

شماره سند: 1/034-د-32-پ
تاریخ صدور: 1400/08/20
تاریخ بازنگری: 1401/08/20
کد بازنگری: 003

محتوای آموزشی پرستاران

Hyperkalemia

افزایش پتاسیم

آموزش به بیمار



هایپر کالمی

تعریف هایپر کالمی: بالا بودن سطح پتاسیم خون را هایپر کالمی گویند. پتاسیم جذب شده از مواد غذایی منبع اصلی پتاسیم بدن است. بیمار زمانی در خطر هایپر کالمی قرار می گیرد که غذاهای سرشار از پتاسیم یا جایگزین های نمک پتاسیم زیاد مصرف شود، داروهایی مصرف کند که موجب احتباس پتاسیم می شوند از قبیل مهار کننده های ACE (ACE inhibitors)، بلوک کننده های گیرنده آنژیوتنسنین (angiotensin receptor blockers)؛ یا دیورتیک های حافظ پتاسیم از قبیل آمیلورید (amiloride) یا اسپیرونولاکتون (spironolactone)، NSAID ها، تریمتوپریم (trimethoprim)، پنامیدین (pentamidine) مصرف کند؛ یا مقادیر زیادی پتاسیم از سلول ها آزاد شود مثلاً در همودیالیز، اسیدوز، پایین بودن سطح انسولین، مصرف بتا بلوکرها، اوردوز دیگوکسین (digoxin)، ساکسینیل کولین (succinylcholine) یا ابتلای به رابدومیولیز (rhabdomyolysis)

هایپر کالمی به ندرت در افرادی که عملکرد کلیوی طبیعی دارند ایجاد می شود. همانند هایپوکالمی، هایپر کالمی نیز ناشی از علل **ایاتروژنیک** (به وجود آمده در اثر روشهای درمانی) می باشد. هایپر کالمی اگر چه در مقایسه با هایپوکالمی چندان شایع نیست اما از آن خطرناک تر است چون اغلب اوقات همراه با مقادیر بالای پتاسیم سرم، **ایست قلبی** به وقوع می پیوندد.

چندین علت برای هایپر کالمی "کاذب" وجود دارد. شایع ترین آن **سفت بستن تورنیکه** دو اندام انتهایی حین گرفتن نمونه خون و همیلیز نمونه قبل از انجام آنالیز می باشد. علل دیگر عبارتند از:

- **لکوسیتوز** (وضعیتی با تعداد گلبول سفید بیش از 200000 عدد)
- **تورمبوسیتوز** (وضعیتی با تعداد پلاکت های بیش از 1 میلیون)
- **گرفتن خون از ناحیه بالای محل تزریق پتاسیم**
- **داشتن سابقه خانوادگی هایپر کالمی کاذب**، که در آن پتاسیم در فاصله زمانی انجام آنالیز، از گلبول های قرمز به بیرون تراوش می نماید.

عدم آگاهی نسبت به علل بوجود آورنده هایپر کالمی کاذب سبب انجام درمانهای تهاجمی می گردد، در حالی که فرد حقیقتاً به این عارضه مبتلا نشده است و همین امر منجر به پایین آمدن سطح پتاسیم سرم در حد خطرناک خواهد شد. بنابراین افزایش بیش از حد پتاسیم باید به اثبات رسیده و تایید گردد.

علت اصلی هایپر کالمی، در واقع **کاهش دفع کلیوی** پتاسیم است. به همین دلیل، بیماران دچار نارسایی کلیوی که تحت درمان قرار نگرفته اند، به ویژه افرادی که افزایش سطح پتاسیم در آنها ناشی از عفونت یا مصرف بیش از حد غذاها یا داروهای حاوی پتاسیم می باشد، عموماً دچار هایپر کالمی های قابل ملاحظه ای

خواند شد. علاوه بر این، بیماران مبتلا به **هایپوآلدسترونیسم** و بیماران **آدیسون** نیز در معرض خطر هایپر کالمی قرار دارند چون از جمله صفات مشخصه این بیماری ها، کمبود هورمون های غده فوق کلیه است که منجر به احتباس پتاسیم و دفع سدیم می گردد.

