



doi:10.7659/j.issn.1005-6947.260263
<http://dx.doi.org/10.7659/j.issn.1005-6947.260263>
China Journal of General Surgery, 2026, 35(6):1092-1110.

· 指南与共识 ·

老年患者日间手术管理专家共识（2026版）

老年疾病国家临床医学研究中心（中南大学湘雅医院）；国家内镜微创技术装备与标准国际联合研究中心

摘要

随着我国人口老龄化进程不断加快，接受日间手术的老年患者数量持续增加。老年患者常伴多病共存、多重用药及生理储备功能下降，围手术期风险明显高于普通成年人群，而目前国内外尚缺乏针对老年患者日间手术管理的专项规范。为规范老年患者日间手术围手术期管理，老年疾病国家临床医学研究中心（中南大学湘雅医院）联合国家内镜微创技术装备与标准国际联合研究中心组织多学科专家，在系统检索国内外循证医学证据、结合临床实践经验的基础上，制定《老年患者日间手术管理专家共识（2026版）》。本共识围绕老年患者日间手术全流程管理，从术前准入评估、术前优化、术中麻醉管理、体温管理、术后加速康复、出院管理及随访等关键环节提出16条推荐意见，旨在为各级医疗机构提供科学、规范、可操作的临床管理依据，进一步提升老年患者日间手术的安全性与医疗服务质量，促进日间手术模式在老年人群中的规范应用。

关键词

老年人；日间手术；术后加速康复；专家共识
中图分类号：R61

Expert consensus on day surgery management for elderly patients (2026 edition)

National Clinical Research Center for Geriatric Diseases (Xiangya Hospital of Central South University);
International Joint Research Center of Minimally Invasive Endoscopic Technology Equipment & Standards

Abstract

With the rapid aging of the Chinese population, the number of elderly patients undergoing day surgery has continued to increase. Elderly patients are frequently characterized by multimorbidity, polypharmacy, and diminished physiological reserve, placing them at substantially higher perioperative risk than the general adult population. However, there remains a lack of dedicated recommendations for the perioperative management of day surgery in elderly patients, both in China and internationally. To standardize perioperative management for this population, the National Clinical Research Center for Geriatric Disorders (Xiangya Hospital of Central South University), in collaboration with the International Joint Research Center of Minimally Invasive Endoscopic Technology, Equipment and Standards, convened a multidisciplinary panel of experts to develop the *Expert consensus on day surgery management for elderly patients (2026 edition)* based on a systematic review of the available evidence and extensive clinical experience. This consensus addresses the entire perioperative pathway of day surgery in elderly patients and presents 16 recommendations covering key aspects, including preoperative eligibility assessment, preoperative optimization, intraoperative anesthesia management,

基金项目：湖南省自然科学基金资助项目（2024JJ5591）。

收稿日期：2026-05-09；修订日期：2026-06-20。

通信作者：刘蔚东，Email: davidcsu@foxmail.com

perioperative temperature management, enhanced postoperative recovery, discharge management, and post-discharge follow-up. The consensus aims to provide scientific, standardized, and practical guidance for clinical practice across healthcare institutions, improve the safety and quality of day surgery for elderly patients, and promote the standardized implementation of day surgery in the elderly population.

Key words

Aged; Day Surgery; Enhanced Recovery After Surgery; Expert Consensus

CLC number: R61

依据《中华人民共和国老年人权益保障法》，我国将60周岁及以上人群界定为老年人。截至2024年末，我国老年人口已达31 031万人，占总人口的22.0%^[1]，标志着我国已进入中度老龄化社会。随着微创技术与加速术后康复（enhanced recovery after surgery, ERAS）理念的普及，日间手术模式在我国老年患者中的适用范围显著扩大，已从早期的白内障超声乳化、睑内翻矫正、胃肠内镜检查与治疗等简单操作，逐步拓展至腹腔镜胆囊切除术、腹腔镜疝修补术、膝关节镜手术等中等复杂术式^[2-4]。然而，老年患者普遍存在共病、多重用药及手术耐受性下降等复杂情况，围手术期风险显著高于普通人群。目前尚缺乏针对老年患者生理和心理特点的系统评估与风险管理规范，相关指南亦存在空白^[5-6]。因此，如何在常规评估基础上结合老年患者的特殊性进行针对性管理，有效降低围手术期风险、减少术后并发症、维护术后系统功能，已成为保障老年患者日间手术医疗质量与安全亟待解决的关键问题。

在此背景下，本共识旨在为各级医疗机构的老年患者日间手术管理提供科学、实用的临床指导，全面提升老年患者日间手术的服务质量与安全水平。

1 共识制订方法

本共识的制订遵循《世界卫生组织指南制定手册》^[7]及《中国制订/修订临床诊疗指南的指导原则（2022版）》^[8]的流程，并参考医疗卫生实践指南报告规范（Reporting Items for Practice Guidelines in Healthcare, RIGHT）^[9]和共识精准报告文件（ACcurate COnsensus Reporting Document, ACCORD）^[10]清单进行规范化报告。

1.1 专家组构成与利益冲突

本共识由老年疾病国家临床医学研究中心（中南大学湘雅医院）联合国家内镜微创技术装备与标准国际联合研究中心发起，组织日间手术、外科、麻醉、老年医学、护理及循证医学等多学科专家成立编写组，下设专家组与秘书组。专家纳入标准：具有10年以上临床或研究经验，全体专家通过定向邀请及同行推荐方式招募。所有编者均签署利益冲突声明。本共识已在国际实践指南注册平台注册（注册号：PREPARE-2025CN1299）。

1.2 证据检索、评价与分级

秘书组通过系统文献检索及专家访谈，初步拟定了涵盖准入评估、术前准备、术中管理、术后康复及出院随访等全流程的16个临床问题，采用PICO格式解构后，经过专家函询及专题研讨会的调研反馈，筛选出10个需要解答的核心临床问题。依据“6S”证据金字塔模型，系统检索BMJ Best Practice、UpToDate、GIN、NICE、JBI、PubMed、Web of Science、Cochrane Library、Embase、中国知网、万方、维普、CBM等数据库。检索采用主题词与自由词结合，中文检索词为“老年/长者/老人/高龄”“日间手术”“指南/共识/系统评价/Meta分析/随机对照试验”；英文检索词为“aged/elderly/geriatric/older adults”“day surgery/ambulatory surgery”“guidelines/consensus/systematic review/Meta-analysis/randomized controlled trial”。检索时限为建库至2025年9月30日。采用AGREE II评价指南、AMSTAR评价系统评价、Cochrane ROB工具评价RCT、JBI工具评价其他研究。依据GRADE系统进行证据质量和推荐强度分级：证据质量分为高（A）、中（B）、低（C）、极低（D）四级，推荐强度分为强推荐和弱推荐两级^[11]。评价过程由2名成员独立完成，分歧通过讨论或咨询方法学专家解决（表1-2）。

表 1 证据质量等级
Table 1 Classification of quality of evidence

证据质量等级	定义
高(A)	对观察值非常有把握:观察值接近真实值
中(B)	对观察值有中等把握:观察值有可能接近真实值,但也有可能差别很大
低(C)	对观察值的把握有限:观察值可能与真实值有很大差别
极低(D)	对观察值几乎无把握:观察值与真实值可能有极大差别

表 2 推荐强度分级
Table 2 Grading of recommendation strength

推荐强度	含义
强推荐	明确显示干预措施利大于弊或弊大于利
弱推荐	干预措施利弊不确定或无论证据质量高低,均显示利弊相当

1.3 推荐意见形成与共识

秘书组基于文献证据形成 16 条推荐意见初稿，邀请 23 名专家进行线上讨论，修改后采用改良德尔非法进行专家函询。邀请 23 名来自日间手术、老年医学、麻醉学、护理学及循证医学等多学科领域的专家参与第一轮函询。问卷要求专家对每条推荐意见的合理性、证据等级及推荐强度进行评分（1~5），并收集文字修改建议。共识阈值预设为同意率（“完全同意” + “基本同意” 占比）≥75%。第 1 轮函询回收有效问卷 23 份（回收率 100%），统计结果显示全部 16 条推荐意见的同意率均超过 80%，已达到预设共识阈值，依据研究方案的终止标准不再启动第 2 轮函询。针对专家在开放式评论中提出的建设性修改意见，组织召开了全体专家线上研讨会，逐条反馈函询统计结果及专家意见，经充分讨论后对推荐意见进行逐条审议与修订。修订后的共识文本提交 3 名未参与共识制订的独立外部专家进行外审，评估推荐意见与现有证据的一致性及文本的清晰度与可行性。秘书组根据外审反馈完成最终修改。在定稿会上，全体专家对最终版 16 条推荐意见进行投票表决，所有推荐意见均获得 ≥90% 的赞成率，全部达成共识。每条推荐意见均标注证据等级和推荐强度。

2 老年患者日间手术的术前准入评估

2.1 年龄评估

年龄不应作为日间手术准入的绝对限制因素^[12]。然而，随着年龄增长，机体各器官功能呈进行性衰退，表现为血管硬化、气道顺应性下降、

肝肾功能减退、神经元数量减少、脑灌注不足及自主神经功能紊乱等^[2]。因此，年龄 ≥80 岁者应被视为围手术期风险显著增加、需更谨慎评估，而非手术禁忌^[13-14]。

2.2 术式与手术条件评估

老年患者日间手术应优先选择创伤小、恢复快、并发症少的术式。推荐采用微创技术（如腹腔镜、关节镜、椎间孔镜等），避免开放性大手术；手术时间宜控制在 3 h 以内，术中出血量少（如预计出血量 ≤200 mL，无需术中或术后输血）^[15]；术后疼痛应能通过多模式镇痛方案有效控制，满足早期离院需求。

2.3 麻醉方式选择评估

老年患者生理储备下降，对麻醉药物耐受性降低，麻醉方式选择应遵循个体化原则，由麻醉医师、手术团队与患者及家属共同决策。对于腹腔镜、关节置换等较复杂的手术，全身麻醉（喉罩或气管插管）虽可控性强、舒适度较高，但老年患者需特别关注术中血流动力学波动及术后苏醒延迟风险，应加强监测与管理。对于体表肿物切除、白内障手术、开放疝修补术等短小手术，优先推荐局部麻醉或区域阻滞（椎管内麻醉、外周神经阻滞等），因其对老年患者生理功能的干扰更小，可减少手术和麻醉对认知功能的影响，降低术后恶心、呕吐的发生率，有利于早期恢复进食与离院^[16]。

2.4 ASA 分级准入评估

须满足美国麻醉医师协会（American Society of Anesthesiologists, ASA）分级 I~II 级（无显著心肺疾病）或 ASA III 级患者合并其他疾病稳定期 >3 个月^[17]，

预计患者术后呼吸道梗阻、剧烈疼痛及严重恶心呕吐等并发症发生率低。全部拟行日间手术的老年患者，其最终 ASA 分级准入评估须在麻醉门诊完成。

2.5 并存疾病评估

并存疾病是指患者在行手术的原发疾病之外同时存在的其他慢性疾病^[18-19]，是影响日间手术患者选择的重要因素，并与术后并发症增加相关^[20]。老年患者常合并高血压、冠心病、糖尿病、慢性阻塞性肺疾病（chronic obstructive pulmonary disease, COPD）等多种疾病，其相互作用可显著增加围手术期风险，对术前安全评估提出了更高要求。因此，术前必须由麻醉医师在麻醉门诊系统评估并存疾病的种类、严重程度及控制状态，并于入院当天复核确认。对于存在冠心病高危因素、COPD、哮喘、支气管扩张等慢性肺病的患者，应由麻醉医师进一步评估器官功能储备，必要时完善针对性检查^[16,21]。

2.6 社会支持评估

老年患者常伴认知功能减退、听力下降，对日间手术“当日离院”模式的理解与配合能力可能受限，且独居、空巢比例较高。因此，患者及

其主要照护者对日间手术流程的充分理解、积极配合的意愿，以及出院后提供有效照护的实际能力，是确保患者安全度过围手术期并实现按计划出院不可或缺的关键社会支持条件。独居且无固定照护者的老年患者，即使躯体状况良好，也建议列为高风险个案管理，提前评估并告知术后居家风险。

