

# 老年2型糖尿病多病共存患者用药依从性影响因素分析

黄永芬

成都市武侯区簇锦社区卫生服务中心 四川 成都 610000

**摘要:**目的:分析老年2型糖尿病(T2DM)多病共存患者用药依从性影响因素。方法:选取2023年10月-2024年10月本院150例老年T2DM多病共存患者开展研究,收集患者资料,评价用药依从性,分析影响因素,制定解决措施。结果:150例患者多重用药占比68.67%;伴有伴高尿酸血症占比9.33%,伴高血压占比42.67%,血脂异常占比44.67%;合并病种 $\geq 3$ 种占比61.33%,合并2种占比28.67%,合并1种占比10.00%;用药依从性良好者有69例,较差者有81例,良好和较差者的药物不良反应、合伴慢性病种数、多重用药、病程、月收入、文化水平和年龄均有明显差异( $P < 0.05$ );用药依从性多因素有药物不良反应、合伴慢性病种数、多重用药和年龄( $P < 0.05$ )。结论:对于老年T2DM多病共存者,其用药依从性常较差,影响因素多,采取适当干预措施,能提升依从性,改善预后。

**关键词:**老年人;2型糖尿病;多病共存;药依从性;影响因素

我国老年人占比高,多有慢性病,有关研究提出,对于 $\geq 60$ 岁群体,约有76.5%同时患 $\geq 2$ 种慢性病,且类型多,包括脑血管疾病、高血压等。T2DM属于代谢性疾病,其患病率高,病因病机复杂,常伴其他疾病,多病共存会反作用于T2DM,影响预后<sup>[1]</sup>。T2DM多用药物治疗,涵盖类型多,例如降糖药、调脂药等,多重用药难免,该情况下,难以发挥原本药效,难以管控血糖,同时经济负担重,不良反应多,患者依从性差。长期观察发现,针对T2DM多病共存者,用药依从性直接影响预后,如果依从性良好,通常血糖控制较好,反之较差者,不利于疾病恢复,易滋生负面心理,故应分析其影响因素,制定解决措施<sup>[2]</sup>。本研究以老年T2DM多病共存患者为对象,分析用药依从性,总结影响因素,制定干预方案。

## 1 资料和方法

### 1.1 一般资料

选取2023年10月-2024年10月本院150例老年T2DM多病共存患者开展研究,150例患者中有男77例,女73例,病程0.5-13年,平均病程(5.16 $\pm$ 1.12)年,年龄为60-85岁,平均年龄(71.62 $\pm$ 6.26)岁。

纳入标准:符合T2DM诊断标准;多病共存;年龄 $\geq 60$ 岁;知情同意本研究。排除标准:患有恶性肿瘤;交流障碍;急危重症;传染性疾病;精神疾病。

### 1.2 方法

#### 1.2.1 收集一般资料

收集基础资料,包括性别、姓名、年龄、收入情况、受教育情况及婚姻状态等。

#### 1.2.2 多重用药/慢病共存情况

遵循就诊记录,将用药情况记录下来,包含全部药物,其中对于口服药物,要将颗粒数记下。观察药品种数,如果 $\geq 5$ 种,表示多重用药。观察共存慢性病,记录下种类和病名。

#### 1.2.3 评价用药依从性

包括4个问题:①是否按照医嘱用药,剂量是否适宜;②服药次数是否遵医嘱;③用药时间是否遵医嘱;④是否按照医嘱持续用药。以上4个问题,如均为是,则代表良好,任意一个为否,则代表较差。

#### 1.2.4 分析药物不良反应

按照《药品不良反应报告》<sup>[3]</sup>,观察有无药物不良反应,包括胃肠道反应、神经系统异常、过敏等。

### 1.3 观察指标

评价多重用药/慢病共存情况:观察是否多重用药例数;观察常伴慢性病情,包括高尿酸血症、高血压和血脂异常;观察伴慢性病种数,包括伴1种、2种和 $\geq 3$ 种<sup>[3]</sup>。评价用药依从性单因素:包括药物不良反应(有和无)、合伴慢性病种数( $\geq 3$ 种、合并2种和合并1种)、多重用药(是和否)、病程( $< 5$ 年、5-10年和 $> 10$ 年)、月收入( $< 5$ 年、5-10年和 $> 10$ 年)、文化水平(小学和 $\geq$ 中学)和年龄( $< 70$ 岁,70-80岁, $\geq 80$ 岁)<sup>[4]</sup>。评价用药依从性多因素:包括药物不良反应、合伴慢性病种数、多重用药和年龄<sup>[5]</sup>。

