

冠心病合并糖尿病患者个体化治疗依从性影响因素

闫海明

佳木斯大学, 黑龙江 佳木斯 154007

摘要: 冠心病合并糖尿病患者因疾病本身复杂性及治疗方案多样性, 在个体化治疗过程中普遍面临依从性不足的问题, 影响其预后与生活质量。本文通过分析该类患者在实际治疗中的依从性现状, 系统梳理了影响依从性的多维因素, 包括患者层面的健康认知与行为习惯、医务人员的沟通与指导能力, 以及医疗系统的支持结构。结合实际案例, 探讨了多维融合干预模式的构建与应用效果, 如健康教育、家庭支持、多学科协作与智能化管理手段, 验证了其在提升依从性方面的积极作用。研究表明, 提升治疗依从性需依赖系统化、连续性的综合干预, 建议从宣教强化、技术赋能、制度支持和资源整合四方面发力, 为个体化治疗的落地与优化提供实践路径和理论依据。

关键词: 冠心病; 糖尿病; 个体化治疗; 依从性; 影响因素

冠心病与糖尿病是当代社会最常见且危害性极大的慢性疾病之一, 二者的共病情况日益普遍, 尤其在老年人群中更为突出。数据显示, 冠心病患者中合并糖尿病者的比例持续上升, 其病情控制难度较高, 心血管事件风险显著增加, 因此亟需实施更为精细和有针对性的治疗策略。近年来, 随着“以患者为中心”的个体化治疗理念逐渐深入临床实践, 医生不再单纯依赖标准化用药路径, 而是综合患者年龄、病情演变、生活方式等因素, 制定个体专属的治疗方案。然而, 尽管个体化治疗在理论和技术层面不断进步, 临床中依然面临患者依从性不足的问题, 表现为漏服药、擅自停药、忽视生活干预等行为, 严重影响治疗效果与长期预后。因此, 探索并分析影响冠心病合并糖尿病患者个体化治疗依从性的多维因素, 找出影响依从性的关键环节, 具有重要的现实意义和临床价值, 也有助于优化慢病管理体系, 减轻医疗系统负担。

1 现状分析: 冠心病合并糖尿病患者的治疗依从性特征

1.1 个体化治疗背景下的依从性挑战

在临床慢病管理体系不断进化的背景下, 冠心病合并糖尿病患者所需的治疗方案日益复杂, 治疗目标不仅是控制血糖和血脂, 更包括减少心血管事件发生率、延缓病情进展及提高生活质量。个体化治疗方案强调因人制宜, 涵盖多种药物联合使用、膳食计划制定、运动干预以及心理行为调整等多个方面。然而, 这种高度精细化、程序化的治疗路径对患者的执行能力和理解水平提出了更高要求, 导致部分患者出现执行困难甚至抵触心理, 从而影响依从性。

1.2 当前患者依从性普遍偏低

据 2023 年在某三甲医院内科病区进行的问卷调查结果显示, 在接受个体化治疗的 213 名冠心病合并糖尿病患者中, 有超过四成未能持续监测血糖, 约三分之一存在漏服药现象, 仅 22% 的患者能坚持每日有氧运动。这些数据反映出依从性问题已成为治疗成效受限的核心障碍之一。临床医生普遍反映, 患者对生活干预重要性的认知不足, 依旧存在“药物才是治疗核心”的误区, 导致健康教育效果有限, 行为改变难以持续。

1.3 治疗执行中的实际困境

患者在执行个体化治疗方案的过程中, 面临多重困境。首先是对治疗计划理解有限, 特别是老年患者常因文化程度不高或听力、记忆力减退而难以准确把握医嘱; 其次, 治疗流程复杂且需定期随访, 但许多患者出院后缺乏外部督导和支持, 导致方案执行中断。例如某社区卫生服务站的实地访谈中提及, 部分独居老人不清楚用药时间与剂量, 仅凭“感觉”判断是否服药, 造成血糖血压波动。

1.4 不同群体依从性的差异性

从患者特征出发, 依从性在不同群体间表现差异明显。有较高教育水平、经济状况良好或曾接受慢病管理教育的患者, 其依从性明显优于文化程度低或无家属陪护者。以某基层社区为例, 在对 50 名患者进行跟踪随访的过程中发现, 参与家庭支持干预的患者服药依从率高出对照组 27 个百分点, 说明家庭和社会资源在依从性保障中扮演着重要角色。

1.5 依从性评估与监测手段不足

当前多数医疗机构对治疗依从性的评估方式较为单一, 主要依赖医师主观判断、短期访谈或简化的问卷形式,

缺乏连续监测和行为数据支持。这也造成对患者长期行为模式难以有效识别,干预措施常常停留在“事后补救”阶段,缺乏系统性的追踪与反馈机制。尤其在基层医疗单位,由于人力有限,医护人员难以提供持续指导和监控服务,进一步加剧了依从性下降的风险。