داروها هم در بیش از 60٪ موارد هایپر کالمی، به عنوان عامل کمک کننده احتمالی شناخته شده اند. این دارو ها می توانند شامل: **کلراید پتاسیم، هپارین، بازدارنده های آنزیم تبدیل کننده آنژیوتانسین، کاپتوپریل، ضدالتهاب های غیر استروئیدی و داروهای مدر نگهدارنده پتاسیم**، باشند. در بیشتر نمونه های مذکور، تنظیم پتاسیم در اثر نارسایی کلیوی به خاطر می افتد.

هایپر کالمی در افرادی که دارای عملکرد کلیوی طبیعی هستند به ندرت اتفاق می افتد، در حالی که بیماران مبتلا به اختلالات کلیوی در صورت مصرف مقادیر زیاد پتاسیم به هایپر کالمی شدیدی دچار می شوند. در کلیه بیماران، استفاده نامناسب از مکمل های پتاسیم زمینه را جهت ابتلا به هایپر کالمی، فراهم می آورد، خصوصا اگر همزمان جایگزین های نمک نیز مورد مصرف قرار گیرند. برای تمام بیمارانی که از دارو های مدر دفع کننده پتاسیم استفاده می کنند، مصرف مکمل های پتاسیم ضروری نیست. بیمارانی که از دارو های مدر نگهدارنده پتاسیم استفاده می کنند نباید مکمل پتاسیم دریافت دارند.

هشدار پرستاری

در بیماران مبتلا به اختلالات کلیوی به دلیل کاهش توانایی در دفع پتاسیم، مصرف مکمل های پتاسیم ممکن است فوق العاده خطرناک باشد. تزریق وریدی پتاسیم برای این بیماران می تواند خطرناکتر هم باشد چون مقادیر سرمی پتاسیم خیلی سریع بالا می رود. خون مانده نباید برای بیماران مبتلا به اختلالات کلیوی تجویز شود چون هر چه زمان نگهداری و ذخیره خون طولانی تر شود، غلظت پتاسیم سرم موجود در آن نیز به دلیل از بین رفتن کیفیت گلبول های قرمز، افزایش خواهد یافت. تزریق سریع پتاسیم به صورت وریدی و مصرف مقادیر فراوان مکمل های خوراکی پتاسیم، ممکن است از حد تحمل کلیوی هر بیماری فراتر رود.

در اسیدوز، پتاسیم از سلول خارج شده و به سمت **ECF** حرکت می نماید. این مسئله زمانی اتفاق می افتد که یون های هیدروژن به درون سلول وارد می شوند، فرآیندی که **PH** را در **ECF** بافری خواهد کرد. در اثر آسیب دیدگی های شدید بافتی مثل سوختگی، کوفتگی ها و له شدگی ها، یا عفونت شدی، باید بالا رفتن میزان پتاسیم خارج سلولی را پیش بینی کرد. مشابه این مسئله در مورد لیز سلول های بدخیم پس از شیمی درمانی نیز اتفاق می افتد.

تظاهرات بالینی

مهمترین پیامد هایپر کالمی ، تأثیری است که بر **میوکارد** می گذارد . معمولاً تا زمانی که غلظت پتاسیم زیر 7mEq/L (میلی مول / لیتر) است ، اثرات ناشی از افزایش مقادیر آن بر قلب ، آشکار نخواهد شد . اما اگر میزان پتاسیم به 8mEq/L یا بیشتر برسد تقریباً همیشه بر قلب تأثیر خود را خواهد گذاشت . با افزایش پتاسیم پلاسم ، اختلالاتی در عمل **هدایت قلب** بوقوع می پیوندد . اولین تغییرات ، اغلب زمانی که سطح پتاسیم سرم بیشتر از 16mEq/L می شود ، بروز می نماید که شامل وجود امواج **باریک و نوک تیز T** ، **پایین آمدن** **قطعه ST** و **کوتاه شدن فاصله QT** می باشد .

