

# 用药指导对老年糖尿病患者用药依从性、安全性的具体影响和作用

李秋红

天津市武清区大孟庄镇卫生院 天津 301700

**摘要:** **目的:** 分析用药指导对老年DM患者的应用效果。**方法:** 选取2023年6月-2024年6月本院就诊86例老年DM患者开展研究,用随机数字表法平均分为对照组43例,行常规治疗护理,观察组43例,联合用药指导,比较两组不同方式干预后效果。**结果:** 观察组的定期复查、血糖监测、运动状况、药物使用、饮食情况评分和总分均明显高于对照组,FBG、2hPG、HbA1c和不良反应发生率均明显低于对照组( $P < 0.05$ )。**结论:** 给予老年DM患者用药指导能提高用药安全,患者依从性高,血糖控制良好,具有推广价值。

**关键词:** 用药指导;老年人;糖尿病;用药依从性;不良反应

DM属内分泌病,发生率高,流行病学调查提出,老年人易患DM,对比女性,男生相对常见,DM患者数量增长,越发年轻化。DM存在家族遗传性,多为T2DM,当下,DM病因不明,基于医学层面,认为其受多因素影响,例如饮食习惯不良、病毒感染等,产生胰岛免疫反应,同时和妊娠、肥胖等有关<sup>[1]</sup>。分析疾病特征,探讨典型表现,即三多一少,伴随症状有昏迷、乏力等。DM会侵犯神经、心脑血管等,不利于身心健康。DM尚未特效疗法,仅能采取药物,稳定病情,但针对老年患者,其一般不了解DM,疾病疗程长,易产生负面情绪,依从性差,滥用药物,会引发不良反应,影响疗效,为此,应加强用药指导<sup>[2]</sup>。本研究以老年DM患者为对象,分析用药指导效果。

## 1 资料和方法

### 1.1 一般资料

选取2023年6月-2024年6月本院门诊就诊86例老年DM患者开展研究,用随机数字表法平均分为对照组43例,男22例,女21例,年龄为60-84岁,平均年龄(71.35±5.61)岁;观察组43例,男23例,女20例,年龄为61-85岁,平均年龄(71.42±5.57)岁。两组一般资料( $P > 0.05$ ),具有可比性。

**纳入标准:** 符合DM诊断标准;老年人;未伴其他心血管病;知情同意本次研究。**排除标准:** 恶性肿瘤;认知异常;精神疾病;凝血功能异常;肝肾功能障碍。

### 1.2 方法

对照组行常规治疗护理,介绍DM知识,讲解降糖药物信息,包括频率、给药渠道等,定期监测血糖,结合病情、年龄等,设计饮食、运动方案。观察组在对

照组的基础上,联合用药指导:

#### 1.2.1 创建用药档案

对于纳入研究患者,创建个人档案,认真记录其病情、资料,根据药物知识,建立知识手册,保证语言通俗、简洁,面向患者、家属,介绍药物知识,讲解药物特征,提醒使用方法。

#### 1.2.2 药物健康教育

介绍药物药理知识,讲解用药方法,强调使用频率、剂量等,如患者耳聋,可借助书面形式,进行介绍,讲解DM发生机制、药理作用和治疗措施等,提醒不良反应,以双胍类药物为例,建议服用时间为餐后或随餐,以胰岛素为例,初始采取小剂量,缓慢提高剂量。定期宣教,开展专题讲座,2次/周,宣传药物知识。

#### 1.2.3 胰岛素干预

采取胰岛素时,一般经由皮下注射,选择注射部位,至关重要,通常采取腹部(脐周)、大腿外侧,或者双上臂外侧等,注意时常换位,最大不高于2周,防止影响皮下吸收。不管是注射效果,还是吸收效果,其影响因素均较多,例如运动、注射深度等,选择腹部时,吸收时间最短,且速度快,温度不会改变,有较大面积,运动不会对其造成干扰,对比其他部位,腹部可视性更高,更有助于护理,方便自我操作,尤其是老年人,选择腹部,其注射更方便,故建议选择腹前壁。结合患者病情,了解轻重程度,选择给药时间,注意检验血糖,测量血糖,依据检验结果,改善使用剂量,针对血糖控制不佳患者,可采取强化胰岛素,一般为餐前0.5h,开展皮下注射。科学保存胰岛素,本品常常失活,要妥善保存,通常 $< 25^{\circ}\text{C}$ ,效价能维持1个月,处于

