

糖尿病肾病合并高钾血症患者的风险预警与阶梯式护理干预策略

尚冬梅 杨清伊 马颖 孟海燕 (通讯作者)

北京中医药大学东直门医院, 北京 100010

摘要: 糖尿病肾病属于糖尿病的常见并发症范畴, 高钾血症是其面临的严重电解质紊乱情形, 可引起如心律失常等威胁生命的并发症, 加剧肾病进展态势, 实施针对糖尿病肾病患者的的高钾血症风险预警, 进行针对性的阶梯式护理干预意义显著。应构建风险评估模式、强化动态观测、实施风险宣传等预警途径, 及时识别高危病患, 采取具目标性行动, 在护理干预期间, 针对患者在饮食、药物应用、生活方式范畴施行个性化治理, 意在减少并发症发生几率, 提升生存质量水平, 医护人员需将糖尿病肾病合并高钾血症的防治提上重视日程, 聚焦风险防控工作, 实施精细化护理调控, 为患者提供优质可靠的医疗护理服务。

关键词: 糖尿病肾病; 高钾血症; 风险预警; 阶梯式护理; 干预策略

0 引言

糖尿病肾病是糖尿病诸多常见慢性并发症中的一种, 且为终末期肾病的主要根源, 我国糖尿病肾病的发病率逐年呈上升趋势, 已成为威胁公众健康的重大问题, 糖尿病肾病常出现的电解质紊乱中, 高钾血症位列其中, 可能出现乏力、心悸以及心律失常等情形, 甚至可诱发心跳骤停, 危及生命。由于糖尿病肾病患者肾功能遭到破坏, 体内出现钾离子滞留现象, 且由于采用 ACEI/ARB 类降压药等因素影响, 高钾血症风险明显上升, 如何切实做好糖尿病肾病患者高钾血症的预防与控制, 优化生存水平, 成为急需应对的棘手挑战, 本文着手对糖尿病肾病合并高钾血症的风险预警策略和阶梯式护理干预操作进行探讨, 为临床防治提供参考借鉴。

1 糖尿病肾病合并高钾血症的危害与风险因素

1.1 高钾血症对心血管系统的危害

高钾血症可引发心肌细胞膜电位呈现超极化表现, 引起心律错乱, 以室性心动过速、室颤等心律失常类型。病情严重时能造成心跳骤停、心源性猝死的后果, 心电图可观察到尖峰状 T 波、QRS 波增宽等变化, 心律失常发生风险与血钾水平呈正相关^[1]。

1.2 高钾血症加重糖尿病肾病进展

高钾血症可诱发肾小管 - 肾小球反馈功能的失调状况, 引发肾小球呈现高滤过表现, 加重对肾脏的破坏。高钾环境中, 肾素 - 血管紧张素系统活性上升, 加剧肾小球压力升高, 促使肾脏呈现纤维化, 加快肾功能恶化速度

^[2]。

1.3 糖尿病肾病患者发生高钾血症的高风险因素

糖尿病肾病患者一般伴有肾小管功能的障碍现象, 钾排泄受到限制; 采用 ACEI/ARB 类药物可对醛固酮的分泌加以抑制。减少远曲小管钾离子分泌量; 高血糖凭借渗透作用发挥利尿效果, 引起胞外液的流失现象; 感染、酸中毒等可加剧高钾血症态势^[3]。

2 糖尿病肾病合并高钾血症患者的风险预警策略

2.1 建立完善的高钾血症风险评估体系

在筹备糖尿病肾病患者高钾血症风险评估标准制定工作时, 除纳入肾功能划分阶段、用药状况、血糖控制情况、酸碱状态情形等客观指标之外, 也要综合考虑患者年龄、合并疾患、生活状态等要点, 力求全面且精准地体现其风险情形, 对初诊患者开展首次评估须细致精准。依靠查阅病历档案、举行会诊讨论、开展问卷调研等多样手段, 全面剖析患者病史细节、用药依从实际状况、饮食习惯内在特点、自我管理潜力潜在水平等, 以此为依据实行科学分层及个性化治理, 就三种风险等级的区分而言, 应设定确切、可量化的标准, 如低危: 未到 4.0mmol/L 的水平, 中危: 4.0 至 5.0mmol/L 数值, 高危: 数值为 5.0mmol/L 及以上等情形, 方便评估人员把握与实施, 在后续动态评估阶段中, 护理人员要做好跟踪日志, 勾勒患者血钾水平起伏变化的曲线, 剖析其影响因子, 为风险等级的调整提供支撑, 面对评估判定属于高危局面的患者, 要制订有针对性的预防举措, 如增加监测频次、强化饮食宣教、调整

