

T/GXAS

团 体 标 准

T/GXAS 1204—2025

可逆性认知衰弱多学科干预规范

Specification for multidisciplinary intervention for reversible
cognitive frailty

2025 - 12 - 26 发布

2026 - 01 - 01 实施

广西标准化协会 发 布

目 次

前言 II

1 范围 1

2 规范性引用文件 1

3 术语和定义 1

4 基本要求 1

 4.1 机构 1

 4.2 人员 1

5 干预流程 1

6 干预要求 2

 6.1 接诊 2

 6.2 综合评估 2

 6.3 诊断 3

 6.4 组建多学科团队 3

 6.5 制定（调整）多学科干预方案 3

 6.6 实施干预 3

 6.7 定期随访 4

 6.8 社区随访 4

 6.9 效果评价 4

 6.10 长期管理 5

7 档案管理 5

附录 A（资料性） 老年综合评估快速筛查表 6

附录 B（资料性） 主观认知下降（SCD-9）自测问卷及 AD8 知情者认知筛查问卷 7

附录 C（资料性） 诊断标准 8

参考文献 9

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。

本文件由广西壮族自治区江滨医院提出并宣贯。

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（广西壮族自治区第二人民医院）。

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的术语和定义，规定了基本要求、干预流程及干预要求，描述了干预过程信息的追溯方法。

本文件适用于各级医疗机构开展的可逆性认知衰弱多学科干预工作。

2 规范性引用文件

本文件没有规范性引用文件。

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

可逆性认知衰弱 reversible cognitive frailty

个体同时存在身体衰弱（或衰弱前期）和主观认知功能下降，但尚未出现客观的认知功能损害的一种临床状态。

注：主要发生于≥65岁的老年人，是认知衰弱的一种亚型，由于具有可逆性，被认为是痴呆干预和预防的关键窗口。

4 基本要求

4.1 机构

4.1.1 应设立独立的老年医学科，配备完善的康复医学科、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）。

4.1.2 应配备老年综合评估室、老年综合评估软件及相关设备，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。

4.1.3 应制定并完善老年多学科诊疗制度，明确诊疗流程、职责分工，定期开展老年多学科诊疗活动。

4.2 人员

4.2.1 宜组建以老年医学科主导、核心成员固定、专科医师按需参与的团队，主导医师为老年医学专科医师，固定成员包括老年医学专科护士、康复治疗师、营养师及精神、心理等相关亚专科医师。

