

《围手术期高龄老年人跌倒预防规范》团体标准编制说明

一、编制背景

（一）高龄老龄化与围手术期跌倒风险现状

1. 人口老龄化与手术需求增长

我国 80 岁及以上高龄老年人口已达 3660 万（2023 年数据），预计 2035 年将突破 1 亿。高龄患者因骨质疏松、认知障碍、慢性病高发，围手术期跌倒风险显著升高，术后跌倒发生率是年轻患者的 3-5 倍。流行病学调查显示，80 岁以上老年人年跌倒率达 50%，其中约 40% 导致骨折等严重伤害，直接医疗费用年均超 5000 元/人。

2. 围手术期跌倒的特殊危害

术后肌力下降、谵妄、药物副作用（如镇静剂、降压药）等因素显著增加跌倒风险。高龄患者髌部骨折后致残率高达 40%，死亡率增加 2 倍。住院期间跌倒占医院不良事件的 15%-20%，平均延长住院时间 3-7 天，显著增加医疗纠纷风险。

（二）围手术期跌倒防控体系的迫切需求

1. 国内实践与短板

部分地区已开展相关探索，如江苏省《养老机构服务安全基本规范》提出环境改造要求，上海市发布《预防老年人跌倒健康教育核心信息》。然而，目前仍缺乏专门针对围手术期高龄患者的系统性跌倒预防标准，风险评估工具（如 Morse 量表、Tinetti 量表）应用差异大，多学科协作机制薄弱。

2. 国际经验与本土化挑战

世界卫生组织《全球老年人跌倒预防与管理指南》（2022）提出多因素分层评估模型及非药物干预策略（如平衡训练、光照疗法），但未细化围手术期场景。挪威等国家开发了适用于认知障碍老人的评估工具及辅具适配标准，但未充分覆盖术前术后衔接环节。需结合我国高龄患者多病共存、医疗资源分布不均等特点，制定本土化、可落地的技术规范。

（三）政策与实践基础

1. 国家政策支持

《中国健康老龄化发展蓝皮 2023-2024》倡导构建居家-社区-机构协同服

务体系。国务院《“十四五”国家老龄事业发展和养老服务体系规划》明确提出强化居家安全环境建设。然而，现有政策尚未细化围手术期跌倒预防的专项管理要求和术后康复指导细则。

2. 地方试点与行业实践

上海市、江苏省等地试点居家适老化改造，涵盖防滑地面、扶手安装等技术指标。部分医疗机构推广使用 Morse 跌倒量表等工具，但缺乏统一的操作规范与多学科协作流程。

（四）编制意义

- 1. 填补标准空白：整合风险评估、环境干预、多学科协作等环节，构建覆盖术前、术中、术后全流程的跌倒预防管理体系。
- 2. 降低医疗负担：通过标准化干预，预计可降低术后并发症相关医疗费用 20%-30%，减轻患者与医保负担。
- 3. 推动质量监管：明确服务流程与评价指标，为 DRG/DIP 支付改革背景下的医疗质量评价提供依据，促进医疗服务同质化。

二、编制过程

2025 年 6 月：《围手术期高龄老年人跌倒预防规范 团体标准》（初稿）通过中国老年医学学会立项评审，经中国老年医学学会同意进入标准编写申报程序。

2025 年 7 月至 9 月：广泛征求意见，组织多学科专家进行内容修订与完善。

2025 年 10 月：专家对征求意见稿进行审核。

2026 年 1 月：对终审稿进行多轮评审，完善评标准内容。

2026 年 2 月：通过中国老年医学学会专家评审，同意正式发布。

三、主要思路与基本原则

本标准严格依据 GB1.1-2020《标准化工作导则 第 1 部分：标准化文件的结构和起草规则》起草，聚焦 80 岁及以下高龄手术患者的跌倒预防需求，以围手术期全流程闭环管理为核心，围绕“风险评估—干预实施—效果追踪”链条构建系统化、多学科协作的防跌倒体系。

主要思路包括：

1. 全流程覆盖：涵盖术前评估、术中防护、术后康复及居家过渡期。
2. 风险分层与动态干预：通过多学科协作（MDT）实现风险分层与动态干预，循证与本土化结合，制定本土化阈值，并优化风险评估工作，技术赋能预测高风险人群。评估结果实施分级管理（低/中/高风险），并随病情变化动态调整。
3. 循证与本土化结合：借鉴国际指南，结合我国高龄患者临床特点，优化评估工具与干预阈值。
4. 技术赋能：探索利用可穿戴设备与 AI 算法辅助高风险人群识别与监测。