用药安排,切实降低高钾血症发作几率^[4]。

2.2 加强对高危患者的动态监测

就评估认定为高钾血症高危的糖尿病肾病患者而言,在日常监测阶段,护理人员除悉心留意患者生命态势、心电图状态、血钾的实际水平外,应根据病情的变动合理调整监测的频次,一旦患者表现出乏力、心悸等早期阶段的高钾血症症状,应马上加密对生命体征的测量,每小时对心电图、血钾进行一次监测,直至病状平稳,在血糖监测方面,鉴于血糖波动与高钾血症之间关系密切,护理人员应引导患者强化自我血糖监测意识。每日实施 4~7 次检测,记录血糖起伏规律,倘若检测到异常,应马上向医护人员汇报,面对酸碱平衡失调情形,可实施对患者血气分析指标的动态化监测,诸如 pH 值、碳酸氢根浓度、二氧化碳分压数值等,若发现有走向酸中毒的倾向,要迅速予以矫正,进行用药相关监测时,针对服用 ACEI/ARB、螺内酯这类高风险致钾药物的患者,护理人员应周全询问其用药的具体剂量、服用的频次情况与不良反应等,必要时辅助对处方进行复核,检查药物组合的配伍禁忌^[5]。

2.3 针对性开展高钾血症风险宣教

对糖尿病肾病患者开展高钾血症风险的知识宣教,需先全面考量患者的认知程度与接纳能力,采取浅易直白途径,对高钾血症相关知识剖析透彻,在症状宣教阶段,可借助生动详实的事例阐述高钾血症的主要表现特点,告知患者加强自我监测,当出现心跳紊乱、身感乏力、肢体麻痒等不适时,及时就医、获取支持,避免病情拖延恶化。在饮食教导维度,护理人员要给患者讲解食物钾含量与烹调方法的关系,给出低钾食品的种类及搭配规范,提供低钾的餐食食谱,带动患者在家烹制营养美味的低钾食物,针对若干依从性差的患者群体,护理人员可赴患者家中进行指引,现场实操传授低钾烹饪技巧,加大宣教成效,实施用药宣教期间,应采用通俗表达说明 ACEI/ARB、螺内酯等高危药物作用原理,嘱托按规程服药,杜绝擅自进行剂量的增减,定期就血钾、肾功能等实施复查^[6]。

3 糖尿病肾病合并高钾血症患者的阶梯式护理干预措施

3.1 饮食干预:制定个性化低钾饮食方案

患有糖尿病肾病并伴有高钾血症的患者,饮食干预要遵照个体化、精准化方针,医护人员须全面评估患者病情严重程度、肾功能状态、电解质水平、饮食习惯以及营养状况等,据此拟定贴合患者实情的低钾饮食规划,饮食方案需做到钾、磷为低水平,优质蛋白适量且能量足量,维持患者全面营养水平,还应针对患者进行必要的饮食宣教

活动。阐释食物钾含量及其相关影响因子,教导低钾的烹制方法,给出低钾饮食的示例食谱,助力患者把握控钾饮食关键,饮食护理要体现出阶梯式逐步递升特点,按照患者病情演变及饮食落实状况,结合实际动态变更饮食规划,防止过严的限制对依从性及生活质量造成负面影响,护理人员应进一步推进膳食督导,按固定周期评估患者饮食控制情形,实施有针对性的辅导与鼓舞,协助其构建合理、规范的饮食习性。

例如,就一位血钾处于 6.0mmol/L 水平,患糖尿病肾病,肾小球滤过率达 30ml/min 的人,护理人员跟营养师交流后,敲定了个性化低钾饮食计划,方案把每日钾的摄入量限制在 1500~2000mg,把蛋白质摄入量控制到 0.8g/,具体要求患者降低豆制品、深绿色蔬菜、水果及其制成物件的食用频次,恰当食用精米面、薯类淀粉、瘦肉蛋类、低脂奶品等低钾食物项,烹饪时可多借助焯水、浸泡等方式削减蔬菜钾含量,护理人员以食物模型、图片等向患者演示高钾食物的种别及替代食品。呈上一日三餐专属的低钾食谱,要求患者记录每日所食内容,作为饮食教育及行为干预的参照,凭借一周的低钾食物摄取,患者血钾降低至 5.2mmol/L 这一数值,自觉倦怠、乏力等表现减轻,护理人员勉励患者坚持合理的饮食安排,必要时对饮食方案合理变动,优化患者营养情形,控制病情。

3.2 药物干预:针对顽固性高钾血症,合理采用促钾排出药剂

单纯实施饮食干预,一般不易达到理想的控钾效果,当下要按医嘱恰当采用促钾排泄药物,普遍使用的药物有袢利尿剂(若以呋塞米为例)、肾上腺皮质激素(如 9- α -氟氢可的松)之类,护理人员应向患者阐明药物作用原理、给药操作、不良后果与注意要点,劝诫患者按标准服药,定期随访,给药期间审慎观察患者临床的表现情形,实施对血钾、肾功能、血压等指标的监测,考量药物疗效及其安全性,若有异常现象及时向医师报告,护理人员应开展用药宣教后的随访工作,劝告患者按照周期复诊,引导其学会恰当运用血糖仪、血压计,勉励患者进行自我监测实践。且对监测所得结果加以剖析,修订药物治疗规划。