2.7 老年综合评估 (comprehensive geriatric assessment, CGA)快速筛查

CGA 是一种基于多学科协作的综合评估工具，用于系统评价老年人的躯体健康与疾病状况、功能状态、认知功能、心理健康和社会环境状况等^[22-23]。常规术前评估多依据单一疾病指南，容易遗漏衰弱、认知障碍、营养不良等隐匿性多维风险因素^[24]。CGA 能全面评估老年患者生理、心理及功能状态以指导个体化干预^[25]，但全面评估耗时长，与日间手术“短、快”模式直接矛盾。因此，建议对前述评估中识别出的高风险患者，采用以问题为导向的 CGA 快速筛查表（表 3），在 5 min 内完成日常生活能力、跌倒风险、认知功能、营养状态、衰弱程度等关键维度的筛查^[24]，为围手术期全程管理提供依据。

表3 CGA快速筛查表
Table 3 Rapid screening checklist for CGA

项目	评估内容	结果
日常生活活动能力	能否在正确的时间正确服用药物	☐ 是 ☐ 否
	能否独立完成购物、家务活动、洗澡、理财等(以上两项任意一项不能完成,即为“否”)	
跌倒风险	过去1年内是否发生过跌倒	☐ 是 ☐ 否
认知功能	是否能准确表达时间、地点	☐ 是 ☐ 否
	请患者记住3个不相关的词语(如树木、国旗、皮球)1 min后能否准确回忆(以上两项任意一项不能完成,即为“否”)	
营养状态	近3个月的体质量是否下降5%?	☐ 是 ☐ 否
	是否体质量指数<20 kg/m ² (符合以上两项中任意一项,即为“是”)	
衰弱	步速:1.0 m/s	☐ 是 ☐ 否
吞咽功能	是否因吞咽问题影响进食	☐ 是 ☐ 否
	是否存在进食/进水呛咳	
	(符合以上两项中的任意一项即为“是”)	
共病	是否存在2种及以上的慢性疾病	☐ 是 ☐ 否
多重用药	是否每天服用5种及以上药物	☐ 是 ☐ 否
抑郁情绪	近2周是否感到情绪低落,或对周围事物不感兴趣	☐ 是 ☐ 否
社会支持	有突发事件时能否得到支持与帮助	☐ 是 ☐ 否

2.7.1 评估对象 60岁及以上拟行日间手术的老年患者，经前述评估存在并存疾病、日常生活能力下降、多重用药、老年综合征或社会支持薄弱等任意一项风险因素者，建议于麻醉专项评估前完

成CGA快速筛查^[26-28]。
2.7.2 评估阶段与执行规范 由经过规范培训的日间手术预约处医务人员在麻醉专项评估前完成，使用CGA快速筛查表，单次评估时间原则上不超

过 5 min，结果需记录于术前评估表单中。若信息系统完善，预约处医务人员在预约系统中完成评估记录后，结果可自动导入麻醉评估单及护理记录单，便于麻醉医师与住院护士查阅。若信息系统不支持，预约处医务人员则填写纸质评估单，交患者携带，供麻醉医师在麻醉评估时查阅。

2.8 术前用药评估与优化

我国 60 岁及以上老年患者多重用药率高达 70.8%，每天平均服用药物数量达 8.6 种，药物不良反应发生率高达 29%^[29]。部分药物的不合理使用或术前未及时调整，可增加围手术期风险。因此，对拟行日间手术的老年患者，术前必须实施规范

的用药评估与干预，这是保障手术安全的重要环节。

2.8.1 术前用药管理工具 建议在日间手术预约系统中嵌入老年患者日间手术术前用药管理核查清单（表 4）作为标准化筛查工具。以老年患者日间手术常用药物术前管理指导（表 5）为依据，对老年患者正在使用的各类高风险药物进行系统梳理，涵盖药物类别（如抗凝药、降压药、降糖药等）、常见药物名称、围手术期主要风险（如出血、低血压、低血糖等）及具体术前管理建议（停药时机、替代方案、监测要点），从而实现用药风险的前置识别、分级预警与个体化干预。

表 4 老年患者日间手术术前用药管理核查清单

Table 4 Preoperative medication management checklist for elderly patients undergoing day surgery

核查项目	具体内容
1. 当前用药全面评估	处方药□ 非处方药□ 中草药/保健品□ 具体清单：_____
2. 术前需调整药物	药物名称：_____ 调整原因：_____
3. 停药/续用方案	停药时间：_____ 替代方案：_____ 手术当天用药：_____
4. 术后重启计划	重启时间：_____ 初始剂量：_____

表 5 老年患者日间手术常用药物术前管理指导

Table 5 Recommendations for preoperative management of common medications in elderly patients undergoing day surgery

药物类别	代表药物	围手术期风险	术前管理建议	术后重启时机
抗血小板药	阿司匹林	出血	术前 5~7 d 停用 ^[30-32]	术后 24~48 h，确认止血充分 ^[30-32]
	氯吡格雷	出血	术前 5~7 d 停用 ^[30-32] ；心脏事件高风险者权衡后酌情缩短 ^[30-32]	术后 24~48 h，或按心内科会诊意见 ^[30-32]
抗凝药	华法林	出血/血栓	创伤较小、浅表皮肤手术或极低手术出血风险，则不建议术前停用华法林；若出血风险较高，则建议术前停用华法林 3~5 d ^[33-34]	术后 12~24 h，且止血充分后恢复 ^[31,33,35]
	利伐沙班	出血	高血栓风险者采用低分子肝素桥接 ^[31,33,35]	根据肌酐清除率决定停药时间（通常术前 1~3 d） ^[33,36]
抗心律失常药	钠通道阻滞剂（美西律、普罗帕酮）、钾通道阻滞剂（胺碘酮）、钙通道阻滞剂（维拉帕米）/β受体阻滞剂（美托洛尔）、洋地黄类（地高辛）	心动过缓/传导阻滞、低血压；其中胺碘酮增加肺损伤风险，地高辛易致洋地黄中毒	术前应继续使用原有抗心律失常药物 ^[37-38]	低出血风险手术术后 6~24 h（止血充分后）、高出血风险手术术后 48~72 h 重启，同时评估肾功能调整剂量 ^[33,36]

表 5 老年患者日间手术常用药物术前管理指导（续）

Table 5 Recommendations for preoperative management of common medications in elderly patients undergoing day surgery (continued)

药物类别	代表药物	围手术期风险	术前管理建议	术后重启时机
降压药	血管紧张素转换酶抑制剂：卡托普利等/血管紧张素Ⅱ受体拮抗剂：缬沙坦、厄贝沙坦等	术中低血压	手术当天早晨停用 ^[32,39-40]	术后血流动力学稳定、容量充足后 ^[32,39-40]
	钙通道阻滞剂：氨氯地平、硝苯地平等	影响小	继续服用至手术当天早晨 ^[32,39-40]	术后尽早恢复 ^[32,39-40]
	β受体阻滞剂（比索洛尔、卡维地洛等）	心动过速、心肌缺血、房颤	继续服用至手术当天早晨，避免突然停药 ^[32,41]	术后血流动力学稳定后尽早恢复 ^[32,41]
	袢利尿剂（呋塞米、托拉塞米、布美他尼）	低血容量、电解质紊乱、急性肾损伤	手术当天早晨停用 ^[32,42]	术后评估容量状态、电解质及肾功能后再决定重启时机 ^[32,42]
	噻嗪类（氢氯噻嗪、呋达帕胺）	电解质紊乱	可继续，术前监测电解质 ^[35-36]	术后监测电解质后恢复 ^[35-36]
	保钾利尿剂（螺内酯、氨苯蝶啶、阿米洛利）	电解质紊乱	继续服用至手术当天早晨，需严密监测血钾 ^[42]	术后监测电解质后恢复 ^[42]
降糖药	二甲双胍	乳酸酸中毒	肾小球滤过率≥45：术前 24 h 停用；肾小球滤过率 30~44：术前 48 h 停用；肾小球滤过率<30：禁用 ^[43-44]	术后进食恢复且估算肾小球滤过率稳定后 ^[43-44]
	SGLT2 抑制剂（达格列净、恩格列净等）	酮症酸中毒	术前至少停用 3 d（手术当天+术前 2 d） ^[43,45]	术后进食恢复且酮症风险排除后 ^[43,45]
	磺脲类（格列美脲、格列吡嗪等）/格列奈类（瑞格列奈、那格列奈）	低血糖	手术当天早晨停用 ^[43,45]	术后进食恢复后 ^[43,45]
	基础胰岛素（甘精胰岛素、地特胰岛素、德谷胰岛素）	低血糖/高血糖	手术前一晚剂量不变，手术当天早晨停用或减量 25%~50% ^[44,46]	术后按血糖监测调整 ^[44,46]
	餐时胰岛素（门冬胰岛素、赖脯胰岛素等）	低血糖	手术当天早晨停用 ^[44,46]	术后进食恢复后按餐给予 ^[44,46]
精神类药物	苯二氮䓬类（地西洋、劳拉西泮、咪达唑仑等）	术后谵妄、戒断风险	长期服用者不建议术前突然停用，手术当天早晨以小剂量维持或减量 25%~50% ^[47-48]	术后尽早恢复常规剂量 ^[47-48]
	抗胆碱能药（三环类、氯丙嗪等）	认知障碍	谵妄高危患者术前评估减量/停用 ^[47-48]	术后认知评估后决定 ^[47-48]
中草药/保健品	银杏、人参等	出血	银杏、西洋参术前停用至少 7 d ^[30,32] ；亚洲人参（红参/高丽参）可继续使用，监测血压 ^[30,32]	术后确认止血充分后决定 ^[30,32]

表 5 中除上述重点药物外，老年患者术前的其他常用药物，如稳定斑块药物（他汀类）、前列腺增生治疗药物（α受体阻滞剂，如坦索罗辛）、COPD 治疗药物（吸入剂及茶碱）及胃肠功能药物（拉唑类、促动力药等），在日间手术前继续服用至手术当天早晨。术前评估时，应告知患者将上述药物于手术当天早晨带至医院。

2.8.2 评估时机与执行流程 门诊首诊医师首次评估时即启动用药筛查；预约护士依据老年患者日间手术常用药物指导清单完成用药信息登记与初步核对，协助开展术前一般宣教（如提醒患者携

带完整药物清单、告知术前可能存在药物调整需求等）。具体的药物调整方案（包括停药时机、替代用药、剂量变更等）由门诊首诊医师或麻醉医师在专项评估时制定；对于多重用药复杂、药物相互作用风险高或经首诊医师/麻醉医师评估后仍难以确定调整方案者（如抗凝桥接时机不明、多种高风险药物联用等），启动多学科诊疗（麻醉科、老年科、药学部等）共同决策。

2.8.3 实施家属协同核实用药史 主动邀请同住家属或照护者共同参与用药史的叙述与交叉核实。老年患者因多重用药、认知功能变化及记忆偏差，

易出现药物漏报或信息描述不全的情况,家属参与可提升用药信息的完整性与准确度。

2.9 术前麻醉门诊专项评估

老年患者通过日间手术准入评估后,须在麻醉门诊完成术前麻醉专项评估,并据此制定个体化的围手术期管理方案。该评估类别与住院手术基本一致,涵盖病史采集、体格检查及必要的辅助检查。心电图、胸部X线片或者CT扫描、血常规、凝血功能、血液生化 and 传染病筛查等为常规检查项目。对有并存疾病或常规检查异常者,可适当增加针对性的检验、检查^[49]。但针对老年患者,应在常规评估的基础上进一步系统评估其全身状况及重要器官功能,尽可能在术前将机体调整至最佳状态。上述评估工作通常在术前由麻醉门诊医师完成,日间手术预约中心可以协助开展健康教育指导。手术当天须实施麻醉前二次评估,重点核查自麻醉门诊至手术当天期间病情可能出现的动态变化。

2.9.1 血压及血糖评估 无其他合并症的老年患者围手术期的血压控制目标为 $<150/90$ mmHg (1 mmHg= 0.133 kPa)^[50-52],如同时合并糖尿病、慢性肾病时,血压控制目标则为 $<140/90$ mmHg^[53-54]。术前血糖控制目标为餐后2 h 血糖 <10 mmol/L。对于 ≥ 75 岁、频繁发生低血糖的患者,血糖目标上限可适当放宽至 $12.0\sim 13.9$ mmol/L^[43,55];但此类患者因低血糖风险高,不建议纳入日间手术范畴,应优先选择住院手术。除目标血糖外,在糖尿病控制情况评估中应将糖化血红蛋白(hemoglobin A1c, HbA1c)作为评价指标。对于大多数成人2型糖尿病患者,推荐HbA1c控制目标为 $<7.0\%$ ^[56-57],而对于年龄较大的患者,可采取相对宽松的HbA1c目标 $<8.0\%$ ^[58-59]。

