急性酒精中毒合并多器官功能障碍综合征的护理风险管理

梁建学，赵 玲，严 丹，张亚芳

宁夏医科大学总医院 宁夏银川

【摘要】**目的** 探讨对于急性酒精中毒合并多器官功能障碍综合征（MODS）者，开展护理风险管理模式，分析其真实作用。**方法** 遴选 2024 年 2 月-2025 年 2 月我医院接受诊治的 80 例急性酒精中毒合并 MODS 者，依照数字表随机形式分为：对照组 40 例（常规护理）、观察组 40 例（护理风险管理）。**结果** 观察组不良风险事件发生率统计数值更低呈现（P<0.05）。观察 2 组抢救效率，得出观察组的就诊等候时间、症状消失时间、留观时间、促醒时间均更短（P<0.05）。组别间 MODS 评分、急性生理与慢性健康评分差异对比，显示干预后观察组均更低导向（P<0.05）。**结论** 对于急性酒精中毒合并 MODS 者，开展护理风险管理模式，可帮助降低不良风险事件率，提高抢救效率，改善病情，改善急性生理与慢性健康。

【关键词】急性酒精中毒；多器官功能障碍综合征；护理风险管理；护理效果

【收稿日期】2026 年 9 月 3 日 【出刊日期】2026 年 10 月 5 日 【DOI】10.12208/j.ijnr.20260530

Risk management of nursing care for acute alcoholism complicated by multiple organ dysfunction syndrome

Jianxue Liang, Ling Zhao, Dan Yan, Yafang Zhang

General Hospital of Ningxia Medical University, Yinchuan, Ningxia

【**Abstract**】**Objective** To explore the implementation of a nursing risk management model for patients with acute alcohol intoxication complicated by multiple organ dysfunction syndrome (MODS), and to analyze its practical effectiveness. **Methods** A total of 80 patients diagnosed with acute alcohol intoxication combined with MODS were enrolled in our hospital between February 2024 and February 2025. These patients were randomly assigned using a digital table to form two groups: the control group (40 cases, conventional care) and the observation group (40 cases, nursing risk management). **Results** The observation group demonstrated significantly lower incidence rates of adverse events (P<0.05). In terms of emergency response efficiency, the observation group showed shorter waiting times for medical consultation, symptom resolution time, observation duration, and awakening time (P<0.05). Comparative analysis of MODS scores and Acute Physiological and Chronic Health (APACHE) scores between groups revealed lower values in the observation group post-intervention (P<0.05). **Conclusion** Implementing a nursing risk management model for patients with acute alcohol intoxication complicated by MODS can effectively reduce adverse event rates, improve emergency response efficiency, enhance clinical outcomes, and promote the development of Acute Physiological and Chronic Health (APACHE) indicators.

【**Keywords**】Acute alcoholism; Multiple organ dysfunction syndrome; Nursing risk management; Nursing effect

前言

急性酒精中毒，是急诊科常见急症，是一次饮酒过量后身体机能不正常的一种状况，患者通常会出现精神失常、恶心等症状；过量乙醇及其代谢产物乙醛可直接损伤胃肠、肝脏等器官，更易诱发中枢抑制、循环紊乱；若未及时干预，病情进展至多器官功能障碍综合征（MODS）时，常累及肝、肾、呼吸、循环系统，死亡率显著升高[1]。常规护理多聚焦症状缓解，缺乏系统的风险识别与干预体系，易导致并发症延误处置[2]。护理风险管理，通过对治疗过程中的不良反应进行客观评价，提前识别误吸、器官功能恶化等隐患，针对性制定防护策略，以保障治疗效果和安全[3]。但临床关于护理风险管理应用于急性酒精中毒合并 MODS 患者中的研究尚无。鉴于此，本文遴选 2024 年 2 月-2025 年 2 月我医院接受诊治的 80 例急性酒精中毒合并 MODS 者，探究护理风险管理模式的真实价值。内