اگر سطح پتاسیم سرم همچنان بالا رود **فاصله PR طولانی شده** و متعاقب آن امواج **P ناپدید می شوند** . سرانجام کمپلکس **QRS** نیز **طویل شده و تجزیه می گردد** . در هر یک از مراحل مذکور ، ممکن است **آریتمی های بطنی و ایست قلبی** اتفاق افتد .

هایپر کالمی شدید ، به دلیل متوقف نمودن پدیده **دپولایزاسیون** در عضله منجر به ضعف عضلانی – استخوانی یا فلج آنها می گردد . مشابه همین مسئله در ارتباط با هدایت جریان بطنی نیز اتفاق افتاده و سرعت آن را کم می کند . اگرچه هایپر کالمی به نحو قابل ملاحظه ای بر سیستم عصبی محیطی تأثیر می گذارد اما اثر آن بر سیستم عصبی مرکزی محدود است . پیدایش ضعف عضلانی به شکل سریع و پیشرونده منجر به **فلج شل کننده دست ها و پاها** در بیمارانی می گردد که مقادیر پتاسیم سرم آنها خیلی بالاست . ممکن است عضلات تنفسی و عضلات مورد نیاز جهت **تکلم** نیز دچار فلج شوند . تظاهرات گوارشی نظیر تهوع ، بروز **کولیک های روده ای** به طور متناوب و **اسهال** نیز در بیماران هایپر کالمی مشهود است .

پیش آگهی

همانطور که سطح پتاسیم خون بالا می رود، ریسک آریتمی های قلبی نیز افزایش می یابد. بالا بودن شدید سطح پتاسیم یک اورژانس پزشکی است. تصحیح یا درمان علت زمینه ای برای کمک به بازیافت تعادل مایعات و الکترولیت های بدن ضروری است.

بررسی علائم و نشانه های تشخیصی

همانگونه که قبلا شرح داده شد ، تغییرات بوجود آمده در **ECG** و سطح پتاسیم سرم ، در تشخیص هایپر کالمی دارای اهمیت می باشند . در بسیاری موارد آنالیز گازهای خونی شریانی (**ABG**) وجود اسیدوز متابولیک را آشکار خواهند کرد چون هایپر کالمی اغلب همراه با اسیدوز پدید می آید .

- ضعف و سرگیجه ناشی از تغییرات عصبی عضلانی
- اتساع و نفخ شکم
- تهوع، استفراغ، اسهال در اثر تغییر پتانسیل الکتریکی غشای مجاری گوارشی
- تپش قلب در اثر آریتمی
- آریتمی ناشی از تغییرات هدایت نرمال قلبی
- ایست قلبی

تست های تشخیصی

- سطح پتاسیم خون بالاتر از 5 mEq/L است
- نوار قلب نشانگر بالا رفتن موج T، پهن شدن موج QRS، آسیستول بطنی، ایست قلبی است.

درمان و مداخلات پزشکی

برای شناسایی تغییرات بوجود آمده ، باید فوراً از بیمار **ECG** گرفت . در ابتدا شاهد نوک تیز شدن امواج **T** و کوتاهی ریپولاریزاسیون خواهیم بود . برای تایید نتایج بدست آمده ، شرط احتیاط آن است که مجدداً میزان پتاسیم در وریدی که تحت تزریق مایع حاوی پتاسیم قرار نگرفته ، اندازه گیری شود .

در موقعیت های غیر بحرانی ، محدود کردن مصرف پتاسیم و دارو هایی که حاوی پتاسیم هستند ، کافی بنظر می رسد . به عنوان مثال ، در بیمارانی که از دارو های مدر نگهدارنده پتاسیم استفاده می کنند ، فقط کافی است مصرف جایگزین شونده های نمک حاوی پتاسیم را حذف کرد تا هایپر کالمی خفیف به وجود آمده برطرف گردد .

