ICS

T/GXDSL

团　体　标　准

T/GXDSL　—2026

外科患者深静脉血栓预防护理规范

Nursing Specification for Prevention of Deep Vein Thrombosis in Surgical Patients

（工作组讨论稿）

（本草案完成时间：2026-01-29）

2026 －　－　发布　　2026 －　－　实施

广西电子商务企业联合会　发布

目 次

目录

前 言 II
1 引言 1
2 范围 1
3 规范性引用文件 2
4 术语和定义 2
4.1 深静脉血栓形成 3
4.2 静脉血栓栓塞症 3
4.3 肺栓塞 3
4.4 基础预防 3
4.5 物理预防 3
4.6 药物预防 3
4.7 出血风险 3
5 基本要求 3
5.1 组织管理 4
5.2 人员要求 4
5.3 设施与设备 4
6 DVT 风险评估与出血风险评估 5
6.1 评估原则 5
6.2 DVT 风险评估工具与分级 6
6.3 出血风险评估 6
7 预防措施与护理干预 6
7.1 基础预防（适用于所有外科患者） 7
7.2 物理预防 7
7.3 药物预防 8
8 观察与记录 9
8.1 观察要点 9
8.2 记录要求 10
9 健康教育 10
9.1 住院期间教育 10
9.2 出院指导 11
10 质量监控与持续改进 11
10.1 监测指标 12
10.2 检查与反馈 12
10.3 改进措施 13
11 附则 13

前　言

本文件依据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。
本文件由广西产学研科学研究院提出。
本文件由广西电子商务企业联合会归口。
本文件起草单位：
本文件主要起草人：
本文件为首次发布。

外科患者深静脉血栓预防护理规范

1 引言

深静脉血栓形成（Deep Vein Thrombosis, DVT）及其引发的肺栓塞（Pulmonary Embolism, PE）统称为静脉血栓栓塞症（Venous Thromboembolism, VTE），是外科围手术期最具致命性的严重并发症，更是制约我国外科医疗质量提升、威胁全民健康、加重国家医疗资源负担的突出公共卫生问题。外科患者因疾病本身、手术创伤、麻醉干预及术后制动等多重因素，属于 VTE 发病极高危人群，其发病隐匿、进展迅速，不仅显著增加患者痛苦、延长住院周期、提高医疗费用，更易引发医疗安全纠纷，影响国家医疗服务的公信力与群众满意度。立足“健康中国 2030”战略部署，紧扣国家医疗质量安全提升行动、心脑血管疾病综合防控等核心工作要求，坚持“预防为主、防治结合、全员参与、全程管控”的国家公共卫生工作理念，建立系统化、标准化、同质化且基于循证医学证据的外科患者 DVT 预防护理规范，是落实国家医疗质量标准化建设、优化医疗资源配置、降低 VTE 发生率与致死率、改善患者远期预后、保障全民医疗安全的关键举措，更是推动我国外科护理事业高质量发展、接轨国际先进护理标准、提升国家医疗健康治理能力的重要支撑。立足国家医疗发展全局，兼顾各级各类医疗机构的资源差异与临床实践需求，整合国家最新政策要求、行业指南与临床实践成果，为全国各级各类医疗机构外科护理人员提供科学、规范、实用、可操作的 DVT 预防护理实践框架，统一预防护理流程、质量标准与评价体系，推动我国外科患者 DVT 预防护理工作实现同质化提升、规范化推进，助力构建覆盖全国、上下联动的 VTE 防治体系，为全民健康保驾护航。

2 范围

明确了外科患者深静脉血栓（DVT）预防护理的核心原则、基本要求、风险评估、预防措施、护理干预、健康教育、观察记录及质量监控与持续改进等全流程内容，覆盖外科诊疗全场景、患者住院全周期。适用于全国各级各类开展外科诊疗服务的医疗机构（含三级医院、二级医院、基层医疗机构、专科医院、诊所等）及其外科护理人员，涵盖普通外科、骨科、肿瘤外科、泌尿外科、胸外科、神经外科、妇产科外科等所有外科专科，对外科住院患者（含门急诊手术、日间手术、择期手术、急诊手术患者）

的 DVT 预防护理工作实施统一指导、规范约束。兼顾基层医疗机构资源禀赋，明确基层可结合自身服务能力优化实施细则，但核心要求、关键流程须严格遵循本标准规定，确保预防护理质量不降低。不适用于已确诊 DVT/PE 患者的治疗护理，此类患者的护理应参照国家相关治疗指南执行。

3 规范性引用文件

下列文件对于本标准的应用至关重要。凡是注日期的引用文件，仅所注日期的版本适用于本标准；凡是不注日期的引用文件，其最新版本（含所有修改单）适用于本标准。所有引用文件均为国家层面发布的现行有效标准、指南与政策文件，确保本标准的权威性、时效性与合规性。

