

ICS 11.020
CCS C 05

T/GXAS

团 体 标 准

T/GXAS 1214—2025

血友病性关节炎围手术期护理规范

Nursing specification for perioperative period of hemophilic arthropathy

2025-12-31 发布

2026-01-06 实施

广西标准化协会 发布

目 次

前言	II
1 范围	1
2 规范性引用文件	1
3 术语和定义	1
4 缩略语	1
5 基本要求	1
6 护理措施	2
7 出院指导	4
附录 A (资料性) Caprini 评分量表	5
附录 B (资料性) Morse 跌倒风险评估量表	7
附录 C (资料性) 营养风险筛查 (NRS-2002) 量表	8
参考文献	9

前　　言

本文件参照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由广州中医药大学第三附属医院提出并宣贯。

本文件由广西标准化协会归口。

本文件起草单位：广州中医药大学第三附属医院、广州中医药大学第一附属医院、南方医科大学珠江医院、深圳市人民医院龙华分院、广西医科大学第二附属医院。

本文件主要起草人：钟文、何志美、汤艳仪、周冬英、石小荣、罗湘云、邓虹虹、黄超妹、毛海妹、邓宝贵、黄莉、程锦珍、李飞龙、陈群群、袁颖嘉、邓红美、侯文敏、吴卓、黎小霞、胡超燕、杨帆、蔡秀萍、魏燕华。

血友病性关节炎围手术期护理规范

1 范围

本文件界定了血友病性关节炎围手术期护理涉及的术语和定义、缩略语，规定了血友病性关节炎围手术期护理的基本要求、护理措施以及出院指导的要求。

本文件适用于各级医疗机构血友病性关节炎围手术期的护理。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

GB 15982 医院消毒卫生标准

WS/T 367 医疗机构消毒技术规范

WS/T 433 静脉治疗护理技术操作标准

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1 血友病性关节炎 hemophilic arthropathy

也称“血友病性骨关节病”，血友病患者反复关节出血，造成持续性关节破坏的一种疾病。

4 缩略语

下列缩略语适用于本文件。

APTT：活化部分凝血活酶时间（Activated Partial Thromboplastin Time）

ARDS：急性呼吸窘迫综合征（Acute Respiratory Distress Syndrome）

BMI：身体质量指数（Body Mass Index）

COPD：慢性阻塞性肺疾病（Chronic Obstructive Pulmonary Disease）

FVIII：凝血因子VIII活性（Factor VIII Activity）

FIX：凝血因子IX活性（Factor IX Activity）

HTC：血友病治疗中心（Hemophilia Treatment Center）

MDT：多学科团队（Multidisciplinary Team）

PT：凝血酶原时间（Prothrombin Time）

5 基本要求

5.1 护理人员

应接受血友病性关节炎围手术期护理专业知识和技能培训，并考核合格，具备血液科或骨科护理相关工作背景与专业知识。

5.2 场所

5.2.1 应设置有 MDT（骨科医生、骨科护士、康复治疗师、手术室护士、药师、检验技师），宜设置有 HTC 及血友病关爱病房。

5.2.2 医疗机构消毒技术应符合 WS/T 367 的规定，医院消毒卫生应符合 GB 15982 的规定。

5.3 设备及用具

5.3.1 设备

主要包括冷藏柜、制冰机等。

5.3.2 用具

主要包括冰袋、助行器、下肢功能训练器、下肢气压泵等。

5.4 耗材、药品及制品

5.4.1 耗材

主要包括静脉留置针、输血器、弹力绷带等。

5.4.2 药品及制品

主要包括凝血因子制剂等相关药品及血液制品。

6 护理措施

6.1 术前护理

6.1.1 护理评估

应评估患者包括但不限于以下内容：

- 生命体征、体重、身高等；
- 过敏史、慢性病史、用药史等；
- 心理状态；
- 关节功能情况，包括活动度及肿胀程度等；
- 凝血功能，包括血小板计数、APTT、PT、纤维蛋白原、FVIII/FIX水平和抑制物检出；术前用药情况，是否有注射凝血因子，有无出血倾向等；
- 静脉血栓栓塞症风险，宜采用《Caprini 评分量表》（见附录 A）；
- 跌倒风险，宜采用《Morse 跌倒风险评估量表》（见附录 B）；
- 营养风险，宜采用《营养风险筛查（NRS-2002）量表》（见附录 C）；
- 疼痛情况，根据患者情况选择疼痛评估量表。

