



核准日期：2007 年 03 月 28 日
修改日期：2009 年 05 月 22 日；2011 年 02 月 01 日；2011 年 04 月 26 日；2013 年 05 月 27 日；
2014 年 12 月 29 日；2015 年 06 月 05 日；2015 年 12 月 28 日；2017 年 03 月 20 日；
2017 年 04 月 10 日；2020 年 02 月 12 日；2020 年 08 月 20 日；2023 年 05 月 22 日；
2024 年 10 月 25 日；2024 年 11 月 27 日；2025 年 05 月 23 日；2026 年 03 月 31 日

雌二醇片 / 雌二醇地屈孕酮片复合包装说明书

请仔细阅读说明书并在医师指导下使用

【药品名称】
通用名称：雌二醇片 / 雌二醇地屈孕酮片复合包装
商品名称：芬吗通®
英文名称：Complex Packing Estradiol Tablets/Estradiol and Dydrogesterone Tablets
汉语拼音：Cī'ěrchun Pīan/Cī'ěrchun Dīqūyǒntóng Pīan Fēn'āozhuāng

【成份】
本品为复方制剂，其组分为：雌二醇片含雌二醇 2mg；雌二醇地屈孕酮片含雌二醇 2mg 和地屈孕酮 10mg。
辅料列表
片芯：乳糖、玉米淀粉、羟丙甲纤维素、胶态二氧化硅、硬脂酸镁
包衣膜：

处方	药品颜色	组成
2 mg 雌二醇	砖红色	羟丙甲纤维素、滑石粉、二氧化钛 (E171)、聚乙二醇 400、氧化铁红 (E172)、氧化铁黑 (E172)、氧化铁黄 (E172)
2 mg 雌二醇和 10 mg 地屈孕酮	黄色	羟丙甲纤维素、滑石粉、二氧化钛 (E171)、聚乙二醇 400、氧化铁黄 (E172)

【性状】
雌二醇片：本品为砖红色薄膜衣片，除去包衣后显白色。
雌二醇地屈孕酮片：本品为黄色薄膜衣片，除去包衣后显白色。

【适应症】
用于治疗自然术后绝经所致的围绝经期综合征。

【规格】
雌二醇片含雌二醇 2mg；
雌二醇地屈孕酮片含雌二醇 2mg 和地屈孕酮 10mg。

【用法用量】
每日口服 1 片，每 28 天为一个疗程。前 14 天，每日口服 1 片砖红色片（内含雌二醇 2mg），后 14 天，每日口服 1 片黄色片（内含雌二醇 2mg 和地屈孕酮 10mg）。
一个疗程 28 天结束后，应于第 29 天起继续开始下一个疗程。患者应按照包装上标明的次序每日口服 1 片。应不间断地持续服药。
在起始治疗和持续治疗绝经相关症状时，应在最短疗程内使用最低有效剂量。
通常治疗应从雌二醇片 / 雌二醇地屈孕酮片复合包装 1/10（雌二醇片含雌二醇 1mg，雌二醇地屈孕酮片含雌二醇 1mg 和地屈孕酮 10mg）开始。根据临床疗效，剂量随后可视个体需要而调整。如与雌激素不足相关的不适未被改善时，可增加剂量而使用雌二醇片 / 雌二醇地屈孕酮片复合包装 2/10（雌二醇片含雌二醇 2mg，雌二醇地屈孕酮片含雌二醇 2mg 和地屈孕酮 10mg）。
或遵医嘱。

如果患者正在服用周期性或者连续序贯的激素替代治疗药物，应完成之前的 28 天治疗周期后再换用本品。正在服用另一种连续联合激素替代治疗药物的患者，可随时开始服用本品。
如果漏用一次药物，则应尽快补服。如果漏服超过 12 小时，则建议不用补服前一次药物，应继续服用下一次药物。此时发生突破性出血或点滴样出血的可能性可能会增加。
本品的服用不受进食影响。

【不良反应】

在临床试验中接受雌二醇 / 地屈孕酮治疗的患者报告的最常见的药物不良反应是头痛、腹部疼痛、乳房疼痛 / 触痛和背痛。在临床试验中观察到以下不良反应（n = 5108）并提供了发生率。* 将在临床试验中未观察到的，来自于自发报告的不良反应的发生率评估为“罕见”：

系统器官分类	十分常见 ≥ 1/10	常见 ≥ 1/100 至 <1/10	偶见 ≥ 1/1,000 至 <1/100	罕见 ≥ 1/10,000 至 <1/1,000
感染和寄生虫病		阴道念珠菌病	膀胱炎样症状	
良性、恶性及性质不明的肿瘤			肌瘤体积增大	
血液和淋巴系统疾病				溶血性贫血 *
免疫系统疾病			超敏反应	
精神病类		抑郁；神经紧张不安	性欲改变	
中枢神经系统疾病	头痛	偏头痛；头晕		脑膜瘤 *
眼器官疾病				角膜曲率变陡*；不能耐受接触镜（隐形眼镜）*
心脏器官疾病				心肌梗死
血管与淋巴管类疾病			静脉血栓栓塞；高血压；外周血管病；静脉曲张	卒中 *
胃肠系统疾病	腹痛	恶心；呕吐；肠胃气胀	消化不良	
肝胆系统疾病			肝功能异常（偶尔伴有黄疸，虚弱或难受，腹痛）；胆囊疾病	
皮肤和皮下组织疾病		过敏性皮肤反应（如皮疹，荨麻疹，瘙痒）		血管性水肿，结节性红斑*；血管性紫癜；黄褐斑或黑斑，可能停药后持续存在 *
各种肌肉骨骼及结缔组织疾病	背痛			腿部痛性痉挛 *
生殖系统及乳腺疾病	乳房疼痛 / 触痛	月经不调（包括绝经后少量出血；子宫不规则出血；月经量过多，月经稀发 / 闭经，月经不规则，痛经）；盆腔疼痛，宫颈分泌物性状和量发生变化	乳房增大；经前期综合征	
全身性疾病和给药部位反应		身体虚弱（虚弱，疲劳，难受）；外周水肿		
各类检查		体重增加	体重减少	