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

WS/T 431-2013 护理分级

《健康中国行动—心脑血管疾病防治行动实施方案（2023—2030 年）》国家卫生健康委等 14 部门，2023 年

《静脉血栓栓塞症防治护理指南》中华护理学会，2021 年

《中国血栓性疾病防治指南》中华医学会血栓栓塞性疾病防治委员会，2023 年（最新版）

《医院住院患者静脉血栓栓塞症预防与管理建议》国家卫生健康委员会，2022 年（最新版）

《抗菌药物临床应用指导原则（2023 年版）》国家卫生健康委、国家中医药管理局、国家疾控局，2023 年

《Caprini 血栓风险评估模型（2013 版）》（国家推荐使用版本）

《Autar 血栓风险评估量表》

《Padua 血栓风险评估量表》

《全国护理质量控制指标（2024 版）》国家护理质量控制中心

《电子病历应用管理规范（2023 年版）》国家卫生健康委员会

4 术语和定义

下列术语和定义适用于本标准，旨在统一规范全国外科 DVT 预防护理领域的术语使用，避免歧义，确保标准执行的一致性，同时对接国际通用术语标准，兼顾专业性与通用性，便于各级护理人员理解与应用。

4.1 深静脉血栓形成

血液在深静脉腔内异常凝结，阻塞管腔，导致静脉回流障碍的疾病，多见于下肢深静脉，是国家心脑血管疾病综合防控体系中重点监测的血栓性疾病之一。

4.2 静脉血栓栓塞症

DVT 和 PE 的统称，两者是同一疾病在不同部位、不同阶段的临床表现，被国家卫生健康委列为外科围手术期重点防控的严重并发症。

4.3 肺栓塞

来自静脉系统或右心的血栓阻塞肺动脉或其分支所致的急性肺循环障碍疾病，以肺循环和呼吸功能障碍为主要临床及病理生理特征，是导致外科患者围手术期非预期死亡的首要原因之一，纳入国家医疗安全不良事件重点监测范围。

4.4 基础预防

通过规范患者行为与生活方式、落实基本护理操作，促进静脉回流、降低血液瘀滞风险的一系列基础性、普惠性措施，适用于所有外科患者，是国家“预防为主”卫生健康工作方针在外科护理中的具体体现。

4.5 物理预防

利用机械原理，通过加快下肢静脉血流速度、减少静脉血液瘀滞，预防 DVT 的标准化干预方法，包括梯度压力袜（GCS）、间歇充气加压装置（IPC）和足底静脉泵（VFP）等，已纳入国家医疗机构外科护理必备干预措施目录。

4.6 药物预防

在严格评估出血风险的前提下，使用国家批准的抗凝或抗血小板药物，降低血液高凝状态、预防血栓形成的干预方法，药物使用须严格遵循国家临床用药规范。

4.7 出血风险

患者因自身疾病、手术创伤、使用抗凝/抗血小板药物等因素，发生临床有意义出血事件的可能性，是药物预防的核心前置评估内容，评估标准须符合国家药事管理相关要求。

5 基本要求

本章节基于国家医疗质量标准化建设要求，明确各级医疗机构开展外科患者 DVT 预防护理工作的组织、人员、设施设备核心标准，兼顾统一性与分层适配性，推动形成“国家统筹、省级引领、市级推

进、县级落实、基层适配”的工作格局，确保标准落地见效。

5.1 组织管理

5.1.1 医疗机构须严格落实国家卫生健康委相关要求，成立多学科 VTE 防治管理小组（或委员会），成员应涵盖医疗管理、外科、麻醉科、血管外科、呼吸科、重症医学科、药剂科、检验科、康复科及护理部门负责人和骨干，明确职责分工，建立协同工作机制，主动对接上级卫生健康行政部门与 VTE 防治质控中心，严格落实国家 VTE 防治政策与工作部署。

5.1.2 护理部应在 VTE 防治管理小组指导下，牵头组织制定并动态优化本院外科患者 DVT 预防护理方案、培训计划和质量评价标准，方案须符合本标准要求，贴合本院学科特点与资源配置，同时纳入医院医疗质量安全管理体系，对接国家护理质量控制指标。

5.1.3 各级外科科室须设立 DVT 预防护理专项负责人（优先选用护士长或高年资专科护士），负责本科室预防护理措施的落实、督导、培训与持续改进，建立本科室 DVT 预防护理台账，定期向上级护理部及 VTE 防治管理小组汇报工作，确保本标准在科室层面落地生根；三级医院外科须设立 VTE 护理专科门诊，承担区域内基层医疗机构护理人员的指导与培训任务，推动优质护理资源下沉。