در بیماران مبتلا به اختلالات کلیوی ، با تجویز رزین های مبادله کننده کاتیون ها (نظیر کی اگزالات) به صورت خوراکی یا از طریق تنقیه نگهدارنده ، می توان از بروز هایپر کالمی های شدید پیشگیری نمود . رزین های مبادله کننده کاتیون ها را در مواردی که بیمار مبتلا به **فلج روده** است نمی توان به کاربرد چون سبب **سوراخ شدن روده** می گردند . کی اگزالات در دستگاه گوارش با کاتیون های دیگر باند می شود و در

بروز هایپومنیزیمی و هایپوکلسمی موثر می باشد ، همچنین ممکن است سبب افزایش بار مایع و احتباس سدیم گردد .

درمانهای دارویی اورژانسی

وقتی میزان پتاسیم سرم به نحو خطرناکی بالا رود ، تجویز **گلوکونات کلسیم IV** ممکن است ضرورت پیدا کند . چند دقیقه پس از تزریق ، با اثر هایپر کالمی بر روی قلب ، به مقابله می پردازد . **تزریق کلسیم ، غلظت پتاسیم سرم را پایین نمی آورد** اما بلافاصله با ناهنجاری های ایجاد شده در اثر هدایت نامطلوب جریان خون قلبی ، مقابله می نماید . کلراید کلسیم و گلوکونات کلسیم قابل تعویض با یکدیگر نیستند .

گلوکونات کلسیم حاوی 4.5 mEq/l کلسیم و کلراید کلسیم محتوی 13.6 mEq/l کلسیم می باشد .

برای تشخیص **افت فشار خون** که ممکن است در اثر تزریق گلوکونات کلسیم وریدی به وجود آید ، پایش فشار خون بیمار ضروری خواهد بود . در خلال تزریق ، **ECG** باید به طور مداوم کنترل شود ، **در صورت کاهش ضربات قلب ، تزریق باید متوقف گردد** . اثرات حفاظت کنندگی کلسیم از میوکارد موقتی بوده و حدود 30 دقیقه دوام دارد . در بیمارانی که **دیژیتالیزه** می شوند (یعنی گلیکوزید های قلبی با منشا دیژیتالی را با دوز های افزایش یابنده دریافت می کنند تا سطح دیژیتال های سرم سریع به حد مطلوب برسد) ، اقدامات احتیاطی ویژه ای باید صورت پذیرد ، چون تجویز وریدی کلسیم سبب حساس شدن قلب نسبت به دیژیتال ها شده و در نتیجه بروز مسمومیت ناشی از دیژیتال ها را تسریع می نماید .

برای **قلیایی کردن** پلاسما و انتقال موقت پتاسیم به داخل سلول ، تزریق وریدی **بی کربنات سدیم** ضروری می نماید همچنین بی کربنات سدیم موجب می گردد تا سدیم به مقابله با اثرات قلبی پتاسیم بپردازد . اثرات ناشی از این نوع درمان ظرف 30 تا 60 دقیقه پدیدار شده و ساعتها ادامه می یابد ، اما در هر حال موقتی هستند .

تزریق وریدی **انسولین ریگولار** به طور منظم و محلول **دکستروز هایپرتونیک** ، سبب انتقال موقت پتاسیم به داخل سلول می گردد . انسولین و گلوکز درمانی ظرف 30 دقیقه اثر خود را اعمال نموده و مدت چندین ساعت دوام می یابد . **دیورتیک های حلقوی مثل فورزماید** (لازیکس) از بازجذب سدیم ، پتاسیم و کلراید در قوس بالارونده هنله و توبول های دیستال کلیه ممانعت به عمل آورده و باعث افزایش دفع آب می شوند .

