|  |  |
| --- | --- |
| ICS | 11.020 |
| CCS | |  | | --- | | D:\000000部门项目\09标准化插件开发\程序源代码\StandardEditor_ShanDongKeXieYuan\团标首页面字母T.pngD:\000000部门项目\09标准化插件开发\程序源代码\StandardEditor_ShanDongKeXieYuan\团标首页面字母T后面的反斜杠.png GXAS |   C 01 |

团体标准 团体标准

T/GXAS XXXX—XXXX

可逆性认知衰弱多学科干预规范

Specification for multidisciplinary intervention for reversible cognitive frailty

XXXX - XX - XX发布

XXXX - XX - XX实施

广西标准化协会  发布

目次

[前言 II](#_Toc213684789)

[1 范围 3](#_Toc213684790)

[2 规范性引用文件 3](#_Toc213684791)

[3 术语和定义 3](#_Toc213684792)

[4 基本要求 3](#_Toc213684793)

[5 干预流程 3](#_Toc213684794)

[6 干预要求 4](#_Toc213684795)

[7 档案管理 6](#_Toc213684796)

[附录A（资料性） 老年综合评估快速筛查表 7](#_Toc213684797)

[附录B（资料性） 主观认知下降（SCD-9）自测问卷 8](#_Toc213684798)

[参考文献 9](#_Toc213684799)

1. 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。

本文件由广西老年疾病临床医学研究中心提出

本文件由广西标准化协会归口。

本文件起草单位：广西壮族自治区江滨医院、钦州市第一人民医院、柳州市工人医院、广西壮族自治区南溪山医院。

本文件主要起草人：张为、林卫、吕渊、梁朝莹、吴钢、李贵宇、 陈维芊、 杨华丹、 黄翠艳、 韦志慧

可逆性认知衰弱多学科干预规范

* 1. 范围

本文件界定了可逆性认知衰弱多学科干预涉及的术语和定义，规定了基本要求和干预的要求，描述了干预过程信息的追溯方法。

本文件适用于医疗机构开展的可逆性认知衰弱多学科干预工作。

* 1. 规范性引用文件

本文件没有规范性引用文件。

* 1. 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

可逆性认知衰弱 reversible cognitive frailty，CFI

一种同时存在身体衰弱和主观认知功能下降，但未出现客观认知功能损害，而且排除了阿尔茨海默病等痴呆性疾病，具有可逆转性的临床状态。

可逆性认知衰弱多学科干预 multidisciplinary intervention for reversible cognitive frailty

由多个学科的专业人员组成的团队共同参与，针对可逆性认知衰弱制定和实施个性化综合干预方案的过程。

* 1. 基本要求
     1. 机构

开设有老年医学科，配备康复医学科、营养科及老年医学相关亚专科及辅助科室（如检验科、超声科、心电科、影像科等）。

配备有专门的老年综合评估室、老年综合评估软件及相关设备，医院能够开展认知功能、衰弱评估、主观认知功能评估、影像学评估、生物标志物评估等。

应制定老年多学科诊疗制度，定期开展老年多学科诊疗活动。

* + 1. 人员

宜组建以老年医学科主导、核心成员固定、专科按需参与为原则，核心成员包括老年医学专科医师、老年医学专科护士、康复治疗师、营养师及相关亚专科医师。

* 1. 干预流程

见图1。

综合评估与诊断

制定多学科干预计划

实施干预

接诊

长期管理

调整多学科干预计划

定期随访

效果评价

组建多学科团队

结束

符合

不符合

诊断结果

干预无效

干预有效

1. 可逆性认知衰弱干预流程
   1. 干预要求
      1. 接诊

医师接诊患者后，根据其基本情况、相关病史、功能状况、教育、社会支持等确定评估方案。

* + 1. 综合评估与诊断

由老年科医生进行详细评估，包括人口学资料、教育情况、血压、血糖、血脂、甲状腺功能等指标，排查潜在的慢性疾病（如高血压、冠心病、糖尿病、甲状腺功能异常、脑血管疾病等）。

参照《体卫融合抗衰弱专家共识（2024版）》，采用Fried表型衰弱量表、FRAIL量表、衰弱指数量表等，评估身体衰弱情况。

参照《轻度认知损害的神经心理评估专家共识（2025版）》进行认知功能下降、主观认知下降评估。

进行影像学评估，排除脑血管病、脑肿瘤、脑积水、排除可能导致痴呆的疾病。

进行生物标志物评估，检查血浆Aβ42/40;P-tau217及p-tau181浓度，排除阿尔茨海默病。

对筛查出的符合可逆性认知功能衰弱的患者使用老年综合评估快速筛查表（见附录A）进行老年综合评估。

* + 1. 诊断结果

应根据诊断结果出具诊断报告，报告应明确患者基本信息，包括姓名、年龄、文化程度、评估时间、评估人、报告时间等。

诊断报告应明确各评估内容使用量表或工具的名称、诊断结果及判断标准。

诊断报告应包含患者的共病情况、认知功能评估、主观认知功能评估、影像学评估、生物标志物评估、老年综合评估等结果。

应对报告结果给出合理的分析、健康教育及转诊等建议。

* + 1. 组建多学科团队

组建以老年医学科医师为核心，康复师、营养师、护士、临床药师作为固定的团队成员，必要时由神经科、心血管科、呼吸科、内分泌科、心理科、肾科、消化科、风湿科、眼科、耳鼻喉科、外科、口腔科、中医科等其他专科医师以及社区卫生服务中心医护人员、社会工作者协助。