乳腺癌
• 在合并使用雌激素 - 孕激素治疗超过 5 年后，报告的女性乳腺癌的风险升高 2 倍。
• 雌激素单药治疗使用者中风险增加低于雌激素 - 孕激素联合治疗使用者中观察到的风险增加。
• 风险水平取决于药物使用的持续时间（见【注意事项】）。
• 基于最大的随机分组安慰剂对照研究（WHI）和最大的前瞻性流行病学研究荟萃分析结果的绝对风险估计如下：

前瞻性流行病学研究的大型荟萃分析 妇女（BMI 27 kg/m ² ）使用 5 年后估计的乳腺癌增加风险				
开始 HRT 的年龄（岁）	5 年治疗期间（50-54 岁）1000 名未接受 HRT 治疗的患者中的发病率*	风险比	5 年后 1000 名接受 HRT 治疗的患者中增加的病例	
只使用雌激素进行 HRT 治疗				

50	13.3	1.2	2.7
联用雌激素 - 孕激素			
50	13.3	1.6	8.0
注意：因为欧盟国家乳腺癌的背景发生率不同，增加的乳腺癌病例的数目也会按比例更改。 * 来自英国 2015 年妇女（BMI 27 kg/m ² ）的基线发病率			

妇女（BMI 27 kg/m ² ）使用 10 年后估计的乳腺癌增加风险				
开始 HRT 的年龄（岁）	10 年治疗期间（50-59 岁）1000 名未接受 HRT 治疗的患者中的发病率*	风险比	10 年后 1000 名接受 HRT 治疗的患者中增加的病例	
只使用雌激素进行 HRT 治疗				
50	26.6	1.3	7.1	
联用雌激素 - 孕激素				
50	26.6	1.8	20.8	
注意：因为欧盟国家乳腺癌的背景发生率不同，增加的乳腺癌病例的数目也会按比例更改。 * 来自英国 2015 年妇女（BMI 27 kg/m ² ）的基线发病率				

美国 WHI 研究 - 5 年后使用乳腺癌增加的风险				
年龄范围（岁）	5 年的时间内，安慰剂组每 1000 名妇女中的发病率	风险比和 95% 置信区间	5 年治疗期间 1000 名接受 HRT 治疗的患者中增加的病例（95% CI）	
CEE 只接受雌激素治疗				
50 - 79	21	0.8 (0.7 - 1.0)	-4 (-6 - 0) *	
CEE+MPA 联用雌激素和孕激素 ‡				
50 - 79	17	1.2 (1.0 - 1.5)	+4 (0 - 9)	

‡ 当分析限于研究之前没有接受 HRT 治疗的妇女的时候，在接受治疗最开始 的 5 年期间，风险没有明显增加；5 年后，风险高于没有接受治疗的患者。
*WHI 研究显示在没有子宫的妇女中，没有发现患乳腺癌的风险增加。

子宫内腺癌
绝经后有子宫的妇女：
每 1000 名有子宫没有接受 HRT 的绝经后妇女的发病率为 5 名。
在有子宫的妇女中，不建议接受只使用雌激素的 HRT 治疗，该疗法增加了子宫内腺癌的风险（见【注意事项】）。
根据单用雌激素的持续时间和雌激素剂量，在流行病学研究中的子宫内腺癌的风险增加是，在每 1000 名年龄处于 50 到 65 岁之间妇女中，增加的发病病例数为 5 到 55 个病例。
在每个周期中至少 12 天间只接受雌激素治疗的方案中增加孕激素使用，可以预防上述风险的升高。在百万妇女研究中，五年联合用（序贯或连续）HRT 治疗没有增加子宫内腺癌的风险（风险比为 1.0（0.8-1.2））。
卵巢癌
单用雌激素或联用雌激素 - 孕激素进行 HRT 治疗，可以导致卵巢癌风险轻度升高（见【注意事项】）。52 个流行病学研究的一项荟萃分析报告称，与从未使用 HRT 的妇女相比，目前使用 HRT 的妇女患卵巢癌的风险增加（RR 1.43，95% CI 1.31-1.56）。50-54 岁的妇女使用 HRT 治疗 5 年，每 2000 名使用者中会增加一个额外的病例。50-54 岁的从未使用 HRT 的妇女，5 年内大约 2000 人中会有 2 名被诊断为卵巢癌。
静脉血栓栓塞
HRT 治疗可导致静脉血栓栓塞（VTE，即深静脉血栓或肺栓塞）的相对风险升高 1.3-3 倍。上述事件最有可能在使用接受 HRT 治疗的第一年发生（见【注意事项】）。WHI 研究结果如下：