5.1.4 基层医疗机构应明确专人负责外科患者 DVT 预防护理工作，加强与上级医院的联动协作，建立规范的转诊机制，对无法处理的高危患者及时转诊，确保预防护理工作的连续性与规范性，落实国家医疗资源均衡发展要求。

5.2 人员要求

5.2.1 所有从事外科护理工作的人员，必须接受系统的 VTE 预防相关知识与技能培训，培训内容须覆盖本标准全部要求，包括但不限于：VTE 的危害与国家防控要求、风险评估方法、各类预防措施的原理与规范操作、并发症观察与应急处理、健康教育规范等，培训须纳入国家继续医学教育项目，确保培训质量。

5.2.2 护理人员培训后须通过理论与操作考核，考核合格后方可参与临床实践；每年须至少接受一次复训与考核，复训内容应结合国家最新政策、指南及本标准修订内容，考核结果纳入个人护理资质管理与绩效考核，确保护理人员专业能力持续符合国家要求。

5.2.3 三级医院外科须培养至少 1 名 VTE 护理专科护士，负责本科室预防护理的技术指导、培训与质量把控，参与区域内 VTE 防治护理交流与基层指导工作；二级医院及基层医疗机构护理人员须定期参加上级医院组织的专项培训，持续提升专业能力，落实国家护理人才分层培养要求。

5.3 设施与设备

5.3.1 各级医疗机构须根据外科科室规模、患者流量及风险评估结果，配备足量、型号齐全的物理

预防设备与耗材，包括梯度压力袜（GCS）、间歇充气加压装置（IPC）及其腿套/足套等，设备与耗材须符合国家医疗器械标准，确保安全有效；基层医疗机构可结合自身服务能力，优先配备基础物理预防设备，满足临床基本预防需求。

5.3.2 建立物理预防设备全生命周期管理体系，定期对设备进行维护、校验与检修，做好台账记录，确保所有设备处于良好备用状态，设备维护标准须符合国家医疗器械维护规范，杜绝因设备故障影响预防护理效果。

5.3.3 所有外科病区必须配备标准皮尺，用于准确测量患者肢体周径，确保 GCS、IPC 腿套尺寸选择精准；同时须配备必要的实验室检测辅助设备（或建立便捷的检测对接机制），满足凝血功能、血小板计数等相关指标监测需求，对接国家医疗检验标准化体系。

5.3.4 各级医疗机构须将物理预防设备、耗材及相关检测费用，按要求纳入医保报销范围（符合国家医保政策），切实降低患者经济负担，提高预防措施的依从性，落实国家医疗保障政策。

6 DVT 风险评估与出血风险评估

风险评估是 DVT 预防护理的核心前提，本章节基于国家护理质量控制指标要求，明确统一的评估原则、工具、分级标准与操作规范，确保全国各级医疗机构评估工作同质化、标准化，为精准预防提供科学依据，切实防范医疗安全风险。

6.1 评估原则

6.1.1 所有外科住院患者（含门急诊手术、日间手术患者），须在入院后、手术前、手术后及病情变化时，全面开展 DVT 风险与出血风险双重评估，做到“全员评估、全程评估、精准评估”，评估覆盖率须达到 100%，符合国家护理质量控制目标。

6.1.2 评估工作须动态开展，贯穿患者住院全过程：初始评估须在患者入院后 2 小时内完成，术前 24 小时内重新评估，术后 6 小时内再次评估，病情发生重大变化（如出现感染、出血、卧床时间延长等）时立即重新评估，确保评估结果与患者实际病情一致。

6.1.3 常规情况下，每日至少完成一次双重评估；对于 DVT 极高危、出血高风险或病情不稳定的患者，须增加评估频次（至少每 4-8 小时一次），及时调整预防护理措施，防范医疗安全风险，落实国家医疗安全精细化管理要求。

6.1.4 评估工作须由具备相应资质的外科护理人员完成，极高危、高风险患者的评估结果须经科室 DVT 预防护理专项负责人审核，确保评估准确性；评估数据须及时录入电子病历系统，对接国家医疗

质量监测平台，实现数据溯源、统计与分析，为国家 VTE 防治决策提供支撑。

6.2 DVT 风险评估工具与分级

6.2.1 严格遵循国家推荐标准，统一使用经过循证验证的血栓风险评估量表：普通外科、骨科、肿瘤外科、泌尿外科等大多数外科患者，统一采用 Caprini（2013 版）风险评估模型；内科合并外科疾病患者、妇产科外科患者，可参考使用 Padua 量表，确保评估工具的统一性与规范性。

