团体标准《可逆性认知衰弱多学科干预规范》

（征求意见稿）编制说明

一、任务来源、起草单位、主要起草人

根据《广西标准化协会关于下达2025年第二十六批团体标准制修订项目计划的通知》（桂标协〔2025〕226号），由广西壮族自治区江滨医院（广西老年疾病临床医学研究中心）提出，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等单位共同起草的团体标准《可逆性认知衰弱多学科干预规范》（项目编号：2025-2603），已获立项。

为高质量编制团体标准《可逆性认知衰弱多学科干预规范》，由起草单位成立标准编制工作组并进行如下分工：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **职称/职务** | **专业** | **工作单位** | **职责分工** |
| 张为 | 科主任/主任医师 | 神经病学  老年医学 | 广西壮族自治区江滨医院 | 统筹主持标准编制工作 |
| 林卫 | 科主任/主任医师 | 老年康复 | 广西壮族自治区江滨医院 | 参与标准文本及编制说明编写，质量控制 |
| 吕渊 | 副院长/主任医师 | 神经病学  老年医学 | 广西壮族自治区江滨医院 | 参与标准文本及编制说明编写，质量控制 |
| 梁朝莹 | 科主任/主任医师 | 老年医学 | 钦州市第一人民医院 | 参与标准编制工作，组织人员进行标准发布后的宣贯培训 |
| 吴钢 | 科主任/主任医师 | 老年医学 | 柳州工人医院 | 参与标准文本及编制说明编写，质量控制 |
| 李贵宇 | 科主任/主任医师 | 老年医学 | 广西壮族自治区南溪山医院 | 组织开展标准征求意见会；不断对标准提出修正意见 |
| 陈维芊 | 主任医师 | 老年医学 | 柳州市工人医院 | 组织开展标准征求意见会；不断对标准提出修正意见 |
| 杨华丹 | 副主任医师 | 老年医学 | 广西壮族自治区江滨医院 | 组织开展标准征求意见会；不断对标准提出修正意见 |
| 黄翠艳 | 副主任医师 | 老年医学 | 钦州市第一人民医院 | 组织开展标准征求意见会；不断对标准提出修正意见 |
| 韦志慧 | 副主任护师 | 老年护理学 | 广西壮族自治区江滨医院 | 组织开展标准征求意见会；不断对标准提出修正意见 |

二、制定标准的必要性和意义

健康是促进人的全面发展的必然要求，是经济社会发展的基础条件，党和国家历来高度重视人民健康。健康教育是预防疾病进展、管理慢性疾病、促进全民健康的方式之一。《“健康中国2030”规划纲要》和《关于开展全民健康素养提升三年行动（2024-2027年）的通知》均明确提出，要推动健康教育普及工作，提高全民健康素养水平，推动健康中国建设。2022年，国家卫生健康委印发《关于全面加强老年健康服务工作的通知》指出了：提高老年医疗多病共治能力。加强国家老年医学中心和国家老年区域医疗中心设置与管理，鼓励建设省级老年区域医疗中心。加强综合性医院老年医学科建设，到2025年，二级及以上综合性医院设立老年医学科的比例达到60%以上。医疗机构要积极开展老年综合评估、老年综合征诊治和多学科诊疗，对住院老年患者积极开展跌倒、肺栓塞、误吸和坠床等高风险筛查，提高多病共治能力。2024年，国家医保局发布《综合诊查类医疗服务价格项目立项指南（试行）》，该指南不仅强调多学科合作、智能化应用和健康管理等方面，还特别关注如何减轻老年人的经济负担，避免过度医疗，使其能够在更合适的环境下得到高效且持续的医疗照护，提升老年人的整体健康水平和生活质量。如老年人群体由于多种慢性病并存，需要进行多科室、多环节的筛查。同年，国家卫生健康委印发《关于提升老年医学医疗服务能力的通知》，提出鼓励老年医学科创新服务模式，主动吸纳内科、肿瘤、中医、康复、精神心理、护理、药学、营养等团队组建多学科团队，开展具有老年医学科专科特色的多学科联合诊疗服务，推动老年医疗服务从单病种模式向多病共治模式转变。

人口老龄化是我国今后相当长一个时期的基本国情，健康服务需求是老年人最急迫、最突出的需求，促进健康老龄化是积极应对人口老龄化的长久之计。提升医疗卫生服务体系的适老化水平，建立完善老年健康服务体系，推进老年健康预防关口前移，持续扩大优质老年健康服务的覆盖面，向内在能力不同的老年人提供精准健康服务，促进“以疾病为中心”向“以健康为中心”转变，是促进健康老龄化的必然要求。国际上通常把60岁以上的人口占总人口比例达到10%，或者65岁以上人口占总人口的比重达到7%作为国家或地区进入老龄化社会的标准。国家卫健委发布《2023年度国家老龄事业发展公报》显示至2023年10月末，中国60周岁及以上人口占21.1%，我国已经进入老龄化社会。随着人口老龄化，老年健康问题日益复杂，传统单学科模式已无法满足需求，推动多学科干预的政策逐渐兴起。老年患者具有年老体衰、多病共存、治疗困难、合并用药多等特点。我国超过50%的老年患者同时具有3种或以上的慢性疾病。传统的医疗服务管理模式难以满足老年共病患者的需求。