WHI 研究 - 5 年后使用 VTE 增加的风险				
年龄范围（岁）	5 年的时间内，安慰剂组每 1000 名妇女中的发病率	风险比和 95% 置信区间	5 年的时间内，每 1000 名接受 HRT 治疗的患者中增加的病例（95% CI）	
只口服雌激素*				
50 - 59	7	1.2 (0.6 - 2.4)	1 (-3 - 10)	
口服联用雌激素 - 孕激素				
50 - 59	4	2.3 (1.2 - 4.3)	5 (1 - 13)	

* 在没有子宫的妇女中进行的

冠状动脉疾病
年龄超过 60 岁联用雌激素 - 孕激素进行 HRT 治疗的患者中，冠状动脉疾病的风险轻度增加（见【注意事项】）。

项】）。
缺血性卒中
单用雌激素或联用雌激素 - 孕激素治疗可以导致缺血性卒中发生的相对风险升高。在接受 HRT 治疗的过程中，出血性卒中的风险不增加。
相对风险不依赖于年龄或使用的持续时间，但基线风险具有很强的年龄依赖性，接受 HRT 治疗的妇女的脑卒中的整体风险会随着年龄增加（见【注意事项】）。

WHI 研究 - 5 年后使用合并的缺血性卒中* 增加的风险				
年龄范围（岁）	5 年的时间内，安慰剂组每 1000 名妇女中的发病率	风险比和 95% 置信区间	每 1000 名接受 HRT 治疗超过 5 年的患者中增加的病例数（95% CI）	
50 - 59	8	1.3 (1.1 - 1.6)	3 (1 - 5)	

* 缺血性和出血性卒中未区分

与雌激素 / 孕激素治疗有关的其它不良反应
良性、恶性及性质不明的肿瘤：
雌激素依赖性良性和恶性肿瘤，如子宫内腺癌、卵巢癌。孕激素依赖性肿瘤（如：脑膜瘤）体积增大。
免疫系统疾病：系统性红斑狼疮
代谢性和营养类疾病：高甘油三酯血症
中枢神经系统疾病：疑似痴呆，舞蹈病，癫痫加重
血管类疾病：动脉血栓性栓塞
胃肠系统疾病：胰腺炎（患有高甘油三酯血症的女性患者）
皮肤和皮下组织类疾病：多形性红斑
肾脏和泌尿道疾病：尿失禁
生殖系统及乳腺疾病：纤维囊性乳腺疾病，子宫颈糜烂
各种先天性家族性遗传性疾：哮喘病加重
各类检查：全身性增加甲状腺激素水平

【禁忌】
• 患有或疑似患有乳腺癌；有乳腺癌史
• 患有或疑似患有雌激素敏感性肿瘤（如子宫内腺癌）
• 脑膜瘤或有脑膜瘤病史
• 原因不明的阴道出血
• 未治疗的子宫内腺增生
• 有活动性静脉血栓性栓塞（深静脉血栓、肺栓塞）史
• 患有易栓症（如蛋白 C、蛋白 S 或抗凝血酶缺乏症，见【注意事项】）
• 活动性或近期动脉血栓性栓塞性疾病（心绞痛、心肌梗塞）
• 急性肝病或肝功能指标未能恢复正常的肝脏病史
• 哮喘症
• 已知或可疑妊娠
• 已知对本品活性成份或任何辅料过敏

【注意事项】
对于绝经后妇女雌激素缺乏症状的治疗，只有当绝经相关症状对生活质量有不利影响时才能开始 HRT 治疗。对所有病例都应进行至少每年一次的风险和受益仔细评估，并且只有在受益超过风险时才能继续使用 HRT。
HRT 在治疗过早绝经的相关风险方面的证据是有限的。由于在年轻妇女中绝对风险水平较低，因此对于这部分妇女，其受益风险平衡优于更年长的妇女。

体检 / 随访
在开始或重新使用 HRT 疗法前，应全面调查个人或家族病史，同时结合 HRT 疗法的禁忌症和使用注意事项来指导体检（包括妇科检查和乳房检查）。在治疗期间建议根据妇女个体情况进行相应次数和内容的定期体检。应教育妇女将其乳房变化报告给医生或者护士（见下文“乳腺癌”部分）。定期乳房检查，包括成像技术，如乳房 X 线检查，应按照现行认可的筛查惯例并随临床上个体需要而调整。

需监护的疾病
若正患有下列任何一种疾病，或以前出现过，和 / 或妊娠期间或在既往激素治疗时病情加重者，该患者应被密切监护，必须考虑到这些疾病可能在本品治疗期间复发或加重，尤其是：
• 哮喘病（子宫肌痛）或子宫内腺异位症
• 有血栓性栓塞疾病的危险因素（见下）
• 有雌激素敏感性肿瘤的危险因素（乳腺癌 1 级遗传）
• 高血压
• 肝脏疾病（如肝脏腺瘤）
• 糖尿病伴或不伴血管病变

- 胆石症
- 偏头痛或（重度）头痛
- 系统性红斑狼疮
- 子宫内腺增生史（见下）
- 癫痫
- 哮喘
- 耳硬化症

脑膜瘤
脑膜瘤（单发和多发）的发生与雌二醇 / 地屈孕酮的使用有关，停药后观察到肿瘤缩小。应根据临床实践监测患者脑膜瘤的体征和症状。如果患者被诊断为脑膜瘤，任何含有雌二醇 / 地屈孕酮的治疗都必须停止（见【禁忌】）。