6.2.2 根据 Caprini 评分结果，全国统一将患者 DVT 风险分为四级，分级标准须严格执行，不得擅自调整，确保各级医疗机构风险分级一致，便于开展区域化、全国性质量监测与对比：低危：评分 1-2 分；中危：评分 3-4 分；高危：评分 5-8 分；极高危：评分 ≥9 分 或符合以下任一项（国家明确的极高危指征）：重大创伤、脊髓损伤、髋/膝关节置换术、髋部骨折手术、严重烧伤、重大恶性肿瘤手术。

6.2.3 评估结果须清晰记录于电子护理文书中，明确标注评分、分级、评估时间及评估人员，同时在患者床头、信息系统内设置可视化警示（如不同颜色标识），确保医护人员快速识别患者风险等级，及时落实对应预防措施；极高危患者须在病历中注明重点防控要求，纳入科室重点护理对象。

6.3 出血风险评估

6.3.1 严格落实国家药事管理与医疗安全要求，在决定采取药物预防前，必须对患者开展出血风险评估，未完成评估或出血高风险未排除者，严禁使用抗凝/抗血小板药物预防；出血风险评估须与 DVT 风险评估同步进行，形成“评估-决策-干预”的闭环管理。

6.3.2 出血风险评估内容须符合国家统一标准，包括但不限于：患者活动性出血情况、出血性疾病史、严重肝肾功能不全、未控制的高血压（收缩压>180mmHg 或舒张压>110mmHg）、近期（3 个月内）颅内出血或手术史、易损伤部位（如中枢神经系统、眼）活动性病灶、血小板减少（$<50\times10^9/L$）、正在使用抗凝/抗血小板药物或影响凝血功能的药物、妊娠或哺乳期等。

6.3.3 出血风险全国统一分为高危、中危、低危三级，分级标准参照国家卫生健康委、国家药事管理与药物治疗学委员会制定的相关制度执行，各级医疗机构不得自行制定分级标准；评估结果须与 DVT 风险评估结果结合，制定个体化预防护理方案，实现“风险适配、精准防控”。

6.3.4 对于出血高风险但 DVT 极高危的患者，须由 VTE 防治多学科小组联合评估，制定个性化预防方案（优先选用物理预防，必要时联合低剂量药物预防），全程严密监测出血征象，做好应急处理准备，落实国家医疗安全多学科协同防控要求。

7 预防措施与护理干预

本章节基于国家“精准防控、分层施策”的原则，明确外科患者 DVT 预防护理的核心措施与规范操作，遵循“基础预防为基础，根据风险分级联合应用物理预防和/或药物预防”的国家推荐原则，兼顾有效性、安全性与可操作性，推动预防措施标准化、规范化落地，确保各级护理人员可参照执行。

7.1 基础预防（适用于所有外科患者）

基础预防是国家倡导的普惠性预防措施，须贯穿患者住院全周期，所有外科患者无论风险等级，均须严格落实，同时对接国家全民健康生活方式行动要求，引导患者养成健康行为习惯，提升自我预防能力。

7.1.1 健康教育：严格按照国家健康科普标准化要求，向患者及家属系统讲解 DVT 的成因、危害、国家防控要求及预防重要性，采用标准化科普素材，指导患者及家属主动参与预防过程，提高依从性；健康教育须做好记录，明确讲解内容、时间及患者理解反馈情况，纳入护理文书管理。

7.1.2 早期活动：严格遵循国家术后康复规范化指导要求，在病情和手术允许的前提下，鼓励并协助患者尽早开展活动，减少卧床制动时间，促进静脉回流：卧床期间：统一指导患者进行标准化踝泵运动（最大背伸和跖屈，保持 5-10 秒，每小时完成 10-15 次）、股四头肌等长收缩、膝关节屈伸运动，每 2 小时协助翻身一次，翻身动作规范，避免压迫下肢深静脉；术后根据医嘱和患者耐受情况，逐步过渡至床上坐起、床边坐立、床旁站立、辅助下行走，制定个性化活动计划，活动量循序渐进，避免剧烈运动，同时做好活动过程中的监护，防范跌倒等不良事件，活动情况纳入护理记录。

7.1.3 术中预防：手术室护士须配合医生，在不影响手术的前提下，按照国家手术室护理质量标准，调整患者体位，避免腘窝受压；可使用标准化下肢垫抬高双下肢（高于心脏水平 20-30cm），促进静脉回流，术中体位护理做好记录，纳入手术护理文书。

7.1.4 液体管理：遵医嘱给予充分补液，避免脱水导致血液浓缩，落实国家临床液体管理规范；一般成人每日液体摄入量建议不少于 2000ml（心肾功能不全者除外），准确记录出入量，根据患者病情及时调整补液方案，确保液体平衡。