认知衰弱是在排除阿尔茨海默病（Alzheimer disease,AD)及其它失智症的情况下，同时出现认知损害（临床痴呆评定量表≤0.5）和躯体衰弱的一种异质性临床综合征。认知衰弱分为潜在可逆性认知衰弱（轻度认知功能障碍+躯体衰弱）和可逆性认知衰弱（主观认知功能下降+衰弱或躯体前衰弱）。随着我国进入深度老龄化，以阿尔茨海默病为代表痴呆患者迅速增加，一旦到了痴呆阶段，现有的干预方法都无法阻止疾病的进展，痴呆防控的窗口应该提前到轻度认知功能障碍（Mild cognitive impairment ,MCI)阶段甚至是痴呆临床前阶段。大量研究提示，认知衰弱作为痴呆的临床前阶段，是理想的痴呆干预时机，通过对可逆行认知衰弱进行干预可从源头减少痴呆的发病风险，这对提高老年人生活质量，减轻家庭及社会负担具有重大的意义。

认知衰弱是一种新型老年综合征，其发病机制涉及生物-心理-社会层面，其干预方法包括老年共病的处理、营养干预、多模态运动干预、认知训练、双重任务训练、物理治疗、多学科团队合作，体现了老年医学的核心理念及技术。2023年发布了认知衰弱康复中国专家共识。但是对于临床实践中该如何落地，如何整合多学科团队的力量来干预可逆性认知衰弱，目前国内还缺乏相应的流程规范。

多学科团队最早于20世纪90年代出现于美国，对老年患者实施个体化的综合医疗、康复和护理服务。目前，发达国家针对老年患者的多学科整合团队（GIT）治疗模式在欧美国家得到普及，其中，多学科团队是这一模式的重要组成。最有效的干预是多元化与个体化干预措施结合，而措施的有效执行需要护理、康复、药学、陪护等多学科共同合作，才能更好地解决问题。我国现行的多学科团队合作模式的门诊多数设立在三级医院。随着分级诊疗制度的推进，越来越多的老年患者在社区就诊，为了使老年共病患者的健康问题得到更好的解决，使其获得更高质量的医疗服务，改善其生命质量，越来越多的医疗机构组建了以全科医生为主导的多学科团队，并成立了多学科门诊，以满足老年患者的需求。截至2024年6月，我国建成老年友善医疗机构的综合性医院8627个、基层医疗卫生机构19494个。预计到2025年，我国要在60%以上二级及以上综合医院建设老年医学科，建成老年友善医疗卫生机构约2.1万个。

老年多学科干预是一种综合性的医疗模式，旨在通过多学科专家的协作，为老年患者提供全面的健康管理和疾病干预。老年多学科干预的流程强调了团队协作的重要性，通过多学科专家的共同参与，为老年患者提供全面、个性化的健康管理和疾病干预。这种模式不仅能够提高治疗效果，还能减少资源浪费，降低患者的医疗负担，同时提升患者的生存质量。目前全区各级医疗机构都有大量老年共病患者，即使不是在老年科住院，有许多亚急性期或慢性期的患者在专科住院，非常需要采用老年多学科诊疗这种模式，这种模式在广西基层没有有效开展，不是我们所说的老年疾病多学科诊疗模式。因此需求还是非常大的，估计绝大多数科室都有这个需求。

通过制定团体标准《可逆性认知衰弱多学科干预规范》，统一规范老年疾病多学科干流程，确保多学科干预效果和质量，推进提高治疗效果，为老年医疗机构未来在干预可逆行认知衰弱方面提供可借鉴的方法，进而促进健康老龄化。

三、主要起草过程

**（一）成立标准编制工作组**

团体标准《可逆性认知衰弱多学科干预规范》项目任务下达后，广西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等单位成立了标准编制工作组，制定了起草编写方案与进度安排，明确任务职责，确定工作技术路线，开展标准研制工作。具体标准编制工作由起草单位相关人员配合完成。

为了明确标准编制的任务职责，确定工作技术路线，开展标准研制工作。标准编制工作组下设二个组，分别是资料收集组、草案编写组。资料收集组负责有关可逆性认知衰弱多学科干预方面的文献资料的查询、收集和整理工作，查阅前期对可逆性认知衰弱多学科干预方面的有关研究情况和目前学术界有关该病的研究进展；草案编写组负责起草标准草案及后续征求意见稿和标准编制说明、送审稿及编制说明等编写工作，包括后期召开征求意见会、网上征求意见，以及标准的不断修改和完善。

**（二）收集整理文献资料**

标准编制工作组收集了有关可逆性认知衰弱多学科干预的相关文献资料。主要有：

DB4101/T 115-2024 老年医学多学科诊疗管理规范

DB31/T 1339-2021 医院多学科诊疗管理规范

DB14/T 2992-2024 医院肿瘤多学科诊疗工作规范

T/CI 071－2022 认知衰弱分型、快速筛查和临床诊断规范

T/CRACM 0002-2025 中西医结合远程多学科诊疗工作程序与实施规范

T/ZCHSP 007-2024 多学科诊疗门诊操作规范

T/YNANT 12-2024 老年综合征与多学科疑难疾病诊疗平台操作指南

**（三）研讨确定标准特色、创新点及主体内容**

1.主要特色和创新点

1.多学科协作：涉及老年病学、神经病学、心理学、营养学、康复医学、临床药学等多个学科。各学科从不同角度对可逆性认知衰弱进行评估和干预，如老年科医生负责筛查、评估、诊断，与临床药师合作优化药物治疗，营养师提供营养支持方案，康复治疗师制定运动和认知训练计划，相关老年医学亚专科负责共病及基础疾病的处理。