2.9.2 心功能评估 采用改良心脏风险指数进行心脏风险评估,必要时完善心脏彩超、心肌肌钙蛋白及氨基末端脑钠肽前体检测,同时通过心脏病史、症状及活动耐量了解心血管功能状态^[60]。

2.9.3 呼吸系统风险与气道评估 我国流行病学数据显示,COPD患病率随年龄增长显著升高,60~69岁为21.2%, ≥ 70 岁达35.5%^[61]。对有COPD/哮喘病史者,应着重评估围手术期症状控制程度(咳嗽、咳痰、气短)及支气管扩张剂等维持药物的使用依从性与近期疗效。同时进行困难气道预测(采用Mallampati分级),并了解术前3个月有无消

化道出血表现、胃食管反流病病史及控制情况,以评估误吸风险。

2.9.4 神经系统评估 合并脑血管疾病且近6个月内有新发事件或病情不稳定者,建议完善头颅CT/MRI;癫痫患者必要时完善脑电图。存在新发神经系统体征或病情不稳定者,术前须请神经科会诊协助评估^[62]。同时重点关注术前3个月有无脑卒中/短暂性脑缺血发作相关症状,以及抗凝或抗血小板药物使用情况。

2.9.5 凝血功能和抗凝药物评估 对于长期服用阿司匹林、华法林等抗凝或抗血小板药物的患者,需根据药物种类、手术出血风险及患者血栓风险制定个体化停药或桥接方案;无法安全调整抗凝方案者视为日间手术的相对禁忌^[63]。为此,临床评估时需详细记录患者所有抗凝药和抗血小板药的用药史、术前停药时间及桥接方案。

2.9.6 衰弱评估 建议采用改良衰弱指数(modified frailty index, mFI)^[64]进行术前衰弱评估。该指数基于11项临床指标(包括认知障碍、功能状态、营养状况、心血管/呼吸系统疾病等),与老年外科患者围手术期并发症及不良结局显著相关^[23,29,31]。mFI ≥ 3 者提示中重度衰弱,不建议纳入日间手术。

推荐意见1:患者年龄不应作为日间手术准入的绝对限制因素,但年龄超过80岁应视为需要更谨慎评估的指标。(证据等级:A,推荐强度:强推荐)

推荐意见2:60岁及以上拟行日间手术的患者,若存在躯体高危因素(共病、功能下降、多重用药、衰弱等)或社会支持薄弱(独居、照护资源缺乏),应由日间手术预约处医务人员在麻醉门诊评估前完成CGA快速筛查。(证据等级:A,推荐强度:强推荐)

推荐意见3:拟行日间手术的老年患者,分阶段进行术前用药评估与调整:门诊首诊医师在首次评估时启动用药筛查;预约护士依据老年患者日间手术术前用药管理清单完成用药信息登记、初步核对及术前宣教;麻醉医师(或首诊医师)在专项评估时制定具体调整方案;多重用药复杂或方案难以确定者,由麻醉科、老年科、药学部等多学科团队共同决策。(证据等级:A,推荐强度:强推荐)

推荐意见4:老年患者日间手术术前应完善血压和血糖评估,血压控制目标为 $<150/90$ mmHg,合并糖尿病或慢性肾病时为 $<140/90$ mmHg。血糖控制目标为餐后2 h 血糖 <10 mmol/L;HbA1c目标为 $<7.0\%$,年龄较大患者可放宽至 $<8.0\%$ 。(证据等级:A,推荐强

度:强推荐)

推荐意见5:老年患者日间手术术前麻醉门诊专项评估应在常规评估基础上,系统完善心功能、呼吸系统与气道风险、神经系统、凝血功能及抗凝药物管理、衰弱程度等器官功能专项评估。(证据等级:A,推荐强度:强推荐)

3 老年患者日间手术的术前禁食、禁饮管理

老年患者在术前准备阶段常隐忍不适,在术前禁食期间存在发生脱水或低血糖等风险。对于无明确误吸风险因素的患者,应积极落实“268”的术前禁食、禁饮策略(表6)。

表6 “268”术前禁食、禁饮策略
Table 6 "268" preoperative fasting protocol

食物类型	麻醉前禁食、禁饮时间
清饮料	2 h
配方奶或牛奶	6 h
普通固体食物	6 h
油炸、脂类固体食物	8 h

3.1 术前禁食、禁饮指导

老年全麻患者术前禁食、禁饮,无特殊风险因素者常规遵循“268”原则。麻醉前2 h可饮用≤5 mL/kg清饮料^[65],种类包括清水、糖水、无渣果汁、电解质水、清茶、黑咖啡(不加奶)及碳水化合物饮品等,但不含酒精及奶制品。该方案可有效缓解术前饥饿感,稳定血糖水平,减少术中输液量,降低手术应激与炎症反应,促进术后快速康复。

鉴于老年患者胃肠动力生理性减弱导致胃排空时间延长,且常合并多种慢性疾病及多重用药,均可能进一步延缓胃排空,增加围手术期反流误吸风险。因此,对于胃排空时间延长的高危人群(如高龄、糖尿病病程≥10年、胃轻瘫、既往反流误吸史、食管裂孔疝等)^[20,66],应个体化评估禁食、禁饮时间,必要时术前行胃超声检查对胃内容物进行定性和定量评估^[67],指导麻醉方案制定。需特别关注以下高危因素:(1)合并糖尿病(尤其病程≥10年)或胃轻瘫症状(如早饱、餐后腹胀、恶心)^[68];(2)长期使用GLP-1受体激动剂(如司美格鲁肽、利拉鲁肽),已有研究提示其可显著延迟胃排空^[69];(3)使用阿片类药物、抗胆碱能药物

等可延缓胃肠动力的药物;(4)既往有反流误吸史或食管裂孔疝^[70]。需注意,对于合并胃肠道梗阻、未控制的贲门失弛缓症、严重胃轻瘫或食管排空严重障碍者,因围手术期反流误吸风险极高且难以通过术前短时干预有效控制,不建议纳入日间手术范畴。

3.2 术前禁食、禁饮管理流程与实施路径

3.2.1 入院前信息化提醒 老年患者认知功能减退、听力下降,对信息化手段接受度有限,且易遗忘术前准备要求^[20,66]。因此,禁饮、禁食告知应以简明大字体书面材料结合人工电话沟通为主,人工智能(artificial intelligence, AI)语音与短信仅作参考;并同步通知主要照护者或家属,确保其掌握个体化禁饮、禁食要求,协助监督执行^[20,66]。术前1~3 d再次电话确认,重点询问患者是否理解并再次提醒按要求准备^[20,66]。

3.2.2 手术当天 老年患者对脱水及低血糖耐受差,长时间禁饮、禁食易诱发低血压、谵妄及循环波动^[20,66]。责任护士应结合手术排程、实时进度及同类手术常规耗时,综合预估手术开始时间,主动评估老年患者术前状态(有无口渴、头晕、乏力等),动态指导其在预计手术开始前2 h饮用≤5 mL/kg清饮料^[20,66];若手术台次延迟,须及时评估是否需要静脉补液,避免老年患者因禁饮时间过长导致容量不足。术前饮水流程与手术进程的动态衔接,对老年患者尤为关键,是平衡其生理安全与日间手术运行效率的重要环节^[20,66]。

推荐意见6:老年患者日间手术的术前禁饮、禁食须结合胃肠动力减弱及多重用药情况个体化评估胃排空时间,必要时(如高龄、糖尿病病程≥10年、胃轻瘫、既往反流误吸史、食管裂孔疝等)术前行胃超声检查;手术当天结合手术排程动态指导术前饮水,避免长时间禁饮导致脱水及循环波动。(证据等级:A,推荐强度:强推荐)

4 老年患者日间手术的术中麻醉管理要点

4.1 镇痛管理

在老年患者日间手术的麻醉镇痛管理中,应综合考虑手术类型、疼痛性质与强度,制定多模式、个体化的精准镇痛方案。该方案以口服和局部给药为基础,包括切口局部浸润和外周神经阻滞^[20]。鉴于老年患者常合并多种基础疾病且心肺

功能储备较差,建议优先采用超声引导下外周神经阻滞以实现超前镇痛^[71-72]。该技术可有效抑制炎症反应水平和机体应激反应,进而减轻术后疼痛^[73]。同时,联合使用非甾体抗炎药,必要时辅以小剂量阿片类药物^[74-75]。对于接受全身麻醉的老年日间手术患者,在插入喉罩或气管导管前,给予小剂量强效阿片类药物,可最大程度减轻疼痛刺激所致的急性应激反应^[2]。

4.2 气道管理工具的选择

老年患者选择气道工具应遵循安全性优先与个体化适配原则。对于手术风险低、手术时间短的患者,推荐优先采用喉罩通气。但老年患者呼吸顺应性降低、肥胖、气道阻力增高及腹内压升高等情况较为常见,常需较高吸气压力维持通气^[76-77],即使第三代喉罩的密封压可达25~30 cmH₂O (1 cmH₂O=0.098 kPa),但仍不能完全隔离呼吸道和消化道^[20],无法消除反流误吸风险^[78-79]。因此,对存在反流误吸高风险(如饱胃、胃排空延迟)及张口困难的老年患者,应列为喉罩的绝对禁忌;对于重度阻塞性睡眠呼吸暂停患者,使用喉罩亦需极度审慎^[80]。此外,考虑到头颈外科手术中体位变动大,容易发生喉罩移位,应优先选择气管插管,以确保气道安全。

4.3 肺保护性通气策略

老年患者因肺弹性减退、闭合气量增加,对潮气量及呼气末正压变化更为敏感,术中宜实施肺保护性通气策略,并根据肺顺应性与氧合状态动态调整^[75-76]。若合并慢性支气管炎或哮喘,还需警惕气道高反应性及术中支气管痉挛风险,建议术前优化肺功能、加强气道监测,必要时使用支气管扩张药物^[76-77]。

推荐意见7:在老年患者的日间手术麻醉镇痛管理中,建议结合手术类型、疼痛性质和强度,选择少阿片类、多模式、个体化的精准镇痛策略。(证据等级:A,推荐强度:强推荐)

推荐意见8:老年患者日间手术全身麻醉中,风险低、时间短的手术优先选用喉罩通气;对于存在胃排空延迟、反流误吸高风险、张口困难的老年患者,禁用喉罩,直接选择气管插管;对于重度阻塞性睡眠呼吸暂停、呼吸顺应性差、肥胖、气道阻力增高、腹内压升高以及术中体位变动大者,优先选择气管插管。(证据等级:A,推荐强度:强推荐)

推荐意见9:老年患者日间手术术中宜实施肺保护性通气策略,并根据肺顺应性与氧合状态动态调

整;合并慢性支气管炎或哮喘者,建议术前优化肺功能、加强气道监测,必要时使用支气管扩张药物。(证据等级:B,推荐强度:强推荐)

5 老年患者日间手术的术中体温管理

老年患者术后低体温的发生率显著高于年轻人群,其体温调节能力下降,对环境温度变化的代偿能力差^[81-82]。老年患者术后低体温的主要因素包括环境温度、麻醉时间、手术时间、术中出血量、体表暴露面积、皮肤消毒和术中冲洗等^[83]。针对上述因素,预防老年患者日间手术围手术期低体温需综合施策,在加强主动保温的同时,合理控制麻醉与手术时间,减少出血量,并注意冲洗液的温度。