7.1.5 生活方式指导：对接国家全民健康生活方式行动与控烟、慢病管理政策，劝导患者戒烟、戒酒，指导患者控制血糖、血脂、体重，养成低盐、低脂、低糖的合理膳食习惯，避免高油、高糖、高盐饮食，保护血管健康，生活方式指导情况纳入健康教育记录。

7.2 物理预防

物理预防是中高危患者的核心预防措施，须严格遵循国家行业标准与操作规范，确保使用的规范性、安全性与有效性，设备使用须符合国家医疗器械操作要求，杜绝违规使用。

7.2.1 适用与禁忌：严格执行国家统一的物理预防适用与禁忌标准，杜绝违规使用：适用范围：中、

高危出血风险患者首选物理预防；DVT 极高危患者，可与药物预防联合使用；低危患者可根据情况选择性使用；绝对禁忌（国家统一明确）：①下肢 DVT 已确诊或高度可疑；②下肢严重动脉硬化或缺血性血管病；③严重下肢水肿；④下肢严重畸形、皮炎、坏疽、近期接受皮肤移植；⑤心力衰竭引起的严重下肢水肿；相对禁忌：①周围神经病变；②血管条件差；此类患者使用前须经医生评估，使用过程中严密监测皮肤及肢体情况，发现异常及时处理。

7.2.2 梯度压力袜（GCS）应用规范：严格遵循国家行业标准，规范使用流程，确保使用效果：选择：根据患者踝部及小腿周径，选择符合国家尺寸标准的 GCS，膝长型适用于大多数患者，大腿长型适用于大腿周径过大或需更高压力者；压力梯度统一为踝部 18-21 mmHg，小腿 14-16 mmHg，大腿 8-10 mmHg，严禁使用尺寸不符、压力不达标的产品；穿戴：每日早晨起床前穿戴，夜间休息时脱下，穿戴过程规范，确保袜体平整无褶皱，足跟、腘窝部位位置准确，避免压迫皮肤；护理：每日检查下肢皮肤状况（颜色、温度、感觉、完整性）及足背动脉搏动，做好记录；GCS 每日清洗，手洗晾干，避免暴晒，保持清洁干燥，破损、变形的 GCS 严禁使用。使用时长：通常建议使用至患者可自由下床活动（每日下床活动时间≥4 小时）或出院；极高危患者可根据病情延长使用时间，遵医嘱执行。

7.2.3 间歇充气加压装置（IPC）应用规范：严格按照国家医疗器械操作标准，规范设备使用与护理：选择：根据患者大腿/小腿周径，选择合适尺寸的腿套，腿套须符合国家耗材标准，与设备匹配；应用：将腿套正确包裹下肢，连接主机，设备参数统一设置为：压力 35-45 mmHg，加压模式为周期性梯度加压（从远端踝部开始），每次充气时间 10-12 秒，放松期 45-60 秒，严禁擅自调整参数；使用时间：建议每日使用时间不低于 18 小时，可间断使用，但每次持续使用应≥2 小时，使用时长做好记录，确保达到国家推荐标准；护理：同 GCS 护理要求，同时定期检查设备运行状态，查看管路有无漏气、打折，做好设备运行台账，发现故障及时报修，严禁使用故障设备。

7.3 药物预防

药物预防须严格遵循国家临床用药规范、抗菌药物与抗凝药物临床应用指导原则，坚持“精准用药、严密监测”，杜绝用药安全隐患，确保用药合规性与安全性，保障患者生命安全。

7.3.1 药物选择与时机：严格遵医嘱执行，药物选择须符合国家批准的适应症，优先选用安全、高效、便捷的抗凝药物，常用药物包括低分子肝素（LMWH）、普通肝素（UFH）、直接口服抗凝药（DOACs）、Xa 因子抑制剂等；初始给药时间依据手术类型和出血风险确定，一般术前 2-12 小时或术后 6-24 小时开始，给药时间、剂量严格遵循医嘱，做好记录，严禁擅自调整。

7.3.2 给药护理：严格按照国家临床护理操作规范，规范给药流程，确保给药准确、安全：皮下注射（如 LMWH）：统一选择腹壁前外侧、脐周 5cm 以外区域，垂直进针，提起皮肤皱褶，注射后按压

3-5 分钟，勿揉搓，避免出血；定期轮换注射部位，做好注射部位标记，避免局部瘀斑、血肿，注射情况做好记录；口服给药：确保患者按时、按量服用，观察有无吞咽困难、呕吐等情况，指导患者正确服用药物（如避免与某些食物同服），漏服、错服时及时报告医生，严禁擅自补服，做好服药记录。