立即终止治疗的原因
如治疗中发现禁忌症以及出现下列情况时应停止治疗：
• 黄疸或肝功能恶化
• 血压显著升高
• 新发偏头痛型头痛
• 妊娠

子宫内腺增生和子宫内腺癌
未行子宫切除的女性，长期单一使用雌激素使子宫内腺增生和子宫内腺癌的风险增高。据报道在单独服用雌激素的人群中，根据治疗的持续时间和雌激素使用的剂量子宫内腺癌风险的增加为不使用的人群的 2 - 12 倍（见【不良反应】）。治疗停止后，该风险维持升高状况至少 10 年。未行子宫切除的女性，每个月 /28 天周期至少加用 12 天的孕激素与雌激素周期性联合使用或持续联合使用雌激素和孕激素进行治疗，能避免增加此风险。

在中国注册临床试验中，雌二醇片 / 雌二醇地屈孕酮片复合包装 2/10 组中见 1 例单纯性子宫内腺增生（1/61 例），对照组中（结合雌激素 0.625mg + 醋酸甲羟孕酮 2mg）见 1 例单纯性子宫内腺增生（1/60 例）。

出血类型
治疗初始的几个月内可能出现突破性出血和点滴样出血。若突破性出血或点滴样出血在治疗一段时间后发生，或治疗停止后仍持续存在，则应调查出血原因，可包括子宫内腺活检以排除子宫内腺恶变。
乳腺癌
整体证据表明在雌激素 - 孕激素联合给药以及单独使用雌激素进行的 HRT 的妇女中，乳腺癌升高的风险取决于于采用 HRT 的持续时间。

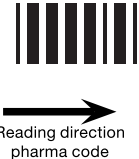
雌激素 - 孕激素联合给药治疗：
• 一项随机安慰剂对照的研究（妇女健康倡议（WHI））和一项前瞻性流行病学研究的荟萃分析一致发现在使用雌激素和孕激素联合给药进行治疗的妇女中风险增加，大约在 3（1-4）年之后此风险增加明显（见【不良反应】）。

仅使用雌激素的治疗：
• WHI 研究发现在子宫切除的妇女中仅使用雌激素进行 HRT 乳腺癌的风险没有增高。观察性研究报道大多数是仅使用雌激素的妇女诊断患乳腺癌的风险仅有很小的升高，显著低于使用雌激素 - 孕激素联合给药妇女的患乳腺癌概率（见【不良反应】）。

大型荟萃分析的结果表明停止治疗后额外风险会随时间而降低，且恢复至基线水平的时间取决于之前使用 HRT 治疗的时间。当使用 HRT 治疗超过 5 年时，额外风险可能持续至 10 年及以上。
HRT，特别是雌激素-孕激素联合治疗，会增加乳房 X 线检查的影像密度而可能不利于乳腺癌的放射性检测。

卵巢癌
卵巢癌比乳腺癌更为罕见。大型荟萃分析的流行病学研究提示单用雌激素或雌激素 - 孕激素联用 HRT 治疗的妇女患有卵巢癌的风险有微小增加，在 5 年使用内变得明显，停用后此风险逐渐减少。一些其他研究，包括 WHI 研究表明，使用联合给药的激素替代疗法（HRT）可能有类似的或稍微更小的风险（见【不良反应】）。

静脉血栓栓塞
若正患有下列任何一种疾病，或以前出现过，和 / 或妊娠期间或在既往激素治疗时病情加重者，该患者应被密切监护，必须考虑到这些疾病可能在本品治疗期间复发或加重，尤其是：
• 哮喘病（子宫肌痛）或子宫内腺异位症
• 有血栓性栓塞疾病的危险因素（见下）
• 有雌激素敏感性肿瘤的危险因素（乳腺癌 1 级遗传）
• 高血压
• 肝脏疾病（如肝脏腺瘤）
• 糖尿病伴或不伴血管病变



- HRT 治疗。
- 对于个人没有 VTE 病史但是一级亲属在年轻时具有血栓形成病史的妇女，仔细的询问病史后进行筛查（只有一定比例的易栓缺陷是通过筛查确定的）。如果先天性易栓缺陷一经识别，且家族成员中有血栓症或者缺陷是“严重的”（如抗凝血酶、蛋白 S、或蛋白 C 不足或缺陷的组合），应禁止使用 HRT。
 - 对于已长期接受抗凝剂疗法的妇女，则应对 HRT 治疗的受益风险进行仔细的考察。
 - 如使用 HRT 疗法后出现静脉血栓栓塞则应停药。 应告知患者，若意识到可能为血栓栓塞的症状（如单腿疼痛性水肿、胸部突发疼痛、呼吸困难），须立即联系医生。

冠状动脉疾病（CAD）
在接受雌激素 - 孕激素或仅使用雌激素进行的 HRT 中，在出现或未出现 CAD 的妇女中，进行的随机化对照研究结果表明，没有证据显示对预防心肌梗死有保护作用。

