

师，共享微生物诊断平

台等措施，弥补抗菌药物临床应用管理专业技术力量的不足。

(三) 制定抗菌药物供应目录和处方集

医疗机构应按照《抗菌药物临床应用管理办法》的要求，严格控制抗菌药物供应目录的品种、品规数量。抗菌药物购用品种遴选应以“优化结构、确保临床合理需要”为目标，保证抗菌药物类别多元化，在同类产品中择优选择抗菌活性强、药动学特性好、不良反应少、性价比优、循证医学证据多和权威指南推荐的品种。同时应建立对抗菌药物供应目录定期评估、调整制度，及时清退存

在安全隐患、疗效不确定、耐药严重、性价比差和频发违规使用的抗菌药物品种或品规。临时采购抗菌药物供应目录之外品种应有充分理由，并按相关制度和程序备案。

(四) 制订感染性疾病诊治指南

根据本《指导原则》，各临床科室应结合本地区、本医疗机构病原构成及细菌耐药监测数据，制定或选用适合本机构感染性疾病诊治与抗菌药物应用指南，并定期更新，科学引导抗菌药物临床合理应用。

(五) 抗菌药物临床应用监测

1. 抗菌药物临床应用基本情况调查。医疗机构应每月对院、科两级抗菌药物临床应用情况开展调查。项目包括：

- (1) 住院患者抗菌药物使用率、使用强度和特殊使用级抗菌药物使用率、使用强度；
- (2) I类切口手术抗菌药物预防使用率和品种选择，给药时机和使用疗程合理率；
- (3) 门诊抗菌药物处方比例、急诊抗菌药物处方比例；
- (4) 抗菌药物联合应用情况；
- (5) 感染患者微生物标本送检率；
- (6) 抗菌药物品种、剂型、规格、使用量、使用金额，抗菌药物占药品总费用的比例；
- (7) 分级管理制度的执行情况；
- (8) 其他反映抗菌药物使用情况的指标；
- (9) 临床医师抗菌药物使用合理性评价。

2. 医疗机构应按国家卫生计生委抗菌药物临床应用监测技术方案，定期向全国抗菌药物临床应用监测网报送本机构相关抗菌药物临床应用数据信息。

(六) 信息化管理

医疗机构应当充分利用信息化管理手段，通过信息技术实施抗菌药物临床应用管理，抗菌药物临床应用的信息化管理体现在以下几方面。

1. 抗菌药物管理制度、各类临床指南、监测数据等相关信息的发布。
2. 抗菌药物合理应用与管理的网络培训与考核。
3. 实现医师抗菌药物处方权限和药师抗菌药物处方调剂资格管理。
4. 对处方者提供科学的实时更新的药品信息。
5. 通过实施电子处方系统，整合患者病史、临床微生物检查报告、肝肾功能检查结果、药物处方信息和临床诊治指南等形成电子化抗菌药物处方系统，根据条件自动过滤出不合理使用的处方、医嘱；辅助药师按照《处方管理办法》进行处方、医嘱的审核，促进合理用药。
6. 加强医嘱管理，实现抗菌药物临床应用全过程控制。控制抗菌药物使用的品种、时机和疗程等，做到抗菌药物处方开具和执行的动态监测。
7. 实现院、科两级抗菌药物使用率、使用强度等指标信息化手段实时统计、分析、评估和预警。

二、抗菌药物临床应用实行分级管理

抗菌药物临床应用的分级管理是抗菌药物管理的核心策略，有助于减少抗菌药物过度使用，降低抗菌药物选择性压力，延缓细菌耐药性上升趋势。医疗机构应当建立健全抗菌药物临床应用分级管理制度，按照“非限制使用级”、“限制使用级”和“特殊使用级”的分级原则，明确各级抗菌药物临床应用的指征，落实各级医师使用抗菌药物的处方权限。

（一）抗菌药物分级原则

根据安全性、疗效、细菌耐药性、价格等因素，将抗菌药物分为三级。

1. 非限制使用级：经长期临床应用证明安全、有效，对病原菌耐药性影响较小，价格相对较低的抗菌药物。应是已列入基本药物目录，《国家处方集》和《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》收录的抗菌药物品种。
2. 限制使用级：经长期临床应用证明安全、有效，对病原菌耐药性影响较大，或者价格相对较高的抗菌药物。
3. 特殊使用级：具有明显或者严重不良反应，不宜随意使用；抗菌作用较强、抗菌谱广，经常或过度使用会使病原菌过快产生耐药的；疗效、安全性方面的临床资料较少，不优于现用药物的；新上市的，在适应证、疗效或安全性方面尚需进一步考证的、价格昂贵的抗菌药物。