2.早期干预理念：强调对可逆性认知衰弱的早期识别和干预，因为可逆性认知衰弱处于认知衰弱的早期阶段，此时进行干预能够有效预防或延缓认知功能下降，具有重要的临床意义。

3.个性化干预：根据患者的具体情况，如躯体衰弱程度、认知功能损害情况、基础疾病等，制定个性化的干预方案，确保干预措施的有效性和安全性。

4.创新建立安全、有效、易推广的综合干预技术，针对老年人不同衰弱阶段，科学制定运动、营养、中西医结合等多元化干预组合，形成个体化衰弱综合干预方案。

5.干预措施：1）运动干预：常见推荐的运动干预包括抗阻训练、太极拳、八段锦等。综合运动训练有助于身体功能和心理健康的改善。2）认知训练干预：借助认知设计的任务，针对注意、记忆、逻辑推理等认知域进行训练，可采用计算机化认知训练、记忆游戏等方式。3）营养干预：增加优质蛋白质的摄入，遵循地中海饮食、健脑饮食等模式，可口服营养补充剂，改善老年患者营养及功能状况，延缓认知障碍。4）心理与社会支持：提供心理支持与正念疗法，减轻患者的焦虑抑郁情绪，倡导老年人积极参与社会活动，强化家庭成员间的支持与理解。5）老年共病及基础疾病的干预，根据老年基础疾病情况，相关亚专科医师针对各自专科疾病给与最优的治疗方案。6）多重用药管理：针对存在共病及多重用药等问题，老年科医师与临床药师共同商讨那些潜在可能影响衰弱及认知功能的药物，优化药物治疗方案。

6.定期对患者进行衰弱及认知功能（包括主观认知功能）的随访，评估干预措施的效果，根据评估结果及时调整干预方案，确保干预的有效性和安全性。

2.主体内容

标准编制工作组在对收集的资料进行整理研究之后，标准编制工作组召开了标准编制会议，对标准的整体框架结构进行了研究，并对标准的关键性内容进行了初步探讨。经过研究，标准的主体内容为可逆性认知衰弱多学科干预的基本要求、干预流程及要求。

**（四）调研及形成草案、征求意见稿**

2025年7月，标准编制工作组查阅了大量的国内文献资料，对可逆性认知衰弱多学科干预相关的文件进行系统总结。形成了标准的基本构架，对主要内容进行了讨论并对项目的工作进行了部署和安排。

2025年8月，团体标准《可逆性认知衰弱多学科干预规范》获批立项，在前期工作的基础之上，通过理清逻辑脉络，整合已有参考资料中有关可逆性认知衰弱多学科干预的要求，并在目前可逆性认知衰弱多学科干预的基础上，按照简化、统一等原则编制完成团体标准《可逆性认知衰弱多学科干预规范》（草案）。

2025年9-10月，标准编制工作组深入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等各医院实施可逆性认知衰弱多学科干预的有代表性的医院进行实地调研，并组织起草单位等召开标准研讨会，收集反馈了大量意见，对标准草案进行了反复修改和研究讨论，掌握了可逆性认知衰弱多学科干预的基本情况以及要求，最终形成了团体标准《可逆性认知衰弱多学科干预规范》（征求意见稿）及其编制说明。

四、制定标准的原则和依据，与现行法律、法规的关系，与有关国家标准、行业标准的协调情况

**（一）编制原则**

**1、实用性原则**

本标准是在充分收集国内外相关资料和文献、调研分析可逆性认知衰弱多学科干预现状，结合起草单位前期研究工作取得的研究成果及积累的实践经验，并借鉴国内可逆性认知衰弱多学科干预进行总结起草的，符合工作实际，利于可逆性认知衰弱多学科干预的实施与推广，具有可操作性和实用性。

**2、协调性原则**

本文件编写过程中注意了与可逆性认知衰弱多学科干预相关法律法规的协调问题，在内容上与现行法律法规、标准协调一致。

**3、规范性原则**

本文件严格按照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》编写本标准的内容，保证标准的编写质量。

**4、前瞻性原则**

本文件在兼顾当前区内可逆性认知衰弱多学科干预现实情况的同时，还考虑到了可逆性认知衰弱多学科干预的需要，在标准中体现了个别特色性、前瞻性和先进性条款，作为对可逆性认知衰弱多学科干预发展的指导。

**（二）编制依据**

本标准严格按照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》的规则起草，标准主要内容依据《中华人民共和国药品管理法》《药物临床试验质量管理规范》《药物Ⅰ期临床试验建设指导原则(试行)》及起草单位在可逆性认知衰弱多学科干预研究应用过程中的实践经验确定。

