或者在服用依非韦伦时发现已经怀孕，必须告知她所存在的对胎儿的潜在危害。

目前尚未对妊娠妇女进行充分且良好对照的研究。通过一项对怀孕妇女的抗反转录病毒的上市后经验的记录，在多于 700 名在孕前期三个月的孕妇服用依非韦伦和抗反转录病毒药物合用的报道中，未收到有显著的不良影响报道。极少数的有关神经管缺陷，包括脊髓脊膜突出，有报道，这些报道大多数是回顾性的，但其相关性评判未明确。

依非韦伦可分泌进入哺乳乳的乳汁中，也已显示依非韦伦会进入人的乳汁。因此建议服用依非韦伦的妇女停止母乳喂养。为避免传播 HIV，建议感染 HIV 的妇女在任何情况下都不要母乳喂养。

【儿童用药】

尚未对 3 岁以下或体重低于 13kg 的儿童患者进行本品的临床研究。

【老年用药】

本品的临床试验没有包括足够多的 65 岁及以上老年受试者，不能确定他们的反应是否和年轻人不同。

【药物相互作用】

依非韦伦是 CYP3A4 和 CYP2B6 的诱导剂。与本品合并用药时，可能降低 CYP3A4 或 CYP2B6 的底物的其他化合物的血浆浓度（见【注意事项】- 药物相互作用）。

与反转录病毒的药物合用

膦沙那韦：作为本品与膦沙那韦和利托那韦合用的指导，应该咨询膦沙那韦的处方信息。

阿扎那韦（Atazanavir）：依非韦伦会减少阿扎那韦的暴露，服用阿扎那韦时应参考阿扎那韦的处方信息指南。

地那韦（Indinavir）：与单独服用地那韦标准剂量（800mg/8 小时）比较，未感染的志愿者即地那韦增加剂量（1000mg/8 小时）与依非韦伦（0.6g 每天一次）同时服用时，地那韦的 AUC 和 C_{max}ough 分别降低约 33 ～ 46% 和 39 ～ 57%。与单独服用地那韦标准剂量（800mg/8 小时）比较，已感染的受试者即地那韦增加剂量（1000mg/8 小时）与依非韦伦（0.6g 每天一次）同时服用时，地那韦的 AUC 和 C_{max} 也同样观察到类似改变。尚不清楚地那韦与依非韦伦合用时的最佳剂量。增加地那韦的剂量至 1000mg/8 小时不能补偿由于依非韦伦而增加地那韦的代谢。

HIV-1 感染病人（n=6）每日服用一次依非韦伦 0.6g，同时每日服用两次地那韦/利托那韦 800/100mg 时，地那韦和依非韦伦的药代动力学与未感染的志愿者的数据相当。

洛匹那韦/利托那韦：与单独洛匹那韦/利托那韦取用相比，洛匹那韦/利托那韦联用同时服用依非韦伦时，观察到利托那韦的 C_{max} 明显减少。洛匹那韦/利托那韦与依非韦伦同时服用时，应考虑洛匹那韦/利托那韦标准剂量或口服液剂量增加到 533/133mg（4 粒胶囊或 6.5 mL）（每日两次，同时进食）。

地拉那韦/利托那韦：依非韦伦（0.6g，每日一次）与地拉那韦/利托那韦（800/100mg，每日一次）合用时，可能会导致地拉那韦 C_{min} 下降。如果依非韦伦与地拉那韦/利托那韦联合使用，应使用地拉那韦 600/100mg 每日两次。查阅地拉那韦/利托那韦的处方信息来指导与依非韦伦的合用。

马拉韦罗（Maraviroc）：马拉韦罗（100mg 每天两次）和依非韦伦（0.6g 每天一次）联用时，马拉韦罗的 AUC₀₋₂₄ 和 C_{max} 比单用马拉韦罗分别下降了 45% 和 51%。与依非韦伦合用时参考马拉韦罗的处方信息为指南。

拉替拉韦：与拉替拉韦单药用药相比，拉替拉韦与依非韦伦（0.6g 每天一次）合用时拉替拉韦（400mg 单次给药）的 AUC，C_{max}，C_{min} 分别降低 36%、36% 和 21%。相反作用机制是依非韦伦对 UGT1A1 酶酶的诱导，无需调整拉替拉韦的剂量。

利托那韦（Ritonavir）：在未受感染的志愿者中进行了依非韦伦 0.6g（每天睡前服药一次）和利托那韦 500mg（每 12 小时用药）联合用药研究，结果显示这种联合用药的耐受性不好并且临床不良反应（如眩晕、恶心、感觉异常）和实验室化验值异常（肝酶升高）的发生率较高。依非韦伦与利托那韦联合用药时，建议监测肝脏酶类。