（二）抗菌药物分级管理目录的制定

由于不同地区社会经济状况、疾病谱、细菌耐药性的差异，各省级卫生计生行政主管部门制定抗菌药物分级管理目录时，应结合本地区实际状况，在三级医院和二级医院的抗菌药物分级管理上应有所区别。各级、各类医疗机构应结合本机构的情况，根据省级卫生计生行政主管部门制定的抗菌药物分级管理目录，制定本机构抗菌药物供应目录，并向核发其《医疗机构执业许可证》的卫生行政主管部门备案。

(三) 处方权限与临床应用

1. 根据《抗菌药物临床应用管理办法》规定，二级以上医院按年度对医师和药师进行抗菌药物临床应用知识和规范化管理的培训，按专业技术职称授予医师相应处方权和药师抗菌药物处方调剂资格。

2. 临床应用抗菌药物应遵循本《指导原则》，根据感染部位、严重程度、致病菌种类以及细菌耐药情况、患者病理生理特点、药物价格等因素综合考虑，参照“各类细菌性感染的治疗原则及病原治疗”，对轻度与局部感染患者应首先选用非限制使用级抗菌药物进行治疗；严重感染、免疫功能低下者合并感染或病原菌只对限制使用级或特殊使用级抗菌药物敏感时，可选用限制使用级或特殊使用级抗菌药物治疗。

3. 特殊使用级抗菌药物的选用应从严控制。临床应用特殊使用级抗菌药物应当严格掌握用药指征，经抗菌药物管理工作机构指定的专业技术人员会诊同意后，按程序由具有相应处方权医师开具处方。

(1) 特殊使用级抗菌药物会诊人员应由医疗机构内部授权，具有抗菌药物临床应用经验的感染性疾病科、呼吸科、重症医学科、微生物检验科、药学部门等具有高级专业技术职务任职资格的医师和抗菌药物等相关专业临床药师担任。

(2) 特殊使用级抗菌药物不得在门诊使用。

(3) 有下列情况之一可考虑越级应用特殊使用级抗菌药物：①感染病情严重者；②免疫功能低下患者发生感染时；③已有证据表明病原菌只对特殊使用级抗菌药物敏感的感染。使用时间限定在 24 小时之内，其后需要补办审办手续并由具有处方权限的医师完善处方手续。

三、病原微生物检测

(一) 加强病原微生物检测工作，提高病原学诊断水平

医师应根据临床微生物标本检测结果合理选用抗菌药物，因此需要不断提高微生物标本尤其无菌部位标本的送检率和标本合格率，重视临床微生物（科）室规范化建设，提高病原学诊

断的能力、效率和准确性。促进目标治疗、减少经验治疗，以达到更有针对性的治疗目的。符合质量管理标准的临床微生物（科）室，应具备以下条件：（1）检测项目涵盖细菌、真菌、病毒、非典型病原体、寄生虫等；（2）配备相应设备及专业技术人员；（3）制定临床微生物检验标本采集、细菌鉴定和药敏试验等环节的质量控制流程规范；（4）正确开展病原微生物的形态学检查、分离、培养、鉴定和抗菌药物敏感性试验，采用先进技术，做好病原微生物快速检测和鉴定工作，及时报告结果并加以正确解释；（5）定期参加国家或省、市级临床检验中心组织的微生物室间质控；（6）符合生物安全管理有关规定。

（二）细菌耐药监测

医疗机构、地区和全国性的细菌耐药监测有助于掌握临床重要病原菌对抗菌药物的敏感性，为抗感染经验治疗、耐药菌感染防控、新药开发以及抗菌药物的遴选提供依据。医疗机构的临床微生物（科）室应对本医疗机构常见病原微生物（重点为细菌）的耐药性进行动态监测，在机构内定期公布监测数据并检测数据，定期报送地区和全国细菌耐药监测网。临床微生物（科）室应按照所在机构细菌耐药情况，设定重点监测耐药菌，定期向临床科室发布耐药警示信息，并与抗菌药物管理工作组和医院感染管理科协作开展预防控制工作。抗菌药物临床应用管理工作组应根据本机构监测结果提出各类病原菌感染治疗的抗菌药物品种选择建议，优化临床抗菌药物治疗方案。