آگونیست های بتا - 2 (نظیر آلبوترول { پروونتیل ، ونتولین }) نیز در کاهش پتاسیم بسیار موثرند ، اما چون باعث تاکیکاردی و ناراحتی در ناحیه قفسه سینه می شوند پیرامون استفاده از آنها اختلاف نظر وجود دارد . می توانند پتاسیم را به داخل سلول هدایت نمایند و در صورت عدم وجود بیماری ایسکمیک قلب مورد استفاده قرار

گیرند . اقدامات فوق ، فقط به صورت موقت از بیمار در برابر هایپر کالمی محافظت می نمایند . اگر وضعیت هایپر کالمی بوجود آمده گذرا نیست ، در آن صورت خارج کردن پتاسیم از بدن حقیقتاً ضرورت پیدا می کند ، این عمل را می توان با استفاده از رزین های مبادله کننده کاتیون ها ، **دیالیز صفاقی** یا **همودیالیز** یا دیگر درمانهای جایگزین کلیه انجام داد .

پس بطور خلاصه:

درمانی انتخابی هیپرکالمی به شدت بالا رفتن پتاسیم بستگی دارد. کاهش پتاسیم مصرفی، پیشبرد دفع کلیوی پتاسیم و بازجذب سلولی پتاسیم اهداف درمان هیپرکالمی هستند.

- پایش ریتم قلب
- تجویز وریدی انسولین و گلوکز برای حرکت پتاسیم از مایع خارج سلولی به مایع داخل سلولی
- تجویز وریدی کلسیم گلوکونات
- تجویز 3NaHCO برای حرکت پتاسیم از مایع خارج سلولی به مایع داخل سلولی
- تجویز دیورتیک برای دفع بیشتر پتاسیم از بدن
- تجویز کایگزالات (kayexalate) برای دفع پتاسیم از مجاری گوارشی
- پایش سطح الکترولیت ها
- دیالیز در موارد هیپرکالمی شدید و مفرط

مداخلات پرستاری

بیمارانی که در معرض فزونی پتاسیم قرار دارند (مثل افراد دچار نارسایی کلیه) باید شناسایی شوند تا از نظر علائم مربوط به هایپرکالمی تحت نظارت دقیق قرار گیرند . پرستار باید به علائم ضعف عضلانی و آریتمی توجه داشته باشد . اختلالات حسی و نشانه های گوارشی مثل تهوع و کولیک های روده ای ثبت می گردند . برای بیماران در معرض خطر ، مقادیر پتاسیم سرم به صورت دوره های اندازه گیری می شود .

نتایج حاکی از افزایش میزان پتاسیم در سرم ممکن است نادرست باشد ، به همین دلیل مقادیر بالاتر از حد طبیعی ، باید مورد تایید قرار گیرد . برای اجتناب از هایپر کالمی کاذب استفاده طولانی مدت از تورنیکه **حین گرفتن نمونه خون منع می گردد** و به بیمار تذکر داده می شود تا بلافاصله قبل از گرفتن نمونه خون از انجام فعالیت های اندام انتهایی خودداری ورزد . نمونه خون نیز باید هرچه سریع تر به آزمایشگاه ارسال شود چون همولیز آن منجر به افزایش میزان پتاسیم سرم به طور کاذب خواهد گردید .

پیشگیری از هایپرکالمی

در صورت امکان و با تشویق بیماران در معرض خطر به رعایت محدودیت های توصیه شده در مصرف پتاسیم ، اقداماتی را جهت پیشگیری از بروز هایپرکالمی می توان انجام داد . از مصرف غذاهای سرشار از پتاسیم نظیر بسیاری از میوه جات و سبزیجات ، بنشن ها ، نان های حاوی غلات کامل ، گوشت ، شیر ، تخم مرغ ، قهوه ، چای و کاکائو باید خودداری نمود . برعکس غذاهایی که پتاسیم اندکی دارند شامل کره ، مارگارین ، آب یا سس قره قاط ، نوشابه های زنجبیلی ، پاستیل ، آب نبات چوبی ، نوشابه های شیرین معطر با ریشه گیاهان ، شکر و عسل می باشد .