**（三）与现行法律、法规的关系，与有关国家标准、行业标准的协调情况**

本标准与相关法律法规、强制性标准协调一致，无冲突。

经查阅，国内咱无“可逆性认知衰弱多学科干预流程”标准；与“多学科干预”“可逆性认知衰弱”有关的标准有：DB4101/T 115-2024 老年医学多学科诊疗管理规范、DB31/T 1339-2021 医院多学科诊疗管理规范、DB14/T 2992—2024 医院肿瘤多学科诊疗工作规范、T/CRACM 0002—2025 中西医结合远程多学科诊疗工作程序与实施规范、T/ZCHSP 007—2024多学科诊疗门诊操作规范、T/YNANT 12—2024 老年综合征与多学科疑难疾病诊疗平台操作指南、T/CI 071－2022 认知衰弱分型、快速筛查和临床诊断规范、2023-1357多学科健康管理门诊服务规范（已立项广西地方标准）、2023-1358多学科诊疗服务规范（已立项广西地方标准）；分析如下：

上述标准大都为多学科诊疗工作相关内容，对于可逆性认知衰弱多学科干预流程具体内容并未提及。其中，最相关的为《T/CI 071－2022 认知衰弱分型、快速筛查和临床诊断规范》以一系列评估量表为工具，给出了认知衰弱的分型、社区快速筛查和医院临床诊断的技术内容，对患者进行认知衰弱分型、快速筛查和临床诊断。

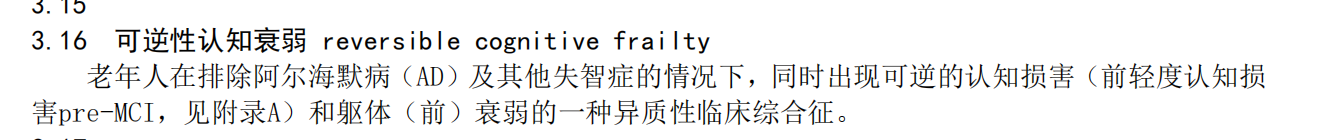
综上所述，本标准主要针对可逆性认知衰弱干预流程提出要求，相较于《T/CI 071－2022 认知衰弱分型、快速筛查和临床诊断规范》，本标准针对可逆性认知衰弱的多学科干预流程，更具针对性，与上述现行标准的侧重点和核心内容均存在差异，将有效指导可逆性认知多学科干预流程。

五、主要条款的说明

**标准核心技术主要在于：一是**评估诊断：1.身体衰弱评估：采用 Fried 衰弱量表、FRAIL 量表等评估工具，对患者的身体衰弱程度进行评估，包括非自主性体质量下降、自诉疲乏、握力下降、步行速度减慢和身体活动量减少等方面。2.认知功能评估：使用简易精神状态检查表（MMSE）、蒙特利尔认知评估量表（MoCA）等，评估患者的认知功能，判断是否存在主观认知下降以及认知功能损害的程度和领域。3.影像学评估：通过脑白质高信号、海马亚区体积等影像学指标，辅助诊断认知衰弱，了解大脑结构和功能的变化。4.生物标志物评估：检测血清Aβ-42/40比率，血清p-tau217,p-tau181等阿尔茨海默病生物标志物，为认知衰弱的鉴别诊断提供依据。**二是**干预措施：1.运动干预：常见推荐的运动干预包括抗阻训练、太极拳、八段锦等。综合运动训练有助于身体功能和心理健康的改善。2.认知训练干预：借助认知设计的任务，针对注意、记忆、逻辑推理等认知域进行训练，可采用计算机化认知训练、记忆游戏等方式。3.营养干预：增加优质蛋白质的摄入，遵循地中海饮食、健脑饮食等模式，可口服营养补充剂，改善老年患者营养及功能状况，延缓认知障碍。4.心理与社会支持：提供心理支持与正念疗法，减轻患者的焦虑抑郁情绪，倡导老年人积极参与社会活动，强化家庭成员间的支持与理解。5.药物干预：针对存在的多病共存及多重用药问题，如高血压、糖尿病、抑郁等，使用相应的药物进行治疗，与专科医生及临床药师制定最优的治疗方案，避免可能哪些潜在可能影响衰弱及认知功能的药物。6 监测与随访：定期对患者进行认知功能复测和医学检查，评估干预措施的效果，根据评估结果及时调整干预方案，确保干预的有效性和安全性。

**（一）术语和定义**

“可逆性认知衰弱”“可逆性认知衰弱多学科干预”主要在参考《T/CI 071－2022 认知衰弱分型、快速筛查和临床诊断规范》《轻度认知损害的神经心理评估专家共识（2025版）》的基础上结合起草单位实际临床经验界定。



来源：《T/CI 071－2022 认知衰弱分型、快速筛查和临床诊断规范》

**（二）基本要求**

**机构**：可逆性认知衰弱的多学科诊疗需医疗机构在硬件、制度、人员等方面形成系统性支撑。通过整合多学科资源，建立标准化流程，可显著提升病因识别率与干预效果，为老年患者提供更全面、个性化的医疗服务。医疗机构需整合老年医学科、康复医学科、营养科、心理科、影像科、检验科等相关科室资源。例如，影像科需具备头颅 MRI 或 CT 设备，用于检测脑白质高信号、海马体积等认知相关影像学指标；检验科需开展维生素 B12、甲状腺功能、脑脊液神经颗粒蛋白等生物标志物检测。《中国痴呆与认知障碍诊治指南》也强调记忆门诊需配备神经心理评估师、影像科及检验科支持，以实现认知障碍的早期诊断与干预，因此，要求医疗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。医院制定有老年多学科诊疗的制度，定期开展老年多学科诊疗活动。