四、注重综合措施，预防医院感染

医院感染是影响抗菌药物过度使用与细菌耐药性增长恶性循环的重要因素。抗菌药物管理工作组应与医院感染管理科密切合作，制定手术部位感染、导管相关血流感染、呼吸机相关肺炎、导尿管相关尿路感染等各类医院感染的预防制度，纠正过度依赖抗菌药物预防感染的理念和医疗行为。

通过加强全院控制感染的环节管理，如手卫生管理、加强无菌操作、消毒隔离和耐药菌防控、缩短术前住院时间、控制基础疾病、纠正营养不良和低蛋白血症、控制患者术中血糖水平、重视手术中患者保温等综合措施，降低医院感染的发生率，减少抗菌药物过度的预防应用。

五、培训、评估和督查

（一）加强各级人员抗菌药物临床应用和管理培训

医疗机构应强化对医师、药师等相关人员的培训，提倡遵循本《指导原则》和基于循证医学证据的感染性疾病诊治指南，严格掌握抗菌药物尤其联合应用的适应证，争取目标治疗，减少经

验治疗，确保抗菌药物应用适应证、品种选择、给药途径、剂量和疗程对患者是适宜的。

(二) 评估抗菌药物使用合理性

1. 根据医疗机构实际情况及各临床科室不同专业特点，科学设定医院和科室的抗菌药物临床应用控制指标，对抗菌药物使用趋势进行分析。
2. 重视抗菌药物处方、医嘱的专项点评。抗菌药物管理工作组应组织感染、临床微生物、药学等相关专业技术人员组成点评小组，结合医院实际情况设定点评目标，重点关注特殊使用级抗菌药物、围手术期（尤其是 I 类切口手术）的预防用药以及重症医学科、感染科、血液科、外科、呼吸科等科室抗菌药物应用情况。

(三) 反馈与干预

根据点评结果对不合理使用抗菌药物的突出问题在全院范围内进行通报，对责任人进行告知，对问题频发的责任人，按照有关法律法规和《抗菌药物临床应用管理办法》规定进行处罚。

1. 抗菌药物管理工作组应根据处方点评结果，研究制定针对性的临床用药质量管理等药事管理改进措施，并责成相关部门和科室予以落实。
2. 抗菌药物管理工作组应对存在问题的相关科室、个人进行重点监测以跟踪其改进情况，通过监测-反馈-干预-追踪模式，促进抗菌药物临床应用的持续改进。

(四) 加强监督检查

卫生计生行政部门应当将医疗机构抗菌药物临床应用情况纳入医疗机构考核指标体系；将抗菌药物临床应用情况作为医疗机构定级、评审、评价的重要指标。各级卫生计生行政部门应当建立抗菌药物临床应用情况公布和诫勉谈话制度，对本行政区域内医疗机构抗菌药物使用量、使用率和使用强度等情况进行监测，定期向本行政区域进行社会公布，并报上级卫生计生行政部门备案；县级以上地方卫生计生行政部门负责对辖区内包括乡镇卫生院（村卫生室）、社区卫生服务中心（站）抗菌药物临床应用使用量、使用率等情况进行监控，并予以公示。

(未完待续)



国家食品药品监督管理总局关于修订血塞通注射剂和血栓通注射剂说明书的公告（2016 年第 2 号）

2016 年 01 月 12 日

根据药品不良反应评估结果，为进一步保障公众用药安全，国家食品药品监督管理总局决定对血塞通注射剂和血栓通注射剂说明书【不良反应】、【禁忌】和【注意事项】项进行修订。现将有关事项公告如下：

一、所有血塞通注射剂和血栓通注射剂生产企业均应依据《药品注册管理办法》等有关规定，按照血塞通注射剂和血栓通注射剂说明书修订要求（见附件），提出修订说明书的补充申请，于 2016 年 2 月 29 日

前报省级食品药品监管部门备案。

修订内容涉及药品标签的，应当一并进行修订；说明书及标签其他内容应当与原批准内容一致。在补充申请备案后6个月内对已出厂的药品说明书及标签予以更换。

各血塞通注射剂和血栓通注射剂生产企业应当对新增不良反应发生机制开展深入研究，采取有效措施做好血塞通注射剂和血栓通注射剂使用和安全性问题的宣传培训，指导医师合理用药。