注：专科医师按需参与是指根据所患基础疾病情况请相应的专科医师参与到多学科团队。

4.2.2 老年医学专科医师应具备有老年综合评估师资格证，接受过正规的神经心理评估培训并取得合格证。

5 干预流程

见图1。

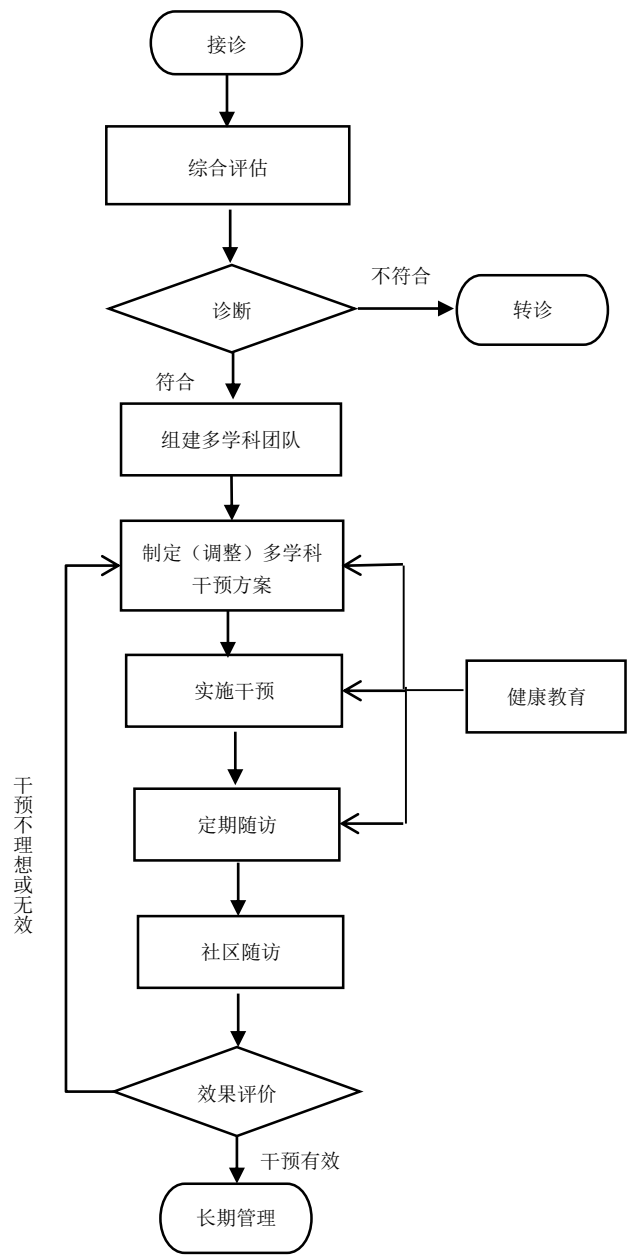


图1 可逆性认知衰弱干预流程图

6 干预要求

6.1 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。

6.2 综合评估

6.2.1 病史采集及体格检查：由老年医学专科医师进行详细病史询问及体格检查。包括人口学资料、教育情况、血压、血糖、吸烟饮酒情况等。

6.2.2 老年综合评估：由老年医学专科医师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。

6.2.3 根据老年综合评估结果，应选择以下评估方法进行进阶检查。

- a) 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。
- b) 主观认知功能下降（SCD）评估：
 - 1) 参照《轻度认知损害的神经心理评估专家共识（2025 版）》，使用如蒙特利尔认知评估量表（MoCA）、简易精神状态检查量表（MMSE）等工具进行神经心理评估，并参考年龄和教育程度常模进行判读，确定患者客观认知功能测试正常；临床痴呆评定量表（CDR） ≤ 0.5 ；
 - 2) 采用主观认知下降（SCD-9）自测问卷及 AD8 知情者认知筛查问卷（见附录 B）评估明确患者是否有主观认知下降；最终确定是否为主观认知下降。
- c) 血液生化检查及常规器械检查：血糖、血脂、甲状腺功能、血常规、肝肾功能、血维生素 B12、叶酸、25-羟维生素 D、梅毒/HIV 筛查等指标，完善心电图、心脏彩超、颈动脉 B 超检查，筛查可能的危险因素。
- d) 进行全面的影像学评估，包括脑部 CT、MRI 等，结构性神经影像学检查首选 MRI，排除脑血管病、脑肿瘤、脑积水等可能导致痴呆的疾病。
- e) 有条件的医疗机构可进行阿尔茨海默病相关血液生物标志物检测，或根据指征进行脑脊液检查、淀粉样蛋白 PET 成像，协助鉴别病因。

6.3 诊断

6.3.1 诊断标准见附录 C，明确诊断应同时满足：

- a) 达到衰弱或衰弱前期诊断标准；
- b) 符合主观认知功能障碍诊断标准；
- c) 排除阿尔茨海默病及其他类型的痴呆。

6.3.2 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。

6.3.3 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。

6.3.4 诊断报告应包含患者的共病情况、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。

6.3.5 应对报告结果给出合理的分析、健康教育及转诊等建议。不符合可逆性认知衰弱诊断的，转介至对应专科开展针对性干预。

6.4 组建多学科团队

6.4.1 组建以老年医学科医师为核心成员，康复师、营养师、护士、临床药师作为固定的团队成员，必要时由精神心理科、神经内科、中医科及其它老年医学相关亚专科医师协助。

6.4.2 应建立定期的多学科团队会议制度，每月至少 1 次多学科会诊，对于新诊断患者，应在评估完成后 1 周内召开议，共同制定并签署个体化干预计划，明确干预目标。

6.5 制定（调整）多学科干预方案

6.5.1 应根据诊断结果，完成老年医学多学科会诊报告，结合患者及家属意愿并取得患者及家属的知情同意后，制定多学科干预方案，向患者说明治疗方案，并在病程中记录会诊处置情况。

6.5.2 多学科干预方案应包括老年共病和多重用药管理、运动干预、营养干预、认知训练、心理干预等。

6.6 实施干预

6.6.1 对患者及家属进行健康教育，健康教育内容包括认知衰弱的定义、形成原因、认知衰弱的危害、常用的干预方法及流程、居家饮食运动方案等。

6.6.2 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，具体方案如下。

- a) 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、冠心病、高血糖、高血脂、疼痛、睡眠障碍等进行干预；