### 1.4 统计学方法

SPSS28.0处理数据,(%)表示计数资料,行 $\chi^2$ 检验;Logistic回归分析多因素, $P < 0.05$ ,差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 分析多重用药/慢病共存情况 44.67%；合并病种  $\geq 3$ 种占比61.33%，合并2种占比28.67%，合并1种占比10.00%。详见表1。  
150例患者多重用药占比68.67%；伴有伴高尿酸血症占比9.33%，伴高血压占比42.67%，血脂异常占比

表1 分析多重用药/慢病共存情况[n(%)]

项目	是/否/病种	例数	占比
多重用药	是	103	68.67
	否	47	31.33
多发慢性病	高尿酸血症	14	9.33
	高血压	64	42.67
	血脂异常	67	44.67
伴慢性病种数	1种	15	10.00
	2种	43	28.67
	$\geq 3$ 种	92	61.33

2.2 分析用药依从性单因素 药、病程、月收入、文化水平和年龄均有明显差异 ( $P < 0.05$ )。见表2。  
用药依从性良好者有69例，较差者有81例，良好和较差者的药物不良反应、合伴慢性病种数、多重用

表2 分析用药依从性单因素[n(%)]

项目	时间	依从性良好 (n=69)	依从性较差 (n=81)	$\chi^2$	P
药物不良反应	有	6 (8.70)	19 (23.4)	5.845	0.016
	无	63 (91.30)	62 (76.54)		
合伴慢性病种数	$\geq 3$ 种	3 (4.35)	15 (18.52)	6.872	0.009
	合并2种	36 (52.17)	51 (62.96)		
	合并1种	30 (43.48)	15 (18.52)		
多重用药	是	35 (50.72)	69 (85.19)	20.810	0.000
	否	34 (49.28)	12 (14.81)		
病程	< 5年	24 (34.78)	14 (17.28)	9.805	0.002
	5-10年	24 (34.78)	41 (50.62)		
	> 10年	21 (30.43)	26 (32.10)		
月收入	< 3500元	24 (34.78)	48 (59.26)	8.943	0.003
	$\geq 3500$ 元	45 (65.22)	33 (40.74)		
文化水平	小学	13 (18.84)	46 (56.79)	22.488	0.000
	$\geq$ 中学	56 (81.16)	35 (43.21)		
年龄	< 70岁	38 (55.07)	15 (18.52)	20.713	0.000
	70-80岁	28 (40.58)	56 (69.14)		
	$\geq 80$ 岁	3 (4.35)	10 (12.35)		

2.3 分析用药依从性多因素 数、多重用药和年龄 ( $P < 0.05$ )。详见表3。  
用药依从性多因素有药物不良反应、合伴慢性病种

表3 分析用药依从性多因素

因素	B	SE	Wald值	P值	OR值	95%CI
药物不良反应	0.278	0.134	4.876	0.012	1.293	0.886-1.824
合伴慢性病种数	0.879	0.168	18.318	< 0.001	2.340	1.711-3.542
多重用药	0.443	0.127	15.111	< 0.001	1.541	1.120-1.991
年龄	1.298	0.165	37.214	< 0.001	2.620	1.871-3.749

