

2 型糖尿病患者糖尿病肾病发生情况、高危因素及其护理策略

康洁璞

临洮县洮阳镇中心卫生院 甘肃 定西 730500

摘要：目的 探讨 2 型糖尿病患者糖尿病肾病的发生情况及其高危影响因素，并提出针对性护理策略。方法 回顾性分析 2024 年 3 月至 2025 年 3 月本院收治的 60 例 2 型糖尿病患者临床资料，统计糖尿病肾病发生率，依据是否合并肾病进行单因素及多因素 Logistic 回归分析，筛选独立危险因素。结果 60 例患者中并发糖尿病肾病 21 例，发生率为 35.00%；单因素分析显示病程、糖化血红蛋白、收缩压、低密度脂蛋白胆固醇及吸烟史在合并组与未合并组间差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；多因素 Logistic 回归提示病程 ≥ 10 年、HbA1c $\geq 8.00\%$ 、收缩压 ≥ 140 mmHg 及吸烟史为独立危险因素（ $P<0.05$ ）。结论 2 型糖尿病患者糖尿病肾病发生率偏高，与多因素共同作用相关，临床应基于上述危险因素实施分层护理干预。

关键词：2 型糖尿病；糖尿病肾病；危险因素；护理策略

2 型糖尿病是一类以胰岛素抵抗及胰岛 β 细胞功能进行性减退为核心病理特征的代谢性疾病，长期高糖状态可累及全身微血管，引发多种慢性并发症^[1]。糖尿病肾病一旦进入临床蛋白尿阶段，肾功能往往不可逆地走向衰竭，对患者生存质量与社会医疗负担均造成沉重压力。早期识别其发生情况并锁定高危因素，对延缓肾脏损害进程具有关键意义^[2]。本研究通过回顾性分析病例资料，旨在明确本院 2 型糖尿病患者糖尿病肾病的发生现状与独立危险因素，并据此构建有针对性的护理干预方向。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性收集 2024 年 3 月至 2025 年 3 月本院内分泌科收治的 60 例 2 型糖尿病患者临床资料，其中男 36 例，女 24 例；年龄 38 至 76 岁，平均（ 58.36 ± 9.42 ）岁；糖尿病病程 2 至 18 年，平均（ 9.74 ± 3.86 ）年；体重指数 20.12 至 30.46 kg/m²，平均（ 25.18 ± 2.84 ）kg/m²。根据是否并发糖尿病肾病分为合并组（21 例）与未合并组（39 例），用于危险因素分析。

纳入标准：符合 2 型糖尿病诊断标准；临床资料完整，含病程、生化指标、血压及生活方式信息；住院期间完成尿微量白蛋白/肌酐比值（UACR）及估算肾小球滤过率（eGFR）检测。

排除标准：1 型糖尿病或其他特殊类型糖尿病；合并原发性肾小球肾炎、尿路梗阻、肾结石等非糖尿病性肾损害；近期发生酮症酸中毒或严重感染；恶性肿瘤及妊娠期患者。

1.2 方法

采用回顾性资料分析法，由两名研究者独立查阅电子病历系统，提取人口学信息、糖尿病病程、糖化血红蛋白（HbA1c）、空腹血糖、收缩压、舒张压、低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）、甘油三酯、体重指数、吸烟史等变量。糖尿病肾病诊断依据为 UACR ≥ 30 mg/g 持续 3 个月以上，或 eGFR <60 mL/(min $\cdot 1.73$ m²)，且排除其他病因者。资料核对一致后录入数据库，对各变量进行单因素及多因素 Logistic 回归分析。

针对筛选出的独立危险因素，护理层面提出分层干预方向：①病程 ≥ 10 年者，建立长病程随访档案，每 3 个月进行 UACR 与 eGFR 复查提醒，督促规范用药；②HbA1c 控制欠佳者，由专科护士主导个体化饮食方案制定，结合碳水化合物计数法调整餐次结构，并指导规律有氧运动；③合并高血压者，落实每日晨晚两次血压自测打卡，依据血压波动节律协助医师调整给药时点，强调限盐与情绪管理；④吸烟者实施戒烟阶梯干预，从认知矫正、替代行为训练到家庭支持系统逐级推进；⑤所有患者建立微信随访群，由护士定期推送病情自评量表与并发症识别要点，提升患者自我管理意识。