اصلاح هایپرکالمی

همانگونه که قبلا نیز توضیح داده شد ، اگر مواد تزریقی داخل وریدی سریع وارد بدن فرد شوند ، تحمل وی نسبت به پتاسیم افزایش می یابد . بنابراین در رابطه با محلول های حاوی پتاسیم باید مراقبتهای دقیق و گسترده ای اعمال شده و به غلظت و سرعت مصرف آنها توجهی خاص مبذول داشت . بعد از اضافه کردن پتاسیم به محلول های وریدی باید چندین بار ظرف محتوی مایع را وارونه کرد تا پتاسیم کاملا با مایع مخلوط شود . کلراید پتاسیم را هرگز نباید در طرفی ریخت که از پایه سرم آویزان می شوند چون ممکن است پتاسیم به ذرات درشتی ته نشین شود (کلراید پتاسیم سنگین است و در ته ظرف جمع می گردد) .

باید به بیمارانی که از اشکال مختلف مکمل های پتاسیم استفاده می کنند ، تذکر داد تا مصرف جایگزین شونده های نمک را محدود نمایند . علاوه بر این ، دارو های مدر نگهدارنده پتاسیم نظیر اسپرونولاکتون (آلداکتون) ، تریامترن (دیرنیوم) ، آمیلوراید (میدامور) ، مکمل های پتاسیم و جایگزین شونده های نمک نباید برای بیماران مبتلا به اختلالات کلیوی مورد استفاده قرار گیرند . بیشتر جایگزین شونده های نمک محتوی تقریبا 50 – 60 mEq/l پتاسیم در هر قاشق چایخوری می باشند .

تشخیص های پرستاری

- کاهش برونده قلبی
- ریسک عدم تعادل حجم مایعات
- عدم تحمل فعالیت
- اختلال دفع روده ای

مداخلات پرستاری

- پایش علائم حیاتی
- پایش ریتم قلبی

- پایش وضعیت قلبی عروقی از نظر منظم بودن ریتم، ریت، صداهای قلبی و نبض های محیطی
- پایش شکم از نظر صداهای روده، اتساع، نفخ و درد شکمی
- پایش موضع دسترسی وریدی از نظر قرمزی، تورم، درد

آموزش موارد زیر به بیمار

اجتناب از غذاهای سرشار از پتاسیم

اجتناب از جایگزین های نمک (بیشتر جایگزین ها دارای پایه پتاسیم هستند)

آموزش رژیم غذایی کم پتاسیم

پتاسیم یک ماده معدنی است که در بسیاری از غذاها وجود دارد . پتاسیم باعث می شود که ضربان قلب منظم بماند ، به تعادل مایعات بدن کمک می کند و اجازه می دهد اعصاب و عضلات به درستی کار کنند . کلیه ها مسئولیت دارند که میزان پتاسیم خون را در حد مطلوب حفظ کنند کسانی که بیماری مزمن کلیه دارند ، باید میزان پتاسیم رژیم غذایی خود را محدود نمایند تا پتاسیم آنها نزدیک به حد طبیعی باقی بماند .

چرا باید پتاسیم رژیم غذایی خود را کاهش دهیم ؟

به طور عادی تعادل پتاسیم بدن با دریافت پتاسیم از طریق مواد غذایی و دفع مقدار اضافی آن از راه ادرار ، حفظ می شود . اما کسانی که به بیماری مزمن کلیه مبتلا هستند نمی توانند پتاسیم را به اندازه کافی از راه ادرار دفع کنند ، چون کلیه آنها درست کار نمی کند . در نتیجه ، میزان پتاسیم خون آنها بالا می رود . رژیم غذایی کم پتاسیم می تواند خطر بالا رفتن پتاسیم خون را کم کند . میزان پتاسیم با گرفتن مقداری خون از رگ فرد اندازه گیری می شود . مقدار طبیعی پتاسیم 3/5-5 است . مقادیر بیشتر از 6 خطرناک است . مقادیر پائین تر از حد طبیعی هم می تواند خطرناک باشد .