雌激素 - 孕激素联合给药治疗：
在使用雌激素 - 孕激素联合给药的 HRT 中，CAD 的相对风险略有增加。由于 CAD 的绝对基线风险强烈依赖于年龄，因此由于雌激素 - 孕激素联合给药额外产生的 CAD 病例数在接近于绝经期健康妇女中是非常低的，但是伴随年龄升高也会增加。

仅使用雌激素的治疗：
随机化对照数据表明在子宫切除的妇女中仅使用雌激素进行治疗，出现 CAD 的风险并没有升高。

卒中
使用雌激素 - 孕激素联合给药和仅使用雌激素进行治疗，缺血性卒中的发生风险增加。相对风险不会随着年龄或绝经时间而有改变。 然而，由于卒中的基线风险与年龄呈现强烈的相关性，因此使用 HRT 的妇女中发生卒中的整体风险伴随着年龄而升高（见【不良反应】）。

谷丙转氨酶（ALT）升高
在使用奥比他韦 / 帕立瑞韦 / 利托那韦和达塞布韦（联用或不联用利巴韦林）联合方案治疗丙型肝炎病毒（HCV）感染患者的临床试验中，ALT 升高超过 5 倍正常值上限（ULN）更常见于使用过含炔雌醇成分药物（如复方激素类避孕药（Combined Hormonal Contraceptives, CHCs））的女性。此外，在接受格卡瑞韦（哌仑他韦或索磷布韦 / 维帕他韦 / 伏西瑞韦给药治疗的患者中，使用过含炔雌醇成分药物（如 CHCs），和奥比他韦 / 帕立瑞韦 / 利托那韦和达塞布韦（联用或不联用利巴韦林）的女性中也观察到 ALT 升高。对于使用含炔雌醇成分之外的其他雌激素成分（如雌二醇）药物的女性，其 ALT 升高率与未接受任何雌激素治疗女性的 ALT 升高率相似；然而，由于服用这类其他雌激素的女性数量有限，因此在与联合药物方案奥比他韦 / 帕立瑞韦 / 利托那韦和达塞布韦（联用或不联用利巴韦林）以及方案格卡瑞韦 / 哌仑他韦或索磷布韦 / 维帕他韦 / 伏西瑞韦联合用药时需谨慎（参见【药物相互作用】）。

- 其它疾病**
- 雌激素可能导致体液滞留，因此应仔细观察心功能或肾功能不全患者。
 - 在雌激素替代疗法或激素替代疗法中应密切随访既往有高山甘油三酯血症的女性，因罕有报道称该种情况下雌激素治疗使血浆甘油三酯水平大幅升高而导致胰腺炎。
 - 外源性雌激素可能诱发或加重遗传性和获得性血管性水肿的症状。
 - 雌激素增加甲状腺结合球蛋白（TBG）水平，通过蛋白结合（PBI）测定法发现循环甲状腺素总量升高，T4 水平（通过柱状或放射测定）或 T3 水平（通过放射测定）升高。T3 树脂摄取率下降，反映 TBG 水平升高。游离 T4 和游离 T3 浓度不变。其它结合蛋白血清浓度可能升高，如肾上腺皮质激素结合球蛋白（CBG），性激素结合球蛋白（SHBG）导致循环皮质类固醇水平和性激素水平分别升高。游离或者生物活性激素浓度不变。其它血浆蛋白可能升高（血管紧张素 / 肾素底物，alpha-1- 抗胰胰岛素，血浆铜兰蛋白）。
 - HRT 使用不改善认知功能。有一些证据表明 65 岁后开始使用连续联合或雌激素单药 HRT 的女性中可能痴呆风险增加。
 - 患有罕见遗传病，如半乳糖不耐受，总乳糖酶缺乏或葡萄糖 - 半乳糖吸收障碍的患者不能服用本品。
 - 本雌激素 - 孕激素联合疗法不是避孕药。建议围绝经期病人使用非激素类避孕措施。

对驾驶和操作机器能力的影响
本品对驾驶和机器操作能力无影响，或影响可忽略不计。

【孕妇及哺乳期妇女用药】
妊娠期不应使用本品。如在本品治疗期间出现妊娠应立即停药。
在孕妇中没有足够的使用雌二醇 / 地屈孕酮的数据。迄今为止多数流行病学研究结果显示因疏忽导致胎儿暴露于联合雌激素 + 孕激素时未见致畸作用或胎儿毒性作用。
哺乳期不应使用本品。
生育期不应使用本品。

【儿童用药】 不适用

【老年用药】 用于治疗 65 岁以上女性的资料尚不充分。

【药物相互作用】
未对药物的相互作用进行研究。
在下列情况下雌激素和孕激素的疗效可能会被减弱：

- 如与已知诱导药物代谢酶，特别是 P₄₅₀ 酶的药物合用，如抗癫痫药（如苯巴比妥、卡马西平、苯妥英）和抗菌药/抗病毒药（如利福平、利福布汀、奈韦拉平、依非韦伦）可能会使雌激素和孕激素的代谢增加。
- 尽管利托那韦和奈非那韦是已知的强效抑制剂，但与甾体类激素合用时却显示诱导效应。
- 含有贯叶连翘（金丝桃属）的草药制剂可能诱导雌激素和孕激素的代谢。
- 临床上，雌激素和孕激素代谢增加可能导致效应削弱并改变子宫出血类型。