6.1.2 术前宣教

6.1.2.1 告知检验检查的目的、方法、注意事项等。

6.1.2.2 介绍成功个案，提供针对性心理疏导。

6.1.2.3 对患者及家属进行饮食宣教，指导患者进食富含优质蛋白、维生素及膳食纤维的清淡食物，不应进食辛辣刺激、过热过硬的食物。

6.1.2.4 指导预康复训练方法，包括呼吸训练和功能训练。

6.1.2.5 指导患者床上体位转移及便器使用。

6.1.2.6 告知患者手术相关事项、围术期安全及管理须知。

6.1.3 术前准备

6.1.3.1 静脉操作应按 WS/T 433 的要求执行。

6.1.3.2 告知患者术前禁食 6 h、禁水 2 h。

6.1.3.3 术前 1 d 按以下要求进行准备：

- 做好皮肤清洁护理；
- 遵医嘱进行凝血因子预试验，精确用药剂量、用药途径、用药时间及抽血时间，抽血时间应精确到分钟；
- 静脉采血、静脉置管侵入性操作应动作轻柔、稳、准，抽血后应按压止血时间不少于 10 min，不应肌肉注射和皮下注射；

——重组人凝血因子应于 2 ℃~8 ℃冷藏，不应冷冻；使用前，将制品及稀释液自冷藏环境取出，在室温下平衡至少 30 min；复溶时应轻柔操作，不应震荡，配置后立即使用；静脉滴注时使用带滤网输血器，滴注速度符合说明书要求，滴注前后用生理盐水冲管；静脉推注凝血因子前应先推注 5 mL~10 mL 生理盐水，按凝血因子使用说明书执行凝血因子推注时间，推注凝血因子后再用 5 mL 生理盐水正压封管。

6.1.3.4 手术当日按以下要求进行准备：

- 建立静脉通道时，宜于非手术侧上肢穿刺，选用静脉留置针，并避开下肢及关节部位；
- 遵医嘱预输注凝血因子，送手术前 30 min 内输注完毕，20 min 后在液体输注的对侧上肢抽血检查凝血因子活性水平；
- 遵医嘱备好凝血因子剂量；
- 若凝血因子活性水平未达到 100%，应遵医嘱追加输注凝血因子，手术开始时凝血因子活性水平应达到 50%~100%。

6.2 术中护理

6.2.1 配合麻醉医师做好体位管理，保暖、监测生命体征等要求。

6.2.2 应遵医嘱监测凝血因子活性水平，手术时间超 4 h 或术中出血量超预估（比非血友病患者失血量增加 25%~50%），根据凝血因子活性水平增加凝血因子用量。

