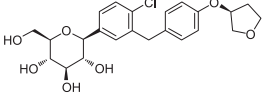




核准日期：2025年01月24日
修改日期：2025年07月17日
2025年09月02日
2025年12月16日

【药品名称】
通用名称：恩格列净片
英文名称：Empagliflozin Tablets
汉语拼音：Engeljieing Pian
【成份】

活性成份：恩格列净
化学名称：(1S)-1,5-无水-1-C-[4-氯-3-[4-[[[(3S)-四氢-3-呋喃基]氧基]苯基]甲基]苯基]-D-葡萄糖
化学结构式：



分子式：C₂₃H₂₇ClO₇
分子量：450.91
辅料：乳糖（一水合物）、羟丙纤维素、微晶纤维素、交联聚丙烯酸钠、二氧化硅、硬脂酸镁、薄膜包衣剂混剂（胃溶型）

【性状】本品为浅黄色薄膜衣片，除去包衣后呈白色或类白色。

【适应症】

（1）2 型糖尿病（10mg、25mg）

本品适用于治疗 2 型糖尿病患者。

单药治疗

本品配合饮食控制和运动，用于改善 2 型糖尿病患者的血糖控制。

与盐酸二甲双胍联合使用

当单独使用盐酸二甲双胍仍不能有效控制血糖时，本品可与盐酸二甲双胍联合使用，在饮食和运动基础上改善 2 型糖尿病患者的血糖控制。

与盐酸二甲双胍和磺酰类药物联合使用

当盐酸二甲双胍和磺酰类药物联合使用仍不能有效控制血糖时，本品可与盐酸二甲双胍和磺酰类药物联合使用，在饮食和运动基础上改善 2 型糖尿病患者的血糖控制。

与胰岛素联合使用

联合胰岛素治疗（作为或不伴口服降糖药），在饮食和运动基础上改善 2 型糖尿病患者的血糖控制。

（2）**心力衰竭（10mg）**

用于症状性慢性心力衰竭成人患者，降低因心力衰竭住院的风险。

（3）**慢性肾脏病（10mg）**

用于降低有进展风险的慢性肾脏病成人患者 eGFR 持续下降、终末期肾病、心血管死亡和全因住院的风险。

（4）**用药限制**

本品不建议用于 1 型糖尿病患者。这可能会增加这些患者发生糖尿病酮症酸中毒的风险【**见警告和注意事项**】。

不推荐恩格列净用于改善 eGFR 低于 30mL/min/1.73m² 的 2 型糖尿病成人患者的血糖控制。根据其作用机制，在这种情况下，在 eGFR 低于 45mL/min/1.73m² 的 2 型糖尿病成人患者恩格列净可能降低疗效，在 eGFR 低于 30mL/min/1.73m² 的患者可能无降糖疗效。

【规格】

10mg

【用法用量】

（1）**开始使用本品前**

在血容量不足的患者中，开始使用本品前对血容量不足进行纠正（参见【**注意事项**】）。

开始使用恩格列净前建议根据临床指标评估肾功能，此后应定期评估。

（2）**推荐的剂量**

2 型糖尿病

本品的推荐剂量是早晨 10mg，每日一次，空腹或进食后给药。在耐受本品并需要进一步控制血糖的患者中，剂量可以增加至 25 mg。

心力衰竭

本品的推荐剂量是早晨 10mg，每日一次，空腹或进食后给药。

本品的推荐剂量是早晨 10mg，每日一次，空腹或进食后给药。

肾损伤患者

透析患者禁止使用本品（参见【**禁忌**】）。

表 1 基于患者肾功能的给药建议

基于估算的肾小球滤过率 eGFR（mL/min/1.73m ² ）	推荐剂型
45 或以上	10mg 对于需要额外增加血糖控制的耐受恩格列净的患者，剂量可增加至 25mg。
20 至低于 45	10mg
小于 20*	不建议开始治疗。
透析	禁用
*不推荐恩格列净用于改善 eGFR 低于 30mL/min/1.73m ² 的 2 型糖尿病成人患者的血糖控制。根据其作用机制，在这种情况下，在 eGFR 低于 45mL/min/1.73m ² 的 2 型糖尿病成人患者恩格列净可能降低疗效，在 eGFR 低于 30mL/min/1.73m ² 的患者可能无降糖疗效。如果需要，应考虑采取额外的降糖治疗方法。	

