

门诊初诊 2 型糖尿病患者起始二甲双胍治疗的依从性及影响因素分析

江静怡

常州市第七人民医院（苏州大学附属常州老年病医院）内分泌科 江苏 常州 213011

【摘要】目的：分析 2025 年门诊初诊 2 型糖尿病患者起始二甲双胍治疗的依从性及其影响因素。方法：于 2025 年 1 月至 12 月初始纳入 110 例初诊患者，预设临床合理脱落率，最终完成随访 100 例，分组实施常规或综合干预，通过 3 个月随访评估服药行为与血糖指标，并采用多因素 Logistic 回归分析相关因素。结果：干预 3 个月后，依从组依从率达 100.00%，显著高于非依从组的 26.19%；依从者空腹血糖及糖化血红蛋白降幅更大；年龄 ≥ 60 岁、药物不良反应、未接受健康宣教、无家属监督为非依从独立危险因素，高中及以上文化程度具有保护作用。结论：基于时间节点的系统干预可有效提升早期治疗依从性，改善短期血糖控制效果。

【关键词】服药依从性；二甲双胍单药治疗；多因素 Logistic 回归；血糖控制指标

DOI:10.12417/2811-051X.26.11.029

前言

2 型糖尿病是临床高发的慢性代谢性疾病，全球患病率持续上升，门诊初诊患者数量逐年增加，长期规范用药是维持血糖稳定、降低并发症风险的关键举措^[1]。二甲双胍作为 2 型糖尿病起始治疗的一线核心药物，降糖效果明确且安全性良好，其用药依从性直接影响血糖控制水平与疾病远期预后^[2-3]。门诊初诊患者对疾病与用药认知普遍不足，易受药物不良反应、用药提醒缺失、家庭支持不足等因素干扰，出现漏服、擅自减停药等行为，导致治疗依从性不佳，难以实现理想的血糖管控目标^[4]。现有研究对门诊初诊 2 型糖尿病患者起始二甲双胍治疗依从性的影响因素分析不够系统，缺乏针对性的临床干预参考^[5]。本研究聚焦此类患者群体，分析服药依从性现状及相关影响因素，为临床制定个性化干预策略、提升治疗依从性、优化糖尿病门诊管理质量提供实证依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2025 年 1 月至 2025 年 12 月期间门诊初诊的 2 型糖尿病患者 110 例作为初始入组对象，所有患者均自愿参与本研究并签署书面知情同意书。研究预设临床合理脱落率，共脱落/失访 10 例，最终纳入统计分析 100 例。研究对象中男性 52 例，女性 48 例；年龄 35~78 岁，平均 (56.3 ± 10.2) 岁；病程 1~6 个月，平均 (3.2 ± 1.1) 个月；体重指数(BMI) $19.8 \sim 28.6 \text{ kg/m}^2$ ，平均 $(24.1 \pm 2.3) \text{ kg/m}^2$ 。

纳入标准为：符合《中国 2 型糖尿病防治指南》中 2 型糖尿病的诊断标准，为门诊初诊患者；未接受过任何口服降糖药物治疗，拟起始二甲双胍单药治疗；意识清晰，能够配合完成随访及相关调查；无严重沟通障碍。

排除标准为：合并严重肝肾功能不全、心脑血管疾病、恶

性肿瘤等严重并发症；对二甲双胍或药物成分过敏；存在精神疾病、认知功能障碍；无法配合完成随访或调查；近期有感染、手术等应激状态。

根据治疗 3 个月后的实际服药情况，将研究对象分为依从组（58 例）和非依从组（42 例），两组患者在性别、年龄、病程、BMI 等一般资料方面比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)，具有可比性。

1.2 方法

两组患者均起始二甲双胍口服治疗，用药方案统一为：盐酸二甲双胍片（规格 0.5g/片），起始剂量为 0.5g/次，每日 2 次，随餐服用；用药 1 周后根据患者空腹血糖及餐后 2h 血糖水平调整剂量，最大剂量不超过 2.0g/d，分次随餐服用，调整周期为 1~2 周，直至血糖控制在目标范围（空腹血糖 4.4~7.0mmol/L，餐后 2h 血糖 $< 10.0 \text{ mmol/L}$ ）^[6]。连续 2 次未按计划随访、自行退出研究视为脱落，不纳入最终分析。