2 依从性影响因素分析

冠心病合并糖尿病患者在接受个体化治疗过程中,依从性受到多个层面的影响,这些因素不仅来源于患者本身,还包括医护人员的行为与态度、医疗制度的支持程度等外在环境因素。理解这些多维度的影响机制,对于精准干预、提升患者治疗依从性具有重要意义。

2.1 患者层面因素

患者个人因素是影响依从性的首要环节,主要包括健康认知、文化教育水平、经济状况、心理状态以及家庭支持系统等。许多患者对于“个体化治疗”这一概念仍缺乏足够理解,尤其是年长患者容易将医生制定的综合方案简化为“吃几种药”,从而忽视饮食、运动与心理调节等其他关键干预手段。此外,部分患者将症状缓解等同于病情好转,一旦感觉“差不多”,便擅自停药或减少剂量,严重影响治疗效果。

教育水平也显著影响依从行为。一项在某市基层社区进行的调查显示,中学及以下学历患者的饮食控制依从率仅为 28.4%,而大学以上学历的患者该指标可达 67.5%。经济状况亦不可忽视,部分低收入群体因药品费用负担重而断续服药,尤其是长期需服用多种药物的患者更易出现治疗中断的情况。此外,心理因素如焦虑、抑郁也会显著影响患者对治疗方案的接受与执行。在某慢病门诊管理项目中,医护人员发现,心理状态不稳定的患者依从性明显低于心理状态良好者。

家庭支持系统同样起到关键作用。独居老人、家庭成员缺乏照护能力或不重视患者病情的情况下,患者依从性往往较低。相反,在有亲属定期陪诊、监督服药、共同参与饮食管理的家庭中,患者执行治疗方案的意愿更强、坚持时间也更长。

2.2 医疗提供者层面因素

医务人员在依从性干预中扮演着“引导者”和“支持者”的双重角色。医生是否能够充分向患者解释治疗方案、能否以通俗易懂的方式传递复杂信息,直接影响患者的理解程度与执行信心。实际中,不少临床医师由于诊疗任务繁重,对患者的用药教育时间有限,大多只是快速说明,缺乏具体说明服药注意事项或个性化管理方法,导致部分

患者“似懂非懂”,甚至误解治疗意图。

护士和药师的辅助作用也常常被忽视。在以疾病为中心的传统医疗模式下,医疗团队对治疗依从性的整体关注不足,缺乏跨学科协作和系统性宣教机制。一些地方医院虽设立了健康教育岗,但实际运作中往往形式化,难以真正影响患者行为。例如,有患者反映:“每次都是发几张资料,看了也记不住,也没人再提醒。”这反映出医护在宣教后的“跟进”机制严重缺失。

此外,医务人员的态度与沟通方式也影响患者信任感。有研究指出,态度冷漠、用语生硬或敷衍解释的医生更容易引起患者抵触心理,降低合作意愿。而那些能够尊重患者意见、注重人文关怀的医生,其所管理的患者依从性普遍更高。

2.3 医疗系统与环境因素

医疗制度与环境构成了治疗依从性的外部支撑框架,制度不健全往往会放大患者在执行治疗中的各种困难。首先,医保报销制度不完善,导致部分必要药物或检测手段患者需自费承担,加重经济压力,间接影响依从性。以某市为例,一位低保户患者因长期需服用进口降糖药物,但医保无法全额报销,家庭经济状况难以持续支持,最终只能间断性用药,血糖控制始终不理想。

其次,医疗资源分布不均,尤其在基层或农村地区,专业医生数量有限,社区医护人员缺乏慢病管理经验,难以提供持续、系统的随访服务。部分地区患者甚至需奔波至市区就诊,交通不便与等待时间长亦降低了就诊积极性。此外,复诊流程繁琐、挂号系统复杂、不同科室之间信息不共享等问题,也使患者在实际执行治疗方案时遇到多重障碍。

信息化建设不足亦是制约依从性提升的一大短板。缺乏智能化随访系统或移动平台提醒工具,导致患者无法得到及时反馈和动态调整。例如,若能通过微信小程序提醒患者服药、记录血糖、预约复诊,依从性将显著改善。但在多数基层机构,这类技术尚未普及。

3 实践干预路径与案例分析

针对冠心病合并糖尿病患者依从性差的问题,单一的教育宣讲或医嘱提醒往往成效有限。需要从患者行为模式、家庭支持、医疗服务流程等多个方面协同干预,建立结构化、连续性的依从性提升机制。以下从干预模式、典型案例、多学科协作与效果评价等角度进行探讨。