6.3 术后护理

6.3.1 体位管理

应协助患者取功能位，抬高患肢高于心脏水平。

6.3.2 病情观察

6.3.2.1 应密切监测患者生命体征，遵医嘱予患者心电监护、吸氧，密切观察并记录患者意识状态、尿量、伤口敷料等情况。

6.3.2.2 应观察患者术肢弹力绷带松紧度，末端血运、感觉、温度、指（趾）活动、动脉（A）搏动等。

6.3.2.3 应按时并规范使用抗生素，密切观察感染征兆。

6.3.3 管道护理

6.3.3.1 应观察各管道是否妥善固定。

6.3.3.2 遵医嘱管理引流装置，观察并记录引流液的量、颜色及性状；若引流量突然增多（30 min 内大于 50 mL）或颜色鲜红，立即报告医生。

6.3.3.3 如有留置尿管患者，做好尿管相关护理。

6.3.4 疼痛护理

6.3.4.1 应遵循 WHO 三阶梯止痛原则及开展多模式镇痛。

6.3.4.2 应密切观察患者疼痛部位、范围，评估性质、程度及影响因素。

6.3.4.3 评估患者疼痛程度，根据疼痛评估结果遵医嘱给予镇痛干预，宜联合非药物镇痛方法。

6.3.5 康复训练

6.3.5.1 功能训练前 30 min，遵医嘱执行凝血因子注射，并观察患者凝血因子活性水平。

6.3.5.2 功能训练后宜立即采用冰水混合物进行冰敷，每次 15 min~20 min。

6.3.5.3 指导患者进行呼吸训练。

6.3.5.4 指导患者进行关节活动度及肌肉力量训练。

6.3.6 营养管理

6.3.6.1 鼓励患者进食高蛋白、高热量、高纤维和富含维生素食物。

6.3.6.2 可在两餐之间口服营养补充剂，当患者无法经口进食或摄入量远低于目标量时，应尽早启动管饲或肠外营养干预。

6.3.6.3 制定个性化的食疗方案。

6.3.6.4 调整患者饮食，增加膳食纤维与水分，保持患者大便通畅。

6.3.6.5 评估存在营养风险时，报告医生请营养科介入。

6.3.7 心理护理

为患者提供心理支持，宜采取以下方式进行：

——采取辅助治疗方式，如正念冥想、分散注意力、音乐治疗、心理干预等；

——定期组织交流活动，如音乐沙龙、病友会等；

——提供志愿者支持服务。

6.3.8 主要并发症预防及处理

6.3.8.1 出血

6.3.8.1.1 密切观察患者出血情况，如术区是否有皮下血肿，是否出现术肢肿胀、疼痛、发热感，引流量是否增多，询问患者主观感觉等。

6.3.8.1.2 遵医嘱冰敷，按1:1调制冰水混合物，每日至少冰敷术区3次，每次15 min~20 min。

6.3.8.1.3 遵医嘱执行凝血因子注射，注射后抽血送检并追踪检查结果。

6.3.8.1.4 功能训练时按6.3.5.1的要求进行。

6.3.8.1.5 突发出血时采取RICE措施限制出血关节活动，加用凝血因子，进行冰敷，用弹性绷带或沙袋加压出血部位，并将出血部位抬高，高于心脏水平。

注：RICE代表休息（Rest）、冰敷（Ice）、加压（Compression）、抬高（Elevate）。

6.3.8.2 血栓

6.3.8.2.1 观察患肢是否肿胀、疼痛、感觉异常等。

6.3.8.2.2 按以下要求进行基础预防：

——鼓励患者主动活动，尽早下床；

——戒烟酒，控制血糖、血脂；

——保持大便通畅；

——抬高患肢，不应下肢静脉穿刺；

——除心、肾功能不全者外，每日饮水1500 mL~2000 mL。

6.3.8.2.3 使用下肢气压泵和弹力绷带进行物理预防。

6.3.8.2.4 若出现足背动脉减弱或消失、皮肤淤血、Homan's征阳性、患肢剧痛、肿胀、小腿周径比正常大于2 cm、感觉麻痹等情况时，警惕下肢深静脉血栓的发生，应汇报医生，建议行下肢血管彩超检查明确诊断，若检查结果确诊为血栓，应指导患者严格卧床休息，抬高患肢，患肢不应按摩及热敷，同时加强病情观察。

6.3.9 术后宣教

6.3.9.1 告知患者术后第一次离床活动应在医生、护士或康复治疗师的陪同下进行。

6.3.9.2 下地前应训练适应性体位转移，检查辅助用具如助行器、拐杖的稳定性并调节好高度，做好预防跌倒的告知和宣教。

6.3.9.3 饮食宜高蛋白、高热量和富含维生素。

6.3.9.4 保持伤口清洁、干燥。

7 出院指导

7.1 指导患者注意居家安全，如浴室要做好防滑措施、安装扶手，通道确保无障碍物。

7.2 指导患者应在凝血因子正常下，循序渐进进行功能训练，以安全耐受为宜。

7.3 指导患者进行有氧运动，同时进行抗阻力量训练。

7.4 指导患者掌握病情监测、出血判断及家庭应急处理方法的同时，应重点强调：一旦居家期间出现关节突发剧痛、肿胀加剧、皮温升高、活动障碍明显加重或外伤后出血不止等情况，应立即前往医院紧急就诊。

7.5 明确告知患者复诊时间，指导患者定期复诊。

附录 A
(资料性)
Caprini 评分量表

Caprini 评分量表见表A. 1。

表A. 1 Caprini 评分量表

科室: 床号: 姓名: 年龄: 性别:

分值	评估内容	评分	评估日期		
每项 1 分	年龄 41~60 岁	1 分			
	小手术	1 分			
	肥胖 (BMI ≥25)	1 分			
	下肢水肿	1 分			
	静脉曲张	1 分			
	妊娠期或产后 (1 个月内)	1 分			
	不明原因或习惯性流产	1 分			
	口服避孕药或激素代替治疗	1 分			
	脓毒症 (1 个月内)	1 分			
	严重肺病, 含肺炎 (1 个月内)	1 分			
	肺功能异常, COPD	1 分			
	急性心肌梗塞	1 分			
	充血性心衰 (1 个月内)	1 分			
	炎症性肠病史	1 分			
每项 2 分	需要卧床休息的患者	1 分			
	其他高危因素	1 分			
	年龄 61~74 岁	2 分			
	石膏固定 (1 个月内)	2 分			
	卧床 (>72 h)	2 分			
	恶性肿瘤 (既往或现患)	2 分			
	中央静脉置管	2 分			
每项 3 分	腹腔镜手术 (>45 min)	2 分			
	大手术 (>45 min)	2 分			
	年龄 ≥75 岁	3 分			
	VTE 病史	3 分			
	VTE 家族史	3 分			
	肝素引诱的血小板减少症	3 分			
	其他后天性或获得性血栓症	3 分			
	抗心磷脂抗体阳性	3 分			