- 2) 评估当前用药情况,老年医学专科医师、临床药师评估认知衰弱老年人用药合理性并及时纠正不恰当用药,临床宜根据《老年人潜在不适当处方筛查工具/处方遗漏筛查工具(STOPP/START)标准(第3版)》中Beers、STOPP、START标准评估衰弱老年人的用药情况,减少不合理用药。
- b) 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,宜使用富含抗氧化物质、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) 补充能量和蛋白质:补充蛋白质,特别是富含亮氨酸的必需氨基酸混合物,老年人每天宜补充0.89 g/kg,可逆性认知衰弱患者合并肌少症时每天宜补充1.2 g/kg;
 - 3) 补充维生素D(常联合钙剂):60岁以上的老年人每天宜补充800 IU~1000 IU维生素D、800 mg~1200 mg钙。
- c) 运动干预:
 - 1) 有氧运动:康复师根据患者情况制定运动处方,指导患者进行适度的有氧运动,如散步、慢跑、太极拳、广场舞、游泳、八段锦、球类运动等,每天宜进行有氧运动或每周至少2 d~3 d,每次运动超过20 min(2周后可增加至30 min);运动强度以BORG评分表6~20主观疲劳等级量表(RPE)的12~14级(有点吃力)为标准;
 - 2) 抗阻训练:根据患者的个人意愿,结合患者心肺功能状况康复治疗师制定个性化抗阻运动计划,抗阻训练要求涉及主要肌群,每组8~12次重复,每周宜至少进行2~3次。
- d) 认知训练:根据前期患者主观认知域受损情况,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。认知训练应结构化、每周不少于3次,每次不少于30 min。
- e) 心理干预:精神心理科医生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,必要时使用抗抑郁、抗焦虑药物。

6.7 定期随访

6.7.1 对患者及家属进行健康教育,健康教育内容按6.6.1的规定执行。

6.7.2 随访内容包括但不限于:

- 干预计划的依从性;
- 身体功能评估;
- 认知功能评估;
- 是否发生病情(功能)变化或存在新发老年健康问题;
- 社会心理因素。

6.7.3 随访频率及方式如下:

- 干预开始后前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;
- 干预开始3个月后:根据前期随访的情况决定随访频率,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;

6.7.4 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。

6.8 社区随访

指导社区卫生服务中心医护人员进行居家随访、干预措施落地监督;指导社会工作者进行社会支持对接、居家安全评估及适老化改造指导。

6.9 效果评价

多学科团队应根据随访结果,系统评价干预效果,针对依从性低的患者采取提升措施,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,判断身体衰弱状态改善情况。

——认知功能评估：

- 1) 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，判断认知功能变化情况；
- 2) 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）自测问卷及 AD8 知情者认知筛查问卷（见附录 B）评估主观认知功能。

6.10 长期管理

若干预效果不理想，应重新评估影响因素，调整干预方案。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。

7 档案管理

应对每位患者建立详细、完整的档案，明确专人管理，确保档案的日常维护，并定期评价干预质量。应保护患者隐私，不泄露患者信息。



附 录 A
(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。

表A.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	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
认知功能	是否能准确表达时间、地点	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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个月是否体重下降5%	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	是否体质指数(BMI) ≤ 20.0	
	(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	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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12 s内完成5次椅子起立动作	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
衰弱	步速: 1.0 m/s	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
肌少症	小腿围:男性 <34 cm, 女性 <33 cm	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
共病	是否患有2种及以上慢性疾病	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
多重用药	是否每日服用5种及以上药物	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
睡眠障碍	是否对睡眠质量不满意	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
便秘	近6个月是否有反复发作的排便困难	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
视力	是否感到视物不清	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
听力	是否感到接听电话有困难	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
口腔情况	是否因口腔问题(包括义齿问题)影响进食	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
压力性损伤	是否长期卧床	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
社会支持	有突发事件时能否得到支持与帮助	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
居家安全	家中是否有人陪伴或接受过适老化改造	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

附录 B
(资料性)

主观认知下降（SCD-9）自测问卷及 AD8 知情者认知筛查问卷

主观认知下降（SCD-9）自测问卷见表B. 1，AD8知情者认知筛查问卷见表B. 2。

表B. 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 d~5 d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，你是否认为自己要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
注：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。	