二、临床医师应当仔细阅读血塞通注射剂和血栓通注射剂说明书的修订内容，在选择用药时，应当根据新修订说明书进行充分的效益/风险分析。

三、血塞通注射剂和血栓通注射剂为处方药，患者应严格遵医嘱用药，用药前应当仔细阅读血塞通注射剂和血栓通注射剂说明书的新修订内容。

特此公告

附件：血塞通注射剂和血栓通注射剂说明书修订要求

(食品药品监管总局 2016年1月5日)

一、【不良反应】项应当包括：

1. 全身性损害：发热、寒战、过敏样反应、过敏性休克等；
2. 呼吸系统损害：胸闷、呼吸困难、呼吸急促、哮喘、喉水肿等；
3. 皮肤及其附件损害：皮疹、瘙痒、剥脱性皮炎等；
4. 心率及心律紊乱：心悸、心动过速等；
5. 中枢及外周神经系统损害：头晕、头痛、抽搐、震颤等；
6. 胃肠系统损害：恶心、呕吐等；
7. 心血管系统损害：紫绀、潮红、血压下降、血压升高等；
8. 其他损害：血尿、肝功能异常等。

二、【禁忌】项应当包括：

人参和三七过敏者禁用；对本品过敏者禁用；出血性疾病急性期禁用。

三、【注意事项】项应当包括：

1. 本品可能引起过敏性休克，用药后一旦出现过敏反应或者其他严重不良反应，应立即停药并给予适当的治疗；发生严重不良反应的患者须立即给予肾上腺素紧急处理，必要时应吸氧、静脉给予激素，采用包括气管内插管在内的畅通气道等治疗措施。
2. 有出血倾向者慎用；孕妇、月经期妇女慎用；过敏体质者、肝肾功能异常者、初次使用中药注射剂的患者应谨慎使用，加强监测。
3. 本品应单独使用，严禁与其他药品混合配伍。如确需要联合使用其他药品时，应谨慎考虑用药间隔以及药物相互作用等问题。



需要避光使用的药物

医院内药物的避光主要包括贮藏过程中的避光及使用过程中的避光两种。避光药物在贮藏过程中均需要避光保存。但具体在药物使用的过程中，是否也同样需要避光呢？这要看具体药物的种类，有些是要求严格避光的，这在药品说明书一般均有明确要求，如下所列药物均要求使用过程中需要避光。

1. 硝普钠：本品对光敏感，溶液稳定性较差，滴注溶液应新鲜配制并迅速将输液瓶用黑纸或铝箔包裹避光。新配溶液为淡棕色，如变为暗棕色、橙色或蓝色，应弃去。溶液的保存与应用不应超过24小时。溶液内不宜加入其他药品。
2. 尼莫地平：尼莫地平输液的活性成份有轻微的光敏感性。应避免在太阳光直射下使用。如果输液过程中不可避免暴露于太阳光下，应采用黑色、棕色或红色的玻璃注射器及输液管或用不透光材料将输液泵及输液管包裹或遵医嘱。但如果在散射性日光或人工光源

6 种铂类化疗药的对比

一代顺铂，二代卡铂、奈达铂、环铂，三代奥沙利铂、洛铂，6 种铂类药物用法和注意事项对比。

顺铂 (DDP)

顺铂是多种实体瘤的一线用药，可作为放疗增敏剂。疗效可观，抗癌谱广。

EP 方案为治疗 SCLC 或 NSCLC 一线方案，IMP 方案或 NVB 等方案为目前 NSCLC 常用方案，以 DDP 为主的联合化疗为晚期卵巢癌、骨肉瘤、神经母细胞瘤，DDP 与 ADM、CTX 等联用对头颈部、宫颈、食管及泌尿系肿瘤等有效。

1. 用法和用量

(1) 静脉用药：20~30 mg/m²，溶于 200~500 mL NS，1 天 1 次，3~5 天一个周期，可重复 3~4 周期或 30 mg/m²，每日 1 次，连用 3 天，重复 3~4 周期，需适量水化利尿。