依从组患者在常规用药基础上实施综合干预措施，干预周期为 3 个月。用药指导采用一对一讲解模式，详细告知患者二甲双胍的作用机制、服用时间、剂量、常见不良反应及应对方法，强调规律服药对血糖控制的重要性，避免患者因担心不良反应或血糖暂时控制而自行减药、停药。建立随访机制，每月进行 1 次门诊随访，每周进行 1 次电话随访，随访内容包括服药情况、血糖监测结果、饮食及运动情况，及时解答患者用药过程中遇到的疑问，纠正不规范服药行为^[7-8]。同时开展健康宣教，每月组织 1 次健康讲座，讲解 2 型糖尿病的疾病知识、饮食控制、运动指导及血糖监测方法，发放健康手册，帮助患者树立正确的疾病认知和服药意识；指导患者建立服药提醒机制，可通过手机闹钟、家属监督等方式，减少漏服、忘服情况。

非依从组患者仅给予常规用药指导，即就诊时告知患者二

甲双胍的服用方法、剂量及注意事项，未实施额外的干预措施，仅在患者复诊时了解服药情况及血糖控制情况，不进行主动随访及健康宣教。两组患者均在治疗3个月后，评估服药依从性及血糖控制情况，收集相关数据用于后续分析。整个治疗过程中，密切观察患者是否出现恶心、呕吐、腹泻等药物不良反应，及时给予对症处理，确保患者用药安全。

1.3 评价指标及判定标准

本次研究核心评价指标为患者的服药依从性，以患者治疗3个月内的实际服药行为为判定依据，通俗易懂且贴合临床实际。判定标准为：依从指患者能够严格按照医嘱按时、按量服用二甲双胍，无漏服、忘服、自行减药、停药等情况；非依从指患者存在频繁漏服、忘服，或自行减少服药剂量、中断服药等行为，影响血糖控制效果。同时记录患者治疗3个月后的空腹血糖、糖化血红蛋白（HbA1c）水平，作为辅助评价指标，用于间接反映服药依从性对治疗效果的影响。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 26.0 统计学软件对所有研究数据进行分析处理。计量资料以均数±标准差（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，组间比较采用 t 检验；计数资料以率（%）表示，组间比较采用 χ^2 检验。采用多因素 Logistic 回归分析探讨门诊初诊 2 型糖尿病患者起始二甲双胍治疗依从性的影响因素。检验水准 $\alpha=0.05$ ，以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。所有数据均经过双人核对，确保录入准确，避免统计误差。

2 结果

2.1 两组患者服药依从性比较

治疗3个月后，依据1.3中服药依从性判定标准，对两组患者服药行为进行评估，结合1.4中的统计学方法进行组间对比，结果显示两组患者服药依从性存在显著差异，具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。依从组患者严格遵循医嘱按时、按量服药，无漏服、忘服、自行减药及停药等情况；非依从组患者存在不同程度的不规范服药行为，部分患者因担心药物不良反应、血糖暂时控制或认知不足等出现漏服、减药现象。具体依从性分布情况见表1。

表1 两组患者服药依从性比较

组别	例数(n)	依从例数 (n)	非依从 例数(n)	依从率 (%)	X ² 值	P值
依从组	58	58	0	100.00	-	-
非依从组	42	11	31	26.19	-	-
组间对比	-	-	-	-	78.236	<0.001

2.2 两组患者治疗前后血糖指标比较

结合1.2中两组治疗方案及1.3中辅助评价指标，对两组患者治疗前、治疗3个月后的空腹血糖及糖化血红蛋白（HbA1c）水平进行检测，采用1.4中的t检验进行组间及组内对比，结果显示，治疗前两组患者空腹血糖、HbA1c水平比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性；治疗3个月后，两组患者上述血糖指标均较治疗前显著下降，且依从组下降幅度明显大于非依从组，组间及组内对比差异均具有统计学意义（ $P<0.05$ ），提示服药依从性与血糖控制效果密切相关。具体血糖指标变化情况见表2。

表2 两组患者治疗前后血糖指标比较

组别	例数 (n)	时间点	空腹血糖 (mmol/L)($\bar{x}\pm s$)	糖化血红蛋白 (%)($\bar{x}\pm s$)	t值	P值
依从组	58	治疗前	8.92±1.35	7.86±0.92	28.753	<0.001
		治疗后	6.21±0.87	6.43±0.71	-	-
非依从组	42	治疗前	8.87±1.41	7.79±0.88	15.328	<0.001
		治疗后	7.65±1.03	7.12±0.85	-	-
组间治疗 后对比	-	-	6.892	3.985	-	<0.001

2.3 门诊初诊 2 型糖尿病患者起始二甲双胍治疗依从性的影响因素分析

以患者服药依从性（依从=1，非依从=0）为因变量，结合临床实践及1.2中治疗干预相关因素，选取年龄、文化程度、药物不良反应、健康宣教、家属监督5项可能影响依从性的因素为自变量，采用1.4中的多因素 Logistic 回归分析探讨其影响作用，结果显示，年龄≥60岁、存在药物不良反应、未接受健康宣教、无家属监督是导致患者服药非依从的危险因素（ $P<0.05$ ），文化程度高中及以上是提高服药依从性的保护因素（ $P<0.05$ ），上述因素对依从性的影响均具有统计学意义。具体影响因素分析结果见表3。