术前评估为低体温高危的老年患者,应提前备好保温毯、循环水毯、充气式加温毯及输液加温器等设备。术前保温于麻醉前1 h启动(患者转运至等候区时),等候区环境温度不低于21℃;术后复苏期间,麻醉复苏室温度维持于23℃及以上^[83-84],并持续使用主动加温设备覆盖躯干与四肢。针对经尿道前列腺电切术中大量灌洗液易致体温下降的问题,应于术前将灌洗液加温至37℃,术中控制流速与冲洗压力,避免长时间大流量冲洗,并加强体温监测,必要时联合充气式加温毯。综合主动保温策略还包括:从麻醉诱导开始减少体表裸露面积与暴露时间;静脉输注液体加温至37℃;控制皮肤消毒液用量,避免敷料过度潮湿;使用持续体温检测器探头连续监测核心体温至手术结束;必要时遵医嘱输注37℃葡萄糖液或氨基酸溶液。患者转运前,须确认核心体温稳定 $\geq 36^\circ\text{C}$ ^[84],且无寒战、皮肤湿冷等低体温表现,方可转出麻醉复苏室。

推荐意见10:老年患者日间手术应实施全程体温保护策略,麻醉前1 h于等候区(室温 $\geq 21^\circ\text{C}$)主动保温;术中采取综合保温措施(减少暴露、液体及冲洗液加温至37℃、使用保温毯、控制皮肤消毒液用量),采用持续式体温探头连续监测核心体温,主动防止低体温发生。(证据等级:A,推荐强度:强推荐)

推荐意见11:老年患者日间手术转入麻醉复苏室后应立即复测体温并持续采用保温措施,维持室温 $\geq 23^\circ\text{C}$;转运回病房前必须确保核心体温 $\geq 36^\circ\text{C}$,且无寒战、皮肤湿冷等低体温表现。(证据等级:A,推荐强度:强推荐)

6 老年患者日间手术的术后康复管理

老年患者术后常因恶心呕吐、切口疼痛、持续补液、引流管牵拉及认知不足等因素导致ERAS依从性下降^[85]。因此，术后管理应聚焦老年人生理特点，重点防控容量过负荷及心肾系统负担，采用限制性输液策略，减少非必要的静脉补液^[86]。术后镇痛须遵循个体化用药原则，减少阿片类药物的应用，警惕残余镇静作用与呼吸抑制；术后恶心和呕吐（post-operative nausea and vomiting, PONV）防治以麻醉期减少阿片类药物的应用为源头预防，术后早期须确认吞咽反射恢复以防误吸。

针对骨关节手术老年患者，术后康复知识的宣教应选用图文资料、短视频等契合老年人认知特点的简明形式，便于其理解与学习。康复训练应在患者完全清醒、生命体征平稳且疼痛得到有效控制后方可启动^[87]。同时须特别关注老年患者体位性低血压发生率高、反应迟钝等特点，首次坐起及站立时应分阶段进行（平卧→半卧→坐位→站立），严密观察有无头晕、面色苍白、血压下降，必要时延长观察时间。非骨关节手术老年患者术后康复以辅助下自主行走、日常活动恢复为主，不常规安排系统性康复训练。

饮食方面，无PONV的老年患者清醒后即可进食清亮无渣流食，建议从5~10 mL开始，渐进式增加^[88]；发生PONV者，需在针对性治疗的基础上综合评估后再逐步恢复进食。

推荐意见 12:老年患者日间手术术后应实施ERAS管理策略,减少非必要静脉输液;镇痛遵循个体化用药原则,减少阿片类药物应用,警惕残余镇静与呼吸抑制。(证据等级:B,推荐强度:强推荐)

7 老年患者日间手术的出院管理

老年患者日间手术在院时间短，但术后24~72 h内发生跌倒、慢性病急性加重、谵妄、心脑血管意外及药物不良事件的风险显著增高。加之认知功能减退、独居比例高、对快速离院模式理解有限，出院管理须以安全离院能力与居家照护连续性评估为核心，而非仅满足通用评分标准。

7.1 出院前综合评估

除采用改良麻醉后出院评分系统（modified post-anesthetic discharge scoring system, PADSS）^[89]

外，老年患者出院前须重点评估认知理解能力（能否复述出院后用药、饮食、活动及异常征象识别要点）、药物衔接安全性（术前停用药物与出院带药的衔接方案、多重用药依从性）及居家安全风险（独居状态、跌倒隐患、照护者是否在场）。同时，患者须可耐受流质或半流质饮食，离院前1 h遵医嘱口服药物且无过敏反应。

7.2 心理与照护者准备度评估

老年患者常因“当日离院”产生焦虑，担忧术后伤口护理、病情变化无人协助或无法及时获得医疗支持^[90]，日间手术病房医护人员须主动识别其焦虑情绪，确认主要照护者已理解出院指导内容、具备24~72 h在场照护的实际能力，并明确突发情况下的联络方式与就医路径。

7.3 返家条件与延续性照护衔接

结合老年患者返家距离、交通方式、途中劳累程度及居家环境（有无电梯、独居/空巢状态）进行个体化评估^[90]。对于自理能力不足或存在安全隐患的患者，可提前对接医联体资源（社区医疗机构、下级医院），明确术后换药、拆线、康复训练及慢性病随访的承接机构，制定个性化出院衔接方案，避免老年患者因无人照护或就医不便导致非计划再入院^[90]。

7.4 出院后应急处置

老年患者术后病情变化隐匿且进展快，返院急诊就诊时须开通绿色通道；出院后发生严重病情变化时，日间手术病房应即刻联系专科诊疗组并告知处置方案，必要时转送专科或急诊科，各相关病室应优先收治，建立快速接诊机制，确保患者得到及时救治^[90]。

推荐意见 13:日间手术老年患者出院前应重点评估其认知理解能力、药物衔接安全性及居家安全风险,并确保主要照护者理解出院指导且具备24~72 h在场照护能力。(证据等级:B,推荐强度:强推荐)

推荐意见 14:对存在自理能力不足或安全隐患者,应完善返家条件与居家环境评估,可对接医联体资源,制定个性化出院衔接方案。(证据等级:B,推荐强度:强推荐)

8 老年患者日间手术的出院随访

老年患者术后24 h内存在出血、跌倒、心血管意外及慢性病急性发作的高风险，且普遍存在症状自我识别能力不足、表达受限等问题。出院

随访需聚焦术后“黄金72 h”窗口期,通过早期异常识别、规范化疼痛管理指导、个体化康复训练干预及用药偏差纠正,有效降低非计划再就诊率。

8.1 随访时间段

建议选择10:00–12:00或15:00–17:00时段,该时段可有效规避老年人晨练、午休等日常活动高峰,提升联络成功率与沟通质量,进而增强随访实效性^[91]。

8.2 随访频次

由随访护士主导执行,出院后首次随访需在24 h内完成^[92],后续随访频次需结合患者健康状况、手术术式、麻醉方式、衰弱程度制定个体化方案。

8.3 随访方式

主要包括传统途径(如面访、电话随访)和数字化工具(如微信群、专业随访APP及互联网医疗平台)。需以患者需求为核心,通过关怀慰问式沟通实现有效交互^[93–95]。针对老年患者普遍存在的视力减退、手部灵活性下降及认知功能衰退等生理特点,尤其是独居、空巢等特殊群体,应采用“人工专业随访为主体、智能辅助随访工具(如AI语音系统)为补充”模式。人工随访侧重康复评估、病情管理及心理支持,AI随访适用于常规提醒、满意度调查等非复杂场景。当AI随访结果提示异常时,须及时转人工复核,以保障随访质量与患者安全^[93–95]。

8.4 随访注意事项

随访沟通时应采用简明易懂、语速适中、音量适度的老年友好沟通方式^[93–95]。随访时应重点询问患者的主观感受,了解其用药依从性、疼痛强度、活动耐受度、伤口愈合情况及并发症早期征象等核心信息。同时应询问起身活动时有无头晕、眼前发黑等体位性低血压表现,以及进食、饮水时有无呛咳,及时发现居家跌倒与误吸风险。随访结束前应主动询问患者是否清楚下次复查时间,并确认其已理解随访安排;针对记忆力减退的老年患者,须提醒其照护者或家属以书面形式记录复查时间,确保按时返院复查^[93–95]。对于多重用药者,应明确告知其药物调整须由专科医师综合评估药物相互作用、肝肾功能、老年综合征及功能状态后决定,避免自行调整。

8.5 随访应急处理

老年患者术后急症常表现不典型,且因认知障碍、听力下降或独居,可能无法准确描述病情或及时求助。随访人员发现患者出现严重术后并发症时,应立即联系其主要照护者,确认患者当前状态、意识水平与所处环境;若患者独居或行动不便,须评估其能否安全前往医院,必要时协助呼叫急救转运。随访人员应采用标准化沟通模式向手术医师汇报,并遵循其专业建议采取相应处理措施。老年患者病情代偿能力差、进展迅速,发现紧急情况时须立即启动绿色通道优先收治,不得以“观察等待”为由延误^[93–95]。所有随访异常及处置过程须书面与电子双重记录,并反馈至日间手术工作群,增加随访频次。

推荐意见15:老年患者日间手术出院后应实施结构化随访,采用“人工为主、AI为辅”的随访模式,AI提示异常须及时转人工复核。随访护士应在出院后24 h内完成首次随访,后续随访频次根据患者健康状况、手术术式、麻醉方式及衰弱程度实行个体化制定。(证据等级:A,推荐强度:强推荐)

推荐意见16:随访人员发现患者出现严重术后并发症时,应立即启动应急处理流程:同步联系其主要照护者,评估患者状态与居家安全;联系手术医师并遵循其指导处置,必要时协助呼叫急救、启动医院绿色通道优先收治。所有异常处置须有书面与电子双重记录。(证据等级:A,推荐强度:强推荐)

9 总结

本共识聚焦于老年患者日间手术的临床特殊性,整合了最新循证医学证据与临床经验,明确了该人群围手术期管理应涵盖术前准入评估、术前优化、麻醉管理、术后加速康复、出院及随访六个维度,并将老年综合征(衰弱、多重用药、认知障碍、社会支持薄弱)作为风险维度纳入全流程管理,强调老年人安全性与功能维护的重要性。管理策略贯穿个体化与多学科团队协作原则,突出了术后功能恢复与居家照护连续性在老年日间手术模式中的核心地位。本共识填补了老年日间手术规范化管理的空白,旨在通过老年特异性的全流程风险防控,提升围手术期安全性,改善老年患者的功能预后与生活质量。

鉴于老年日间手术领域仍处于快速发展阶段,未来应进一步开展高质量、多中心、前瞻性临床

研究，不断丰富老年患者日间手术管理的循证医学证据，为后续共识更新提供更加坚实的依据。

《老年患者日间手术管理专家共识（2026版）》编委会全体成员名单

执笔人：陈彩芳(中南大学湘雅医院),陈亚玲(中南大学湘雅医院),刘鹏(中南大学湘雅医院),曾铭强(湖南省人民医院/湖南师范大学附属第一医院)

编审专家组（按姓氏笔画顺序）：马娜(中南大学湘雅医院),马洪升(四川大学华西天府医院),牛玉光(中国人民解放军总医院第一医学中心),邓露(中南大学湘雅二医院),包龙棠(内蒙古医科大学附属医院),伍美容(中南大学湘雅三医院),刘小南(中国人民解放军空军军医大学第一附属医院),刘广美(中南大学湘雅医院),刘蔚东(中南大学湘雅医院),刘鹏(中南大学湘雅医院),孙德峰(大连医科大学附属第一医院),吴思容(中南大学湘雅医院),宋丹丹(中国人民解放军北部战区总医院),李东亮(山东大学齐鲁医院),李萍(中南大学湘雅医院),杨勇(中南大学湘雅医院),杨知友(中南大学湘雅医院),陆姚(安徽医科大学第一附属医院),陈亚玲(中南大学湘雅医院),陈彩芳(中南大学湘雅医院),陈琼(中南大学湘雅医院),林静(桂林市人民医院),侯凌晨(上海市申康医院发展中心),俞永江(兰州大学第一医院),封丽果(湖南医药学院总医院),赵谦(西安交通大学第一附属医院),赵雷(深圳市人民医院),骆华杰(上海交通大学医学院附属仁济医院),钟丽君(北京大学第一医院),倪如暘(北京老年医院),袁华娣(浙江大学医学院附属第二医院),梁鹏(四川大学华西医院),康仙慧(浙江大学医学院附属第一医院),黄明君(四川大学华西医院),黄晓莹(中南大学湘雅医院),黄雅澜(中南大学湘雅医院),龚兴荣(上海交通大学医学院附属仁济医院),彭琳琳(中南大学湘雅医院),彭罗方(中南大学湘雅医院),曾铭强(湖南省人民医院/湖南师范大学附属第一医院),谢伏娟(中南大学湘雅医院),谢曦(中南大学湘雅医院),谭亮(中南大学湘雅医院),谭红梅(广东省人民医院)

利益冲突：所有编者声明不存在利益冲突。

参考文献

[1] 中华人民共和国中央人民政府老龄办. 2024年度国家老龄事业发展公报[EB/OL]. [2025-07-24][2026-06-10]. <https://www.mca.gov.cn/n152/n165/c1662004999980006089/part/21508.pdf>.

