

糖尿病患者降糖药物的用药情况及合理用药指导探究

王俊萍

内蒙古乌海市乌达区人民医院 内蒙古 乌海 016000

摘要:目的:探讨糖尿病患者降糖药物使用现状及临床合理用药指导的效果。方法:选取2022年6月至2023年6月某院内分泌科收治的84例2型糖尿病患者为研究对象,随机分为对照组与干预组各42例。对照组给予常规用药指导,干预组在此基础上实施个体化合理用药指导方案。比较两组药物使用合理性、血糖控制情况、不良反应发生率、用药依从性、用药知识掌握程度及生活质量等指标。结果:干预后,干预组不合理用药率低于对照组,血糖控制达标率高于对照组,不良反应发生率低于对照组($P < 0.05$);干预组用药依从性、用药知识掌握程度及生活质量评分均高于对照组($P < 0.05$)。结论:个体化合理用药指导可有效提高糖尿病患者降糖药物使用合理性,改善血糖控制,减少不良反应,提高用药依从性及生活质量,值得临床推广应用。

关键词:糖尿病;降糖药物;合理用药;用药指导

糖尿病是一种常见的代谢性疾病,全球患病率不断攀升。药物治疗是糖尿病管理的重要组成部分,但临床实践中不合理用药现象普遍存在,如用药不规范、联合用药不当、剂量调整不合理等,导致血糖控制不佳、不良反应增加及医疗资源浪费^[1]。目前,临床常用降糖药物种类繁多,包括双胍类、磺脲类、 α -糖苷酶抑制剂、噻唑烷二酮类、胰岛素及GLP-1受体激动剂等,不同药物适用人群及使用注意事项存在差异。患者对降糖药物认知不足、用药依从性差是影响治疗效果的关键因素^[2]。合理用药指导作为药学干预的重要内容,旨在提高患者用药安全性和有效性。本文探讨个体化合理用药指导在糖尿病患者降糖药物使用中的应用效果,为临床实践提供参考依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2022年6月至2023年6月某院内分泌科收治的84例2型糖尿病患者为研究对象。纳入标准:(1)符合《中国2型糖尿病防治指南(2020年版)》^[3]诊断标准;(2)年龄18~75岁;(3)口服降糖药物 ≥ 2 种或联合胰岛素治疗;(4)预计住院时间 ≥ 7 天;(5)签署知情同意书。排除标准:(1)合并严重心、肝、肾功能不全者;(2)妊娠或哺乳期女性;(3)合并严重急性并发症者;(4)有精神疾病或认知障碍者;(5)预计生存期 < 3 个月者。采用随机数表法将患者分为对照组与干预组,每组42例。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法

对照组实施常规用药指导:(1)入院常规健康宣教,口头告知药物使用方法;(2)发放糖尿病健康教育手册;

(3)出院时告知用药注意事项;(4)定期门诊随访。

干预组在常规用药指导基础上实施个体化合理用药指导方案:(1)组建多学科合理用药指导团队:由内分泌科医师、专科护士组成,共同制定个体化用药方案。(2)用药评估与方案制定:入院48小时内临床医师进行用药评估,包括用药史、不良反应史、用药依从性、用药知识掌握情况等;结合患者病情、经济状况、生活习惯制定个体化用药方案。(3)分层次用药教育:①基础教育:通过一对一讲解、视频演示等形式讲解降糖药物基本知识;②强化教育:针对不同药物使用特点进行专项指导,如二甲双胍的饭中服用、胰岛素注射技术演示等;③情景模拟:设置日常用药情景,指导患者解决可能遇到的问题。(4)用药管理工具应用:提供药物管理盒、用药提醒卡、血糖监测记录表。(5)不良反应监测与处理:详细告知常见不良反应及应对措施;提供不良反应记录表,指导自我监测。(6)出院后随访与支持:建立微信随访群;出院后1周、1个月、3个月电话随访,评估用药情况,解答问题;必要时进行门诊指导。

两组干预时间均为3个月。

1.3 观察指标

(1)不合理用药情况:出院后3个月评估不合理用药发生率,包括用药时间不当、剂量不合理、药物相互作用、重复用药、禁忌症用药等。(2)血糖控制情况:比较干预前后空腹血糖(FPG)、餐后2小时血糖(2hPG)及糖化血红蛋白(HbA1c)水平;血糖控制达标标准参照《中国2型糖尿病防治指南(2020年版)》:FPG 4.4~7.0 mmol/L, HbA1c $< 7.0\%$ 。(3)不良反应发生情况:记录干预期间低血糖、胃肠道反应、皮疹等不良反应发生率。(4)用药依

