

TB

广东省护士协会团体标准

T/GDNSA-006-2025

老年衰弱健康管理规范

Specification of Health Management of Frailty for the Elderly

2024-12-19 发布

2024-12-19 实施

广东省护士协会 发布

目 次

前言.....III

引言.....IV

1 范围.....1

2 规范性引用文件.....1

3 术语和定义.....1

4 管理原则.....1

5 管理要求.....2

6 衰弱评估与筛查.....2

7 衰弱健康管理内容.....4

8 评价与改进.....7

9 参考文献.....8

附录A（资料性）体重减轻可逆转原因的流动供食车（Meals on Wheels）记忆法.....10

附录 B（资料性）Borg 感知运动量表（Borg CR Scale, Borg CR10）.....11

前 言

本文件按照 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》的规定起草。

本文件由广东省护士协会提出并归口。

本标准起草单位：广东省中医院（广州中医药大学第二附属医院）、广州中医药大学第一附属医院、开平市中心医院、南方医科大学附属第三医院、东莞市厚街医院、广州市番禺区中心医院、南部战区总医院、广州市第一人民医院、南方医科大学南方医院、中山大学肿瘤防治中心、广州市老人院。

本标准主要起草人：陈捷晗、魏琳、廖若彤、梁好、王鑫、叶日春、刘青梅、黄添容、吴玉娥、时光、冯小珊、王春苑、刘少琴、吴杏尧、谢喜艳、林毅。

引 言

衰弱（Frailty）是一种与增龄相关的老年综合征,常见于高龄和共病的老年人,表现为对应激的应对能力降低,发生跌倒、失能和死亡的风险增加,造成了医疗资源的消耗和家庭社会负担的加重。随着我国老龄化进程不断加深加快,衰弱已成为老年期重要的健康挑战。

衰弱在老年人群中非常普遍,中国健康与退休纵向研究的结果表明,在中国 60 岁以上的人口中,衰弱的流行率约为 7.0%,并且在高龄、女性和低学历人群中更为普遍。有研究表明,衰弱会随着年龄的增长而变得更加普遍,我国 60 岁及以上的社区老年人中约有 10% 患有衰弱,75~84 岁的社区老年人约 15%, 85 岁以上的社区老年人约 25%,住院老年人衰弱患者率约 30%。

衰弱可以针对危险因素进行预防,因此早期识别衰弱高危人群并有效管理是延缓和降低老年人疾病和失能发生的重要手段。目前,我国的衰弱管理缺乏标准化、系统化的规范,各层级医疗机构在老年患者衰弱筛查评估和干预方面存在多方面的困难,为明确老年人衰弱管理原则和内容,特制定本文件,以期为临床开展老年人衰弱健康管理提供直接参考。

老年衰弱健康管理规范

1 范围

本文件规定了老年衰弱健康管理的管理原则、管理要求、衰弱评估与筛查、衰弱健康管理内容、评价与改进。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

WS/T 484-2015 老年人健康管理技术规范

DB14/T 2149-2020 《养老机构老年人健康评估规范》

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

老年人 the Elderly

60 岁及以上人群。

3.2

衰弱 Frailty

老年人以肌肉减少症为基本特征的全身多系统（神经、代谢内分泌及免疫等）构成的稳态网体系受损，导致生理储备下降，抗打击能力减退及应激后恢复能力下降的非特异性状态。

3.3

衰弱前期 Prefrailty

衰弱的前驱期，是介于健康和衰弱之间的一种可逆的多因素风险状态。

3.4

健康管理 Health management

以现代健康概念（生理、心理和社会适应能力）和新的医学模式（生理—心理—社会）以及中医治未病为指导，通过运用管理学的方法和手段对个体或群体整体健康状况及其影响健康的危险因素进行全面检测、评估、有效干预与连续跟踪服务的医学行为及过程。

4 管理原则

4.1 整体性原则

应以老年人为中心，在衰弱评估与管理的过程中关注衰弱多维度的特性，对衰弱进行整体性评估与管理，如身体衰弱、认知衰弱和社会衰弱。

4.2 安全性原则

应在对老年人进行衰弱评估与管理过程中充分考虑安全因素，确保老年人安全。

4.3 协同性原则

应采用以老年人为中心、多学科团队合作的医疗护理模式，进行老年综合评估与管理，制定个体化衰弱综合照护和支持计划，必要时转介给相关人员。

4.4 动态性原则

应动态评估老年人衰弱状态与管理效果，并根据评估结果调整管理策略。

5 管理要求

5.1 团队及人员要求

开展老年衰弱健康管理应组建多学科管理团队，包括不限于全科医师、老年病医师、康复师、护士、心理师、营养师、临床药师、综合评估师等。参与衰弱管理的人员应具备医学、护理学等学历背景之一，具有有效的《中华人民共和国执业医师资格证书》或《中华人民共和国执业护士证书》等，并应经过专业化的培训后上岗。