2-8℃时,能长时间保留活力,约为2~3年,如药物已经开封,要放置于室内阴凉部位。提供药物时,监测不良反应,低血糖发生率高,诱发因素一般有二,一为未按时进食,二为过量应用胰岛素。随着血糖减少,处于一定水平后,心跳加速,引发饥饿、焦虑等反应,程度严重者,可能休克,昏迷,如有低血糖,程度较轻者,应立即服用糖水,或者进食,严重者,选取50%葡萄糖注射液,用量为20ml,予以静注。对于老年患者,出现低血糖时,很多无典型一般表现,反而出现快速昏迷,要格外注意。若有过敏,其通常短暂发作,程度较轻,例如荨麻疹等,如有必要,可采取糖皮质激素,或选择H1受体阻断药。就胰岛素抵抗,其包含两种类型,一为慢性型,二为急性型,前者要转换为胰岛素,或采取高纯胰岛素,后者要将诱因去除,提高胰岛素量。防范脂肪萎缩,其典型症状有硬结、红肿等,男性低于女性,长时间采取胰岛素者,应适当更改部位,也可采用高纯度胰岛素。

#### 1.2.4 口服药物干预

选择口服降糖药时,一般为餐前用药,既能减少低血糖,又能预防餐后血糖增加。用药时,积极检验尿糖和血糖,特别是夜间、空腹指标,监测血糖变化。监测不良反应,对于共同反应,比如低血糖,如出现低血糖,要马上干预,防范机体受损。警惕特殊反应,以胰岛素增敏剂为例,其存在明显肝毒性;针对磺酰脲类,其会刺激中枢神经系统;对于双胍类,既会刺激胃肠道,又兼具酮血症等,用药时,要格外重视,及时干预。

#### 1.2.5 监测不良反应

患者年龄高,神经意识不佳,代谢能力减弱,用药时,建议减少用药,用药后,全程监测,观察患者表现,一旦发生不良反应,应立即反馈,选择药物时,保证无严重副作用,讲解私自增减剂量、停药危害,纠正认知。

#### 1.2.6 定期随访

加强随访,仔细观察患者,如为相同类型,邀请其入群,鼓励患者积极提问,医生耐心解答,关注用药情况,做好监督工作。疾病管控优良者,鼓励其多分享经验,加强自信心。

#### 1.3 观察指标

评价血糖水平<sup>[3]</sup>:检验FBG(3.9-7.1mmol/L为正常)、2hPG(<10mmol/L为正常)和HbA1c(4%-7%正常)。评价用药依从性<sup>[4]</sup>:借助问卷调查,包括定期复查、血糖监测、运动状况、药物使用和饮食情况,均为0-10分,合计50分。评价安全性:包括皮疹、食欲下降和胃肠道反应<sup>[5]</sup>。

#### 1.4 统计学方法

SPSS28.0处理数据, ( $\bar{x} \pm s$ ) 与 (%) 表示计量与计数资料, 分别行  $t$  与  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$ , 差异有统计学意义。

### 2 结果

#### 2.1 两组血糖水平比较

干预后两组FBG、2hPG和HbA1c均明显低于干预前,观察组变化更明显( $P < 0.05$ )。详见表1。

表1 两组血糖水平比较[n( $\bar{x} \pm s$ )]

组别	例数	FBG (mmHg)		2hPG (mmHg)		HbA1c (%)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	43	10.68±1.21	7.12±1.27 <sup>a</sup>	14.47±1.53	8.84±1.49 <sup>a</sup>	7.51±1.14	5.87±1.11 <sup>a</sup>
对照组	43	10.70±1.19	8.75±1.36 <sup>a</sup>	14.50±1.51	11.25±1.37 <sup>a</sup>	7.49±1.12	6.52±1.14 <sup>a</sup>
<i>t</i>	/	0.077	5.744	0.092	7.808	0.082	2.679
<i>P</i>	/	0.939	0.000	0.927	0.000	0.935	0.009

注:与本组干预前比较,<sup>a</sup> $P < 0.05$ 。

#### 2.2 两组用药依从性比较

干预后两组定期复查、血糖监测、运动状况、药物

使用、饮食情况评分和总分均明显高于干预前,观察组变化更明显( $P < 0.05$ )。详见表2。

表2 两组用药依从性比较[n( $\bar{x} \pm s$ )]