从性：采用Morisky用药依从性量表(MMAS-8)评估，总分0-100分，分值越高表示生活质量越好。

1.4 统计学分析

采用SPSS 25.0软件进行统计分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示，组间比较采用独立样本 t 检验，组内前后比较采用配对 t 检验；计数资料以例数和百分比[$n(\%)$]表示，组间比较采用 χ^2 检验或Fisher精确概率法。 $P < 0.05$

为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者一般资料比较

两组患者在性别、年龄、病程、体质指数(BMI)、合并症、用药种类等一般资料方面比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)，具有可比性。见表1。

表1 两组患者一般资料比较[$n(\%)$ ， $\bar{x} \pm s$]

项目	干预组($n = 42$)	对照组($n = 42$)	t/χ^2	P值
性别			0.192	0.661
男	24(57.14)	22(52.38)		
女	18(42.86)	20(47.62)		
年龄(岁)	58.64±9.75	59.23±10.06	0.273	0.786
病程(年)	8.42±4.63	8.95±4.85	0.519	0.605
BMI(kg/m ²)	25.14±3.27	25.36±3.18	0.314	0.754
合并症				
高血压	23(54.76)	25(59.52)	0.195	0.659
血脂异常	19(45.24)	21(50.00)	0.190	0.663
冠心病	11(26.19)	9(21.43)	0.265	0.607
用药种类			0.334	0.846
口服药物2种	17(40.48)	15(35.71)		
口服药物 ≥ 3种	14(33.33)	16(38.10)		
口服药物+胰岛素	11(26.19)	11(26.19)		
基础HbA1c(%)	8.73±1.42	8.65±1.38	0.261	0.795

2.2 两组患者不合理用药情况比较

干预3个月后，干预组不合理用药总发生率(11.90%)显著低于对照组(35.71%)，差异有统计学意义($\chi^2 = 6.857$ ， $P = 0.009$)。其中干预组用药时间不当2例，剂量不合理1例，药物相互作用1例，重复用药1例，禁忌症用药0例；对照组用药时间不当6例，剂量不合理5例，药物相互作用3例，重复用药1例，禁忌症用药0例。

2.3 两组患者干预前后血糖控制情况比较

干预后，两组FPG、2hPG、HbA1c水平均较干预前显著下降($P < 0.05$)，且干预组各指标改善程度优于对照组($P < 0.05$)。干预组血糖控制达标率(76.19%)高于对照组(54.76%)，差异有统计学意义($\chi^2 = 4.278$ ， $P = 0.039$)。见表2。

表2 两组患者干预前后血糖控制情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	FPG(mmol/L)		2hPG(mmol/L)		HbA1c(%)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
干预组	42	9.26±1.87	6.45±0.82*	13.78±2.95	8.63±1.21*	8.73±1.42	6.52±0.64*
对照组	42	9.18±1.92	7.23±1.05*	13.65±3.04	9.85±1.64*	8.65±1.38	7.15±0.82*
t 值		0.194	3.844	0.203	3.949	0.261	4.013
P 值		0.847	< 0.001	0.840	< 0.001	0.795	< 0.001

注：*与本组干预前比较， $P < 0.05$ 。

2.4 两组患者不良反应发生情况比较

干预期间，干预组不良反应总发生率(14.29%)低于对照组(33.33%)，差异有统计学意义($\chi^2 = 4.200$ ， $P =$

0.040)。其中干预组低血糖3例，胃肠道反应2例，皮疹1例；对照组低血糖7例，胃肠道反应5例，皮疹2例。

2.5 两组患者干预后用药依从性、用药知识掌握程度

及生活质量比较

干预后,干预组MMAS-8评分、用药知识掌握程度评分及DMQLS评分均显著高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。干预组用药依从性良好率(78.57%)高于对照组(52.38%),差异有统计学意义($\chi^2 = 6.222$, $P = 0.013$)。