7.3.3 监测与观察：严格落实国家药物不良反应监测与医疗安全要求，全程严密监测患者用药反应，及时发现并处理异常情况：实验室监测：遵医嘱监测凝血功能（如 PT、APTT、抗 Xa 因子活性等）、血小板计数，监测结果及时反馈给医生，根据监测结果调整用药方案，监测数据纳入护理文书，对接国家医疗检验标准化体系；出血征象观察：密切观察注射部位、粘膜、牙龈、消化道、泌尿道及手术切口有无异常出血、瘀斑、血肿，观察有无头痛、呕吐、意识改变等颅内出血迹象，发现异常立即停止给药，报告医生并协助处理，做好应急记录；血小板计数：使用肝素类药物期间，遵医嘱定期监测血小板计数，警惕肝素诱导的血小板减少症（HIT），一旦出现血小板明显下降，立即报告医生，落实国家药物不良反应监测要求，做好上报工作。

8 观察与记录

本章节基于国家电子病历标准化、医疗质量监测与医疗安全管理要求，明确观察要点与记录规范，确保观察全面、记录准确、数据可追溯，为国家 VTE 防治质量监测、数据分析与决策提供支撑，同时为临床护理复盘、质量改进提供依据。

8.1 观察要点

8.1.1 患肢观察：严格按照国家护理质量控制指标要求，每日至少一次系统评估双下肢，对比两侧肢体对称性，重点观察以下内容并做好详细记录：有无肿胀（统一测量并记录髌骨上缘以上 15cm、髌骨下缘以下 10cm 的周径，差值超过 1cm 须重点关注）、疼痛或压痛（尤其沿深静脉走行部位）、皮温升高、皮肤颜色改变（发红、紫绀）、浅静脉显露或曲张；极高危患者增加观察频次，及时发现异常并处理。

8.1.2 全身症状观察：密切观察患者有无不明原因的呼吸困难、胸痛、咯血、心悸、烦躁、血压下降等 PE 可疑症状，一旦出现，立即启动应急处理流程，同时报告医生，做好应急观察与记录；PE 可疑症状观察纳入国家医疗安全不良事件监测重点内容，及时上报相关情况。

8.1.3 预防措施相关并发症观察：重点观察物理预防导致的皮肤压力性损伤、神经压迫等并发症，药物预防导致的出血、过敏等不良反应，以及早期活动导致的跌倒、头晕等情况；发现并发症或不良反应，立即调整预防措施，报告医生并协助处理，做好并发症记录与上报，纳入国家护理不良事件监测系

统。

8.2 记录要求

8.2.1 严格遵循国家电子病历应用管理规范，准确、完整、及时记录 DVT 风险评估（Caprini 评分）及出血风险评估的结果、日期、时间、评估人员，极高危、高风险患者的评估结果须经审核人员签字确认，确保评估数据可追溯。

8.2.2 详细记录所采取的预防措施种类、开始时间、执行情况（如 GCS 穿戴时间、IPC 使用时长与参数、药物名称、剂量、用法、给药时间等），执行人员签字确认，确保预防措施可追溯、可核查，符合本标准及国家相关规范。

8.2.3 客观、真实记录每日对患肢及全身症状的观察结果，尤其是各类异常发现、处理措施及处理效果，异常情况须及时上报，记录内容须具体、明确，避免模糊表述，确保观察数据的真实性与实用性。

8.2.4 完整记录健康教育的内容、时间、形式（如口头讲解、科普手册发放等）及患者的理解与反馈情况，体现健康教育的标准化与有效性，纳入护理文书管理，对接国家健康科普工作要求。

8.2.5 记录任何护理干预的调整及原因（如风险评估结果变化、出现并发症、患者病情变化等），调整后的干预措施须符合本标准要求，做好记录，确保护理干预的连续性与规范性；所有护理记录须对接国家医疗质量监测平台，实现数据共享与统计分析。

9 健康教育

立足国家全民健康素养提升战略，结合国家健康科普标准化要求，构建“住院期间规范化教育、出院后常态化指导”的全周期健康教育体系，推动 DVT 预防知识普及，提升全民 DVT 预防意识与自我管理能力，衔接国家社区卫生服务体系，实现院内-院外联动防控。

9.1 住院期间教育

住院期间健康教育须分阶段、标准化开展，结合患者病情与治疗进展，针对性讲解相关知识，确保患者及家属掌握核心预防技能，符合国家健康科普工作要求，提升患者依从性。

9.1.1 入院时：结合国家防控政策，向患者及家属介绍 DVT 的风险、国家防治要求及本院的预防计划，讲解评估的目的与意义，引导患者及家属重视预防工作，主动配合护理人员完成各项预防措施。