### 3 讨论

研究结果显示150例患者多重用药占比68.67%；伴有伴尿酸血症占比9.33%，伴高血压占比42.67%，血脂异常占比44.67%；合并病种  $\geq 3$ 种占比61.33%，合并2种占比28.67%，合并1种占比10.00%，代表针对老年T2DM多病共存者，多重用药者占大多数，分析共存病，占比最高的为血脂异常，其次为高血压；共存病种多，大部分  $\geq 3$ 种。受多重用药影响，无论是T2DM患者的药理学、药代动力学，还是血药浓度，均有明显异常，血糖难以控制，血压、血脂紊乱，干扰临床结局<sup>[4]</sup>。用药依从性良好者有69例，较差者有81例，良好和较差者的药物不良反应、合伴慢性病种数、多重用药、病程、月收入、文化水平和年龄均有明显差异 ( $P < 0.05$ )；用药依从性多因素有药物不良反应、合伴慢性病种数、多重用药和年龄 ( $P < 0.05$ )，表明分析患者用药依从性，存在诸多影响因素，例如用药数量多、有不良反应等，依从性往往较差，探讨主要原因：年龄越高者，其身体机能更差，生理功能减弱，认知功能降低，例如执行力、记忆力等，容易多服药、漏服药或者忘服药，部分可能拒服药；多重用药者，通常共存病种多，病情复杂，治疗难度大，会加重经济负担，影响心理健康，患者信心下降，用药依从性降低；用药种类越多，观察服药过程，其越发复杂，影响体验感，干扰依从性；出现药物不良反应者，产生生理不适，例如腹泻、便秘等，如患者不能自行解决，会滋长负面情绪，例如担忧、不安等，可能私自换药、停药等<sup>[5]</sup>。

结合上述影响因素，制定针对性、科学解决方案：

①拉近护患距离：进行诊疗时，医护人员要积极和患者交流，灵活采取各项沟通技巧，了解患者想法，知晓其感受，每次用药后，加强监测，知晓其是否不适，重点说明采取药物意义，令其明白科学用药能减轻病情。②加强宣教：结合患者病情，拟定宣教方案，秉持“以人为本”理念。对于受教育程度较高者，可提供健康手册，鼓励其阅读；较低者，可进行语言讲解，保证用词简洁、通俗易懂，介绍疾病知识，然后应用图片、视频等，巩固其认知<sup>[6]</sup>。③强化药物指导：治疗时，讲解每种药物知识，例如用法、药理机制等，强调注意事项，

介绍常见不良反应，帮患者建立正确认知，令其能客观看待，对于常见不良反应，例如胃肠道反应等，教会其处理方法。另外，提醒患者如有异常，要马上告诉家属或医护人员，制定给药方案，或适当调整。拟定用药方案时，根据病情，尽量减少药物种类，尽可能不多重用药，重视配伍禁忌等，防范不良反应。分析患者病情，了解其家庭条件等，在保障药效基础上，选择更经济、更安全、更有效的治疗方案，增加用药依从性。④加大监管力度：进行治疗时，加大监管力度，面向患者、家属，深入介绍疾病，告诉其治疗方案，鼓励家属多陪伴患者，同时起到监管作用，到用药时间，提醒患者服药。定期随访，可采用短信、电话等渠道<sup>[7]</sup>。观察患者病情，评估改善情况，针对患者疑问，及时提出，同时予以指导，保证科学、有效。

综上所述，对于老年T2DM多病共存者，其用药依从性常较差，影响因素多，采取适当干预措施，能提升依从性，改善预后。

#### 参考文献

- [1]张锦云,张丽芹,陶美霞,陈晓玲.老年2型糖尿病患者用药依从性现状及影响因素分析[J].实用预防医学,2024,31(11):1382-1385.
- [2]徐燕妮,温晓婷.社区老年2型糖尿病病耻感现状及其与药物依从性和生活质量的关系[J].岭南急诊医学杂志,2024,29(4):421-423.
- [3]黄婵娟,王莹,林云萍,陈萍萍.老年初诊2型糖尿病患者生活方式干预依从性的影响因素[J].中华老年多器官疾病杂志,2024,23(5):369-372.
- [4]李晨,苏世菲.老年2型糖尿病患者控糖方案及用药依从性调查分析[J].中国处方药,2024,22(5):153-155.
- [5]李雅,王建国,张红杰.社区2型糖尿病老年患者用药依从性调查分析[J].中国药物滥用防治杂志,2024,30(2):252-254+263.
- [6]王丛,孔利萍,李修英,殷芳霞.老年2型糖尿病患者服药依从性调查及影响因素分析[J].健康研究,2023,43(4):400-405.
- [7]韩玉,负秀俐.2型糖尿病患者用药依从性影响因素及干预的研究进展[J].糖尿病新世界,2023,26(4):195-198.