四、主要内容

（一）适用范围

本标准适用于 80 岁及以上拟接受择期或限期手术的高龄老年人，涵盖围手术期全流程（术前评估→术中监测→术后康复）及居家康复期（术后 3 个月内）的跌倒预防规范，适用于二级以上医疗机构老年医学科、麻醉科、康复科、社区卫生服务中心及具备照护能力家庭环境。

（二）标准内容

本文件拟规定围手术期高龄老年人跌倒预防规范的基本要求、服务内容与流程、服务评价与改进等具体实施内容规范。

1. 基本要求

为有效预防围手术期高龄老年人跌倒，服务机构应建立系统性的工作制度与规范流程，组建多学科协作团队，并配备必要的适老设施。团队核心须包括老年科医师（或经专门培训的替代医师）、手术医师、麻醉医师及护士，共同开展老年综合评估，制定个性化管理方案；支持团队涵盖康复、药剂、营养等专业人员，协同进行功能训练、用药审核与营养干预。服务人员需具备良好沟通能力、人文素养及每年 4 - 8 学时的跌倒预防培训。设施方面，应配置防跌倒安全装置（如床档、扶手、防滑地面、呼叫系统）、功能与生活辅助设备（助行器、可摇床、坐便椅）以及急救与监测器材，整体环境宜符合老年友善标准，通过制度、人员与设施的整合协作，系统降低高龄老年患者在围手术期跌倒风险。

2. 服务内容与流程

围手术期高龄老年人的跌倒预防服务贯穿术前、术中至术后全程，形成动态、

连续的管理闭环。服务始于对拟手术高龄患者的全面评估，其核心是以老年综合评估为基础的多学科协作。评估时机关键，需在术前/入院 24 小时内完成初评，并于术后 24 小时、72 小时、出院前及术后 30 天进行动态复评与随访。评估内容广泛，涵盖临床病史、躯体功能、老年综合征（如衰弱、谵妄、认知、营养）以及专门的跌倒风险筛查（使用“3 Key Questions”和 Morse 量表进行风险分级）。

基于评估结果，多学科团队需在入院 24 小时内制定并执行个体化的跌倒预防综合管理方案。该方案是系统性的干预集合，包括：1. 病因治疗与慢病及多重用药管理，重点调整或停用增加跌倒风险的药物；2. 优化术后疼痛管理，采用低阿片多模式镇痛以减少不良反应；3. 积极预防与治疗谵妄，优先非药物干预；4. 实施营养支持与心理疏导；5. 开展贯穿始终的康复训练，从预康复到早期下床活动；6. 对患者及家属进行持续的防跌倒宣教。

整个过程实施分级管理与动态监测。根据 Morse 评分将患者分为低（绿标）、中（黄标）、高（红标）风险，并采取相应强度的预防措施。高风险患者需专人陪护、使用床栏报警器等。最终，通过出院前的风险告知、干预建议以及术后 30 天的追踪随访，确保跌倒预防措施从院内延伸至社区，实现连续医疗，最大程度保障高龄老年患者的手术安全与功能恢复。

3. 服务评价与改进

为确保围手术期高龄老年人跌倒预防服务的质量与安全，服务机构需建立并实施一个集评价与改进于一体的闭环管理系统。该系统的评价环节综合了自我评价、服务对象满意度调查及第三方分析等多维度视角，并依托术后 30 天跌倒发生率、跌倒相关骨折发生率、高风险患者干预措施落实率及患者满意度四项核心量化指标进行精准衡量。

在此基础上，改进环节强调及时性与系统性：一方面，对任何发生的跌倒事件严格执行 24 小时内上报并在 30 日内完成根因分析与整改；另一方面，体系化地收集日常服务质量信息，结合定期评价结果，主动分析原因、制定纠正措施并优化流程管理。最终，通过这一“评价-分析-整改-跟踪-再评价”的动态循环机制，推动服务质量实现持续性的螺旋式提升。

老年医疗机构管理分会
《围手术期高龄老年人跌倒预防管理规范 团体标准》编写组
2025 年 10 月