* + 1. 制定多学科干预计划

应根据诊断结果，基于患者及家属的知情同意，确定干预方法，配备医务人员，制定多学科干预方案，完成《老年医学多学科会诊报告单》，填写并签字确认。会诊报告单一式两份，一份留存病历，一份由管床医师交给患者，向患者说明治疗方案，并在病程中记录会诊处置情况。

多学科干预方案应包括运动干预（包括有氧运动、抗阻运动、多组分运动等）、营养干预、共病和多重用药管理、认知训练（包括手工制作、经颅电磁刺激、推理训练、情景记忆训练、数字迷宫任务等）、双重任务训练、心理干预等。

* + 1. 实施干预

根据干预方案及患者的需求和期望，协调团队成员为患者实施管理方案，包括但不限于疾病诊治、共病管理、康复保健等。

多学科团队成员实施以患者为中心全面的医学和功能评估，针对目标问题达成一致性的干预策略，实施综合性的医疗、护理、康复等服务，如下。

1. 老年共病及多重用药管理：
   1. 依据评估诊断，对患者存在的共病及老年综合征进行干预，如高血压、高血糖、高血脂、焦虑抑郁、睡眠障碍等进行干预；
   2. 评估当前用药情况，避免药物相互作用或副作用导致衰弱或认知功能下降，必要时调整药物剂量或种类。
2. 营养干预：
   1. 饮食指导：营养师根据患者情况制定个性化饮食计划，推荐富含抗氧化物质、健康脂肪、优质蛋白质的地中海饮食模式，增加蔬菜、水果、全谷物、鱼类、坚果的摄入，减少高糖、高脂肪、高盐食物；
   2. 营养补充：对于存在营养缺乏的患者，补充维生素B12、叶酸、Omega-3脂肪酸等营养素。
3. 运动干预：
   1. 有氧运动：康复师指导患者进行适度的有氧运动，如散步、慢跑、太极拳、八段锦等，每周至少150min中等强度运动；
   2. 抗阻训练：根据患者的个人意愿，康复治疗师制定个性化抗阻运动计划（如举重、弹力带训练），每周三次，每次20min以上。
4. 认知训练：根据前期患者认知域受损情况，制定针对性的认知训练计划，包括记忆训练、注意力训练、思维训练等，可通过电脑软件、游戏、手工活动等方式进行。
5. 心理干预：精神科医生或心理咨询师评估患者的心理状态，针对抑郁、焦虑等情绪问题进行心理治疗（如认知行为疗法），必要时使用抗抑郁、抗焦虑药物。
   * 1. 定期随访

随访内容包括但不限于：

1. 干预计划的依从性；
2. 身体功能评估；
3. 认知功能评估；
4. 是否发生病情（功能）变化或存在新发老年健康问题。

随访频率及方式如下：

1. 初期（干预后1～3个月）：每月随访1次，通过电话或门诊复诊，了解患者身体状况、认知功能变化及干预措施执行情况；
2. 中期（干预后3～6个月）：每2个月随访1次，结合门诊复诊或远程评估工具（如认知功能量表在线填写），监测认知功能、身体衰弱指标及生活质量；
3. 长期（干预后6个月以上）：每3个月随访1次，持续评估干预效果，根据患者情况调整干预计划。

记录每次随访的评估结果、干预措施调整情况及患者反馈，形成随访档案。

* + 1. 效果评价

多学科团队根据随访的评估结果，观察患者病情变化，监测干预效果采取有效措施提升患者对干预策略的依从性，评价内容如下：

1. 衰弱评估：参照《体卫融合抗衰弱专家共识（2024版）》，使用Fried衰弱表型或Frail量表，评估体重、握力、步速、疲乏感、体力活动水平等，判断身体衰弱状态是否改善；
2. 认知功能评估：参照《轻度认知损害的神经心理评估专家共识（2025版）》使用简易精神状态检查量表（MMSE）、蒙特利尔认知评估量表（MoCA）等，评估记忆力、注意力、执行功能等认知域变化，对比干预前后的得分，判断认知功能是否提升；
3. 主观认知体验评估：询问患者及家属，了解患者是否感觉记忆力、思维能力等有所改善，是否存在新的认知问题或症状。采用主观认知下降（SCD-9）自测问卷（见附录B）评估主观认知功能。
   * 1. 调整干预计划