例如,对于一位利用氨氯地平缓释片开展高血压治疗的对象,持续存在血钾水平高于 6.0mmol/L 现象的老年糖尿病肾病患者,医师依循个性化准则,采用小剂量螺内酯(12.5mg),护理人员为患者阐释螺内酯促进钾排泄的作用原理及服用方式,警戒切勿擅自增减药剂用量。嘱托患者每天去测量血压,如实记录用药情形及自我的体悟,

待用药 3 天这个阶段过去后,患者自觉口乾、力疲,血钾下探至 5.5mmol/L,觉得大概是药物干扰电解质平衡引发,然后请医师减少螺内酯剂量且进行电解质补充,同时推动患者进一步加强饮食控钾,1 周时段结束接着复查,患者血钾维持在 4.5 至 5.0mmol/L 这个数值范围,药物的不良作用消退,护理人员进一步引导患者熟习自我电解质监测方法,若有必要则调整治疗安排,依靠跟踪随访且迅速反馈,切实发挥出药物干预跟护理的协同效应,实现了患者用药安全的保障。

3.3 生活方式干预:运动、压力管理等非药物治疗

基于药物及饮食控钾举措,倡导糖尿病肾病伴高钾血症患者借助适度运动、压力调控等非药物疗法,改良身体综合情形,增强生活质感,实施运动干预可采用专属的运动处方,如开展中等强度的有氧身体活动,每次以 20-30 分钟为运动时长,以周为周期,开展 3 至 5 次,运动可增进机体胰岛素敏感性的表现,加快葡萄糖的利用步伐,助力血糖平稳;也可推动骨骼肌糖原、脂肪等的代谢活动,促成钾离子从细胞外面迁移到细胞里面,推动血钾水平下降,护理人员要对患者身体状况、运动耐受能力等做全面评估。构建循序渐进的运动规程,起始阶段宜选择低强度、短时长,而后渐增运动的分量,运动时对患者的心率、血压以及其自觉的疲劳程度等进行密切观察,引导其掌握运动自我监测能力。

例如,一名中年男性,5 年前确诊糖尿病肾病,近期血钾提升到 5.8mmol/L,在采用药物治疗与饮食管控钾含量期间,护理人员鼓舞他增添运动锻炼频次,该患者每天在工作方面耗时甚长,自觉身体力量下降,护理人员跟此人一起拟定渐进式运动计划,建议其凭借工间的间歇时间,每次以 15-20 分钟开展散步,每周 3 次及以上。嘱托患者运动时自主对心率、呼吸等进行监测,初期阶段禁止剧烈运动开展,为提高患者对运动的依从性,护理人员也向患者推介运动日记 APP,激励患者借助自我监测强化运

动习惯,患者运动的频率、时长均呈现增加态势,自觉精力变得充沛、睡眠质量变好,血钾稳定维持在 4.5 ~ 5.0mmol/L 间,护理人员采用放松训练音乐开展压力调控,舒缓工作造成的紧绷情绪,采用综合生活方式做干预尝试,切实降低了患者面临高钾血症的风险,提升其生活水准,与此同时培育起患者的自我管理意识,拉高了疾病管理参与的积极性,获得了值得肯定的干预成效。

4 结语

糖尿病肾病合并高钾血症属临床多见的电解质失衡问题,会造成严重的心血管相关并发症,推动肾功能急剧变差,波及患者的预后结局,在糖尿病肾病患者护理管理工作开展阶段,必须提升高钾血症风险预警水平,设立风险评定体系,开展分层管控行动。筹备贴合个体需求的综合管理方略,采用不间断、合范的护理方式,可减少高钾血症发生的频次,降低并发症出现几率,减慢肾脏病变进展步伐,最终增进患者生存质量水平。

参考文献:

- [1]严森辉,蒋红利.血液透析患者高钾血症的影响因素及危害[J].中国血液净化,2022,21(03):153-156.
- [2]金湘怡,季雅玉.小剂量胰岛素在糖尿病肾病合并高钾血症并发逸搏心律患者的应用及护理[J].世界临床药物,2023,44(12):1373-1373.
- [3]闫子铭.中高风险糖尿病肾病合并高同型半胱氨酸血症患者的中医证素研究[D].北京市:北京中医药大学,2023.
- [4]赵康.饮食干预护理策略对透析病人高钾风险的作用分析[J/OL].中文科技期刊数据库(全文版)医药卫生,2025(5)[2025-05-09].
- [5]潘鹭娜.糖尿病肾病合并高尿酸血症风险预测模型的构建与验证[J].医学理论与实践,2024,37(09):1559-1561.
- [6]韩飞,项世龙.慢性肾脏病患者高钾血症的管理[J].肾脏病与透析肾移植杂志,2022,31(01):56-57.