组别	例数	定期复查(分)		血糖监测(分)		运动状况(分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	43	3.38±1.01	7.15±1.24 <sup>a</sup>	3.45±1.02	7.25±1.12 <sup>a</sup>	3.44±0.32	7.21±0.54 <sup>a</sup>
对照组	43	3.39±1.00	6.25±1.39 <sup>a</sup>	3.47±1.11	6.25±1.34 <sup>a</sup>	3.46±0.31	6.21±0.57 <sup>a</sup>
<i>t</i>	/	0.046	3.168	0.087	3.755	0.294	8.352
<i>P</i>	/	0.963	0.002	0.931	0.000	0.769	0.000

续表2 两组用药依从性比较[n( $\bar{x} \pm s$ )]

组别	例数	药物使用(分)		饮食情况(分)		总分(分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	43	3.12±0.14	7.24±1.14 <sup>a</sup>	3.43±0.24	7.22±1.22 <sup>a</sup>	16.56±1.54	36.18±3.25 <sup>a</sup>
对照组	43	3.14±0.11	6.34±1.13 <sup>a</sup>	3.41±0.27	6.57±1.20 <sup>a</sup>	16.59±1.51	21.33±3.18 <sup>a</sup>
<i>t</i>	/	0.737	3.677	0.363	2.491	0.091	21.416
<i>P</i>	/	0.463	0.000	0.717	0.015	0.928	0.000

注:与本组干预前比较,<sup>a</sup>*P* < 0.05。

2.3 两组不良反应比较

见表3。

对比不良反应发生率,观察组更低(*P* < 0.05)。详

表3 两组不良反应比较[n(%)]

组别	例数	皮疹	食欲下降	胃肠道反应	发生率
观察组	43	0	1	1	4.65
对照组	43	2	4	4	23.26
$\chi^2$	/	/	/	/	6.198
<i>P</i>	/	/	/	/	0.013

3 讨论

DM多发生于老年人,致病原因多,包括生活习惯不佳、遗传因素等<sup>[6]</sup>。治疗该病时,主要采用药物,但患者大多缺乏认知,觉得调节生活习惯,病情能好转,常抗拒药物,另外,血糖相对平稳者,患者认为病情改善,从而停药,或降低剂量,阻碍病情好转,药物之间出现可能反应,一旦同时用药,则可能导致不良事件<sup>[7]</sup>。

常规护理效果有限,对于用药方面,介绍基础知识,针对性差<sup>[8]</sup>。提供用药指导,为每位患者,创建个人档案,定期宣教,介绍药物使用法,讲解DM机制,从而控制血糖。DM属于代谢疾病,其会侵犯多个系统,提供药物治疗,能降低血糖,提供针对性指导,深入介绍药物知识,防范私自更改剂量,令其遵医用药,正确用药,预防不良反应,改正各项行为。研究结果显示和对照组比,观察组的FBG、2hPG和HbA1c均更低(*P* < 0.05),表示用药指导可控制血糖,抑制老年DM进展。观察组的定期复查、血糖监测、运动状况、药物使用、饮食情况评分和总分均更高(*P* < 0.05),代表用药指导能提高依从性。观察组的不良反应发生率更低(*P* < 0.05),表明用药指导可增加用药安全,防范胃肠道反应、皮疹等表现。说明采取用药指导可以抑制老年DM病情进展,能调节血糖指标。

综上所述,给予老年DM患者用药指导能提高用药安

全,患者依从性高,血糖控制良好,具有推广价值。

参考文献

[1]黄丽静.老年2型糖尿病患者用药不良反应发生情况及其影响因素分析[J].北方药学,2024,21(6):176-178.  
 [2]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.  
 [3]张宁,闫雪莲,黄石,康琳,孙晓红,曲璇.住院老年2型糖尿病患者潜在不适当用药及影响因素研究[J].中国临床保健杂志,2024,27(2):260-267.  
 [4]严新芳,杨妍华.老年2型糖尿病患者多重用药特点分析[J].智慧健康,2024,10(10):22-25.  
 [5]王丹,康华.中老年糖尿病患者用药依从性影响因素的Meta分析[J].中国临床护理,2024,16(3):143-148.  
 [6]徐霁,王萍,姚彩霞.饮食疗法联用胰岛素用药对老年2型糖尿病患者治疗的临床疗效以及对并发症的预防效果[J].糖尿病新世界,2024,27(6):48-50+60.  
 [7]戴香桂,李珍,李萱,张斯齐,刘东玲,秦月兰.决策辅助工具在老年2型糖尿病患者用药决策中的应用进展[J].中国全科医学,2024,27(24):3061-3066.  
 [8]金蕾,牟彤,弭玮,张旭升,沈承武,卢翠翠.老年糖尿病住院患者潜在不适当用药情况评价[J].中国药业,2024,33(4):118-124.