表A.1 Caprini 评分量表(续)

分值	评估内容	评分	评估日期		
每项 3 分	凝血酶原 20210A 阳性	3 分			
	因子 V Leiden 阳性	3 分			
	狼疮抗凝物阳性	3 分			
	血清同型半胱氨酸升高	3 分			
每项 5 分	脑卒中(1个月内)	5 分			
	急性脊髓损伤(1个月内)	5 分			
	择期下肢关节置换术 髋关节、骨盆或下肢骨折	5 分			
	多发性创伤(1个月内)	5 分			
	大手术(超过3 h)	5 分			
总得分					
评估护士签名					

注：低危(0~1分)：基础预防，如早期活动；中危(2分)：物理预防+药物预防；高危(3~4分)：药物预防联合物理预防；极高危(≥5分)：强化药物预防和物理预防。

附录 B
(资料性)
Morse 跌倒风险评估量表

Morse跌倒风险评估量表见表B. 1。

表B. 1 Morse 跌倒风险评估量表

科室: 床号: 姓名: 年龄: 性别:

项目名称	评估内容	分值	评估日期		
1. 跌倒史	近三个月无跌倒史	0 分			
	近三个月有跌倒史	25 分			
2. 超过一个医学诊断	没有	0 分			
	有	15 分			
3. 行走辅助	不需要/完全卧床/有专人扶持	0 分			
	拐杖/手杖/助行器	15 分			
	依扶家居行走	30 分			
4. 静脉输液/置管/使用特殊药物	没有	0 分			
	有	20 分			
5. 步态	正常/卧床休息/轮椅代步	0 分			
	虚弱乏力	10 分			
6. 认知状态	平衡失调/不平衡	20 分			
	了解自己的能力	0 分			
	忘记自己的限制	15 分			
	总得分				
评估护士签名					
注: 低度跌倒风险患者为0~24分; 中度跌倒风险患者为25~44分; 高度跌倒风险患者为≥45分。					