干预组MMAS-8评分为(6.83 ± 0.95)分,对照组为(5.42 ± 1.24)分, $t = 5.874$, $P < 0.001$;干预组用药知识掌握程度评分为(85.26 ± 7.48)分,对照组为(67.35 ± 9.16)分, $t = 9.857$, $P < 0.001$;干预组DMQLS评分为(72.58 ± 6.73)分,对照组为(63.42 ± 7.85)分, $t = 5.782$, $P < 0.001$ 。

3 讨论

糖尿病作为慢性代谢性疾病,长期药物治疗是疾病管理的核心。然而,降糖药物种类繁多、用法复杂,加之糖尿病患者多为中老年人,对药物认知不足,导致不合理用药现象普遍存在^[4]。本文结果显示,个体化合理用药指导能显著降低糖尿病患者不合理用药率,提高血糖控制达标率,减少不良反应发生。这可能与多学科团队协作,根据患者个体特点制定用药方案,通过分层次用药教育增强患者对降糖药物的理解和正确使用有关。特别是针对不同药物特点的专项指导,如二甲双胍的饭中服用可减轻胃肠道反应,磺脲类药物与胰岛素联用注意低血糖风险等,使患者掌握科学用药方法,避免不合理用药行为^[5]。

个体化合理用药指导显著提高了患者用药依从性和用药知识掌握程度。用药依从性是影响治疗效果的关键因素,良好的依从性有助于血糖稳定控制,预防并发症。研究中采用的多种教育形式和辅助工具,如一对一讲解、视频演示、情景模拟、用药管理盒等,使患者更直观地理解用药要点,增强记忆,提高执行能力^[6]。而微信随访群和定期电话随访则为患者提供了持续支持和及时解答问题的渠道,有效解决了患者居家用药中遇到的困难,维持了良好的用药依从性。

个体化合理用药指导不仅改善了患者的血糖控制,还提高了生活质量。这可能与血糖稳定、减少低血糖等不良反应、增强自我管理能力有关^[7]。特别是对不良反应的预防和处理指导,使患者能及时识别并正确应对用

药过程中出现的问题,减轻了心理负担,提高了治疗信心,从而改善整体生活质量。值得注意的是,本文中干预组低血糖发生率明显低于对照组,这对于预防严重低血糖事件,保障用药安全具有重要意义。

个体化合理用药指导可有效提高糖尿病患者降糖药物使用合理性,改善血糖控制,减少不良反应,提高用药依从性及生活质量,值得在临床实践中推广应用。研究表明,通过多学科协作团队的共同参与,结合患者个体化特点,实施分层次教育和持续随访支持,能够使患者全面掌握降糖药物相关知识,建立科学用药观念,增强自我管理能力。这种干预模式不仅有助于解决当前糖尿病患者用药依从性差、不合理用药现象普遍的问题,还能通过优化药物治疗方案,实现血糖的稳定控制,降低并发症风险,减轻患者经济负担,提升医疗资源利用效率,最终实现糖尿病的规范化、个体化长期管理,改善患者预后和生活质量,具有显著的临床和社会价值。

参考文献

- [1] 蔡星宇,师佩兰,时照明,等.糖尿病患者降糖药物用药错误情况分析[J].临床合理用药,2025,18(2):16-19.
- [2] 武丹威,李瀛旭,李全志,等.糖尿病患者围术期口服降糖药物治疗管理[J].中国药物与临床,2025,25(1):16-20.
- [3] 陈亚清,张秀珍.降糖药物对2型糖尿病患者骨代谢的影响[J].中华内科杂志,2024,63(6):626-632.
- [4] 管绍羊,张维.多种口服降糖药物控制不佳的2型糖尿病患者转换为德谷胰岛素利拉鲁肽注射液治疗1例[J].中华糖尿病杂志,2024,16(Z1):95-97.
- [5] 中国研究型医院学会糖尿病学专业委员会,中华医学会糖尿病学分会,北京医学会糖尿病学分会,等.实体器官移植后糖尿病患者降糖药物应用专家共识(2024版)[J].器官移植,2024,15(3):333-351.
- [6] 秦珊,谷昭艳,闫双通,等.胰岛素强化联合多种药物治疗的2型糖尿病患者优化降糖方案1例[J].中华糖尿病杂志,2024,16(Z2):184-188.
- [7] 陈珂,汪智峰,刘波.2型糖尿病患者口服降糖药物治疗不佳转换为德谷门冬双胰岛素1例[J].中华糖尿病杂志,2024,16(Z1):33-36.