表B. 2 AD8 知情者认知筛查问卷

条目序号	评估问题（请对比受试者既往能力，判断是否出现变化）	作答选项	计分规则与条目解读
1	判断力、处理事务与解决问题的能力是否变差（如决策失误、财务判断出错、迷路、容易受骗）	有变化/ 无变化/ 不知道	有变化=1 分，其余=0 分；核心评估定向、判断及执行功能
2	兴趣减退、爱好改变、活动减少（如整天卧床看电视、不愿外出交流、无精打采）	有变化/ 无变化/ 不知道	有变化=1 分，其余=0 分；反映个人性格及主动性变化
3	频繁重复提问、重复讲述同一件事/同一句话	有变化/ 无变化/ 不知道	有变化=1 分，其余=0 分；体现语言重复及言语空洞问题
4	学习使用日常工具、电器或新事物有困难（如电视遥控器、微波炉、手机等）	有变化/ 无变化/ 不知道	有变化=1 分，其余=0 分；评估学习能力及工具性日常生活能力
5	常忘记当前年份或月份（非具体日期）	有变化/ 无变化/ 不知道	有变化=1 分，其余=0 分；聚焦时间定向障碍
6	处理金钱事务困难（如存取款、购物付款、缴纳水电燃气费、使用存折）	有变化/ 无变化/ 不知道	有变化=1 分，其余=0 分；反映计算能力及财务处理能力下降
7	频繁忘记与他人的约定（如聚会、拜访亲友等计划）	有变化/ 无变化/ 不知道	有变化=1 分，其余=0 分；评估近期记忆对日常生活的影响
8	持续性记忆差或对话时难以完整沟通（如找不到物品、忘服药、表达困难）	有变化/ 无变化/ 不知道	有变化=1 分，其余=0 分；核心评估记忆及语言沟通能力
总分计算		所有“有变化”条目累计得分，范围 0~8 分；“不知道”不计分	
结果解读		1. 总分≥2 分：提示可能存在认知功能障碍，建议至神经内科/老年科进一步评估（如结合 MMSE、MoCA 量表及影像学检查）。 2. 总分<2 分：痴呆风险较低，但不能排除极早期病变，需定期随访。	

附录 C
(资料性)
诊断标准

诊断标准如下:

- a) 身体衰弱或衰弱前期状态, 满足以下至少一项身体衰弱表型标准:
- 1) 非自主性体重下降: 过去 1 年中体重下降 $>4.5\text{ kg}$ 或下降 $>5\%$;
 - 2) 自诉疲乏: 过去 1 周内超过 3 d 做任何事情都觉得费劲或缺乏干劲;
 - 3) 握力下降: 男性体重指数 ≤ 24.0 时握力 $\leq 29\text{ kg}$, 女性体重指数 ≤ 23.0 时握力 $\leq 17\text{ kg}$;
 - 4) 步行速度减慢: 身高 $\leq 173\text{ cm}$ 的男性或 $\leq 159\text{ cm}$ 的女性, 步速 (4.57 m) $\geq 7\text{ s}$; 身高 $> 173\text{ cm}$ 的男性或 $> 159\text{ cm}$ 的女性, 步速 (4.57 m) $\geq 6\text{ s}$;
 - 5) 身体活动量每周减少: 男性 $< 1603\text{ kJ}$ (383 kcal) (约散步 2.5 h), 女性 $< 1130\text{ kJ}$ (270 kcal) (约散步 2.0 h)。

注: 若满足 1~2 项为身体衰弱前期, 3 项及以上为身体衰弱。

- b) 主观认知下降 (SCD):
- 1) 个体主观感知自身认知功能较以往正常状态下降, 以记忆力下降为主;
 - 2) 该认知下降与急性事件无关, 且持续存在;
 - 3) 在调整年龄、性别和教育水平后, 标准化认知测试 (如简易精神状态检查量表、蒙特利尔认知评估量表等) 结果正常, 未达到轻度认知障碍或痴呆的诊断标准。

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.
- 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.
- [9] 朱素燕, 郑晓梦, 范苗等. 《老年人潜在不适当处方筛查工具/处方遗漏筛查工具(STOPP/START)标准》第3版解读[J]. 中国全科医学, 2024, 27(33):4097-4104.



中华人民共和国团体标准
可逆性认知衰弱多学科干预规范
T/GXAS 1204—2025
广西标准化协会统一印制
版权专有 侵权必究