(2) 胸腹腔注射：1 次 30~60 mg，7~10 天重复 1 次。治疗过程中注意血钾、血镁变化，必要时需纠正低钾、低镁。

2. 不良反应

(1) 最严重是肾毒性，表现为用药后 1~2 周出现肾小管损伤、血尿、血肌酐升高。每日 >90 mg/m² 需警惕，除了水化暂无与其他预防手段。

(2) 严重的消化道反应：用药后 1~2 小时可发生急性呕吐，持续 1 周，需用强效止吐剂，如何止吐可以看这篇：[手把手教你化疗药引起的呕吐如何止](#)。

(3) 耳毒性：与用药总量有关，表现为耳鸣、耳聋、不可逆的高频听力丧失。中耳炎患者禁用顺铂。与氨基糖甙类抗生素（链霉素、庆大霉素等）合用，可产生致命性肾衰，并致耳聋。

(4) 骨髓抑制较轻：剂量 ≥120 mg/m² 发生率可达 40%，亦与联合化疗中其它抗癌药骨髓毒性重叠，白细胞 < 3.5x10⁹/L、血小板 < 75x10⁹/L 需谨慎。

卡铂 (CBP)

第二代铂类抗肿瘤药。广谱，主要用于小细胞肺癌、卵巢癌、睾丸肿瘤、头颈部鳞癌等，也可用于非小细胞肺癌、膀胱癌、子宫颈癌、胸膜间皮瘤、黑色素瘤、子宫内膜癌等。

与顺铂有不完全交叉耐药，既往用顺铂无效的患者，改用卡铂仍有可能取得疗效。

卡铂无明显肾毒性，但治疗前肾功能状况却能显著影响卡铂所致血小板减少的程度，治疗前肾小球滤过率 (GFR) 低下者血小板减少较普遍，因此研究者曾推荐按照 GFR 调整卡铂剂量，争取最大疗效、避免不可耐受的毒性。

1. 按 AUC 给药的计算方法

确定以下条件：性别、年龄 (岁)、体重 (Kg)、肌酐清除率 (mL/min)、AUC。

AUC (mg/mL/min) 取值：常取 5~7，5 更常用。

肌酐清除率检测复杂，不常进行，可通过血清肌酐 (μmol/L) 来计算肌酐清除率，男女计算方法不同

男性肌酐清除率 = 【(140 - 年龄) × 体重 × 1.23】 ÷ 血清肌酐

女性肌酐清除率 = 男性肌酐清除率 × 0.85

将以上值代入下面的 Calvert 公式

卡铂剂量 (mg) = 所设定的 AUC (mg/mL/min) × 【肌酐清除率 (mL/min) +25】

2. 不良反应

在体内存留时间比顺铂短，因而消化道毒性低于顺铂、肾毒性轻微且不常见、耳毒性和神经毒性罕见；但骨髓抑制比顺铂强，有剂量限制性。治疗前不需水化，但同时应用氨基糖甙类会增加肾毒性和耳毒性。

血小板减少严重，最低点出现在 2~3 周，恢复在治疗后第 4 周。恶心、呕吐常见，一般于治疗后 6~12 小时出现，24 小时内消失。

3. 注意事项

卡铂与铝可起反应，应避免与铝制品接触，配制药液及输液时应避免接触铝制品，患者的餐具也不要使用铝制品。卡铂易溶于水，对光敏感，易分解，注意避光。

环磷铂 (SAP)

二代铂类药，作用与顺铂相似，主要用于泌尿生殖系统恶性肿瘤如睾丸癌、卵巢癌、头颈部癌、肺癌、膀胱癌、前列腺癌等，骨髓抑制较顺铂重。

奈达铂

日本生产的二代铂类药，主要用于食管癌、非小细胞肺癌、小细胞肺癌。在亚洲应用广泛，而在欧美应用很少。

广谱性不如顺铂，疗效也未超过顺铂。消化道反应没有顺铂强烈，但骨髓抑制比顺铂严重，尤其是血小板降低、白细胞下降得厉害。但其胃肠道和肾毒性较小，可以用于 DDP 不能耐受的老年患者。

用法用量 100 mg/m² 溶于 300 mL 以上 NS，静滴 1 小时以上，用完后补液 1000 mL 以上，每 4 周 1 次，共用 4 个周期。

虽然部分国内说明书上写着可以用 GS 也可以用 NS，但是临床一般用 NS。国外说明书上写：配制时不宜使用氨基酸输液、PH<5 酸性输液（如电解质补液、5% NS、GNS），否则可能会分解。

草酸铂 / 奥沙利铂 (L-OHP)