Ministry of Civil Affairs of the People's Republic of China, National Aging Office. Annual Report On the Development of National Aging Cause 2024[EB/OL]. (2025-07-24)[2026-06-10]. <https://www.mca.gov.cn/n152/n165/c1662004999980006089/part/21508.pdf>.

[2] 王若曦,殷文渊,俞卫锋. 老年患者日间手术的麻醉及疼痛管理进展[J]. 中华医学杂志, 2018, 98(14): 1117-1120. doi: 10.3760/cma.j.issn.0376-2491.2018.14.014.

Wang RX, Yin WY, Yu WF. Progress in anesthesia and pain management of elderly patients undergoing daytime surgery[J]. National Medical Journal of China, 2018, 98(14): 1117-1120. doi: 10.3760/cma.j.issn.0376-2491.2018.14.014.

[3] 孙辉,王凯,朱宏,等. 2016—2022年我国日间手术术式变化及对日间手术规范化发展的思考[J]. 中国医院, 2022, 26(8): 10-13. doi: 10.19660/j.issn.1671-0592.2022.8.03.

Sun H, Wang K, Zhu H, et al. Considerations of the standardized development of day surgery in China based on the changes of day surgery from 2016 to 2022[J]. Chinese Hospitals, 2022, 26(8): 10-13. doi: 10.19660/j.issn.1671-0592.2022.8.03.

[4] 李航,赵礼金. 老年患者腹腔镜胆囊切除日间手术的安全性分析[J]. 中国普通外科杂志, 2019, 28(8): 1012-1017. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2019.08.016.

Li H, Zhao LJ. Safety analysis of laparoscopic cholecystectomy one-day surgery for elderly patients[J]. China Journal of General Surgery, 2019, 28(8): 1012-1017. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2019.08.016.

[5] 中国老年医学学会麻醉学分会. 老年患者围手术期血液保护专家共识[J]. 临床麻醉学杂志, 2026, 42(1): 90-97. doi: 10.12089/jca.2026.01.018.

Anesthesiology Branch of the Chinese Geriatric Medicine Society. Expert Consensus On Blood Conservation in the Perioperative Period for Elderly Patients[J]. Journal of Clinical Anesthesiology, 2026, 42(1): 90-97. doi: 10.12089/jca.2026.01.018.

[6] 朱鸣雷,黄宇光,刘晓红,等. 老年患者围手术期管理北京协和医院专家共识[J]. 协和医学杂志, 2018, 9(1): 36-41. doi: 10.3969/j.issn.1674-9081.2018.01.008.

Zhu ML, Huang YG, Liu XH, et al. Expert Consensus On Perioperative Management of Elderly Patients at Peking Union Medical College Hospital[J]. Medical Journal of Peking Union Medical College Hospital, 2018, 9(1): 36-41. doi: 10.3969/j.issn.1674-9081.2018.01.008.

[7] 杨克虎,译. 世界卫生组织指南制定手册[M]. 兰州: 兰州大学出版社, 2013: 75.

Yang KH, trans. WHO Handbook for Guideline Development[M]. Lanzhou: Lanzhou University Press, 2013: 75.

- [8] 陈耀龙, 杨克虎, 王小钦, 等. 中国制订/修订临床诊疗指南的指导思想原则(2022版)[J]. 中华医学杂志, 2022, 102(10):697-703. doi: 10.3760/cma.j.cn112137-20211228-02911.
- Chen YL, Yang KH, Wang XQ, et al. Guiding principles for formulating/revising clinical diagnosis and treatment guidelines in China (2022 edition)[J]. National Medical Journal of China, 2022, 102(10):697-703. doi:10.3760/cma.j.cn112137-20211228-02911.
- [9] Chen YL, Yang K, Marušić A, et al. A Reporting Tool for Practice Guidelines in Health Care: The RIGHT Statement[J]. Ann Intern Med, 2017, 166(2):128-132. doi:10.7326/M16-1565.
- [10] Gattrell WT, Logullo P, van Zuuren EJ, et al. ACCORD (ACcurate COnsensus Reporting Document): a reporting guideline for consensus methods in biomedicine developed via a modified Delphi[J]. PLoS Med, 2024, 21(1):e1004326. doi:10.1371/journal.pmed.1004326.
- [11] Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, et al. GRADE guidelines: 1. Introduction: GRADE evidence profiles and summary of findings tables[J]. J Clin Epidemiol, 2011, 64(4):383-394. doi:10.1016/j.jclinepi.2010.04.026.
- [12] Leroy R, Camberlin C, Lefèvre M, et al. Proposals for a further expansion of day surgery in Belgium[M]. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), 2017.
- [13] Chaturvedi R, Patel K, Burton BN, et al. Geriatric patients undergoing outpatient surgery in the United States: a retrospective cohort analysis on the rates of hospital admission and complications[J]. Cureus, 2021, 13(12):e20607. doi:10.7759/cureus.20607.
- [14] Kulkarni S, Harsoor SS, Chandrasekar M, et al. Consensus statement on anaesthesia for day care surgeries[J]. Indian J Anaesth, 2017, 61(2):110-124. doi:10.4103/ija.IJA_659_16.
- [15] 国家老年疾病临床医学研究中心(湘雅), 中华医学会运动医疗分会. 关节镜日间手术临床实践专家共识[J]. 中国内镜杂志, 2020, 26(6):1-7. doi:10.3969/j.issn.1007-1989.2020.06.001.
- National Clinical Research Center for Geriatric Disorders (Xiangya), Chinese Society of Sports Medicine. Expert consensus on clinical practice of arthroscopy of day surgery[J]. China Journal of Endoscopy, 2020, 26(6): 1-7. doi: 10.3969/j. issn. 1007-1989.2020.06.001.
- [16] 邹妮, 王丹, 傅晟静, 等. 老年患者日间手术全程质量管理模式研究[J]. 中国卫生质量管理, 2022, 29(1):33-36. doi:10.13912/j.cnki.chqm.2022.29.01.09.
- Zou N, Wang D, Fu SJ, et al. The whole process quality management mode of ambulatory surgery for elderly patients[J]. Chinese Health Quality Management, 2022, 29(1): 33-36. doi: 10.13912/j.cnki.chqm.2022.29.01.09.
- [17] 中国医师协会外科医师分会疝和腹壁外科学组, 中华医学会外科学分会疝与腹壁外科学组, 全国卫生产业企业管理协会疝和腹壁外科产业及临床研究分会, 等. 腹股沟疝日间手术规范化流程专家共识(2020版)[J]. 中华消化外科杂志, 2020, 19(7):714-719. doi:10.3760/cma.j.cn115610-20200611-00433.
- Hernia and Abdominal Wall Surgery Group, Branch of Surgery, Chinese Medical Doctor Association; Hernia and Abdominal Wall Surgery Group, Branch of Surgery, Chinese Medical Association; Hernia and Abdominal Wall Surgery Industry and Clinical Research Branch, National Association of Health Industry and Enterprise Management, et al. Expert Consensus On Standard Process of Ambulatory Surgery for Inguinal Hernia (2020 Edition)[J]. Chinese Journal of Digestive Surgery, 2020, 19(7):714-719. doi:10.3760/cma.j.cn115610-20200611-00433.
- [18] Valderas JM, Starfield B, Sibbald B, et al. Defining comorbidity: implications for understanding health and health services[J]. Ann Fam Med, 2009, 7(4):357-363. doi:10.1370/afm.983.
- [19] Feinstein AR. The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease[J]. J Chronic Dis, 1970, 23(7):455-468. doi:10.1016/0021-9681(70)90054-8.
- [20] 中华医学会麻醉学分会. 日间手术麻醉指南[J]. 中华医学杂志, 2023, 103(43):3462-3471. doi:10.3760/cma.j.cn112137-20230803-00151.
- Chinese Society of Anesthesiology. Guidelines for Anesthesia Management for Ambulatory Surgery[J]. National Medical Journal of China, 2023, 103(43):3462-3471. doi:10.3760/cma.j.cn112137-20230803-00151.
- [21] Khan A, Johnson DK, Carlson S, et al. NT-pro BNP predicts myocardial injury post-vascular surgery and is reduced with CoQ10: a randomized double-blind trial[J]. Ann Vasc Surg, 2020, 64:292-302. doi:10.1016/j.avsg.2019.09.017.
- [22] Parker SG, McCue P, Phelps K, et al. What is comprehensive geriatric assessment (CGA)? an umbrella review[J]. Age Ageing, 2018, 47(1):149-155. doi:10.1093/ageing/afx166.
- [23] 陈旭娇, 严静, 王建业, 等. 中国老年综合评估技术应用专家共识[J]. 中华老年病研究电子杂志, 2017, 4(2):1-6. doi:10.3877/cma.j.issn.2095-8757.2017.02.001.
- Chen XJ, Yan J, Wang JY, et al. Expert consensus on the application of comprehensive assessment technology for the elderly in China[J]. Chinese Journal of Geriatrics Research: Electronic Edition, 2017, 4(2): 1-6. doi: 10.3877/cma. j. issn. 2095-8757.2017.02.001.
- [24] 倪如暘, 王静, 罗昌春, 等. 老年综合评估在日间手术老年患者管理中的应用[J]. 华西医学, 2025, 40(2):256-260. doi:10.7507/1002-0179.202412004.
- Ni RY, Wang J, Luo CC, et al. Application of comprehensive