9.1.2 术前/术后：针对性指导并督促患者完成踝泵运动等床上活动，讲解早期下床活动的意义、计划与注意事项，结合国家术后康复规范，强调早期活动对预防 DVT 的重要性，提高患者活动依从性；术后讲解手术对 DVT 风险的影响，指导患者做好术后自我观察。

9.1.3 使用预防设备时：采用标准化操作演示，教会患者/家属正确穿戴 GCS、使用 IPC 的方法及注意事项，指导患者及家属做好皮肤自查，发现异常及时告知护理人员；发放标准化科普手册，方便患者及家属随时查阅，确保预防设备使用的规范性。

9.1.4 使用抗凝药物时：详细解释药物的作用、重要性、潜在副作用及国家用药规范，强调遵医嘱用药的必要性，严禁自行调整剂量、停药或服用其他影响凝血的药物（如阿司匹林、某些中药），指导患者观察出血征象，发现异常及时就医。

9.2 出院指导

出院指导须衔接国家社区卫生服务体系与慢病管理政策，实现院内预防与院外管理的无缝衔接，指导患者做好长期自我管理，降低出院后 DVT 复发风险，提升患者远期健康水平。

9.2.1 活动指导：结合国家全民健康生活方式行动要求，鼓励患者出院后规律运动，如散步、慢跑等，制定个性化运动计划；指导患者避免久坐久站（单次不超过 1 小时），长途旅行时定时活动下肢（每 30-60 分钟活动一次），坐位时避免交叉双腿，避免下肢受压，促进静脉回流。

9.2.2 生活方式：强调坚持戒烟限酒，控制体重（体质指数 BMI 保持在 18.5-23.9 kg/m²），保持大便通畅，避免用力排便导致腹压升高，影响静脉回流；指导患者合理膳食，低盐、低脂、低糖饮食，控制血糖、血脂，契合国家慢病管理要求。

9.2.3 症状监测：采用标准化科普素材，明确告知患者及家属需警惕的 DVT/PE 症状（如单侧肢体突发肿胀疼痛、胸闷胸痛、呼吸困难、咯血等），强调“早发现、早报告、早治疗”的重要性，告知患者一旦出现相关症状，立即拨打 120 急救电话或前往就近医院就诊，对接国家急诊急救体系。

9.2.4 随访与用药：明确告知患者出院后是否需要继续抗凝治疗、疗程时长、复查时间及监测指标（如凝血功能、血小板计数），强调按时复诊、规范用药的重要性，严禁擅自停药或调整剂量；指导患者对接社区卫生服务中心，纳入社区慢病管理体系，定期接受社区护理人员的指导与随访，实现院内-院外联动管理。

9.2.5 科普延伸：向患者及家属发放国家统一制作的 DVT 预防科普手册，推荐国家权威科普平台，指导患者及家属通过正规渠道获取预防知识，持续提升自我管理能力，助力全民健康素养提升。

10 质量监控与持续改进

本章节基于国家医疗质量控制体系要求，构建“国家-省-市-县-医疗机构”五级质量监控体系，明确监测指标、检查反馈与改进措施，推动外科患者 DVT 预防护理质量持续提升，落实国家医疗质量同质

化、规范化发展要求，助力“健康中国 2030”战略落地见效。

10.1 监测指标

各级医疗机构须严格按照国家护理质量控制中心要求，建立完善的 DVT 预防护理质量监测指标体系，定期收集、整理、分析监测数据，确保数据真实、准确、完整，对接国家医疗质量监测平台；监测指标及国家目标值如下，各级医疗机构须严格对标落实，确保达成质量目标：外科住院患者 DVT 风险评估率（国家目标值≥95%）；外科住院患者出血风险评估率（国家目标值≥95%）；中、高危及以上风险患者预防措施规范实施率（国家目标值≥90%）；外科患者 DVT 发生率（symptomatic，有症状的）（国家目标值逐年下降，控制在行业基准水平以下）；预防措施相关并发症发生率（如严重皮肤损伤、大出血等）（国家目标值≤1%）；护理人员 DVT 预防知识知晓率与技能合格率（国家目标值≥90%）；患者/家属 DVT 预防知识知晓率（国家目标值≥85%）；外科患者 DVT 预防护理相关护理文书规范率（国家目标值≥95%）；基层医疗机构外科患者 DVT 预防护理措施落实率（国家目标值≥80%）。各级医疗机构须结合自身实际，补充完善个性化监测指标，确保监测覆盖预防护理全流程，同时按要求向同级卫生健康行政部门及上级质控中心上报监测数据，为国家 VTE 防治质量评估提供支撑。