雌激素激素替代疗法对其他药品的影响
含雌激素的避孕药与拉莫三唑合并用药时，可诱导拉莫三唑葡萄糖醛酸化，从而显著降低拉莫三唑的血药浓度。这可能会减弱对癫痫发作的控制。 尽管激素替代疗法与拉莫三唑之间的潜在相互作用并未进行研究，但预计会存在类似的相互作用，可能导致同时服用两种药品的女性癫痫发作控制能力下降。

药效学相互作用
在使用 HCV 联合药物方案奥比他韦 / 帕立瑞韦 / 利托那韦和达塞布韦（联用或不联用利巴韦林）的临床试验中，ALT 升高超过 5 倍正常值上限（ULN）更常见于使用含炔雌醇成分药物（如 CHCs）的女性。此外，在接受格卡瑞韦 / 派仑他韦或索磷布韦 / 维帕他韦 / 伏西瑞韦给药治疗的患者中，使用过含炔雌醇成分药物（如 CHCs）的女性中也观察到 ALT 升高。对于使用含炔雌醇成分之外的其他雌激素成分（如雌二醇）药物的女性，在上述奥比他韦 / 帕立瑞韦 / 利托那韦和达塞布韦（联用或不联用利巴韦林）方案下，其 ALT 升高率与未接受任何雌激素治疗女性的 ALT 升高率相似；然而，由于服用这类其他雌激素的女性数量有限，因此在与联合药物方案奥比他韦 / 帕立瑞韦 / 利托那韦和达塞布韦（联用或不联用利巴韦林）以及方案格卡瑞韦 / 哌仑他韦或索磷布韦 / 维帕他韦 / 伏西瑞韦联合用药时需谨慎（参见【注意事项】）。本品不受进食影响。

【药物过量】
雌二醇和地屈孕酮都是低毒性的物质。药物过量可能出现恶心、呕吐、乳房触痛、头晕、腹痛、困倦 / 疲劳和药物撤退性出血症状。不必给予特定的症状治疗。前述信息也适用于儿童药物过量。

【临床试验】
国外临床试验：

研究编号	研究类型和设计	结果	持续时间	患者数目和年龄
H.102.5001/ H.102.5003 联合报告	两项研究的组合结果：1 项多中心研究和 1 项单中心研究。两项研究均为具有 4 个平行组的双盲、前瞻性、随机、一组均给予不同循环剂量的地屈孕酮联合雌二醇	地屈孕酮是一种有效的孕激素；试验的所有剂量均具有可接受的出血模式，表现为与育龄期内月经出血模式相当的周期性出血模式以及非周期性出血的低发生率；所有联合治疗组总体安全性和耐受性特征均非常令人满意。	6 个疗程 28 天 / 疗程	367 名年龄为 39 岁至 63 岁、非子宫切除的绝经后女性
H102.5005	对腰背痛和髋骨矿物质密度；脂质参数；子宫内腺安全性；更年期症状缓解和生活质量；阴道出血的一项双盲、随机、安慰剂对照、多中心、平行组研究	对于所有的芬吗通® 组，1 年后腰背痛和髋骨中均出现临床相关的且具有统计学意义的 BMD 升高；所有组均出现 HDL 升高和 LDL 降低；子宫内腺组织学结果证实，所有四种序贯的复方芬吗通® 治疗的子宫内腺安全性非常好；通过绝经期症状问卷发现，所有四种序贯的复方芬吗通® 治疗均可减少绝经后症状；所有组开始周期性出血的天数和持续时间的规律性非常高；所有四种芬吗通® 治疗的综合安全性和耐受性均良好。	2 年	579 名年龄为 44 岁至 65 岁的绝经后女性（分析人群）
H102.5006	雌二醇与地屈孕酮联合序贯的激素替代治疗对子宫内腺安全性的研究	根据子宫内腺组织学结果，2 mg 雌二醇联合 10 mg 地屈孕酮的序贯治疗安全性非常好；应用上述联合治疗时周期性出血发生率非常高，包括出现天数和出血持续时间的一致性也非常高，间断性出血的性质通常为轻度，且持续时间较短；上述复方制剂的总体安全性和耐受性特征非常好。	13 个疗程，28 天 / 疗程	186 名 40 岁至 65 岁的非子宫切除的绝经后女性（分析的人群）
H.102.5008/ MC	对热潮红疗效、其它更年期症状、生活质量 and 安全性 / 耐受性的安慰剂对照、多中心、双盲、剂量范围探索性研究	2 mg 雌二醇序贯联合 10 mg 地屈孕酮在降低热潮红次数和强度方面的疗效均非常好，且与安慰剂治疗相比具有统计学意义；0.5/10 mg 联合与 1/10 mg 联合治疗的结果均良好，但与安慰剂并无显著的差异；所有三种活性剂组合的综合安全性和耐受性特征均非常令人满意。	3 个疗程 28 天 / 疗程	221 名患者进入安慰剂导入期，对 93 名患者进行了评价（年龄：42 至 60 岁）