肝损伤患者

肝损伤患者不需要调整剂量。重度肝损伤患者的恩格列净暴露增加。重度肝损伤患者的治疗经验有限，因此，重度肝损伤患者不建议使用本品。

【**不良反应**】**详见报道**

以下重要不良反应同时请参见【**注意事项**】：

- 酮症酸中毒
- 血容量不足
- 泌尿系感染和肾盂肾炎
- 合用胰岛素和胰岛素促泌剂相关低血糖
- 会阴部坏死性筋膜炎（Fournier's 坏疽）
- 生殖器真菌感染
- 超敏反应

临床试验经验

由于临床试验是在各种不同情况下开展的，因此无法直接比较在两种不同药物的临床试验中观察到的不良反应发生率，它们可能无法反映临床实践中的发生率。

已在 2 型糖尿病患者、心力衰竭患者和慢性肾脏病患者的临床试验中评价恩格列净。恩格列净的总体安全性特征在不同适应症的研究中基本一致。

2 型糖尿病患者临床试验试验

评价恩格列净 10mg 和 25mg 用于血糖控制的安替剂对照试验汇总

表 2 中的数据来自 2 型糖尿病患者中的多项安替剂对照试验数据的汇总。试验中，恩格列净用作单药治疗或用作添加治疗。

这些数据反映了 1976 例患者的恩格列净暴露，平均暴露持续时间大约为 23 周。患者接受安替剂（N=995）、恩格列净 10mg（N=999）或恩格列净 25mg（N=977）每日一次。该人群的平均年龄为 56 岁，3% 的患者年龄大于 75 岁。人群中一半以上患者（55%）为男性，46% 为白人，50% 为亚洲人，3% 为黑人或非裔美国人。基线时，57% 的人群患糖尿病 5 年以上，平均血红蛋白 A1c（HbA1c）为 8%。基线时确诊的糖尿病微血管并发症包括糖尿病肾病（7%）、视网膜病变（8%）或神经病变（16%）。91% 的患者基线肾功能正常或轻度损害，9% 的患者为中度损害（平均估算肾小球滤过率（eGFR）86.8mL/min/1.73m²）。表 2 显示了恩格列净使用相关常见不良反应（不包括低血糖）。即基线时未见，但服用恩格列净后发生率≥2%且高于安替剂的不利反应。

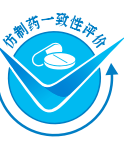
不良反	患者例数（%）		
	安替剂（%）	恩格列净 10mg（%）	恩格列净 25mg（%）
	N=995	N=999	N=977
尿路感染 ^a	7.6	9.3	7.6
女性生殖器真菌感染 ^b	1.5	5.4	6.4
上呼吸道感染	3.8	3.1	4.0
排尿增加 ^c	1.0	3.4	3.2
血脂异常	3.4	3.9	2.9
关节痛	2.2	2.4	2.3
男性生殖器真菌感染 ^d	0.4	3.1	1.6
恶心	1.4	2.3	1.1

^a 预定义的不良事件分组，包括，但不限于尿路感染、无症状细菌尿、膀胱炎

^b 女性生殖器真菌感染包括以下不良反应：外阴阴道真菌感染、阴道感染、外阴炎、外阴阴道念珠菌病、生殖道感染、生殖道念珠菌病、生殖器真菌感染、生殖道念珠菌感染、外阴阴道炎、子宫颈炎、泌尿生殖器真菌感染、细菌性阴道炎。百分比计算时将各组中女性受试者的数量作为分母；安替剂（N=481）、恩格列净 10mg（N=443）、恩格列净 25mg（N=420）。

^c 预定义的不良事件分组，包括，但不限于多尿、尿频和夜尿。

^d 男性生殖器真菌感染包括以下不良反应：阴茎炎、龟头包皮炎、阴茎炎、生殖器真菌感染、泌尿生殖道感染、阴茎炎念珠菌病、阴囊脓肿、阴囊感染。百分比计算时将各组中男性受试者的数量作为分母；安替剂（N=514）、恩格列净 10mg（N=556）、恩格列净 25mg（N=557）。



恩格列净片说明书

请仔细阅读说明书并在医师指导下使用

安替剂、恩格列净 10mg 和恩格列净 25mg 分别有 0%、1.7% 和 1.5% 的患者报告口渴（包括多饮），血容量不足

本品可导致渗透性利尿，而渗透性利尿可能导致血容量下降和血容量不足相关不良反应。在安替剂对照临床试验的汇总分析中，接受安替剂、恩格列净 10mg 和恩格列净 25mg 治疗的患者分别有 0.23%、0.5% 和 0.3% 报告血容量不足相关不良反应（如，血压（动态）下降、收缩压下降、脱水、低血压、低血容量、体位性低血压和昏厥）。在有血容量下降风险的患者中，本品可能增加低血压风险（参见【**注意事项**】）。**排尿增多**