容如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

遴选 2024 年 2 月-2025 年 2 月我医院接受诊治的 80 例急性酒精中毒合并 MODS 者，依照数字表随机形式分为：对照组 40 例、观察组 40 例。分组之间的基本信息实施比较，数据未见差异（P>0.05），参阅表 1。研究获取医学伦理审批。

表 1　基本信息[n（%）]/（x̄±s）

组别	例数	性别（男/女）	年龄（岁）	发病至入院用时（h）
观察组	40	21（52.50）/19（47.50）	36.89±5.58（23~53）	2.32±0.59（1~4）
对照组	40	22（55.00）/18（45.00）	36.73±5.92（22~55）	2.51±0.64（1~4）
χ^2/t	-	0.879	0.124	1.380
P	-	0.348	0.901	0.171

1.2 纳入和排除标准

纳入标准：①符合《急性酒精中毒诊治共识》诊断标准；②符合 MODS 诊断标准；③生命体征暂稳；④患者或家属知情同意。

排除标准：①合并急性脑卒中等其他急性重症（非酒精直接诱发的器官损伤）；②既往慢性多器官衰竭如肝硬化失代偿期、慢性肾衰竭尿毒症期；③严重认知障碍或精神疾病，无法配合护理操作；④入院时已发生呼吸心跳骤停，或经抢救后仍处于濒死状态；⑤数据不全。

1.3 方法

对照组 40 例（常规护理）：遵医嘱给予洗胃、导泻、静脉输注纳洛酮促酒精代谢，监测生命体征；意识障碍者取侧卧位防误吸，吸氧，维持水电解质平衡，根据器官功能异常给予保肝、护肾等支持治疗；记录患者意识状态、出入量、实验室指标，出现异常时按医嘱处理。

观察组 40 例（护理风险管理）：（1）风险评估：采用急性酒精中毒合并 MODS 护理风险评估量表，涵盖中枢抑制（GCS 评分）、循环稳定（收缩压）、电解质（血钾）、气道梗阻（意识+呕吐）、器官功能（肝肾功能）、操作安全（管路/用药）6 个维度，总分 0-24 分（≥16 分为高风险、8-15 分为中风险、≤7 分为低风险）；入院时完成首次评分，干预后复评，若出现病情波动（如血氧骤降、尿量减少）即时补评，确保风险等级动态匹配病情变化。（2）针对性风险干预：①气道风险（GCS≤8 分/意识障碍伴呕吐）：抬高床头 30°，床头备吸痰盘（吸痰管、负压吸引器），每 1 小时评估气道分泌物；若 GCS≤6 分或出现呼吸浅快（＜10 次/分），立即行气管插管，连接呼吸机（初始模式设为辅助控制通气），每 4 小时核对插管深度（标记距门齿距离），预防脱管。②循环风险（收缩压＜90mmHg）：每 1 小时监测血压、心率，遵医嘱用多巴胺（5-10μg/kg·min）静脉泵入维持循环，记录每小时尿量（目标＞0.5ml/kg/h），若尿量＜30ml/h，及时排查是否存在肾灌注不足或肾功能损伤。③器官功能风险（SOFA 评分＞6 分）：每日晨起联合医生评估 SOFA 评分，肝功能异常（胆红素＞20.5μmol/L）者静脉输注还原型谷胱甘肽保肝，肾功能异常（肌酐＞176.8μmol/L）者限制液体入量（1500～2000mL/d），同时监测电解质（血钾、血镁），低钾（＜3.5mmol/L）时口服或静脉补钾，避免诱发心律失常。④操作风险（管路/用药）：静脉通路选用 3M 透明敷贴+弹力绷带双重固定，标注穿刺时间、操作者；气管插管/CRRT 管路贴高危管路标识，每 2 小时检查固定情况；药物输注前双人核对（重点排除头孢类、镇静药等酒精禁忌药），输注纳洛酮时严格控制速率（0.4～0.8mg/h），避免血压骤升。（3）风险监控与动态调整：成立风险管理小组，急诊科护士长 1 名、N3 级护士 3 名，每日 16：00 召开风险复盘会，分析当日 不良事件、调整干预方案；对风险预警信号如血氧骤降、尿量减少，实行 5 分钟响应制，护士识别后立即启动干预并上报小组，确保风险及时控制。