附录 C
(资料性)
营养风险筛查(NRS-2002)量表

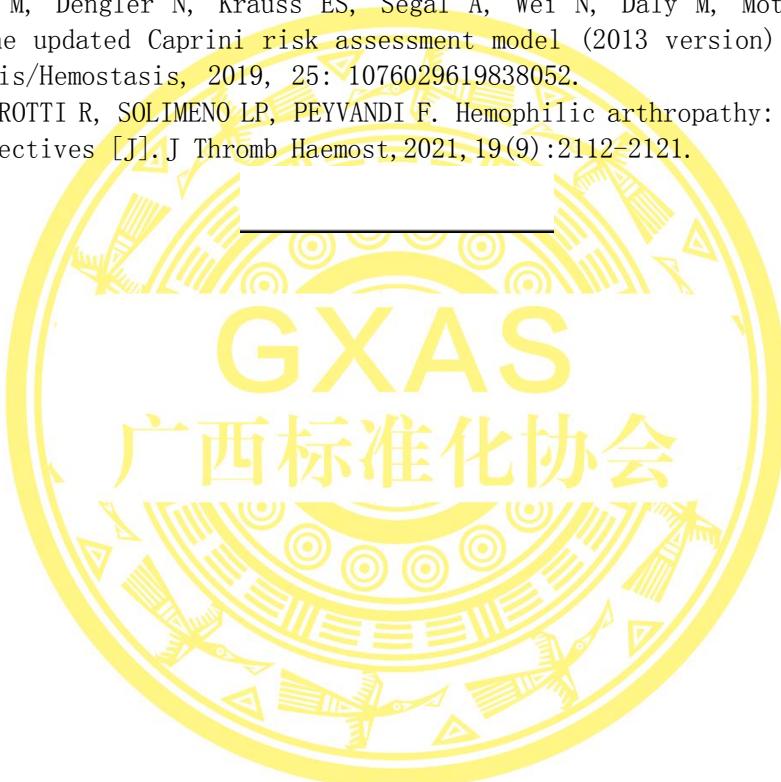
营养风险筛查(NRS-2002)量表见表C.1。

表C.1 营养风险筛查(NRS-2002)量表

科室名称:		住院号:		床号:	
姓名:		性别:	年龄:	联系方式:	
主要诊断: 1. _____ 2. _____ 3. _____					
风险初筛: 以下任一项答“是”, 则进入下面评分; 答“否”, 则需定期评估。					
是否 BMI < 20.5 (体重/身高 ² (kg/m ²)) 患者在过去 1~3 个月有体重下降吗? 患者在过去 1 周内有摄食减少吗? 患者有严重疾病吗 (如 ICU 治疗?)?				是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
营养状态受损评分 (0~3 分)					
1. 体重下降		<input type="checkbox"/> 0 分: 3 个月无下降或下降 ≤ 5% <input type="checkbox"/> 1 分: 3 个月内下降 5~10% <input type="checkbox"/> 2 分: 2 个月内下降 ≥ 5% 或 1 个月内下降 ≥ 5% 且 BMI < 18.5			
2. 进食量减少		<input type="checkbox"/> 0 分: 无减少或减少 ≤ 25% <input type="checkbox"/> 1 分: 减少 25~50% <input type="checkbox"/> 2 分: 减少 50~75% <input type="checkbox"/> 3 分: 减少 ≥ 75% 或完全禁食 ≥ 7 d			
3. BMI		<input type="checkbox"/> 0 分: BMI ≥ 20.5 <input type="checkbox"/> 1 分: BMI 18.5~20.4 <input type="checkbox"/> 2 分: BMI < 18.5 或胸腹水患者			
疾病严重程度评分 (0~3 分)					
1. 轻度疾病 (1 分): <input type="checkbox"/> 代谢需求轻度增加, 如慢性疾病急性发作 (慢阻肺稳定期、糖尿病控制良好)、小手术 (疝气修补术) 2. 中度疾病 (2 分): <input type="checkbox"/> 代谢需求中度增加, 如急性疾病伴并发症 (肺炎、心衰急性加重)、大手术 (胃切除、关节置换术)、恶心肿瘤化疗期 3. 重度疾病 (3 分): <input type="checkbox"/> 代谢需求显著增加, 如危重症 (ARDS、脓毒症)、大面积烧伤 (≥ 30%)、恶性肿瘤晚期伴恶液质 4. 特殊情况: <input type="checkbox"/> 颅部骨折计 2 分 (因长期制动和应激代谢增加)					
年龄评分 (0~1 分)					
<input type="checkbox"/> 70 岁以下 (0 分) <input type="checkbox"/> 70 岁及以上 (1 分)					
营养风险总评分: 营养状态受损评分 () + 疾病严重程度评分 () + 年龄评分 () = () 分					
筛查者签名:			筛查时间:		
是否请营养科会诊: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			医生签名: _____ 签名时间: _____		
注: ≥ 3 分, 存在营养风险, 立即干预; < 3 分, 目前无营养风险, 定期评估。					

参 考 文 献

- [1] 吴肇汉, 秦新裕, 丁强. 实用外科学(第4版)下册[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2017.
- [2] 杨仁池. 中国血友病管理指南(2021版)[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2021.
- [3] 王学锋, 冯建民, 孙竞, 等. 中国血友病骨科手术围术期处理专家共识[J]. 中华骨与关节外科杂志, 2016, 9(5):361–370.
- [4] 中华医学会骨科学分会关节外科学组, 中国血友病协作组, 童培建, 等. 中国血友病性骨关节病髓膝关节置换围手术期管理指南[J]. 中华骨与关节外科杂志, 2022, 15(7):481–490.
- [5] 血友病性关节病康复方案专家共识组. 河南省血友病性关节病康复方案专家共识[J]. 河南医学研究, 2023, 32(8):1345–1350.
- [6] 中华医学会血液学分会血栓与止血学组, 中国血友病协作组. 血友病治疗中国指南(2025年版)[J]. 中华血液学杂志, 2025, 46(8):681–690.
- [7] Cronin M, Dengler N, Krauss ES, Segal A, Wei N, Daly M, Mota F, Caprini JA. Completion of the updated Caprini risk assessment model (2013 version)[J]. Clinical and Applied Thrombosis/Hemostasis, 2019, 25: 1076029619838052.
- [8] GUALTIEROTTI R, SOLIMENO LP, PEYVANDI F. Hemophilic arthropathy: Current knowledge and future perspectives [J]. J Thromb Haemost, 2021, 19(9):2112–2121.



中华人民共和国团体标准
血友病性关节炎围手术期护理规范
T/GXAS 1214—2025
广西标准化协会统一印制
版权专有 侵权必究