在安替剂对照临床试验的汇总分析中，接受本品的患者较接受安替剂的患者更常见排尿增多不良反应（如，多尿、尿频和夜尿）（见表 2）。尤其是夜尿。在接受安替剂、恩格列净 10mg 和恩格列净 25mg 治疗的患者分别有 0.4%、0.3% 和 0.8% 的人群报告夜尿。**低血糖**

各研究中低血糖的发生率可见表 3。同时给予本品与胰岛素或磺酰类药物时，低血糖的发生率增加（参见【**注意事项**】）。

表 3 安替剂对照临床试验中全部^a和重度^b低血糖事件的发生率^c

单药治疗（24 周）	安替剂（n=229）	恩格列净 10 mg（n=224）	恩格列净 25 mg（n=223）
全部（%）	0.4	0.4	0.4
重度（%）	0	0	0
与二甲双胍联合给药（24 周）	安替剂 + 二甲双胍（n=206）	恩格列净 10 mg + 二甲双胍（n=217）	恩格列净 25 mg + 二甲双胍（n=214）
全部（%）	0.5	1.8	1.4
重度（%）	0	0	0
与二甲双胍-磺酰类药物联合给药（24 周）	安替剂（n=225）	恩格列净 10 mg + 二甲双胍 + 磺酰类药物（n=224）	恩格列净 25 mg + 二甲双胍 + 磺酰类药物（n=217）
全部（%）	8.4	16.1	11.5
重度（%）	0	0	0
与吡格列酮 +/- 二甲双胍联合给药（24 周）	安替剂（n=165）	恩格列净 10 mg +吡格列酮 +/- 二甲双胍（n=165）	恩格列净 25 mg +吡格列酮 +/- 二甲双胍（n=168）
全部（%）	1.8	1.2	2.4
重度（%）	0	0	0
与基础胰岛素 +/- 二甲双胍联合给药（18 周 ^d ）	安替剂（n=170）	恩格列净 10 mg（n=169）	恩格列净 25 mg（n=155）
全部（%）	20.6	19.5	28.4
重度（%）	0	0	1.3
与 MDI 胰岛素 +/- 二甲双胍联合给药（18 周 ^d ）	安替剂（n=188）	恩格列净 10 mg（n=186）	恩格列净 25 mg（n=189）
全部（%）	37.2	39.8	41.3
重度（%）	0.5	0.5	0.5

^a 全部低血糖事件：血浆或毛细血管血糖低于或等于 70 mg/dL。

^b 重度低血糖事件：需要帮助，无论血糖水平如何。

^c 治疗集（接受过至少一剂研究药物治疗的患者）。

^d 最初 18 周治疗期间，不调整胰岛素剂量。

生殖器真菌感染

在安替剂对照临床试验的汇总分析中，接受本品治疗的患者较接受安替剂的患者生殖器真菌感染（如，阴道真菌感染、阴道感染、生殖器真菌感染、外阴阴道念珠菌病和外阴炎）的发生率增加，随随机分配至安替剂、恩格列净 10mg 和恩格列净 25mg 的患者中分别有 0.9%、4.1% 和 3.7% 发生此类事件。0% 的安替剂治疗患者和 0.2% 的恩格列净 10mg 或 25mg 治疗患者因生殖器感染而退出研究。

女性患者中生殖器真菌感染较男性患者更常见（见表 2）。接受恩格列净 10mg（小于 0.1%）和恩格列净 25mg（0.1%）治疗的男性患者中包茎感染较接受安替剂患者（0%）更常见。

尿路感染

在安替剂对照临床试验的汇总分析中，接受本品治疗的患者较接受安替剂的患者尿路感染（如，尿路感染、无症状细菌尿和膀胱炎）的发生率增加（见表 2）。有慢性或复发性尿路感染病史的患者更可能发生尿路感染。安替剂组、恩格列净 10 mg 组和恩格列净 25 mg 组分别有 0.1%、0.2% 和 0.1% 的患者因尿路感染而停止治疗。

女性患者中尿路感染更常见。安替剂组、恩格列净 10mg 组和恩格列净 25mg 组的女性患者中尿路感染的发生率分别为 16.6%、18.4% 和 17.0%，而男性患者中尿路感染的发生率分别为 3.2%、3.6% 和 4.1%（参见【**注意事项**】）。