沙奎那韦：沙奎那韦（软胶囊剂型，每天共 1200mg 分 3 次服用）与依非韦伦合用时，沙奎那韦的 AUC 和 C_{max} 分别降低 62% 和 45 ～ 50%。建议不要将依非韦伦与作为单独的蛋白酶抑制剂的沙奎那韦合用。

HCV 蛋白酶抑制剂

Boceprevir：依非韦伦（0.6g，每日一次）与 boceprevir（800mg，每日三次）合用时，降低了 boceprevir 的血浆谷浓度。（C_{min} ↓ 44%）未直接评估此降低的临床结果。

替拉匹韦：替拉匹韦和依非韦伦联合应用导致替拉匹韦和依非韦伦的稳态暴露量降低。替拉匹韦每 8 小时 1125mg 与依非韦伦每天一次 0.6g 联合应用时，与替拉匹韦每 8 小时 750mg 单独给药相比，联合应

用时替拉匹韦的 AUC，C_{max}，C_{min} 降低 18%、14% 和 25%，依非韦伦的 AUC，C_{max}，C_{min} 降低 18%、24% 和 10%。参考替拉匹韦的说明书以指导与依非韦伦的联合应用。
沙奎那韦/利托那韦：没有数据显示依非韦伦与沙奎那韦和利托那韦联合应用的可能的相互作用。

核苷类反转录酶抑制剂：在 HIV 感染的病人中进行了依非韦伦与齐多夫定和拉米夫定的联合应用的研究。没有观察到临床显著性的药代动力学相互作用。没有专门进行依非韦伦和其他核苷类反转录酶抑制剂合用的药物相互作用研究。由于核苷类反转录酶抑制剂与依非韦伦通过不同的途径代谢，而且不可能与依非韦伦竞争相同的代谢酶和消除途径，因此不认为有临床显著性相互作用。

核苷类反转录酶抑制剂：没有进行依非韦伦和其他核苷类反转录酶抑制剂联合应用的研究。

抗菌药物

利福霉素类：在 12 名未感染 HIV 的志愿者中，利福平可减少依非韦伦的 AUC26% 和 C_{max}20%，50kg 或更重的人，当依非韦伦与利福平同时服时，依非韦伦的剂量应提高至 800mg/天。与依非韦伦同时服用时利福平的剂量不需调整。一项在未感染 HIV 的志愿者中进行的研表明，依非韦伦可分别减少利福布丁的 C_{max}32% 和 AUC38%，并增加利福布丁的清除率。利福布丁对依非韦伦的药代动力学没有显著影响。以上资料表明与依非韦伦联合服用时，利福布丁每天的用量应增加 50%，若每周 2 至 3 次服用利福布丁，则利福布丁的剂量应加倍。

大环内酯类抗菌药物

阿奇霉素：在未感染的志愿者中合用单剂量的阿奇霉素和多剂量的依非韦伦不会导致任何临床显著性的药代动力学相互作用。当阿奇霉素和依非韦伦合用时，无需调整剂量。

克拉霉素：将依非韦伦每天一次 400mg 与克拉霉素 12 小时 500mg 合用 7 天，依非韦伦对克拉霉素的药代动力学将产生明显影响。与依非韦伦联合用药时，克拉霉素的 AUC 和 C_{max} 分别降低约 39% 和 26%，而克拉霉素经基代谢物的 AUC 和 C_{max} 分别增高约 34% 和 49%。克拉霉素血浆水平的这些改变的临床意义还不清楚。服用依非韦伦和克拉霉素时，46% 的未受感染的志愿者出现皮疹。与克拉霉素联合用药时，建议不必调整依非韦伦的剂量。而应考虑选择其他药物替代克拉霉素。

抗真菌药物

伏立康唑：将依非韦伦每天一次 400mg 与伏立康唑 每 12 小时 200mg 合用，在未感染的志愿者的研究结果为双向的相互作用。伏立康唑的稳态 AUC 和 C_{max} 分别降低 77% 和 61%，同时依非韦伦的稳态 AUC 和 C_{max} 分别升高 44% 和 38%。因此依非韦伦与伏立康唑的标准剂量应禁止合使用（见【禁忌】）。

在未感染志愿者中，依非韦伦（300mg，每天一次口服）与伏立康唑（300mg，每天两次）合用以后，与单独服用伏立康唑（200mg，每天两次）相比伏立康唑的 AUC 和 C_{max} 分别降低 55% 和 36%；与单独服用依非韦伦 0.6g 每天一次相比，依非韦伦的 AUC 是等同的，但 C_{max} 降低 14%。

在未感染志愿者中，依非韦伦（300mg，每天一次口服）与伏立康唑（400mg，每天两次）合用以后，与单独服用伏立康唑（每天两次 200mg）相比，伏立康唑的 AUC 降低 7% 而 C_{max} 增加了 23%。这些差异没有临床显著性。与单独服用依非韦伦 0.6g 每天一次相比依非韦伦的 AUC 增加了 17% 而 C_{max} 是等同的。