- geriatric assessment in the management of elderly patients undergoing daytime surgery[J]. West China Medical Journal, 2025, 40(2):256–260. doi:10.7507/1002-0179.202412004.
- [25] 李霖龙, 王倩, 叶莲, 等. 老年综合评估在老年肺癌围手术期管理中的应用与挑战[J]. 中华老年医学杂志, 2026, 45(3):461–468. doi:10.3760/cma.j.issn.0254-9026.2026.03.021.
- Li LL, Wang Q, Ye L, et al. Application and challenges of Comprehensive Geriatric Assessment in perioperative management of elderly patients with lung cancer[J]. Chinese Journal of Geriatrics, 2026, 45(3): 461–468. doi: 10.3760/cma.j.issn.0254-9026.2026.03.021.
- [26] 孙超, 奚桓, 张洁, 等. 老年综合评估门诊建设中国专家共识[J]. 中华老年医学杂志, 2023, 42(6):656–663. doi:10.3760/cma.j.issn.0254-9026.2023.06.007.
- Sun C, Xi H, Zhang J, et al. Expert consensus on comprehensive geriatric assessment clinic[J]. Chinese Journal of Geriatrics, 2023, 42(6):656–663. doi:10.3760/cma.j.issn.0254-9026.2023.06.007.
- [27] Miller RL, Barnes JD, Mouton R, et al. Comprehensive geriatric assessment (CGA) in perioperative care: a systematic review of a complex intervention[J]. BMJ Open, 2022, 12(10):e062729. doi:10.1136/bmjopen-2022-062729.
- [28] Li M, Wang T, Wang D. An overview of Chinese multidisciplinary expert consensus on perioperative brain health in elderly patients[J]. Chin Med J, 2021, 134(1): 5–7. doi: 10.1097/cm9.0000000000001213.
- [29] 沈杰, 高宁舟, 郑松柏, 等. 老年人多重用药评估与管理中国专家共识(2024)[J]. 中华老年医学杂志, 2024, 43(3):269–278. doi:10.3760/cma.j.issn.0254-9026.2024.03.002.
- Shen J, Gao NZ, Zheng SB, et al. Expert consensus on assessment and management of polypharmacy in older adults[J]. Chinese Journal of Geriatrics, 2024, 43(3): 269–278. doi: 10.3760/cma.j.issn.0254-9026.2024.03.002.
- [30] 《围手术期出凝血管理麻醉专家意见(2026版)》工作组. 围手术期出凝血管理麻醉专家意见(2026版)[J]. 中华麻醉学杂志, 2026, 46(1):79–93. doi:10.3760/cma.j.cn131073-20251028-00108.
- Task Force on "Expert opinion on perioperative management of bleeding and coagulation in anesthesiology" (2026 edition)". Expert opinion on perioperative management of bleeding and coagulation in anesthesiology (2026 edition) [J]. Chinese Journal of Anesthesiology, 2026, 46(1): 79–93. doi: 10.3760/cma.j.cn131073-20251028-00108.
- [31] 国家老年医学中心, 中华医学会心血管病学分会心血管老年学组, 中华老年医学杂志编辑委员会, 等. 老年患者非心脏手术围手术期心血管风险评估和管理的中国专家共识(2023)[J]. 中国心血管杂志, 2024, 29(4): 289–304. doi: 10.3969/j.issn.1007-5410.2024.04.001.
- National Center of Gerontology, Cardiovascular Geriatrics Group of Chinese Society of Cardiology, Editorial Board of Chinese Journal of Geriatrics, et al. 2023 Chinese expert consensus on perioperative cardiovascular risk assessment and management of noncardiac surgery in older patients[J]. Chinese Journal of Cardiovascular Medicine, 2024, 29(4): 289–304. doi: 10.3969/j.issn.1007-5410.2024.04.001.
- [32] 围手术期出凝血管理麻醉专家共识协作组. 围手术期出凝血管理麻醉专家共识[J]. 中华麻醉学杂志, 2020, 40(9):1042–1053. doi:10.3760/cma.j.cn131073.20200808.00904.
- Anesthesiologist's Consensus on Perioperative Hemorrhage and Coagulation Management Collaboration Group. Anesthesiologist's consensus on perioperative hemorrhage and coagulation management[J]. Chinese Journal of Anesthesiology, 2020, 40(9): 1042–1053. doi:10.3760/cma.j.cn131073.20200808.00904.
- [33] 任爽, 武丹威, 韩爽, 等. 非心脏手术患者围手术期口服抗血栓药物治疗管理[J]. 中国药物与临床, 2025, 25(1): 27–31. doi: 10.11655/zgywylc2025.01.005.
- Ren S, Wu DW, Han S, et al. Perioperative oral antithrombotic drugs therapy management in non-cardiac surgery patients[J]. Chinese Remedies & Clinics, 2025, 25(1): 27–31. doi: 10.11655/zgywylc2025.01.005.
- [34] 《口服抗凝药物治疗管理路径专家共识》编写组. 口服抗凝药物治疗管理路径专家共识[J]. 临床药物治疗杂志, 2024, 22(9):1–23. doi:10.3969/j.issn.1672-3384.2024.09.001.
- Writing committee of expert consensus on the medication therapy management pathway of oral anticoagulant drugs. Expert consensus on the medication therapy management pathway of oral anticoagulant drugs[J]. Clinical Medication Journal, 2024, 22(9):1–23. doi:10.3969/j.issn.1672-3384.2024.09.001.
- [35] 吴镜湘, 徐美英. 2014年欧美心脏病患者非心脏手术围手术期评估管理指南解读[J]. 中华胸部外科电子杂志, 2015, 2(4):213–217. doi:10.3877/cma.j.issn.2095-8773.2015.04.001.
- Wu JX, Xu MY. Comments on 2014 ACC/AHA guideline on perioperative cardiovascular evaluation and management of patients undergoing noncardiac surgery[J]. Chinese Journal of Thoracic Surgery: Electronic Edition, 2015, 2(4): 213–217. doi: 10.3877/cma.j.issn.2095-8773.2015.04.001.
- [36] 中国老年保健医学研究会血栓防治分会, 《中华老年心脑血管病杂志》编辑委员会. 高龄老年慢性冠状动脉综合征患者抗栓治疗专家共识2025[J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2025, 27(12):1640–1649. doi:10.3969/j.issn.1009-0126.2025.12.008.
- Thrombosis Prevention and Treatment Branch of the Chinese Association of Geriatric Research, Editorial Board of the Chinese Journal of Geriatric Heart Brain and Vessel Diseases. Expert consensus on antithrombotic therapy in elderly patients with

- chronic coronary syndrome 2025[J]. Chinese Journal of Geriatric Heart Brain and Vessel Diseases, 2025, 27(12): 1640–1649. doi: [10.3969/j.issn.1009-0126.2025.12.008](https://doi.org/10.3969/j.issn.1009-0126.2025.12.008).
- [37] 韩爽, 武丹威, 杨烁, 等. 非心脏手术患者围手术期抗心律失常药物治疗管理[J]. 中国药物与临床, 2025, 25(1): 21–26. doi: [10.11655/zgywylc2025.01.004](https://doi.org/10.11655/zgywylc2025.01.004).
- Han S, Wu DW, Yang S, et al. Management of perioperative antiarrhythmic drugs for non-cardiac surgery patients[J]. Chinese Remedies & Clinics, 2025, 25(1): 21–26. doi: [10.11655/zgywylc2025.01.004](https://doi.org/10.11655/zgywylc2025.01.004).
- [38] 中华医学会心血管病学分会, 中华心血管病杂志编辑委员会. 非心脏外科手术围手术期心血管疾病管理中国专家共识[J]. 中华心血管病杂志, 2023, 51(10): 1043–1055. doi: [10.3760/cma.j.cn112148-20221111-00883](https://doi.org/10.3760/cma.j.cn112148-20221111-00883).
- Chinese Society of Cardiology, Chinese Medical Association, Editorial Board of Chinese Journal of Cardiology. Chinese expert consensus on perioperative cardiovascular assessment and management of patients undergoing non-cardiac surgery[J]. Chinese Journal of Cardiology, 2023, 51(10): 1043–1055. doi: [10.3760/cma.j.cn112148-20221111-00883](https://doi.org/10.3760/cma.j.cn112148-20221111-00883).
- [39] 《成人非心脏手术围手术期血压监测与管理指南》撰写组, 中国老年医学学会医疗照护分会. 成人非心脏手术围手术期血压评估与管理指南[J]. 中华保健医学杂志, 2023, 25(2): 121–128. doi: [10.3969/j.issn.1674-3245.2023.02.001](https://doi.org/10.3969/j.issn.1674-3245.2023.02.001).
- Writing Group for the Guideline for Perioperative Blood Pressure Monitoring and Management in Adult Patients Undergoing Non-cardiac Surgery, Medical Care Branch of the Chinese Geriatrics Society. Guidelines for perioperative blood pressure assessment and management of adult noncardiac surgery[J]. Chinese Journal of Health Care and Medicine, 2023, 25(2): 121–128. doi: [10.3969/j.issn.1674-3245.2023.02.001](https://doi.org/10.3969/j.issn.1674-3245.2023.02.001).
- [40] 中国心胸血管麻醉学会, 北京高血压防治协会. 围手术期高血压管理专家共识[J]. 临床麻醉学杂志, 2016, 32(3): 295–297.
- Chinese Society of Cardiothoracic and Vascular Anesthesiology, Beijing Hypertension Prevention and Treatment Association. Expert consensus on perioperative hypertension management[J]. Journal of Clinical Anesthesiology, 2016, 32(3): 295–297.
- [41] 吴军, 许迪. 非心脏外科手术围手术期高血压的评估与处理[J]. 临床内科杂志, 2022, 39(1): 8–10. doi: [10.3969/j.issn.1001-9057.2022.01.003](https://doi.org/10.3969/j.issn.1001-9057.2022.01.003).
- Wu J, Xu D. Evaluation and management of perioperative hypertension in non-cardiac surgery[J]. Journal of Clinical Internal Medicine, 2022, 39(1): 8–10. doi: [10.3969/j.issn.1001-9057.2022.01.003](https://doi.org/10.3969/j.issn.1001-9057.2022.01.003).
- [42] 武丹威, 任赛飞, 韩爽, 等. 高血压病患者围手术期降压药物治疗管理[J]. 中国药物与临床, 2025, 25(1): 11–15. doi: [10.11655/zgywylc2025.01.002](https://doi.org/10.11655/zgywylc2025.01.002).
- Wu DW, Ren SF, Han S, et al. Perioperative antihypertensive drug management in patients with hypertension[J]. Chinese Remedies & Clinics, 2025, 25(1): 11–15. doi: [10.11655/zgywylc2025.01.002](https://doi.org/10.11655/zgywylc2025.01.002).
- [43] 中国老年2型糖尿病防治临床指南编写组, 中国老年医学学会老年内分泌代谢分会, 中国老年保健医学研究会老年内分泌与代谢分会, 等. 中国老年2型糖尿病防治临床指南(2026年版)[J]. 中华内科杂志, 2026, 65(3): 206–255. doi: [10.3760/cma.j.cn112138-20251123-00713](https://doi.org/10.3760/cma.j.cn112138-20251123-00713).
- Compilation Group of "Clinical guidelines for the prevention and treatment of type 2 diabetes mellitus in the elderly in China (2026 edition)", Geriatric Endocrinology and Metabolism Branch of Chinese Geriatric Society, Geriatric Endocrinology and Metabolism Branch of Chinese Geriatric Health Care Society, et al. Clinical Guidelines for the Prevention and Treatment of Type 2 Diabetes Mellitus in the Elderly in China(2026 Edition)[J]. Chinese Journal of Internal Medicine, 2026, 65(3): 206–255. doi: [10.3760/cma.j.cn112138-20251123-00713](https://doi.org/10.3760/cma.j.cn112138-20251123-00713).
- [44] Cheisson G, Jacqueminet S, Cosson E, et al. Perioperative management of adult diabetic patients. Preoperative period[J]. Anaesth Crit Care Pain Med, 2018, 37: S9–S19. doi: [10.1016/j.acepm.2018.02.020](https://doi.org/10.1016/j.acepm.2018.02.020).
- [45] 中华医学会麻醉学分会. 围手术期血糖管理专家共识(快捷版)[J]. 临床麻醉学杂志, 2016, 32(1): 93–95.
- Chinese Society of Anesthesiology. Expert consensus on perioperative blood glucose management (quick edition)[J]. Journal of Clinical Anesthesiology, 2016, 32(1): 93–95.
- [46] 陈莉明, 陈伟, 陈燕燕, 等. 成人围手术期血糖监测专家共识[J]. 中国糖尿病杂志, 2021, 29(2): 81–85. doi: [10.3969/j.issn.1006-6187.2021.02.001](https://doi.org/10.3969/j.issn.1006-6187.2021.02.001).
- Chen LM, Chen W, Chen YY, et al. Expert Consensus On Perioperative Blood Glucose Monitoring in Adults[J]. Chinese Journal of Diabetes, 2021, 29(2): 81–85. doi: [10.3969/j.issn.1006-6187.2021.02.001](https://doi.org/10.3969/j.issn.1006-6187.2021.02.001).
- [47] 中华医学会麻醉学分会老年人麻醉与围手术期管理学组, 国家老年疾病临床医学研究中心, 国家老年麻醉联盟. 中国老年患者围手术期麻醉管理指导意见(2020版)(四)[J]. 中华医学杂志, 2020, 100(35): 2736–2757. doi: [10.3760/cma.j.cn112137-20200503-01409](https://doi.org/10.3760/cma.j.cn112137-20200503-01409).
- Elderly Anesthesia and Perioperative Management Group, Chinese Society of Anesthesiology, Chinese Medical Association, National Clinical Research Center for Geriatric Disorders, National Alliance of Geriatric Anesthesia. Guidelines for perioperative anesthesia management in elderly patients in China (2020 edition) (part 4)[J]. National Medical Journal of China, 2020, 100(35): 2736–2757. doi: [10.3760/cma.j.cn112137-20200503-01409](https://doi.org/10.3760/cma.j.cn112137-20200503-01409).