在心力衰竭患者中进行的临床试验

EMPEROR-Reduced 研究纳入了 3730 例心力衰竭伴射血分数降低（左心室射血分数[LVEF]≤40%）的患者，中位随访时间为 16 个月，EMPEROR-Preserved 研究纳入了 5988 例心力衰竭伴射血分数保留（左心室射血分数[LVEF]>40%）的患者，中位随访时间为 26 个月。两项研究的患者均接受恩格列净 10mg 或安替剂治疗。在心力衰竭患者中的安全性特征与在 2 型糖尿病患者中观察到的安全性特征基本一致。

在慢性肾脏病患者中进行的临床试验

EMPA-KIDNEY 研究纳入了 6690 例慢性肾脏病患者，中位随访时间为 24 个月。研究的患者被随机分配至恩格列净 10 mg 组或安替剂组。EMPA-KIDNEY 研究未观察到不良反应。慢性肾脏病患者中的安全性特征与在 2 型糖尿病和心力衰竭患者中观察到的安全性特征基本一致。

实验室检查

血清胆红素和 eGFR 降低

开始使用本品会导致开始治疗后几周内血清胆红素升高和 eGFR 降低，随后这些变化稳定。在对中度肾损伤患者的研究中观察到胆红素和 eGFR 均随值变化更大。在一项长期心血管结局试验中，第 4 周时血清胆红素和 eGFR 降低大致上分别不超过 0.1 mg/dL 和 9.0mL/min/1.73m²，且治疗停止后可逆，提示急性血流动力学改变在恩格列净引起肾功能变化中可能发挥了一定的作用。

低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）升高

在接受本品治疗的患者中观察到剂量相关低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）升高。接受安替剂、恩格列净 10mg 和恩格列净 25mg 治疗的患者 LDL-C 分别升高 2.3%、4.6% 和 6.5%。治疗组间基线平均 LDL-C 的范围是 90.3mg/dL 至 90.6 mg/dL。

红细胞压积升高

在安替剂对照研究的汇总分析中，安替剂治疗患者的中位红细胞压积降低 1.3%，恩格列净 10mg 治疗患者升高 2.8%，恩格列净 25mg 治疗患者升高 2.8%。安替剂、恩格列净 10mg 和恩格列净 25mg 治疗组间红细胞压积最初在参考范围内的患者中，治疗结束时分别有 0.6%、2.7% 和 3.5% 的患者数值高于参考范围上限。

上市后经验

本品批准后使用期间还发现了其他不良反应。由于这些反应是规模不确定的人群自愿报告的，因此基本不太可能可靠估计其频率或确定其与药物暴露的结果关系。

- **肾肠道功能紊乱**：便秘
- 感染：会阴部坏死性筋膜炎（Fournier's 坏疽）、泌尿系感染和肾盂肾炎
- **代谢和营养失调**：酮症酸中毒
- **肾脏和泌尿系统疾病**：急性肾损伤
- **皮肤和皮下组织疾病**：血管性水肿、皮肤反应（如皮疹、荨麻疹）

【**禁忌**】

- 对本品的活性成分或任何辅料过敏
- 透析患者

【**注意事项**】

酮症酸中毒

在接受亚-葡萄糖转运体-2（SGLT2）抑制剂（包括恩格列净）的 1 型和 2 型糖尿病患者的临床试验和上市后监测中曾报告酮症酸中毒，这是一种需要紧急住院治疗的危及生命的严重疾病。服用本品的患者中已有报告酮症酸中毒致死性病例。在 1 型糖尿病患者中的安替剂对照试验中，与接受安替剂治疗的患者相比，接受 SGLT2 抑制剂治疗的患者酮症酸中毒风险增加。本品不适用于治疗 1 型糖尿病患者。虽然酮症酸中毒在未患糖尿病的患者中发生的可能性较低，但在这些患者中也有病例报告。

接受本品治疗的患者，如出现与重度代谢性酸中毒一致的症状和体征，无论血糖水平如何，均应评估酮症酸中毒情况。因为即使血糖水平低于 250mg/dL，本品相关酮症酸中毒也可能存在。如果怀疑是酮症酸中毒，应停用本品，对患者进行评价，并应及时开始治疗。酮症酸中毒的治疗可能需要胰岛素、输液和糖皮质激素。