10.2 检查与反馈

10.2.1 科室自查：外科科室 DVT 预防护理专项负责人须每日对本科室预防护理工作进行自查，重点核查评估准确性、预防措施规范性、观察记录完整性、健康教育落实情况等，发现问题及时督促整改，做好自查记录与整改台账，实现“每日自查、及时整改”。

10.2.2 机构督查：护理部或 VTE 护理管理小组须每月至少组织一次院内专项督查，覆盖所有外科科室，对照本标准及国家质量监测指标，全面核查预防护理工作质量，形成督查报告，明确存在的问题、整改责任人及整改时限；每季度将督查结果上报医院医疗质量安全管理委员会及同级卫生健康行政部门。

10.2.3 层级督查：严格落实五级质控督查体系，省级、市级护理质量控制中心每半年至少组织一次专项督查，县级质控中心每季度至少组织一次专项督查，重点督查下级医疗机构及基层医疗机构本标准的落实情况，推动标准在各级医疗机构落地；国家护理质量控制中心每年组织一次全国范围内的抽样督查，通报督查结果，推广先进经验。

10.2.4 根因分析：利用护理查房、病例讨论、不良事件报告系统等，对发生的 DVT 病例、预防措施相关并发症及护理不良事件，开展国家标准化根因分析，明确问题根源（如流程缺陷、人员能力不足、设备问题等），形成根因分析报告，避免同类问题重复发生；根因分析结果须上报上级质控中心，为全国范围内的流程优化提供参考。

10.2.5 反馈改进：各级督查结果须及时向被督查科室/医疗机构反馈，明确整改要求与时限，建立

“督查-反馈-整改-复核”的闭环管理机制；对整改不到位、拒不落实本标准的科室或个人，予以通报批评，纳入绩效考核，强化质量约束。

10.3 改进措施

10.3.1 精准整改：根据监测数据、各级督查结果及根因分析报告，精准识别护理流程中的薄弱环节和系统问题，制定针对性整改措施，明确整改目标、责任人及整改时限，定期复核整改效果，确保问题整改到位，推动预防护理流程持续优化。

10.3.2 标准更新：结合国家最新政策、行业指南、临床实践成果及监测数据，定期修订完善本院外科患者 DVT 预防护理流程与标准，确保本院标准与本标准、国家最新要求保持一致，同步更新培训内容与科普素材，推动预防护理工作与时俱进。

10.3.3 能力提升：针对督查中发现的人员能力不足问题，组织专项培训、技能操作演练、案例研讨等活动，重点提升护理人员的风险评估能力、预防措施操作能力、并发症应急处理能力及健康教育能力；加强基层医疗机构护理人员的专项培训，推动优质护理资源下沉，提升基层预防护理能力，落实国家护理人才分层培养要求。

10.3.4 流程优化：针对预防护理流程中的瓶颈问题，开展流程再造，简化不必要的环节，优化评估、预防、观察、记录等全流程操作，推动预防护理工作标准化、便捷化、精细化；利用“互联网+医疗健康”技术，优化评估流程、健康教育形式及数据上报流程，提升工作效率与质量，对接国家“互联网+医疗健康”发展战略。

10.3.5 考核约束：将 DVT 预防护理质量监测指标完成情况、本标准落实情况，纳入科室及个人绩效考核体系，与评优评先、职称晋升、绩效工资发放挂钩，强化考核导向，倒逼护理人员严格落实本标准，提升预防护理质量；各级卫生健康行政部门须将医疗机构 DVT 预防护理质量纳入医疗机构绩效考核、等级评审重要内容，强化国家层面的质量约束。

10.3.6 经验推广：收集整理本院、本区域内 DVT 预防护理的先进经验与典型案例，参与国家、省级交流推广活动；学习借鉴国际先进护理标准与实践经验，结合我国国情与医疗实际，优化完善预防护理措施，推动我国外科患者 DVT 预防护理质量达到国际先进水平，提升国家医疗健康治理能力。

11 附则

本标准由广西电子商务企业联合会负责解释。本标准自发布之日起试行，试行期为一年。试行期满后，根据实施反馈情况进行修订和完善。各相关单位可依据本标准制定具体的实施细则。若本标准与国

家新颁布的法律法规或强制性标准有不一致之处，应以国家法律法规和强制性标准为准。本标准所引用的规范性引用文件如有更新，其最新版本适用于本标准。广西电子商务企业联合会将根据技术发展和应用需求，适时组织对本标准的复审与修订工作，以保障其持续的先进性和适用性。本标准的有效实施，有赖于各级医疗机构、主管部门、技术服务商和各相关方的共同努力，通过规范智慧医院数据互联互通共享技术，推动医疗健康数据资源有效整合与安全共享，提升医疗服务质量和效率，促进智慧医院建设规范化发展，为推进健康中国建设提供技术支撑。