1.4 观察指标

（1）不良风险事件发生率：误吸窒息、低血压休克、心律失常等事件。

（2）抢救效率：涵括了就诊等候时间、症状消失时间、留观时间、促醒时间的统计工作。

（3）MODS 评分、急性生理与慢性健康评分差异：护理前、后均采用 MODS 积分，总分为 24，分数愈高，病情愈重；并予以急性生理与慢性健康（APACHE II）评分量表为 0-71，分数越高，说明患者的病情越重。

1.5 统计学方法

借 SPSS26.0 软件包落实分析，计数资料（例如不良风险事件发生率）→（%）加以表示，以 χ^2 检验，计量资料（例如抢救效率、MODS 评分、急性生理与慢性健康评分）→（$\bar{x}\pm s$）加以表示，t 检验获取结果，P<0.05 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 不良风险事件发生率

观察组不良风险事件发生率统计数值更低呈现（P<0.05），见表 2。

2.2 两组抢救效率数据差异对比

观察 2 组抢救效率，得出观察组的就诊等候时间、症状消失时间、留观时间、促醒时间均更短（P<0.05），见表 3。

2.3 MODS 评分、急性生理与慢性健康评分差异

组别间 MODS 评分、急性生理与慢性健康评分差异对比，显示干预后观察组均更低导向（P<0.05），见表 4。

表 2　不良风险事件发生率[n（%）]

组别	例数	误吸窒息	低血压休克	心律失常	总发生率
观察组	40	0（0.00）	0（0.00）	0（0.00）	0（0.00）
对照组	40	1（2.50）	1（2.50）	2（5.00）	4（10.00）
χ^2	-	-	-	-	4.211
P	-	-	-	-	0.040

表 3　抢救效率（$\bar{x}\pm s$）

组别	例数	就诊等候时间（min）	症状消失时间（d）	留观时间（min）	促醒时间（min）
观察组	40	4.76±1.02	22.12±5.54	77.45±6.87	82.55±8.84
对照组	40	7.32±1.56	27.98±6.87	91.09±10.54	95.87±9.12
t	-	8.687	4.199	6.857	6.633
P	-	0.000	0.000	0.000	0.000

表 4　MODS 评分、急性生理与慢性健康评分差异（$\bar{x}\pm s$，分）

组别	例数	MODS		APACHEII	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	40	15.87±2.43	9.11±1.02	28.54±3.35	12.44±3.01
对照组	40	15.76±2.46	10.91±1.54	28.91±3.91	17.03±3.43
t	-	0.201	6.163	0.454	6.361
P	-	0.841	0.000	0.651	0.000

3 讨论

急性酒精中毒（AA），发病机制为短期内饮酒超人体代谢能力，血酒精浓度升高后抑制中枢神经系统，引发恶心、呕吐、嗜睡、昏迷等症状；且酒精及其代谢物乙醛会直接毒性损伤胃肠黏膜、肝脏、肾脏等器官[4]。随病情发展，AA 患者因中枢抑制易致误吸性肺炎，循环不稳定引发组织灌注不足，极易继发多器官功能障碍综合征（MODS）。MODS 作为 AA 的严重并发症，临床管理呈现治疗复杂、护理风险密集特点，AA 诱发的呼吸中枢抑制叠加肺部感染，易进展为急性呼吸窘迫综合征，需依赖俯卧位通气改善氧合；同时，酒精毒性损伤与 MODS 引发的循环紊乱、二氧化碳潴留，还易导致患者出现无尿、酸碱失衡、肾血流量减少等肾功能损伤表现[5-6]。一旦进入 MODS 阶段，患者死亡率显著升高，亟需更系统的护理干预体系。