在许多上市后报告中，尤其是 1 型糖尿病患者中，可能无法及时发现酮症酸中毒，并可能出现延迟治疗，因为其血糖水平低于糖尿病酮症酸中毒通常预期的血糖水平（通常低于 250 mg/dL）。疾病早期的体征和症状与脱水 and 重度代谢性酸中毒一致，包括恶心、呕吐、腹痛、全身乏力和呼吸急促。在部分病例，但不是全部病例中，确认了酮症酸中毒的易感因素，如胰岛素缺乏、急性发热性疾病、减少热量摄入、手术、提示胰岛素缺乏的胰腺疾病（如，1 型糖尿病、胰腺炎或胰腺手术史）和酗酒。

开始本品治疗前，应考虑患者病史中酮症酸中毒的可能易感因素，包括胰岛素缺乏因任何原因而分泌不足、热量限制和酗酒。

对于有手术计划的患者，请考虑在手术前至少 3 天暂时中止接受本品的治疗。

在接受本品治疗的患者中，如发生已知易感酮症酸中毒的临床情况（如，因急性疾病或手术而长期禁食），应考虑监测酮症酸中毒情况，并暂时停用本品。重新接受本品的治疗之前，请确保解决了酮症酸中毒的危险因素。

指导患者观察酮症酸中毒的体征和症状，并指示患者如出现体征和症状时立即中止接受本品的治疗，并立即就医。

肾损伤患者使用

本品禁用于透析患者。

2 型糖尿病

不推荐 eGFR<30mL/min/1.73m² 的 2 型糖尿病患者用于血糖控制。

心力衰竭

数据不足以支持推荐 eGFR<30mL/min/1.73m² 的患者使用本品。

血容量不足

本品可引起血管内容量不足，有时可表现为体位性低血压或脑缺血性一过性变化（参见【**不良反应**】）。在接受 SGLT2 抑制剂（包括恩格列净片）治疗的 2 型糖尿病患者中，已有急性肾损伤的上市后报告，其中一些需要住院及透析。肾功能损害患者（eGFR 低于 60mL/min/1.73m²）、老年患者或接受髓袢利尿剂治

疗的患者发生血容量不足或低血压的风险可能增加。在具有一个或多个这些特征的患者中开始使用本品前，评估血容量状态和肾功能。在血容量不足的患者中，在开始使用本品前对血容量不足进行校正。开始治疗后，监测血容量不足的体征和症状，以及肾功能。

泌尿系感染和肾盂肾炎

SGLT2 抑制剂（包括恩格列净）监测中已经有报告患者发生严重尿路感染，包括泌尿系感染和需要住院治疗的肾盂肾炎。SGLT2 抑制剂治疗可增加尿路感染的风险。如有指征，应评价患者尿路感染的体征和症状，及时给予治疗（参见【**不良反应**】）。

联合胰岛素和胰岛素促泌剂相关低血糖

已知胰岛素和胰岛素促泌剂可导致低血糖，当本品与胰岛素或磺酰类药物（如，磺酰类药物）或胰岛素联合使用时，低血糖风险增加（参见【**不良反应**】）。因此，当与本品联合使用时，可能需要降低胰岛素促泌剂或胰岛素的剂量，以降低低血糖风险。

会阴部坏死性筋膜炎（Fournier's 坏疽）

在用 SGLT2 抑制剂（包括恩格列净）治疗的糖尿病患者中，有报告会阴部坏死性筋膜炎（也称为 Fournier's 坏疽）的病例。这是一种罕见但严重且危及生命的坏死性感染，需要紧急手术干预。女性和男性中均有报告。严重后果包括可能导致住院死亡、多次手术和死亡。

接受本品治疗的患者，如出现伴随着发热或不适的生殖器或会阴部的疼痛或压痛、红肿、肿胀，应进行坏死性筋膜炎评估。如果怀疑为坏死性筋膜炎，应立即使用广谱抗生素治疗，必要时进行外科清创。同时停止服用本品，密切监测血糖水平，并采用适当的替代疗法控制血糖。

生殖器真菌感染

本品可增加生殖器真菌感染风险（参见【**不良反应**】）。有慢性或复发性生殖器真菌感染病史的患者更可能发生生殖器真菌感染，根据需要进行监测和治疗。

超敏反应

本品上市后有患者服用恩格列净发生严重超敏反应的报告（如血管性水肿）。如发生超敏反应，应停止服用本品，按照标准医疗方案积极采取措施，并应密切观察直至症状消失。恩格列净禁止用于对本品的活性成分或任何辅料有超敏反应的患者（参见【**禁忌**】）。