**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。多学科协作在可逆性认知衰弱诊疗中，核心作用是打破单一学科局限，从“病因排查→方案制定→长期管理”全流程解决问题，确保每个可逆因素都能被精准识别并针对性干预。

**（三）****干预流程及要求**

**1.干预流程**

经过调研区内外多地区进行可逆性认知衰弱多学科干预的医疗机构，明确干预流程包括接诊、综合评估与诊断、诊断结果、组建多学科团队、制定多学科干预计划、实施干预、定期随访、效果评价、调整干预计划、长期管理等内容。

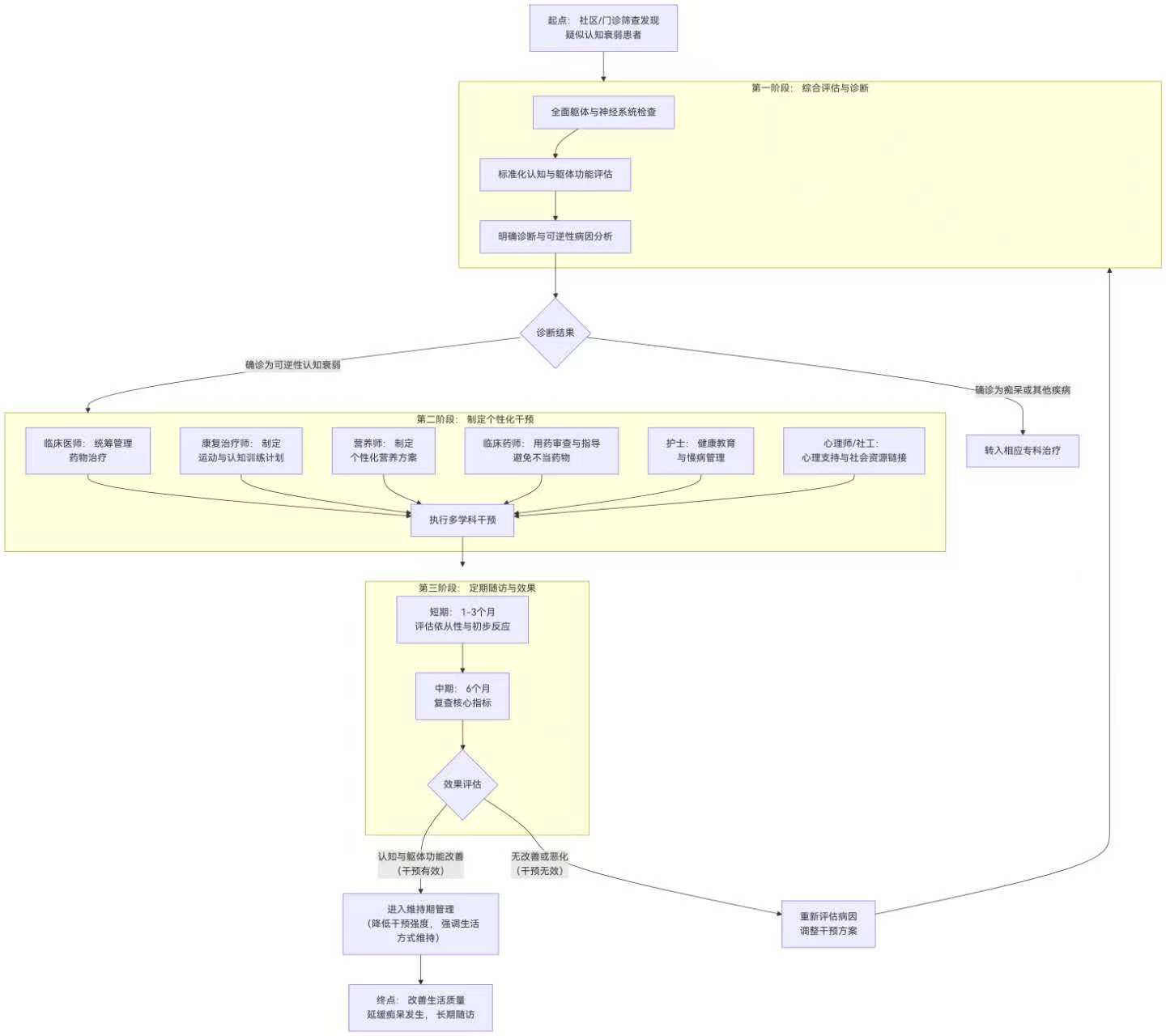


图1 可逆性认知衰弱多学科干预流程

**2.流程要求**

对于可逆性认知衰弱多学科干预流程要求主要依据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等已开展可逆性认知衰弱多学科干预的医疗机构实际要求以及各家医疗机构可逆性认知衰弱多学科干预流程要求确定。