- [48] 中华医学会麻醉学分会老年人麻醉与围手术期管理学组, 国家老年疾病临床医学研究中心, 国家老年麻醉联盟. 中国老年患者围手术期麻醉管理指导意见(2020版)(一)[J]. 中华医学杂志, 2020, 100(31): 2404-2415. doi: 10.3760/cma.j.cn112137-20200503-01406.
- Elderly Anesthesia and Perioperative Management Group, Chinese Society of Anesthesiology, Chinese Medical Association, National Clinical Research Center for Geriatric Disorders, National Alliance of Geriatric Anesthesia. Guidance on perioperative anesthesia management of elderly patients in China (2020 edition) (1) [J]. National Medical Journal of China, 2020, 100(31):2404-2415. doi: 10.3760/cma.j.cn112137-20200503-01406.
- [49] 中国医师协会胰腺病专业委员会, 中华医学会消化内镜学分会内镜外科学组, 中国医师协会外科医师分会内镜外科专家工作组. ERCP 日间手术管理中国专家共识(2025版)[J]. 中华消化外科杂志, 2025, 24(1): 31-40. doi: 10.3760/cma.j.cn115610-20241217-00562.
- Professional Committee of Pancreatic Disease Chinese Medical Doctor Association, Endoscopic Surgery Group Digestive Endoscopy Branch Chinese, Endoscopic Surgery Expert Working Group Chinese College Of Surgeons, et al. Chinese expert consensus on the management of ERCP day surgery (2025 edition)[J]. Chinese Journal of Digestive Surgery, 2025, 24(1):31-40. doi:10.3760/cma.j.cn115610-20241217-00562.
- [50] 中国高血压防治指南修订委员会, 高血压联盟(中国), 中国医疗保健国际交流促进会高血压分会, 等. 中国高血压防治指南(2024年修订版)[J]. 中华高血压杂志, 2024, 32(7):603-700. doi: 10.16439/j.issn.1673-7245.2024.07.002.
- Revising Committee of Chinese Guidelines for the Prevention and Treatment of Hypertension, Chinese Hypertension League, Hypertension Branch of China International Exchange and Promotion Association for Medical and Healthcare, et al. Guidelines for prevention and treatment of hypertension in China (revised in 2024)[J]. Chinese Journal of Hypertension, 2024, 32(7): 603-700. doi:10.16439/j.issn.1673-7245.2024.07.002.
- [51] 中华医学会老年医学分会, 中国医疗保健国际交流促进会高血压病分会. 老年高血压特点及临床诊治流程专家共识(2024)[J]. 中华老年医学杂志, 2024, 43(3):257-268. doi: 10.3760/cma.j.issn.0254-9026.2024.03.001.
- Society Chinese Geriatrics, China International Exchange And Promotive Association For Medical And Health Care Hypertension Society. Consensus on characteristics and clinical diagnosis and treatment process of hypertension in the elderly(2024)[J]. Chinese Journal of Geriatrics, 2024, 43(3): 257-268. doi: 10.3760/cma.j.issn.0254-9026.2024.03.001.
- [52] 中华护理学会骨科护理专业委员会. 老年髋部骨折围手术期护理临床实践专家共识(2023版)[J]. 中华创伤杂志, 2023, 39(3): 214-222. doi:10.3760/cma.j.cn501098-20221109-00744.
- Orthopedic Nursing Committee of Chinese Nursing Association. Expert consensus on clinical practice in perioperative nursing for elderly patients with hip fracture(version 2023)[J]. Chinese Journal of Trauma, 2023, 39(3): 214-222. doi: 10.3760/cma.j.cn501098-20221109-00744.
- [53] Saugel B, Sessler DI. Perioperative blood pressure management[J]. Anesthesiology, 2021, 134(2): 250-261. doi: 10.1097/aln.0000000000003610.
- [54] Wright JTJ, Fine LJ, Lackland DT, et al. Evidence supporting a systolic blood pressure goal of less than 150 mm Hg in patients aged 60 years or older: the minority view[J]. Ann Intern Med, 2014, 160(7):499-503. doi:10.7326/m13-2981.
- [55] 中国康复技术转化及发展促进会, 中华医学会麻醉学分会, 中国医师协会麻醉学医师分会, 等. 骨科、麻醉科加速康复围手术期患者慢性病管理专家共识(2025年版)[J]. 中华骨科杂志, 2025, 45(11):700-708. doi:10.3760/cma.j.cn121113-20250123-00073.
- China Association for Rehabilitation Technology Transformation and Development, Chinese Society of Anesthesiology, Chinese Anesthesiologists Association, et al. Expert consensus on chronic disease management in perioperative patients with enhanced recovery after surgery in orthopaedics and anesthesiology (2025 version)[J]. Chinese Journal of Orthopaedics, 2025, 45(11):700-708. doi:10.3760/cma.j.cn121113-20250123-00073.
- [56] American Diabetes Association. 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2020[J]. Diabetes Care, 2020, 43(Suppl 1):S14-S31. doi:10.2337/dc20-s002.
- [57] Davies MJ, D'Alessio DA, Fradkin J, et al. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes, 2018. a consensus report by the American diabetes association (ADA) and the European association for the study of diabetes (EASD)[J]. Diabetes Care, 2018, 41(12): 2669-2701. doi:10.2337/dci18-0033.
- [58] 中华医学会糖尿病学分会, 中华医学会内分泌学分会. 中国成人2型糖尿病患者糖化血红蛋白控制目标及达标策略专家共识[J]. 中华糖尿病杂志, 2020, 12(1):1-12. doi:10.3760/cma.j.issn.1674-5809.2020.01.001.
- Chinese Diabetes Society, Chinese Society of Endocrinology, Chinese Medical Association. Expert consensus on glycated hemoglobin A 1c targets and management algorithm for Chinese adults with type 2 diabetes mellitus[J]. Chinese Journal of Diabetes, 2020, 12(1):1-12. doi:10.3760/cma.j.issn.1674-5809.2020.01.001.
- [59] 苏青. 浅谈成人2型糖尿病患者糖化血红蛋白控制目标及达标策略[J]. 中华糖尿病杂志, 2020, 12(1):13-16. doi:10.3760/cma.j.issn.1674-5809.2020.01.002.
- Su Q. Talking about glycated hemoglobin A 1c control targets and

- strategy of adult type 2 diabetes patients[J]. Chinese Journal of Diabetes, 2020, 12(1): 13–16. doi: 10.3760/cma.j.issn.1674-5809.2020.01.002.
- [60] 《中华疝和腹壁外科杂志(电子版)》编辑委员会, 全国卫生产业企业管理协会疝和腹壁外科产业及临床研究分会, 中国医师协会外科医师分会疝和腹壁外科专家工作组, 等. 成人腹股沟疝日间手术管理模式下加速康复策略专家共识[J]. 中华疝和腹壁外科杂志: 电子版, 2025, 19(2): 125–131. doi: 10.3877/cma.j.issn.1674-392X.2025.02.001.
- Hernia and Abdominal Wall Surgery Industry and Clinical Research Branch of the National Association of Health Industry and Enterprise Management, Hernia and Abdominal Wall Surgery Expert Committee, Surgical Branch of the Chinese Medical Doctor Association, et al. Expert consensus on enhanced recovery strategies for day surgery management of adult inguinal hernia[J]. Chinese Journal of Hernia and Abdominal Wall Surgery: Electronic Edition, 2025, 19(2): 125–131. doi: 10.3877/cma.j.issn.1674-392X.2025.02.001.
- [61] Wang C, Xu J, Yang L, et al. Prevalence and risk factors of chronic obstructive pulmonary disease in China (the China Pulmonary Health [CPH] study): a national cross-sectional study[J]. Lancet, 2018, 391(10131): 1706–1717. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30841-9.
- [62] 许益萍, 陈瀚桑, 邱良诚, 等. 老年患者术前脑功能评估与围手术期决策[J]. 国际麻醉学与复苏杂志, 2019, 40(6): 573–579. doi: 10.3760/cma.j.issn.1673-4378.2019.06.014.
- Xu YP, Chen HS, Qiu LC, et al. Preoperative assessment of brain function and perioperative decisions in elderly patients[J]. International Journal of Anesthesiology and Resuscitation, 2019, 40(6): 573–579. doi: 10.3760/cma.j.issn.1673-4378.2019.06.014.
- [63] 中国研究型医院学会微创外科学专业委员会. 日间腹腔镜胆囊切除术专家共识[J]. 腹腔镜外科杂志, 2023, 28(8): 561–567. doi: 10.13499/j.cnki.fqjwkzz.2023.08.561.
- Minimally Invasive Surgery Committee of the Chinese Research Hospital Association. Expert consensus on day-case laparoscopic cholecystectomy[J]. Journal of Clinical Hepatology, 2023, 28(8): 561–567. doi: 10.13499/j.cnki.fqjwkzz.2023.08.561.
- [64] Velanovich V, Antoine H, Swartz A, et al. Accumulating deficits model of frailty and postoperative mortality and morbidity: its application to a national database[J]. J Surg Res, 2013, 183(1): 104–110. doi: 10.1016/j.jss.2013.01.021.
- [65] 中国医疗保健国际交流促进会加速康复外科学分会创伤骨科学组. 创伤骨科围手术期禁食水管理专家共识[J]. 中华创伤骨科杂志, 2018, 20(9): 737–742. doi: 10.3760/cma.j.issn.1671-7600.2018.09.001.
- Trauma Orthopedic Group, Branch of Enhanced Recovery after Surgery, China International Exchange and Promotive Association for Medical and Health Care. Experts' consensus on perioperative fasting management in traumatic orthopedics[J]. Chinese Journal of Orthopaedic Trauma, 2018, 20(9): 737–742. doi: 10.3760/cma.j.issn.1671-7600.2018.09.001.
- [66] 成人反流误吸高危人群全身麻醉管理专家共识工作组. 成人反流误吸高危人群全身麻醉管理专家共识(2025版)[J]. 中华麻醉学杂志, 2025, 45(6): 673–686. doi: 10.3760/cma.j.cn131073-20250114-00603.
- Task Force on Expert Consensus on Management of General Anesthesia in Adult Patients with a High Risk of Regurgitation and Aspiration (2025 Edition). Expert consensus on management of general anesthesia in adult patients with a high risk of regurgitation and aspiration(2025 edition)[J]. Chinese Journal of Anesthesiology, 2025, 45(6): 673–686. doi: 10.3760/cma.j.cn131073-20250114-00603.
- [67] 陈娅璇, 马武华. 胃超声预防围手术期反流误吸的研究进展[J]. 临床麻醉学杂志, 2020, 36(8): 821–823. doi: 10.12089/jca.2020.08.022.
- Chen YX, Ma WH. Research progress of gastric ultrasound in preventing perioperative reflux aspiration[J]. Journal of Clinical Anesthesiology, 2020, 36(8): 821–823. doi: 10.12089/jca.2020.08.022.
- [68] Kumar M, Chapman A, Javed S, et al. The investigation and treatment of diabetic gastroparesis[J]. Clin Ther, 2018, 40(6): 850–861. doi: 10.1016/j.clinthera.2018.04.012.
- [69] Sen S, Potnuru PP, Hernandez N, et al. Glucagon-like peptide-1 receptor agonist use and residual gastric content before anesthesia[J]. JAMA Surg, 2024, 159(6): 660–667. doi: 10.1001/jamasurg.2024.0111.
- [70] Chen A, Zhao KR, Ceban F, et al. Glucagon-like peptide-1 receptor agonists and gastric emptying time: a systematic review and meta-analysis of prospective studies[J]. Can J Anaesth, 2026, 73(4): 345–356. doi: 10.1007/s12630-026-03114-6.
- [71] 赵媛, 黄敬媛, 王仿, 等. B超引导下右美托咪定联合罗哌卡因神经阻滞在足踝外科手术中的效果[J]. 实用骨科杂志, 2025, 31(6): 560–563. doi: 10.3760/cma.j.issn.1008-5572.2025.06.117.
- Zhao Y, Huang JY, Wang F, et al. Effect of dexmedetomidine combined with ropivacaine nerve block under the guidance of B-ultrasound in foot and ankle surgery[J]. Journal of Practical Orthopaedics, 2025, 31(6): 560–563. doi: 10.3760/cma.j.issn.1008-5572.2025.06.117.
- [72] 袁志静, 黄杰, 何国安, 等. 罗哌卡因联合右美托咪定局部阻滞麻醉在老年腹腔镜下无张力疝修补术中的应用[J]. 中华疝和腹壁外科杂志: 电子版, 2024, 18(5): 557–561. doi: 10.3877/cma.j.issn.1674-392X.2024.05.016.