当依非韦伦和伏立康唑合用，伏立康唑的维持剂量应该增加到 400mg 每天两次而依非韦伦剂量应降低 50%，比如 300mg 每天一次。当伏立康唑治疗停止，依非韦伦应恢复至原始的剂量。

伊曲康唑：在未受感染的志愿者中将依非韦伦（0.6g，每天一次口服）和伊曲康唑（200mg，每 12 小时一次口服）合用，与单独服用伊曲康唑相比，伊曲康唑的稳态 AUC，C_{max} 和 C_{min} 分别降低 39%、37% 和 44%，而经伊曲康唑分别降低 37%，35% 和 49%。依非韦伦的药代动力学不受影响。由于尚不能给出这两种药物联合应用时伊曲康唑的推荐剂量，应考虑其他的抗真菌药物替代伊曲康唑。

泊沙康唑（Posaconazole）：与单剂泊沙康唑相比，依非韦伦（400mg，每天一次口服）和泊沙康唑（400mg，每天一次口服）合用，泊沙康唑的 AUC 和 C_{max} 分别降低了 50% 和 45%。应避免泊沙康唑和依非韦伦的联合使用，除非患者获得的利益大于风险。

抗疟药

阿托伐醌和盐酸氯喹：依非韦伦（0.6g，每日一次）与阿托伐醌和氯喹（250mg/100mg，单剂量）合用时，通过葡萄糖醛酸的诱导作用降低了阿托伐醌的 AUC75%，C_{max}44%，降低了氯喹的 AUC34%。应尽可能的避免阿托伐醌/氯喹与依非韦伦合用。

蒿甲醚/本氟喹：依非韦伦（0.6g，每天一次）与蒿甲醚 20mg/本氟喹 120mg 片（3 天服用 6 次，每次 4 片）联合应用导致蒿甲醚、双氢青蒿素（蒿甲醚的活性代谢物）和本氟喹的暴露（AUC）分别降低约 51%、46% 和 21%。依非韦伦的暴露无显著影响。因为蒿甲醚、双氢青蒿素或本氟喹的依度降低可能导致抗疟疾的疗效降低，所以依非韦伦与蒿甲醚/本氟喹片联合应用时应谨慎。

降脂类药物

在未感染的志愿者中，依非韦伦与 HMG-CoA 还原酶抑制剂合用，如阿托伐他汀，普伐他汀或辛伐他汀，显示他汀类药物的血浆浓度降低。必须定期监测脂酶活性，并调整他汀类药物的剂量。
阿托伐他汀：未感染的志愿者合用依非韦伦（600 毫克，口服每天一次）与阿托伐他汀（10 毫克，口服每天一次），与单独服用阿托伐他汀相比，阿托伐他汀的稳态 AUC 和 C_{max} 分别降低 43% 和 12%，2-羟基阿托伐他汀分别降低 35% 和 13%，4-羟基阿托伐他汀分别降低 4% 和 47%，总的活性的 HMG-CoA 还原酶抑制剂分别降低 34% 和 20%。

普伐他汀：未感染的志愿者合用依非韦伦（600 毫克，口服每天一次）与普伐他汀（40 毫克，口服每天一次），与单独服用普伐他汀相比，普伐他汀的稳态 AUC 和 C_{max} 分别降低 40% 和 18%。

辛伐他汀：未感染的志愿者合用依非韦伦（600 毫克，口服每天一次）与辛伐他汀（40 毫克，口服每天一次），与单独服用辛伐他汀相比，辛伐他汀的稳态 AUC 和 C_{max} 分别降低 69% 和 76%，辛伐他汀代谢物分别降低 58% 和 51%，总的活性的 HMG-CoA 还原酶抑制剂分别降低 60% 和 62%，总 HMG-CoA 还原酶抑制剂分别降低 60% 和 70%。

依非韦伦与阿托伐他汀、普伐他汀或辛伐他汀的合用未影响依非韦伦的 AUC 和 C_{max} 值。无需调整依非韦伦的剂量。

抗凝剂

华法林/醋氯香豆素：依非韦伦可能增加或降低其血浆浓度和效果。

抗酸药药物：

兰马西平：未感染的志愿者合用依非韦伦（600 毫克，口服每天一次）和卡马西平（400 毫克，每天一次）产生的相互作用是双向的。卡马西平的稳态 AUC，C_{max} 和 C_{min} 分别降低 27%、20% 和 35%。同时依非韦伦的稳态 AUC，C_{max} 和 C_{min} 分别降低 36%、21% 和 47%。没有活性的卡马西平环氧化代谢物的稳态 AUC，C_{max} 和 C_{min} 没有变化。卡马西平的血浆水平须定期监测。而这两种药物更高剂量的数据，因而没有推荐用药剂量，可考虑使用其它抗酸药物进行治疗。