（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。

**（2）综合评估与诊断**

以老年综合评估室为核心阵地，利用已配备的老年综合评估软件及相关设备，构建“一站式”可逆性认知衰弱评估流程。患者入院后，先由老年医学专科护士采集基本信息，包括既往病史、用药史、生活习惯等；再由老年医学专科医师主导，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，同时联动检验科开展生物标志物检测（如维生素 B12、甲状腺功能指标），影像科进行头颅 CT 或 MRI 等影像学评估，确保全面排查可逆性病因，如营养缺乏、甲状腺功能异常、脑部器质性病变等。

**（2）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。

**（4）组建多学科团队**

依据医院已有的老年多学科诊疗制度，进一步明确以老年医学科为主导的团队分工。老年医学专科医师负责整体诊疗方案的制定与统筹，包括判断认知衰弱的可逆性程度、制定基础疾病治疗方案；老年医学专科护士负责患者日常护理、干预措施的落实监督及患者与团队的沟通协调；康复治疗师结合患者认知与身体状况，制定个性化认知训练（如记忆游戏、逻辑推理训练）和运动干预方案（如太极拳、抗阻训练）；营养师根据评估结果，为存在营养问题的患者（如维生素 B12 缺乏）制定地中海饮食或营养补充方案；相关亚专科医师（如神经内科、内分泌科医师）按需参与，针对脑部病变、甲状腺功能异常等特定可逆病因提供专业诊疗建议，确保干预方案覆盖病因治疗、生活方式调整等多个维度。多学科干预团队核心职责见表2。

表2 多学科干预团队核心职责

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 团队角色 | 核心职责 | 与患者需求的衔接点 |
| 总协调者 | 统筹方案实施，协调学科协作，解决执行冲突 | 响应患者 “减少迷路风险”“改善记忆” 的核心期望 |
| 共病与用药管理专员 | 共病干预、用药重整 | 规避苯海索对认知的损害，确保高血压控制达标 |
| 营养干预专员 | 制定饮食计划、监督营养补充 | 解决维生素 B12 缺乏，兼顾患者 “口味清淡” 的需求 |
| 运动与认知康复专员 | 设计运动方案、认知训练计划 | 考虑患者 “行动稍缓”，选择低强度易操作项目 |
| 心理干预专员 | 心理评估、情绪干预 | 缓解患者因记忆下降产生的焦虑情绪 |
| 执行与监测专员 | 跟进方案落实，记录患者反馈，同步团队信息 | 协助患者及家属理解操作流程，提升依从性 |

**（5）制定多学科干预方案**

基于综合评估与诊断结果，针对不同可逆病因制定个性化干预计划。若评估发现患者因维生素 B12 缺乏导致认知衰弱，由营养师制定富含维生素 B12 的饮食方案（如增加瘦肉、鱼类、蛋类摄入），必要时由医师开具补充剂；若存在睡眠障碍影响认知，老年医学专科护士指导患者调整睡眠作息，康复治疗师可引入放松训练（如正念冥想）辅助改善睡眠；对于因药物副作用引发的认知问题，老年医学专科医师联合临床药师调整用药方案，减少药物对认知功能的影响。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。

**（6）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。

老年人常存在的共病是衰弱的潜在因素，如抑郁、心力衰竭、肾衰竭、认知功能受损、 糖尿病 视力及听力问题，均可促进衰弱发展，衰弱的预防和治疗应包括积极管理老年人现患疾病，尤其是重视处理可逆转疾病。老年共病及多重用药管理示例见表3。

表3 老年共病及多重用药管理示例

| 干预维度 | 具体措施 | 实施步骤与监测指标 |
| --- | --- | --- |
| 共病干预 | 1. 高血压管理：维持氨氯地平 5mg / 日（当前血压 135/85mmHg，达标），护士每周 2 次上门测血压；2. 亚临床甲减：转诊内分泌科后，遵医嘱服用左甲状腺素 25μg / 日；3. 轻度抑郁：先开展心理干预，暂不启动药物，若 2 周后 GDS-5 评分仍≥3 分，再联合精神科用药。 | 步骤：①药师与内分泌科对接甲减用药方案→②护士同步更新用药清单→③每周记录血压、TSH（1 个月后复查）；监测指标：血压波动范围、TSH 目标值（0.5-3.0mIU/L）、GDS-5 评分变化。 |
| 多重用药重整 | 1. 停用苯海索（抗胆碱能药物），神经科调整帕金森治疗方案为普拉克索 0.125mg / 次，每日 3 次；2. 排查药物相互作用：氨氯地平与普拉克索无冲突，左甲状腺素需与早餐间隔 1 小时服用，护士每日提醒；3. 制作 “用药日历”（标注服药时间、剂量），家属协助监督。 | 步骤：①药师牵头组织神经科、内分泌科会诊→②护士向患者及家属演示用药日历使用→③前 3 天每日确认服药情况；监测指标：帕金森症状（如手抖）变化、认知功能（MoCA）短期波动、药物不良反应（如头晕）。 |

研究显示营养不良易导致认知衰弱，因此保证充足、合理、均衡的饮食是预防认知衰弱的重要措施。地中海饮食是目前认为可降低认知障碍和痴呆的风险的一种饮食结构。地中海饮食以植物性食物和不饱和脂肪酸（橄榄油）为主，辅以适量鱼肉及葡萄酒，低至中等量乳制品及肉类和少量脂肪酸等食物。研究发现，低水平的维生素 Ｄ与衰弱相关，且 ２５-羟维生素 Ｄ水平与衰弱呈剂量反应关系，补充维生素 Ｄ有助于预防衰研究发现，每日２次为期１３周的维生素 Ｄ和富含亮氨酸的蛋白质补充可改善老年人的躯体功能。营养干预示例见表4。