若干预效果不佳，应重新评估病因，调整干预计划。

* + 1. 长期管理

若干预有效，建议患者长期坚持健康生活方式，并每年进行常规随访，维持认知健康状态。

* 1. 档案管理

对所接诊的患者建立档案记录，有专人负责管理，进行日常管理、协调与持续质量评价干预质量。应保护患者隐私，不泄露患者信息。

2. （资料性）  
   老年综合评估快速筛查表

老年综合评估快速筛查表见表A.1。

* 1. 老年综合评估快速筛查表

| 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)，1min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个月是否体重下降5％ | □是 □否 |
| 是否体质指数(BMI)20.0kg/m2 |
| (符合以上两项中的任意一项，即为“是”) | |
| 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”) | |
| 行动能力 | 能否在12s内完成5次椅子起立动作 | □是 □否 |
| 衰弱 | 步速:1.0m/s | □是 □否 |
| 肌少症 | 小腿围:男性34cm，女性 33cm | □是 □否 |
| 共病 | 是否患有2种及以上慢性疾病 | □是 □否 |
| 多重用药 | 是否每日服用5种及以上药物 | □是 □否 |
| 睡眠障碍 | 是否对睡眠质量不满意 | □是 □否 |
| 抑郁情绪 | 近两周是否感到情绪低落，或对周围事物不感兴趣 | □是 □否 |
| 慢性疼痛 | 近1年是否经历超过1个月的反复发作性疼痛 | □是 □否 |
| 尿失禁 | 过去1年中是否有不自主漏尿而弄湿裤子的情况 | □是 □否 |
| 便秘 | 近6个月是否有反复发作的排便困难 | □是 □否 |
| 视力 | 是否感到视物不清 | □是 □否 |
| 听力 | 是否感到接听电话有困难 | □是 □否 |
| 口腔情况 | 是否因口腔问题(包括义齿问题)影响进食 | □是 □否 |
| 压力性损伤 | 是否长期卧床 | □是 □否 |
| 社会支持 | 有突发事件时能否得到支持与帮助 | □是 □否 |
| 居家安全 | 家中是否有人陪伴或接受过适老化改造 | □是 □否 |

1. （资料性）  
   主观认知下降（SCD-9）自测问卷

主观认知下降（SCD-9）自测问卷见表B.1。

* 1. 主观认知下降（SCD-9）自测问卷

| 1. 你认为自己有记忆问题吗？ （1）是 （2）否  2. 你回忆3-5天前的对话有困难吗？ （1）是 （2）否  3. 你觉得自己近两年有记忆问题吗？ （1）是 （2）否  4. 下列问题经常发生吗：忘记对个人来说重要的日期（如生日等）（1）经常 （2）偶尔 （3）从未  5. 下列问题经常发生吗：忘记常用号码 （1）经常 （2）偶尔 （3）从未  6. 总的来说，你是否认为自己对要做的事或要说的话容易忘记？ （1）是 （2）否  7. 下列问题经常发生吗：到了商店忘记要买什么 （1）经常 （2）偶尔 （3）从未  8. 你认为自己的记忆力比5年前要差吗？ （1）是 （2）否  9. 你认为自己越来越记不住东西放哪儿了吗？ （1）是 （2）否 |
| --- |
| 1. 回答“是”记1分；回答“否”记0分；回答“经常”：1分；回答“偶尔”0.5分；回答“否”0分。最后得分等于各项得分相加之和。小于3分提示主观认知功能正常，大于3分为可疑异常，大于5分为确定异常。建议尽快就近就医。 |

参考文献

1. T/CI 071－2022 认知衰弱分型、快速筛查和临床诊断规范

[2] 中华医学会老年医学分会，高伟.体卫融合抗衰弱专家共识 (2024 版)[J]. 中华老年医学杂志，2024, 43 (12): 1365-1372.

[3] 中国康复医学会科技管理与评估委员会，中国卒中学会血管性认知障碍分会，公维军.认知衰弱康复中国专家共识（2023）[J]. 中国医刊，2023, 58 (9): 949-953.

[4] 中华医学会神经病学分会痴呆与认知障碍学组，陈晓春，郭起浩。轻度认知损害的神经心理评估专家共识（2025 版）[J]. 中华医学杂志，2025, 105 (3): 204-218.

[5] 中华医学会老年医学分会，郝秋奎，董碧蓉，等。老年患者衰弱评估与干预专家共识指南 [J]. 中华老年医学杂志，2017, 36 (3): 251-257.

[6] 中华医学会老年医学分会，《中华老年医学杂志》编辑委员会。老年人衰弱预防中国专家共识 (2022)[J/OL]. 中华危重症医学杂志, 2022, 15 (2): 89-97.

[7] 董碧蓉。老年综合征管理手册 [M]. 北京：科学技术文献出版社，2024. ISBN:9787523508763.

[8] 中华医学会老年医学分会.常见老年综合征的评估与干预技术 [M]. 北京：人民卫生出版社，2023. ISBN:9787117345678.