1.3 观察指标

①统计 60 例 2 型糖尿病患者糖尿病肾病的发生率，并对合并组与未合并组临床资料进行单因素比较。②对差异有统计学意义的变量纳入多因素 Logistic 回归，筛选糖尿病肾病发生的独立危险因素。

1.4 统计学方法

数据采用 SPSS 26.0 软件处理。计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示，组间比较行 t 检验；计数资料以 n (%) 表示，行 χ^2 检验；独立危险因素分析采用多因素 Logistic 回归， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 单因素分析结果

合并组病程更长，HbA1c、收缩压、LDL-C 水平更高，吸烟比例更大，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 糖尿病肾病发生的单因素分析

项目	合并组 (n=21)	未合并组 (n=39)	t/χ^2 值	P 值
病程 (年)	12.36 $\pm$ 3.42	8.34 $\pm$ 3.18	4.557	<0.001
HbA1c (%)	8.62 $\pm$ 1.14	7.46 $\pm$ 0.98	4.094	<0.001

收缩压（mmHg）	145.28±10.36	132.46±9.84	4.671	<0.001
LDL-C（mmol/L）	3.42±0.68	2.84±0.62	3.300	0.002
吸烟史（n（%））	13（61.90）	12（30.77）	5.487	0.019

2.2 多因素 Logistic 回归分析结果

病程≥10 年、HbA1c≥8.00%、收缩压≥140 mmHg 及吸烟史均为 2 型糖尿病患者并发糖尿病肾病的独立危险因素（ $P<0.05$ ）。见表 2。

表 2 糖尿病肾病发生的多因素 Logistic 回归分析

变量	β 值	SE	Wald χ^2	OR 值	95%CI	P 值
病程 ≥ 10 年	1.246	0.512	5.924	3.476	1.274~9.486	0.015
HbA1c ≥ 8.00%	1.382	0.548	6.362	3.984	1.362~11.658	0.012
收缩压 ≥ 140 mmHg	1.184	0.494	5.745	3.268	1.241~8.602	0.017
吸烟史	1.046	0.486	4.632	2.846	1.098~7.376	0.031

3 讨论

糖尿病肾病的发生与长期高糖环境下肾小球高滤过、高灌注以及晚期糖基化终末产物沉积密切相关，这一过程逐步损伤系膜细胞、足细胞与基底膜，最终导致蛋白尿与肾功能下降。本研究多因素分析提示病程、HbA1c、收缩压及吸烟史是独立危险因素。病程越长，肾脏所承受的代谢及血流动力学损害累积越多；HbA1c 反映近三月平均血糖水平，其升高直接加速微血管病变；收缩压升高则通过增加肾小球囊内压加重滤过屏障破坏；吸烟可诱发血管内皮功能紊乱，进一步放大上述损伤^[1]。基于此，提出的分层护理策略将随访频率、饮食运动指导、血压自测打卡及阶梯式戒烟干预进行整合，使护理措施直接落点于可控危险因素，而非泛化的健康宣教。

综上，2 型糖尿病患者糖尿病肾病发生率不容忽视，长病程、血糖控制不佳、收缩压升高及吸烟为其独立危险因素。围绕这些因素制定分层、量化的护理策略，有望延缓肾脏损害进程。

参考文献

[1]李书楠,张诗妍,邓亚楠,等.1990-2021 年中国 2 型糖尿病肾病的疾病负担变化趋势及预

测研究[J].中国全科医学,2025,28(33):4214-4226.

[2]张艳希.全科护理+远程医生联合干预在 2 型糖尿病肾病患者中的应用[J].福建医药杂志,2025,47(6):111-114.

[3]陈曼玉,侯奥飞,刘丹.新型肥胖指标与 2 型糖尿病肾病的相关性分析[J].医学研究与教育,2025,42(3):8-15.