研究编号	研究类型和设计	结果	持续时间	患者数目和年龄
H.102.5007	对子宫内腺安全性；阴道出血；更年期症状缓解和生活质量的一项双盲、随机、多中心、平行组研究	通过子宫内腺组织学结果确定，两种治疗的子宫内腺安全性良好；阴道出血出现天数和持续时间的规律性高，间断性出血的性质通常为轻度，且持续时间较短；通过整体的症状评价和生活质量问卷调查，两种治疗均可减少绝经后症状；两种联合治疗的综合安全性和耐受性特征均非常令人满意。	1 年	150 名年龄为 43 岁至 64 岁的绝经后女性（分析人群）
H.102.5013	对子宫内腺安全性剂量范围、骨质疏松预防效果、出血模式和安全性 / 耐受性的一项双盲、前瞻性、随机、多中心研究	通过子宫内腺组织学结果确定，1 mg 雌二醇联合 5 mg、10 mg 或 20 mg 地屈孕酮的安全性非常好；在腰椎骨和髌骨中，均出现 BMD 具有临床意义和统计学意义的升高；闭经率良好；所有三种联合治疗的综合安全性和耐受性特征均非常令人满意。	13 个疗程，28 天 / 疗程	210 名年龄为 54 岁至 73 岁的绝经后女性（分析人群）
H.102.924	对脂质平衡、热潮红缓解和耐受性进行比较的一项双盲、随机、多中心、平行研究	芬吗通® 治疗时 HDL-C 出现具有统计学意义的升高（+8.6%），而应用 Prempak®-C 治疗时的 HDL- 胆固醇水平下降（-3.5%），差异具有统计学意义；芬吗通® 和 Prempak®-C 在降低每日潮红次数均值方面具有相同的疗效，对生活质项目 and Greene 更年期症状量表表现出相似的改善作用；两种药物均具有证实的良好的周期性出血控制，并具有较低的间断性出血发生率；两种治疗方案的安全性均良好。	24 周	189 名年龄为 38 岁至 60 岁的绝经后女性（分析人群）

中国临床试验：
在中国进行了一项雌二醇片 / 雌二醇地屈孕酮片复合包装（2/10）开放性、随机对照注册临床试验，以评价雌二醇片 / 雌二醇地屈孕酮片复合包装（2/10）在治疗中国妇女围绝经期综合征中的疗效和安全性。

试验组用法用量：开始时每日服用雌二醇（2mg）1 片，连续 14 天。第 15-28 天每日服用雌二醇地屈孕酮片（2mg-10mg）1 片，连续 14 天，第 1-28 天为 1 周期，连续服用 4 周期。

对照组用法用量：开始时每日服用结合雌激素（0.625mg）1 片，连续 14 天。第 15-28 天每日服用结合雌激素（0.625mg）1 片外，再加服醋酸甲羟孕酮（2mg）2 片，连续 14 天，第 1-28 天为 1 周期，连续服用 4 周期。

用改良的 Kupperman 评分法作为治疗后绝经期症状群的疗效考察指标，结果显示雌二醇片 / 雌二醇地屈孕酮片复合包装（2/10）组的 Kupperman 总评分在用药 1 个周期后即比用药前有非常显著的下降（P<0.0001）；其中的潮热症状 Kupperman 评分在用药第一个周期时下降约 50%，该症状在第 2 个周期时则完全消失。

表 1 雌二醇片 / 雌二醇地屈孕酮片复合包装（2/10）治疗后受试者绝经期症状程度下降百分比（以每个治疗周期计）

组别	受试者年龄	第 1 个周期	第 2 个周期	第 3 个周期	第 4 个周期
试验组（n=58）	49.68±4.93	49.5%	78.3%	91.4%	95.7%
对照组（n=57）	50.27±5.20	44.0%	76.0%	83.0%	92.5%

观察受试者服药前后血雌二醇（E2）和卵泡刺激素（FSH）的水平，提示雌二醇片 / 雌二醇地屈孕酮片复合包装（2/10）可显著升高绝经期女性血雌二醇浓度（P<0.0001）、降低卵泡刺激素（FSH）的水平（P<0.0001），结果如表 2 所示。

表 2 雌二醇片 / 雌二醇地屈孕酮片复合包装（2/10）治疗前后受试者血卵泡刺激素（FSH）和血雌二醇（E2）水平比较

组别	FSH（IU/L）		E2（pg/ml）	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
试验组（n=58）	102.00±23.40	67.50±27.48	10.56±8.27	86.54±31.50
对照组（n=57）	104.20±29.58	72.89±21.04	11.48±10.20	74.79±40.06

雌二醇片 / 雌二醇地屈孕酮片复合包装（2/10）组的受试者中未见异常的肝肾功能、脂代谢和血尿常规检查结果，并有降低低密度脂蛋白胆固醇（LDL）作用而不显著影响甘油三酯水平。比较受试者用药前后的血压水平、乳腺和体重，均未发现明显的不良影响。常见的不良反应，如：乳房胀痛、水肿、白带增多等，程度均较轻微。试验组撤退性出血的发生率为 88.5%，对照组为 80%。在完成 4 个月临床观察的 58 位受试者中，仅有一例子宫内腺轻度增生。

【药理毒理】
本品为雌二醇和地屈孕酮组成的雌 - 孕激素复方制剂。

雌二醇
本品活性组份为合成的 17β- 雌二醇，具有与人体内源性雌二醇相同的化学和生物特性。雌二醇可以替代更年期妇女雌激素生成的减少，减轻更年期的症状。

地屈孕酮
地屈孕酮是具有口服活性的孕激素，与肠道外给药的孕酮活性相当。因雌激素促进子宫内腺的生长，雌激素水平升高将会增加子宫内腺增生和子宫内腺癌的风险。添加孕激素可大大降低未切除子宫的妇女雌激素诱导的子宫内腺增生和子宫内腺癌的风险。