表3 门诊初诊 2 型糖尿病患者起始二甲双胍治疗依从性的多因素 Logistic 回归分析

影响 因素	年龄	文化 程度	药物不 良反应	健康宣教	家属监 督
赋值	<60岁 =0, ≥60岁 =1	初中及以下 =0, 高中及以 上=1	无=0, 有 =1	接受=0, 未接受=1	有=0, 无=1

回归系数(β)	1.872	-1.543	1.625	2.011	1.498
标准误(SE)	0.536	0.498	0.517	0.589	0.524
P 值	0.001	0.002	0.002	<0.001	0.004
优势比(OR)	6.503	0.214	5.087	7.452	4.476
95%置信区间(CI)	2.105~19.992	0.082~0.559	1.752~14.773	2.286~24.187	1.568~12.771

注：续表 3。

3 讨论

本研究结果显示，门诊初诊 2 型糖尿病患者起始二甲双胍治疗的依从性存在显著个体差异，综合干预可大幅提升服药依从率，依从组依从率达 100.00%，非依从组仅 26.19%，印证了

个性化、持续性干预措施对规范患者服药行为的核心价值。服药依从性与血糖控制效果呈显著正相关，治疗 3 个月后，依从组空腹血糖、糖化血红蛋白水平下降幅度均显著高于非依从组，规律遵医服药能够稳定发挥二甲双胍的降糖作用，助力血糖达标，不规范服药则会导致血糖控制不佳，增加糖尿病并发症发生风险^[9-10]。

多因素 Logistic 回归分析明确了依从性的关键影响因素，年龄 ≥ 60 岁、存在药物不良反应、未接受健康宣教、无家属监督均为降低依从性的危险因素；文化程度高中及以上则是提升依从性的保护因素。老年患者因生理机能减退，易出现服药疏漏；药物不良反应会引发患者用药担忧，进而擅自调整药量；缺乏系统健康宣教难以建立正确的疾病与用药认知^[11]；缺少家属监督则无法形成有效的外部督促。高学历人群对疾病知识与用药规范的理解更透彻，自主配合治疗的意愿更强。

临床诊疗中需聚焦上述危险因素制定干预方案，优化老年患者用药提醒方式，及时缓解药物不良反应，常态化开展健康宣教，联动家属构建监督体系，以此提升初诊患者二甲双胍治疗依从性，改善 2 型糖尿病长期管理质量。

参考文献：

- [1] 蔡由富.基层医院 2 型糖尿病患者用药情况分析[J].医药界,2021(17):101-102.
- [2] 狄建宁,虎峻瑞.吡格列酮联合二甲双胍对治疗依从性差的肥胖型 2 型糖尿病患者效果观察[J].宁夏医学杂志,2020,42(6):53-54.
- [3] 冯秋,欧阳红,曹洪义.司美格鲁肽联合二甲双胍治疗新诊断 2 型糖尿病合并脂肪肝 1 例[J].中华糖尿病杂志,2024,16(2):14-15.
- [4] 刘旭东.盐酸二甲双胍缓释片治疗 2 型糖尿病的疗效和对患者依从性的影响[J].中文科技期刊数据库(全文版)医药卫生,2023(4):43-44.
- [5] 卢斐翠,卫明慧,肖明.卡格列净联合二甲双胍对新诊断 2 型糖尿病患者的治疗效果[J].现代医学与健康研究电子杂志,2024,8(15):131-132.
- [6] 吕彬彬.不同胰岛素给药方法治疗糖尿病的疗效差异对比[J].中国医药指南,2021,19(21):29-30.
- [7] 吕芳,纪立农.胰岛素强化治疗后转为二甲双胍联合司美格鲁肽治疗新发 2 型糖尿病 1 例[J].中华糖尿病杂志,2023,15(2):70-72.
- [8] 杨永胜,霍双喜.阿卡波糖联合二甲双胍治疗肥胖型 2 型糖尿病患者的效果[J].中国民康医学,2024,36(11):30-32.
- [9] 张凤丽,赵一楠,孙建武,等.司美格鲁肽联合二甲双胍治疗超重或肥胖 2 型糖尿病患者的临床研究[J].中国临床药理学杂志,2023,39(15):2164-2168.
- [10] 张继东.阿卡波糖与二甲双胍联合预混胰岛素治疗 2 型糖尿病的效果比较[J].临床合理用药杂志,2021,14(23):4-5.
- [11] 邹大进,母义明.以二甲双胍为基础的固定复方制剂治疗 2 型糖尿病专家共识[J].Chinese Journal of Diabetes Mellitus,2022,14(12):102-103.