زمانی که میزان پتاسیم خیلی زیاد شود ، عوارض خطرناکی ایجاد می شود مثل نامنظم شدن ضربان قلب یا ضعف عضلانی شدید یا فلج .

چگونه می توانم میزان پتاسیم خونم را پایین بیاورم ؟

تقریباً تمام غذاها حاوی پتاسیم هستند بنابراین مهم اینست که در صورت امکان غذاهایی با میزان پتاسیم کم انتخاب کنید .

هنگام محاسبه میزان پتاسیم موجود در غذا به اندازه هر وعده توجه کنید ؛ یک وعده بزرگ از یک غذای کم پتاسیم نسبت به یک وعده کوچک از غذاهای پر پتاسیم ، ممکن است پتاسیم بیشتری داشته باشد . سبزیجات ، میوه ها و گوشت را قبل از سرو کردن آبکشی کنید .

غذاهای پر پتاسیم

غذاهای زیر مقدار زیادی پتاسیم دارند و باید از آنها پرهیز کرد یا مقادیر کمی از آن میل نمود . توجه داشته باشید که 1 سروینگ معادل نصف فنجان (120 گرم) می باشد .

- گندم و جو - نانهای سبوس دار
- شیر سویا
- میان وعده ها - کره بادام زمینی (2 قاشق چایخوری) ، مغزها (30 گرم) ، شکلات (45-60 گرم) ، کلوچه های حاوی انجیر
- میوه جات- زرد آلو ، آوو کادو (1/4 آن) ، موز (1/2 آن) ، نارگیل ، هندوانه ، خربزه ، طالبی ، کیوی ، انبه ، مرکبات ، آب مرکبات ، شلیل ، گلابی ، موز سبز ، انار ، برگه میوه (زرد آلو ، انجیر ، کشمش ، خرما ، آلو خشک) ، آب آلو ، سیب زمینی هندی .
- سبزیجات - لوبیا ، لوبیا سبز ، چغندر ، نخود فرنگی ، بروکلی ، کلم فندقی ، کلم ، هویج ، چغندر برگ ، کلم قمری ، زیتون ، قارچ ، سیب زمینی ، زردک ، ترشیجات ، کدو حلوائی ، شلغم ، کلم پیچ ، اسفناج ، کدو سبز ، گوجه فرنگی .
- لبنیات - شیر و فرآورده های آن ، کره ، ماست .
- پروتئین ها - ساردین ، ماهی سفید ، سالمون ، گوشت گاو ، گوشت راسته ، لوبیا چیتی ، لوبیا قرمز ، لوبیا سفید (به اندازه نصف فنجان) .

غذاهای کم پتاسیم

غذاهای زیر پتاسیم کمی دارند . این غذاهای کم پتاسیم را می توانید مرتباً مصرف کنید اما مراقبت باشید که باید اندازه هر وعده مناسب باشد چون وقتی که اندازه وعده بزرگ باشد مقدار پتاسیم آن زیاد می شود .

- غلات - غذاهایی که با آرد سفید تهیه شده باشند (مثل نان ، پاستا) ، برنج سفید
- مایعات - چای کمتر از 2 فنجان در روز ، قهوه (کمتر از 1 فنجان در روز) .
- شیرینی جات - کیک کوچک بدون شکلات یا میوه های پر پتاسیم ، کلوچه های بدون شکلات و مغزها ، انگور ، گریپ فروت ، زرد آلو ، توت سیاه ، گیلان ، زغال اخته ، آلو (یک عدد کامل) ، تمشک ، توت فرنگی ، هندوانه (1 فنجان) ، نارنگی (یک عدد کامل) .
- سبزیجات - مارچوبه ، لوبیا سبز ، لوبیا چیتی ، کلم (پخته) ، هویج (پخته) ، گل کلم ، کرفس ، ذرت (1 نصفه یا 1/2 فنجان) خیار ، بادمجان ، کلم پیچ ، کاهو ، قارچ ، بامیه ، پیاز ، جعفری ، نخود فرنگی ، فلفل سبز ، تربچه ، ریواس ، اسفناج (یک فنجان) ، کدو ، کدو سبز .
- پروتئین ها - مرغ ، تن ماهی ، تخم مرغ ، دانه آفتاب گردان ، میگو ، کدو تنبل .
- فرآورده های لبنی - پنیر (30 گرم) .