【药代动力学】
雌二醇
• 吸收：
雌二醇的吸收取决于粒径大小：微粉化的雌二醇在胃肠道中很容易被吸收。
下表提供了各个剂量微粉化雌二醇（E2）、雌酮（E1）和硫酸雌酮（E1S）的平均稳态药代动力学参数。数据按平均值（SD）的方式提供：

雌二醇 2mg				
参数	E2	E1	参数	E1S
C _{max} （pg/ml）	103.7（48.2）	622.2（263.6）	C _{max} （ng/ml）	25.9（16.4）
C _{min} （pg/ml）	48（30）	270（138）	C _{min} （ng/mL）	5.7（5.9）
C _{av} （pg/ml）	68（31）	429（191）	C _{av} （ng/mL）	13.1（9.4）
AUC ₀₋₂₄ （pg·h/ml）	1619（733）	10209（4561）	AUC ₀₋₂₄ （ng·h/ml）	307.3（224.1）

- 分布：
雌激素以结合的形式和未结合的形式存在。约 98%-99% 应用剂量的雌二醇与血浆蛋白结合，其中约 30%-52% 与白蛋白结合，同时约 46%-69% 与性激素结合球蛋白（SHBG）结合。
- 代谢：
口服后，雌二醇被完全代谢。主要的非结合和结合的代谢产物为雌酮和硫酸雌酮。这些代谢产物可发挥雌激素效应，直接发挥雌二醇的作用或转化为雌二醇发挥作用。硫酸雌酮可能进入肝肠循环。
- 消除：
在尿中，主要的化合物为雌酮和雌二醇的葡萄糖醛酸化产物。消除半衰期在 10-16 个小时之间。在哺乳的母亲中，雌激素可分泌到乳汁中。
- 剂量和时间的依赖关系：
每日口服芬吗通® 之后，雌二醇浓度约在五天后达到稳定状态。一般情况下，稳态浓度在用药的 8 到 11 天内出现。

地屈孕酮

- 吸收
口服地屈孕酮片 10 mg 后，地屈孕酮被迅速吸收。地屈孕酮及其活性代谢物 20α- 二氢孕酮（DHD）的血药浓度峰值分别约为 3.2 ng/ml 和 57 ng/ml；相应的 T_{max} 值中位数分别为 0.75 和 1.75 h。地屈孕酮和 DHD 随时间变化的总药量暴露量（AUC）分别约为 9.1 和 220ng·h/mL。地屈孕酮的绝对生物利用度（20 mg 口服剂量对比 7.8 mg 静脉注射剂量）是 28%。
- 单次给药后，进食可使地屈孕酮的血药浓度达峰时间延迟约 1 小时，导致地屈孕酮血药峰浓度降低约 20%，但未影响地屈孕酮和 DHD 的暴露程度。
- 观察到的进食对地屈孕酮血浆峰浓度的影响不具有临床意义。因此，本品可与食物同时服用。

- 分布
地屈孕酮静脉给药后，稳态分布容积约为 1400 L。超过 90% 的地屈孕酮和 DHD 与血浆蛋白结合。

• 代谢
口服给药后，地屈孕酮快速代谢为 DHD。体外数据显示，代谢的主要途径（即产生 DHD 的途径）是在人细胞质中经雌酮还原酶 1c（AKR 1c）催化。除这种胞内代谢外，还存在经细胞色素 P450 同工酶（CYP）（几乎完全为 CYP 3A4）的其他代谢途径，生成不太重要的代谢物。主要活性代谢物 DHD 的浓度在给药后达峰时间与地屈孕酮相似。DHD 的血药浓度明显高于原形药。DHD 和地屈孕酮的 AUC 与 C_{min} 比值为 25 和 20。地屈孕酮和 DHD 的平均终末消除半衰期均为 15 小时。所有表征代谢物的共同特征是维持原药的 4,6-二烯-3-酮的构型和 17α- 羟基缺乏。这表明地屈孕酮缺乏雌激素和雄激素效应。

- 消除
标记地屈孕酮口服给药后，平均 63% 的剂量经尿液排泄。总血浆清除率为 6.4 L/分钟。排泄在 72 小时内完成，尿液中的 DHD 主要为葡萄糖醛结合物。
- 剂量和时间依赖性

口服剂量范围为 2.5-20mg 时，单次给药和多次给药的药代动力学呈线性。比较单次给药和多次给药的药代动力学发现，地屈孕酮和 DHD 的药代动力学未随重复给药而改变。稳态条件通常在治疗 3 天后达到。

【贮藏】 30°C 以下原包装内保存。请将本品放在儿童不能接触的地方。

【包装】 药用铝箔和聚氯乙烯固体药用硬片包装。28 片 / 盒。

【有效期】 36 个月

【执行标准】 JX20130310

【批准文号】 国药准字 HJ20150345

【上市许可持有人】
名称：Abbott B.V.
注册地址：Wegalaan 9, 2132 JD Hoofddorp, The Netherlands

【生产企业】
企业名称：Abbott Biologicals B.V.
生产地址：Veerweg 12, 8121 AA OLST, The Netherlands

【境内责任人】
名称：上海雅培制药有限公司
地址：上海市奉贤区海湾镇五四公路 1288 号
邮政编码：201422
联系方式：021-23204200 / 021-57160516