常规护理多聚焦治疗执行，缺乏对潜在风险的预见性识别与针对性防控，易导致不良事件延误处置，加重器官功能损伤，进一步延长患者症状恢复周期[7]。护理风险管理，正在于弥补常规护理的被动性缺陷，通过风险识别-评估-预防-控制的闭环体系，针对性解决 AA 合并 MODS 患者的临床护理痛点。相较于常规护理，可通过提前评估误吸风险，采取抬高床头 30°、备齐

吸痰设备等干预措施，从源头减少肺部感染及后续 MODS 的诱发因素；可通过动态风险评估，结合风险监控模式，及时识别并处置压疮前兆、管路渗血等问题；此外，护理风险管理还能与临床治疗形成协同，通过密切监测电解质水平，提前纠正代谢紊乱，避免因电解质异常诱发心律失常；不仅是对常规护理的优化，更是通过预见性干预降低风险、改善预后的关键环节，为该类患者的护理质量提升提供了可推广的实践路径[8]。

本次研究，通过选取相关患者，对观察组引入护理风险管理措施，可显示其价值。结合此次研究数据分析，观察组的不良风险事件发生率更低，是因为护理风险管理中，通过入院即风险评估，将风险干预前置，并积极落实气道风险、操作风险、动态监控等措施，可提前防控，降低不良事件。观察组的抢救效率更高，是因为护理风险管理中，通过风险监控闭环缩短各环节耗时，提前识别风险（如意识障碍伴呕吐），直接启动绿色通道，无需常规排队评估；气道通畅保障氧供、循环稳定（多巴胺维持血压）、器官功能精准干预（保肝/限液），加速酒精代谢与器官损伤修复；动态 SOFA 评分评估器官功能，达标后及时转出，避免过度留观。观察组干预后的 MODS 评分、急性生理与慢性健康评分更低，是因为护理风险管理针对器官功能风险精准干预，每日 SOFA 评分动态监测，肝功能异常早用保肝药、肾异常限液体，减少器官功能恶化；循环稳定（每小时测血压、保尿量）、电解质纠正（避免低钾致心律失常），减轻多器官损伤叠加[9]。

综上所述，护理风险管理，可显著降低 AA 合并 MODS 患者的不良风险事件发生率，缩短抢救相关时间，同时改善 MODS 评分与急性生理慢性健康评分，有效提升救治安全性与效率，改善患者病情与预后，具备临床推广价值。

参考文献

[1] 原莉娟,崔丙忠,段明涛.急性酒精中毒患者继发肝损伤的危险因素[J].医学临床研究,2025,42(7):1245-1248.

[2] 方燕婷,吴晓媛.柔性管理联合急救优化护理流程对急性酒精中毒抢救效率的影响[J].蛇志,2025,37(2):187-191.

[3] 邓敏,杨映霞.护理风险管理在急性脑梗死血管介入术患者中的应用效果[J].中国社区医师,2024,40(13):90-92.

[4] 陈春会.纳洛酮结合谷胱甘肽对急性酒精中毒患者病情恢复时间、血清神经递质因子水平的影响[J].中国现代药物应用,2025,19(9):30-34.

[5] 邱美芳,石敏丽,邱琳,等.集束化护理在重症多器官功能障碍综合征患者俯卧位通气联合连续肾脏代替疗法干预中的效果[J].中国当代医药,2025,32(12):163-166171.

[6] 杨蕾,黎伟娟,胡学琴,等.个体化营养治疗对白族老年多器官功能障碍综合征患者炎症状态及生活质量的影响[J].中国临床保健杂志,2024,27(3):337-341.

[7] 王玮,张媛.基于循证理念的认知行为干预策略在急性有机磷农药中毒患者中的应用价值[J].中西医结合护理（中英文）,2025,11(3):101-104.

[8] 徐小静,王越圣.护理风险管理联合心理支持对急性有机磷中毒患者不良事件与生活质量的影响[J].临床医学工程,2023,30(9):1269-1270.

[9] 曾滔.优化急救护理流程对重度有机磷中毒患者预后的影响[J].智慧健康,2025,11(31):152-155.

版权声明：©2026 作者与开放获取期刊研究中心（OAJRC）所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。
https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/
OPEN ACCESS