- Yuan ZJ, Huang J, He GA, et al. Application of local block anesthesia with ropivacaine and dexmedetomidine in elderly patients undergoing laparoscopic tension-free inguinal hernia repair[J]. Chinese Journal of Hernia and Abdominal Wall Surgery: Electronic Edition, 2024, 18(5): 557–561. doi: [10.3877/cma.j.issn.1674-392X.2024.05.016](https://doi.org/10.3877/cma.j.issn.1674-392X.2024.05.016).
- [73] 张侃, 李亚东. 区域性神经阻滞与全身麻醉对老年创伤性下肢骨折手术患者的麻醉效果[J]. 中国医师进修杂志, 2025, 48(6):569–573. doi:[10.3760/cma.j.cn115455-20240328-00283](https://doi.org/10.3760/cma.j.cn115455-20240328-00283).
- Zhang K, Li YD. Regional nerve block versus general anaesthesia in elderly patients undergoing surgery for traumatic lower limb fractures[J]. Chinese Journal of Postgraduates of Medicine, 2025, 48(6):569–573. doi:[10.3760/cma.j.cn115455-20240328-00283](https://doi.org/10.3760/cma.j.cn115455-20240328-00283).
- [74] Raeder J. Procedure-specific and patient-specific pain management for ambulatory surgery with emphasis on the opioid crisis[J]. Curr Opin Anaesthesiol, 2020, 33(6): 753–759. doi: [10.1097/ACO.0000000000000922](https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000000922).
- [75] Guan YJ, Wei L, Liao Q, et al. Pain management after ambulatory surgery: a prospective, multicenter, randomized, double-blinded parallel controlled trial comparing nalbuphine and tramadol[J]. BMC Anesthesiol, 2020, 20(1): 204. doi: [10.1186/s12871-020-01125-4](https://doi.org/10.1186/s12871-020-01125-4).
- [76] Zhang Q, Zhou Q, Zhang J, et al. Gentle facemask ventilation during induction of anesthesia[J]. Am J Emerg Med, 2020, 38(6): 1137–1140. doi:[10.1016/j.ajem.2019.158399](https://doi.org/10.1016/j.ajem.2019.158399).
- [77] Isono S, Eikermann M, Odaka T. Facemask ventilation during induction of anesthesia: how "gentle" is "gentle" enough? [J]. Anesthesiology, 2014, 120(2): 263–265. doi: [10.1097/ALN.0000000000000095](https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000000095).
- [78] 刘又鹄, 高元朝. 气道工具的研究进展[J]. 北京医学, 2024, 46(3): 232–235. doi:[10.15932/j.0253-9713.2024.03.011](https://doi.org/10.15932/j.0253-9713.2024.03.011).
- Liu YK, Gao YC. Research progress of airway tools[J]. Beijing Medical Journal, 2024, 46(3): 232–235. doi: [10.15932/j.0253-9713.2024.03.011](https://doi.org/10.15932/j.0253-9713.2024.03.011).
- [79] Bernardini A, Natalini G. Risk of pulmonary aspiration with laryngeal mask airway and tracheal tube: analysis on 65 712 procedures with positive pressure ventilation[J]. Anaesthesia, 2009, 64(12):1289–1294. doi:[10.1111/j.1365-2044.2009.06140.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2044.2009.06140.x).
- [80] 国家麻醉专业医疗质量控制中心, 重庆市麻醉医疗质控中心, 重庆市医师协会麻醉学医师分会, 等. 喉罩的临床应用与管理专家共识[J]. 临床麻醉学杂志, 2024, 40(12):1316–1320. doi:[10.12089/jca.2024.12.016](https://doi.org/10.12089/jca.2024.12.016).
- National Anesthesia Professional Medical Quality Control Center; Anesthesia Quality Control Center of Chongqing; Anesthesiologist Branch of Chongqing Medical Doctor Association. Clinical application of laryngeal mask airway and consensus of management experts[J]. Journal of Clinical Anesthesiology, 2024, 40(12):1316–1320. doi:[10.12089/jca.2024.12.016](https://doi.org/10.12089/jca.2024.12.016).
- [81] Cao B, Li Y, Chen X, et al. Development and validation of a novel risk assessment model for accurate prediction of intraoperative hypothermia in adult patients undergoing different types of surgery: insights from a multicentre, retrospective cohort study[J]. Ann Med, 2025, 57(1):2489749. doi:[10.1080/07853890.2025.2489749](https://doi.org/10.1080/07853890.2025.2489749).
- [82] Wang JY, Fang P, Sun G, et al. Effect of active forced air warming during the first hour after anesthesia induction and intraoperation avoids hypothermia in elderly patients[J]. BMC Anesthesiol, 2022, 22(1):40. doi:[10.1186/s12871-022-01577-w](https://doi.org/10.1186/s12871-022-01577-w).
- [83] 刘燕梅, 李莲英, 李雪清. 术中低体温的危险因素和防护措施研究进展[J]. 护士进修杂志, 2020, 35(5):440–443. doi: [10.16821/j.cnki.hsjx.2020.05.012](https://doi.org/10.16821/j.cnki.hsjx.2020.05.012).
- Liu YM, Li LY, Li XQ. Research progress on risk factors and protective measures of intraoperative hypothermia[J]. Journal of Nurses Training, 2020, 35(5): 440–443. doi: [10.16821/j.cnki.hsjx.2020.05.012](https://doi.org/10.16821/j.cnki.hsjx.2020.05.012).
- [84] 国家麻醉专业质量控制中心. 围手术期患者低体温防治专家共识(2023版)[J]. 协和医学杂志, 2023, 14(4): 734–743. doi: [10.12290/xhyxzz.2023-0266](https://doi.org/10.12290/xhyxzz.2023-0266).
- National Anesthesia Quality Control Center. 2023 Chinese expert consensus statement for prevention and management of perioperative hypothermia[J]. Medical Journal of Peking Union Medical College Hospital, 2023, 14(4): 734–743. doi: [10.12290/xhyxzz.2023-0266](https://doi.org/10.12290/xhyxzz.2023-0266).
- [85] 日间腹腔镜胃袖状切除术快速康复麻醉管理专家共识(2025版)编写组. 日间腹腔镜胃袖状切除术快速康复麻醉管理专家共识(2025版)[J]. 中华麻醉学杂志, 2025, 45(3):274–280. doi:[10.3760/cma.j.cn131073-20250108-00303](https://doi.org/10.3760/cma.j.cn131073-20250108-00303).
- Task Force on the Expert Consensus on Anesthesia for Rapid Day Recovery in Ambulatory Laparoscopic Gastric Sleeve Resection (2025 edition). Expert consensus on anesthesia for rapid day recovery in ambulatory laparoscopic gastric sleeve resection (2025 edition)[J]. Chinese Journal of Anesthesiology, 2025, 45(3): 274–280. doi:[10.3760/cma.j.cn131073-20250108-00303](https://doi.org/10.3760/cma.j.cn131073-20250108-00303).
- [86] 陈敏, 陈春花, 邓彩云, 等. 腹腔镜胆囊切除术中患者低体温风险因素及预防策略[J]. 国际护理学杂志, 2025, 44(8):1513–1516. doi:[10.3760/cma.j.cn221370-20240408-00338](https://doi.org/10.3760/cma.j.cn221370-20240408-00338).
- Chen M, Chen CH, Deng CY, et al. Risk factors and preventive strategies of hypothermia in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy[J]. International Journal of Nursing, 2025, 44(8): 1513–1516. doi:[10.3760/cma.j.cn221370-20240408-00338](https://doi.org/10.3760/cma.j.cn221370-20240408-00338).
- [87] 中国老年医学学会康复分会, 全膝关节置换围手术期康复干预中国专家共识组. 全膝关节置换围手术期康复干预中国专家共识[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2024, 46(2): 97–104. doi:

- 10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2024.02.001.
Rehabilitation Branch of Chinese Geriatric Society, Chinese Expert Consensus Group on Perioperative Rehabilitation Intervention for Total Knee Arthroplasty. Chinese Expert Consensus On Perioperative Rehabilitation Intervention for Total Knee Replacement[J]. Chinese Journal of Physical Medicine and Rehabilitation, 2024, 46(2):97-104. doi: 10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2024.02.001.
- [88] 汪银银, 杨小蕾. 快速康复外科护理模式对日间肩关节镜术后肩关节疼痛及功能的影响[J]. 实用骨科杂志, 2025, 31(2):182-185. doi:10.3760/cma.j.issn.1008-5572.2025.02.119.
Wang YY, Yang XL. Effect of Fast-Track Surgery Nursing Model On Shoulder Joint Pain and Function After Day-Case Shoulder Arthroscopy[J]. Journal of Practical Orthopaedics, 2025, 31(2): 182-185. doi:10.3760/cma.j.issn.1008-5572.2025.02.119.
- [89] Chung F, Chan VWS, Ong D. A Post-Anesthetic Discharge Scoring System for home readiness after ambulatory surgery[J]. J Clin Anesth, 1995, 7(6):500-506. doi:10.1016/0952-8180(95)00130-A.
- [90] 杜姣姣, 张雨晨, 李诗涵, 等. 日间手术患者延续性护理服务需求与出院准备度的相关分析[J]. 中华现代护理杂志, 2018, 24(12): 1372-1375. doi:10.3760/cma.j.issn.1674-2907.2018.12.003.
Du JJ, Zhang YC, Li SH, et al. Correlation between demand for transitional care service and readiness for hospital discharge in patients with day surgery[J]. Chinese Journal of Modern Nursing, 2018, 24(12): 1372-1375. doi: 10.3760/cma. j. issn. 1674-2907.2018.12.003.
- [91] Brancatisano O, Reyneke M, Cameron J, et al. Knowledge of day and time contact preferences assists in successful telephone follow-up[J]. Neuroepidemiology, 2024, 58(1): 70-74. doi: 10.1159/000535639.
- [92] 中华人民共和国国家卫生健康委员会医政司. 国家卫生健康委办公厅关于印发医疗机构日间医疗质量管理暂行规定的通知[EB/OL]. 国卫办医政发〔2022〕16号. (2022-11-23)[2026-06-10]. <https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202211/c28f541aac644f6a9f659f6cc725292e.shtml>.
Medical Administration Department of the National Health Commission of the People's Republic of China. Notice of the General Office of the National Health Commission On Issuing the Interim Provisions On the Quality Management of Daytime Medical Services in Medical Institutions[EB/OL]. Document No. 16 [2022] of the General Office of the National Health Commission. (2022-11-23)[2026-06-10]. <https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202211/c28f541aac644f6a9f659f6cc725292e.shtml>.
- [93] Wan Y, Cai Y, Liao S, et al. Smartphone-based versus traditional face-to-face collaborative care for community-dwelling older adults living with dementia in China: protocol for an implementation science-based sequential multiple assignment randomised trial[J]. BMJ Open, 2023, 13(7): e067406. doi: 10.1136/bmjopen-2022-067406.
- [94] 魏星, 张崎, 高心, 等. 临床研究电话随访方法探索[J]. 中国胸心血管外科临床杂志, 2023, 30(9):1235-1239. doi:10.7507/1007-4848.202211002.
Wei X, Zhang Q, Gao X, et al. Method exploration of telephone follow-up in clinical research[J]. Chinese Journal of Clinical Thoracic and Cardiovascular Surgery, 2023, 30(9):1235-1239. doi: 10.7507/1007-4848.202211002.
- [95] Liu N, Yin JM, Tan SS, et al. Mobile health applications for older adults: a systematic review of interface and persuasive feature design[J]. J Am Med Inform Assoc, 2021, 28(11):2483-2501. doi: 10.1093/jamia/ocab151.

(本文编辑 熊杨)

本文引用格式: 老年疾病国家临床医学研究中心(中南大学湘雅医院), 国家内镜微创技术装备与标准国际联合研究中心. 老年患者日间手术管理专家共识(2026版)[J]. 中国普通外科杂志, 2026, 35(6): 1092-1110. doi:10.7659/j.issn.1005-6947.260263

Cite this article as: National Clinical Research Center for Geriatric Diseases (Xiangya Hospital of Central South University), International Joint Research Center of Minimally Invasive Endoscopic Technology Equipment & Standards. Expert consensus on day surgery management for elderly patients (2026 edition)[J]. Chin J Gen Surg, 2026, 35(6):1092-1110. doi:10.7659/j.issn.1005-6947.260263