【**孕妇及哺乳期妇女用药**】

妊娠

根据动物数据显示存在肾脏不良反应，不建议在妊娠中期及晚期使用本品。

妊娠妇女使用本品的数据有限，不足以确定与药物相关的重大出生缺陷及流产风险。妊娠期糖尿病控制不佳会对母亲及胎儿造成风险。

在 HbA1c>7% 的孕前糖尿病女性患者中，估计重大出生缺陷背景风险为 6-10%，在 HbA1c>10% 的女性中高达 20-25%。适用人群的估计值与背景风险未知。在美国普通人群中，临床认识到妊娠中估计重大出生缺陷及流产背景风险分别为 2%-4% 和 15%-20%。

疾病相关母体和/或胚胎/胎儿风险：妊娠期糖尿病控制不佳会增加母体出现糖尿病酮症酸中毒、先兆子痫、自然流产、早产及分娩并发症的风险。糖尿病控制不佳会增加胎儿出现重大出生缺陷、死亡及巨大儿相关发病的风险。

哺乳

本品是否会随人类乳汁分泌、本品对哺乳婴儿的影响或对乳汁生成的影响的信息有限。恩格列净可随哺乳大量的乳汁分泌。由于人类肾脏成熟是在子宫内和生后前 2 年内（可能发生哺乳期暴露）完成的，因此可能对人类肾脏发育造成风险。

由于接受本品的哺乳婴儿有可能发生严重不良反应，包括恩格列净对婴儿肾脏发育的潜在影响，因此告知患者，不建议在哺乳期使用本品。

【**儿童用药**】

尚未建立本品在儿科患者中的安全性和有效性。

【**老年用药**】

肾衰竭报道

一项评估恩格列净用于改善 2 型糖尿病患者的血糖控制的疗效的研究中，接受恩格列净治疗的患者共有 2721 例（32%）≥65 岁，401 例（6%）≥75 岁。预期本品在肾损伤的老年患者中的降血糖疗效降低。接受安替剂、恩格列净 10mg 和恩格列净 25mg 的 75 岁及 75 岁以上患者中血容量不足相关不良反应的风险增加至 2.1%、2.3% 和 4.4%。安替剂组、恩格列净 10mg 组和恩格列净 25mg 组的 75 岁及 75 岁以上患者中尿路感染的风险分别增加至 10.5%、15.7% 和 15.1%（参见【**注意事项**】、【**不良反应**】）。

在 EMPEROR-Reduced 研究中，共有 1188 例（64%）心力衰竭伴射血分数降低的患者年龄≥65 岁，共有 503 例（27%）患者≥75 岁。在 EMPEROR-Preserved 研究中，共有 2402 例（80%）心力衰竭伴射血分数保留的患者年龄≥65 岁，共有 1281 例（43%）患者≥75 岁。两项研究中的患者均接受了 10mg 欧唐静治疗。≤65 岁和≥65 岁患者的安全性和疗效相似。

【**药物相互作用**】

表 4 临床相关相互作用

利尿剂	
临床影响	恩格列净与利尿剂联合给药可导致尿量增加和尿频，从而可能增加血容量不足的风险。
干预	在开始使用本品前，评估血容量状态和肾功能。对于血容量不足的患者，在开始使用本品前对血容量不足进行校正。开始治疗后，监测血容量不足的体征和症状，以及肾功能。
胰岛素或胰岛素促泌剂	
临床影响	恩格列净与胰岛素或胰岛素促泌剂（如磺酰类药物）联合给药可增加低血糖风险。
干预	恩格列净与胰岛素或胰岛素促泌剂（如磺酰类药物）联合给药时，可能需降低胰岛素或胰岛素促泌剂的剂量以降低低血糖风险。
锂	
临床影响	SGLT2 抑制剂与锂联合使用时，可能会降低血清锂浓度。
干预	在开始使用恩格列净和锂变化期间，更频繁地监测血清锂浓度。
血糖试验阳性	
临床影响	SGLT2 抑制剂可增加尿糖排泄，并将导致阳性血糖试验结果。
干预	不建议使用 SGLT2 抑制剂的患者通过尿糖试验监测血糖控制情况。使用其他方法监测血糖控制情况。
对 1,5-无水葡萄糖（1,5-AG）测定的干扰	
临床影响	在使用 SGLT2 抑制剂的患者中，无法通过测量 1,5-AG 可靠地评估血糖控制情况。
干预	不建议使用 1,5-AG 测定监测血糖控制情况。使用其他方法监测血糖控制情况。

【**药物过量</**