第三代铂类抗肿瘤药。与顺铂无交叉耐药，主要用于结直肠癌晚期一二线治疗和术后辅助治疗，也应用于卵巢癌、乳腺癌、胃癌、胰腺癌、非小细胞肺癌、黑色素瘤、淋巴瘤等。

1. 用法用量

130 mg/m² 溶于 500 mL 5% GS，静滴 2 小时，3 周重复或 100 mg/m²，2 周重复。

2. 不良反应

少而轻，与 5-FU 联用时，毒副作用增强。

(1) 末梢神经炎：发生率 82%，有时可伴有口腔周围、上呼吸道、上消化道的痉挛及感觉障碍，可自行恢复而无后遗症。可因感冒而激发或加重。累积剂量 > 800mg/m² 时，可能有永久性感觉异常和功能障碍。化疗期间禁用冷水洗脸刷牙、禁冷饮食，在用药中、后要适当保温，防止发生外周神经毒性反应。

英国发布使用吗替麦考酚酯和麦考酚酸应避孕的建议

英国药品和健康产品管理局（MHRA）发布信息称，吗替麦考酚酯及其活性代谢产物麦考酚酸导致严重出生缺陷的发生率和自发性流产的风险升高。

吗替麦考酚酯（麦考酚酸的前体药物）是一种免疫抑制剂，与环孢霉素和糖皮质激素联合使用预防肾脏、心脏或肝脏移植患者的急性移植排斥。吗替麦考酚酯是一种已知的致畸剂，最常报告的先天性畸形为耳畸形。对全球范围内妊娠期暴露后先天性畸形病例的回顾研究证实了
吗替麦考酚酯是一种强的人类致畸剂，并显示与其他免疫抑制剂相比，先天性畸形和自发性流产发生率升高的证据：

暴露于吗替麦考酚酯的妊娠妇女中有 45% - 49% 报告了自发性流产，与之相比，暴露于其他免疫抑制剂时有 12% - 33% 报告了自发性流产。

根据文献报告，在妊娠期暴露于吗替麦考酚酯的妇女中，23% - 27% 的新生儿发生了畸形（与之相比，全球总人群中 2% - 3% 的新生儿有先天畸形；在接受其他免疫抑制剂治疗的移植接受者中约有 4% - 5% 的新生儿有先天畸形）。

此前仅发现了耳畸形，但目前前瞻性数据已发现了一系列疾病，最常报告的畸形（包括多发性畸形）有：先天性心脏病，如房间隔和室间隔缺损；面部畸形，包括唇裂和腭裂、小颌畸形和眼距过宽；眼畸形；手指畸形；气管-食管畸形；神经系统畸形，如脊柱裂；肾脏畸形。

有关妊娠试验的更新建议：

有生育能力的妇女在开始吗替麦考酚酯治疗前应获得妊娠试验阴性结果，以排除胚胎意外暴露于麦考酚酸。

建议进行两次敏感性至少为 25 mIU/mL 的血清或尿妊娠试验。第二次试验应在首次试验后 8 - 10 天和即将开始吗替麦考酚酯治疗前实施。应根据临床需要重复进行妊娠试验（如存在避孕缺口）。应与患者讨论所有妊娠试验的结果。

假如患者怀孕不应自行停止治疗，而应咨询医生。

给医护人员的建议：

妊娠期不应使用吗替麦考酚酯或麦考酚酸，除非无适合的预防移植排斥的替代治疗。

医生应确保服用吗替麦考酚酯和麦考酚酸的女性和男性了解：危害胎儿的风险、有效避孕的需要、计划妊娠和必要时调整治疗的需要、以及如果可能怀孕时立即咨询医生的需要。

有生育能力的妇女应仅在妊娠试验结果阴性以排除妊娠期意外用药的情况下才能开始吗

替麦考酚酯或麦考酚酸的治疗。

有生育能力的妇女应仅在采取了高效避孕措施时才能给予吗替麦考酚酯或麦考酚酸的治疗。

女性患者应在治疗期间和停止治疗后 6 周内采取 2 种有效避孕措施。

男性患者（包括已接受过输精管切除术者）应在治疗期间和停止治疗后至少 90 天内使用避孕套。该建议是对这些药物的遗传毒性的预防措施。

接受吗替麦考酚酯或麦考酚酸治疗的男性患者的女性伴侣应在治疗期间和末次给药后 90 天内采取高效避孕措施。

(MHRA 网站)



兰大二院药学中心

2016 年 3 月