چگونه پتاسیم موجود در سبزیجات را کم کنیم ؟

می توان مقداری از پتاسیم موجود در سبزیجاتی که پتاسیم بالایی دارند ، از بین برد . آب شویی (خیساندن) فرآیندی است که سبزیجات تازه یا منجمد را حداقل به مدت 2 ساعت قبل از پخت در آب غوطه ور می نمایند و اجازه می دهند که پتاسیم موجود در ماده غذایی وارد آب شود . این سبزیجات باید کمتر خورده شوند چون با این کار باز هم مقدار قابل توجهی پتاسیم در آنها وجود دارد.

- سبزیجات را بشوئید و سپس به صورت برش های نازک در بیاورید . موادی که پوست دارند (مثل سیب زمینی یا هویج را باید قبل از برش پوست بکنید) .
- سبزیجات را در آب ولرم آب کشی کنید .
- سبزیجات را حداقل 2 ساعت یا در طول شب در مقدار زیادی آب غوطه ور کنید . از مقدار زیادی آب بدون نمک استفاده کنید (به ازای هر مقدار سبزیجات 10 برابر آب) . در صورت امکان هر 4 ساعت آب آن را عوض کنید . در پایان ، آب آن را دور بریزید .
- دوباره سبزیجات را با آب ولرم آب کشی کنید .
- سبزیجات را مطابق میل خود بپزید ؛ از مقدار زیادی آب بدون نمک استفاده کنید (به ازای هر مقدار سبزیجات 5 برابر آب) . آب پخت را دور بریزید .

منابع کم پتاسیم (تا 100 میلی گرم 0)	منابع متوسط پتاسیم (تا 200 میلی گرم 101)	منابع پتاسیم بالا (تا 350 میلی گرم 201)
لوبیا سبز	اسفناج خام	چغندر
خیار پوست کنده	بادمجان	کرفس
شاهی	بروکلی	بامیه
فلفل سبز	پیاز	آب گوجه فرنگی
کاهو	ترپچه	رب گوجه فرنگی
کلم چینی خام	ذرت	سیب زمینی آب پز یا پخته شده،
کلم خام	ریواس	سرخ شده یا تنوری
آب انگور	شلغم	کدو حلوائی
زغال اخته	قارچ	گوجه فرنگی
عصاره هلو	کدو	فلفل تند
(لیموشیرین) نصف یک عدد	کرفس خام	انجیر خشک
(لیمو ترش زرد) نصف یک عدد	گل کلم	آجیل ها و دانه ها
	کلم پخته	کره بادام زمینی

شکلات	نخود سبز	
کاپوچینو	هویج	
نارگیل	تره خام	
شیر کاکائو	آب سیب	
میلک شیک	آب گریپ فروت	
ماکارونی	(کشمش) 2 قاشق غذا خوری	
(ماست) 2/3 لیوان	(گریپ فروت) نصف یک عدد	
برگه زرد آلو	گیلاس	
پرتقال	هلو	
خرما	انجیر	
زرد آلو	سیب	
شلیل	توت فرنگی	
گلابی	تمشک	
طالبی	انگور	
آب پرتقال	(آناناس) تازه و کنسرو	
کیوی	آلو برقانی	
گرمک	(لیمو ترش سبز) 100 گرم	
موز	انبه	
آلو بخارا		
آب آلو		

منبع : برونر و سودارث (ویرایش یازدهم 2008) درد ، الکترولیت ، شوک ، سرطان ، مراقبت پایان عمر