3.1 多维融合干预模式的构建

提升依从性的核心在于个体化与系统化。某三甲医院

试点实施“五位一体”依从性干预模型，覆盖健康教育、服药提醒、家庭协作、团队管理与社区随访五个方面。患者接受阶段性健康宣教后，配备电子药盒与微信小程序联动，实现用药提醒与数据上传。同时，鼓励家庭成员参与用药记录与饮食管理，并由护士定期跟踪反馈。

试点数据显示，干预三个月后，患者规律服药比例由原来的 59% 上升至 83%，运动执行率从 21% 上升至 54%，说明综合措施有助于患者行为改变。

3.2 典型个案干预分析

患者王某，男，65 岁，既往依从性差，因服药频次多、缺乏家人监督，常出现漏服。干预团队简化其用药方案为每日早晚各一次，并使用语音提醒药盒，同时其儿子协助监督。三个月后，王某的空腹血糖和 LDL 水平均明显下降，治疗依从性大幅提升。

另一例李某，女，70 岁，文化程度低，误解用药方式导致副反应。团队为其设计颜色标签识别法，并配合社区护士定期入户讲解。其后未再发生误服，血糖控制明显改善，说明针对高风险群体的简化策略尤为必要。

3.3 多学科协作与资源整合机制

依从性干预不能只靠医生，需护士、营养师、心理师等共同参与。X 医院设立“慢病协同门诊”，初诊即配有专人评估依从性风险，按需提供饮食计划、运动指导与心理疏导。社区层面，则通过家庭医生签约与远程监测实现上下联动，患者可在家完成数据上传并获得跟踪反馈，减轻就医负担。

3.4 效果评价与动态调整机制

在建立干预路径后，如何持续追踪效果并及时调整策略至关重要。干预机构建立了依从性月度评价制度，结合患者自报表、电子记录数据、复诊指标变化等综合评估依从性水平，并通过“红黄绿”三色标签对患者进行分类管理，红色为高风险，黄为中等风险，绿色为良好控制。在黄红标签患者中，每月至少开展一次重点随访，若指标连续恶化，则由专职协调小组介入重新评估方案。

例如，一位中风险患者在连续两月 HbA1c 不达标的情况下，通过指标预警被转入“绿色通道”，由院内专家重新审视用药结构，并进行家庭干预强化，避免了不良事件的进一步发生。这种分级响应机制，有效增强了干预措

施的精度与可持续性。

4 结论与建议

本研究围绕冠心病合并糖尿病患者个体化治疗的依从性问题展开分析，发现依从性受患者认知、医患沟通、家庭支持和医疗系统等多重因素影响。虽然个体化治疗理念不断推进，但在实际执行中仍存在理解难、执行难、监督难等问题，尤其在高龄、文化程度低和经济困难的患者中更为明显。

实践表明，多维干预路径，如健康教育、智能提醒、家庭参与和多学科协作，可有效改善患者的治疗依从性。为此，建议进一步加强个体化健康宣教、推广数字化工具、优化医保支持政策，并推动社区-医院联动机制建设，提升依从性管理的系统性与持续性，为慢性病精准防控提供有力支撑。

参考文献：

- [1]王聪颖,陈坤,王立立,等.系统性免疫炎症指数对冠心病合并糖尿病老年患者发生心肌梗死事件的影响[J].中华老年心脑血管病杂志,2025,27(03):280-284.
- [2]蒋晓钰,宋燕燕,陆燕红,等.“慢病管理系统+互联网模式”对老年冠心病合并糖尿病患者的应用效果[J].基层医学论坛,2024,28(29):1-5+12.
- [3]李丹,梁晨景,张冰梅,等.冠心病合并糖尿病病人经皮冠状动脉介入治疗术后围术期血糖管理循证实践[J].全科护理,2025,23(01):81-85.
- [4]刘靖,周翔海.冠心病合并 2 型糖尿病患者的血糖管理专家共识[J].中国循环杂志,2024,39(04):342-352.
- [5]王可,王梦珍,万枕驰,等.系统免疫炎症指数与 2 型糖尿病合并冠心病及冠状动脉病变严重程度的关系[J].实用心脑血管肺血管病杂志,2024,32(09):32-37.
- [6]刘飞燕,田丹丹,何平平,等.老年冠心病合并糖尿病患者身体活动障碍现状及影响因素分析[J].湖南师范大学学报(医学版),2024,21(04):180-186.
- [7]李娟,钟美玲,钟足梅.全程护理对冠心病合并糖尿病介入患者临床效果及遵医行为的影响分析[J].糖尿病新世界,2024,27(20):113-116.
- [8]梁晶晶,李小娟.中医药治疗糖尿病合并冠心病研究进展[J].中国中医药现代远程教育,2024,22(10):164-167.