#### 表4 营养干预示例

| 干预维度 | 具体措施 | 实施步骤与监测指标 |
| --- | --- | --- |
| 个性化饮食计划 | 1. 地中海饮食适配：每日早餐（鸡蛋 1 个 + 无糖牛奶 200mL + 全麦面包 1 片）、午餐（清蒸鱼 100g + 菠菜 200g + 杂粮饭 1 小碗）、晚餐（瘦肉 50g + 西兰花 150g + 小米粥 1 碗）；2. 加餐：每日上午 10 点吃核桃 2 颗，下午 3 点吃蓝莓 1 小把（抗氧化）；3. 禁忌：减少腌制食品（如咸菜）、油炸食品摄入，每日盐量≤5g。 | 步骤：①营养师上门家访，了解患者饮食习惯（如不喜欢海鲜，将部分鱼类替换为鸡肉）→②制定周食谱并打印给家属→③每周电话随访饮食执行情况；监测指标：体重（每周 1 次，目标维持在 65kg±2kg）、血清 B12（1 个月复查，目标≥300pg/mL）。 |
| 营养补充 | 1. 维生素 B12 制剂：甲钴胺片 1000μg / 日，早餐后服用（与左甲状腺素间隔 1 小时）；2. 额外补充 Omega-3 脂肪酸：每周吃深海鱼 2 次（如三文鱼），若摄入不足，加用鱼油胶囊 1 粒 / 日（1g / 粒）。 | 步骤：①营养师开具补充剂处方→②护士指导正确服用时间→③每周检查补充剂剩余量，确认依从性；监测指标：血常规（查看红细胞形态，排除巨幼细胞性贫血）、认知量表（MoCA）中记忆域得分变化。 |

研究显示体育锻炼可改善整体认知功能、延缓认知功能损伤。运动包括有氧运动、抗阻运动、多组分运动等。高速抗阻运动可提高认知衰弱患者处理问题的速度以及执行能力。Kim指出有氧运动训练可显著改善MCI患者的整体认知能力。八段锦不仅可改善老年人的认知功能、执行功能、视空间功能，还可以以改善老年衰弱患者的身体机能。运动干预示例见表5。

表5运动干预示例

| 干预维度 | 具体措施 | 实施步骤与监测指标 |
| --- | --- | --- |
| 有氧运动 | 1. 项目选择：太极拳（患者此前接触过，接受度高）+ 餐后散步；2. 强度与频率：每日早餐后 30 分钟散步（速度 40 米 / 分钟，心率控制在 90-100 次 / 分），每周一、三、五下午练太极拳 30 分钟（康复师上门带教前 2 周，后续家属协助视频复习）。 | 步骤：①康复师评估患者步态（无明显异常），确定运动强度→②录制太极拳简化版视频（5 个动作）→③护士每周 2 次随访运动时长；监测指标：步行速度（每月测 1 次，目标≥0.8m/s）、运动依从率（每周≥5 天达标）、疲劳感评分（0-10 分，≤3 分为宜）。 |
| 抗阻训练 | 1. 项目选择：弹力带训练（避免举重，降低关节损伤风险）；2. 动作与频率：每周二、四、六上午训练 20 分钟，含 3 个动作（弹力带扩胸 15 次 / 组、坐姿抬腿 12 次 / 组、握力训练 10 次 / 组，各 2 组）。 | 步骤：①康复师根据患者握力（23kg，轻度下降）选择弹力带阻力（10 磅）→②指导家属协助保护（防跌倒）→③记录每次训练完成度；监测指标：握力（每月测 1 次，目标提升至 25kg）、肢体活动度（无关节疼痛）。 |

可逆性认知衰弱的认知训练，核心作用是通过针对性刺激受损认知域，帮助恢复或维持关键认知功能，同时增强患者对自身认知能力的信心，为其他可逆因素（如营养、药物）的干预效果提供支撑。认知训练示例见表6。

表6认知训练示例

| 干预维度 | 具体措施  （针对“延迟回忆受损”核心问题） | 实施步骤与监测指标 |
| --- | --- | --- |
| 记忆训练 | 1. 日常记忆：每日早餐后 10 分钟 “物品定位练习”（如将钥匙放在固定抽屉，睡前回忆当天放置位置）；2. 结构化训练：使用 “认知训练 APP”（康复师推荐），每日 15 分钟 “词语配对记忆”（如 “苹果 - 红色”“医生 - 医院”）、“日期与事件关联”（如 “周三下午看康复师”）。 | 步骤：①康复师测试患者认知域（延迟回忆最差），确定训练重点→②教会患者及家属使用 APP→③护士每周查看 APP 训练记录；监测指标：延迟回忆指数（每月用 WMS-Ⅲ 复测，目标提升至 85 以上）、日常记忆错误次数（如忘事次数，每周减少 1 次）。 |
| 注意力与思维训练 | 1. 注意力：每日 10 分钟 “数字划消”（从 1-100 中划去含 “3” 的数字）；2. 思维训练：每周 2 次 “家庭拼图”（50 片，家属陪同完成，锻炼逻辑思维）。 | 步骤：①康复师根据 MoCA 注意力得分（5/6 分，轻度受损）选择训练难度→②提供纸质训练材料→③记录每次完成时间（如划消时间从 10 分钟缩短至 8 分钟为达标）。 |

多项研究显示抑郁症是认知衰弱的危险因素。抑郁合并MCI的患者淀粉样蛋白沉积及海马萎缩程度更严重。这可能是抑郁症导致认知衰弱的病理生理机制之一。对社区老人进行心理、社会干预有助于改善其认知功能、促进身心健康。心理干预示例见表7。

表7心理干预示例

| 干预维度 | 具体措施 | 实施步骤与监测指标 |
| --- | --- | --- |
| 认知行为疗法（CBT） | 1. 频率：每周 1 次，每次 45 分钟（心理咨询师上门或视频会话）；2. 核心内容：①“认知重构”（纠正 “我记性差就没用了” 的负面想法）；②“问题解决训练”（如迷路后如何联系家属、记录回家路线）；③“放松训练”（腹式呼吸，缓解焦虑）。 | 步骤：①心理咨询师用 GDS-5 评分（3 分）确定干预强度→②与患者约定固定会话时间→③每次会话后布置 “家庭作业”（如记录 1 件当天的 “小成就”）；监测指标：GDS-5 评分（2 周后复测，目标≤1 分）、患者主观焦虑评分（0-10 分，每周降低 1 分）。 |
| 家属支持指导 | 1. 每 2 周组织 1 次家属沟通会，讲解 “如何鼓励患者而非指责忘事”“协助记忆训练的技巧”；2. 提供 “照护手册”，包含紧急联系人、用药提醒、训练时间表等。 | 步骤：①心理咨询师牵头，护士协助整理手册→②家属反馈照护难点（如患者抗拒训练），团队共同解决；监测指标：家属照护压力评分（0-10 分，目标≤4 分）、患者训练依从性（因家属鼓励提升≥10%）。 |

**（7）定期随访**

随访需覆盖认知、躯体、营养、心理、用药等多维度，同时根据干预阶段调整频率，确保及时发现问题并调整方案。通过电话随访或门诊复查，评估患者认知功能改善情况、干预措施落实情况，同时联动康复治疗师、营养师等调整干预方案。例如，若患者认知训练效果不佳，康复治疗师可更换训练内容或增加训练频率；若患者饮食调整未达标，营养师可提供更具体的食谱建议，确保干预效果持续提升。随访计划见表8。

表8 随访计划

| 随访阶段 | 时间间隔 | 核心目的 | 参与团队 |
| --- | --- | --- | --- |
| 干预初期（启动后） | 1 个月 | 快速评估急性可逆因素纠正效果（如用药调整、营养补充），解决执行障碍 | 老年科医师 + 护士 + 药师 + 营养师 |
| 干预中期（稳定期） | 3 个月 | 全面评估认知、躯体、心理改善效果，优化干预强度 | 多学科团队（老年科 + 康复 + 心理 + 营养） |
| 干预后期（维持期） | 6 个月 | 监测长期效果，排查潜在新可逆因素，制定维持方案 | 老年科主导，按需联动专科 |
| 特殊情况 | 即时随访 | 出现认知突然下降、严重药物反应、躯体不适时 | 老年科医师 + 相关专科（如神经科、急诊科） |

**（8）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：

—— 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；

—— 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；

—— 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。

**（9）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。

**（10）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。

**（四）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。

**六**、重大意见分歧的处理依据和结果

本标准研制过程中无重大分歧意见。

七、实施标准的措施

**（一）标准报批发布后，成立标准宣贯工作组**

本标准发布后，成立以主要起草人为成员的标准宣贯工作组，主要负责标准的宣贯实施培训计划制定、标准实施交流会策划、标准实施信息反馈收集和标准实施效果评估等工作，并根据标准实施信息反馈和标准实施效果评估情况，及时组织标准复审修订。

**（二）组织开展标准宣贯培训**

标准发布实施后，标准宣贯工作小组制作标准解读宣贯培训PPT课件和标准核心技术明白书，并按标准宣贯培训计划深入各市县医疗机构，对医师和医护人员开展标准宣贯培训，对标准进行逐条解读，让医师和医护人员掌握标准核心技术内容，助力标准实施落地，推动广西中医技术高质量发展。

**（三）开展标准实施交流会，收集标准实施反馈信息**

标准起草小组深入各市县医疗机构组织医师和医护人员召开标准实施交流会，听取标准实施过程中存在的问题并做好记录和解答，对存在的问题组织专家团队进行研讨，为标准的复审修订做准备。

**（四）开展标准实施效果评估**

标准实施满2年，每年标准宣贯工作组采取网络调查、问卷调查、实地调研、召开座谈会或论证会、专家咨询等方式开展标准实施效果评估，并形成标准实施效果评估报告，为标准的复审修订做准备。

八、其他应当说明的事项

无。

九、自我承诺

该标准的内容符合国家相关法律法规，技术要求不低于强制性国家标准的相关技术要求，与相关的国家、行业推荐性标准协调一致，标准的编写符合GB/T 1.1-2020的要求。

团体标准《可逆性认知衰弱多学科干预规范》

标准编制工作组

2025年11月10日