5.2 社会参与

开展老年衰弱健康管理应注重社会工作者、患者本人及其家属等人群参与。

5.3 环境要求

开展老年衰弱健康管理应具备评估及干预所需的场所和设施设备，应有独立的衰弱健康管理空间，环境应安静、整洁、采光良好、空气清新、温度适宜；应配备衰弱评估及干预所需的设施设备、评估量表等。

6 衰弱评估与筛查

6.1 衰弱评估要求、对象与时机

6.1.1 对于不同人群应使用适合特定情况或背景、简单、经过验证的衰弱工具，尽早开展衰弱评估。

6.1.2 应对 70 岁及以上人群或最近一年内非刻意节食情况下出现体质量下降（ $\geq 5\%$ ）的老年人进行常规衰弱评估。

6.1.3 针对不同环境中的老年人，具体评估时机如下：

—对于社区老年人，应在建立社区健康档案时评估。

—对于机构老年人和住院老年人，应在入住机构或住院时进行衰弱评估。

—对出现病情变化，面临手术、康复治疗等临床决策时均应对老年人进行衰弱评估。

6.2 衰弱评估工具

6.2.1 经典筛查工具

6.2.1.1 衰弱表型 (Fried Frailty Phenotype, FP) 包括体重下降 (非故意)、握力下降、疲劳感、步行速度下降、体力活动减少等 5 项评估内容，可用于社区或临床场景。

6.2.1.2 临床衰弱量表 (Clinical Frailty Scale, CFS) 通过功能状态分级 (1-9 级)，依赖医生主观判断，宜用于临床场景。

6.2.1.3 衰弱量表 (the FRAIL scale) 包含 5 项自评问题 (疲劳、阻力、行走、疾病、体重下降)，适合初级筛查，可用于社区或临床场景。

6.2.2 综合评估工具

6.2.2.1 衰弱指数 (Frailty Index, FI) 基于“累积缺陷模型”，计算个体健康问题数量占总评估项目的比例，可灵活调整项目 (涵盖疾病、症状、实验室指标等)，但耗时较长，可用于科研及临床场景。

6.2.2.2 埃德蒙顿衰弱量表 (Edmonton Frail Scale, EFS) 涵盖 9 个维度 (认知、功能、社会支持、用药、营养等) 评估内容，应由多学科团队使用。

6.2.2.3 蒂尔堡指数 (Tilburg Frailty Index, TFI) 从生理、心理、社会 3 个维度进行评估，可用于社区和照护机构。

6.2.2.4 格罗宁根衰弱指标 (Groningen frailty indicator, GFI) 从躯体、认知、社会功能 3 个维度进行评估，可用于临床和社区场景。

6.2.2.5 老年综合评估 (Comprehensive Geriatrics Assessment, CGA) 包括医学评估、功能评估、认知与心理评估、社会支持与环境评估、生活质量与患者意愿等内容。可用于门诊及住院患者、社区老年人群、长期照护机构等场景。

6.2.3 其他工具

6.2.3.1 PRISMA-7 (Program of Research to Integrate Services for the Maintenance of Autonomy) 包含 7 个简单的是/否问题，主要用于快速筛查老年人的功能下降和健康风险，可用于照护机构和社区场景。

6.2.3.2 SHARE-FI (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe Frailty Instrument)

通过 5 项指标评估老年人的衰弱状态，可用于大规模流行病学研究和临床场景。

6.2.2.3 骨质疏松性骨折衰弱量表(Study of Osteoporotic Fractures, SOF) 包含 3 项指标，内容简单，可用于快速筛查，可用于临床和社区场景。

6.3 衰弱危险因素筛查

6.3.1 应评估老年人是否存在诱发疲劳的相关因素，如抑郁、睡眠呼吸暂停、低血压、贫血、甲状腺功能低下、低氧和维生素 B12 缺乏等。

6.3.2 应评估老年人是否存在诱发体重减轻的相关因素，可采用 Meals on Wheels 记忆法（见附录 A）筛查体重减轻的原因。

6.3.3 应评估老年人是否存在营养不良风险，可采用微型营养评估(mini nutritional assessment, MNA) 对体重减轻和营养不良者进行筛查。

6.3.4 应评估老人是否存在多重用药、肌肉减少、听力下降或障碍、视力下降或障碍等因素。

7 衰弱健康管理内容

7.1 基础管理

7.1.1 运动管理

7.1.1.1 应评估衰弱和衰弱前期老年人躯体与运动功能，包括以下内容：

—日常生活能力评估参照 MZ/T 039

—运动功能评估参照 DB14/T 2149-2020

7.1.1.2 应遵循个性化、分期和逐步增加的运动原则。

7.1.1.3 具体的日常锻炼内容可包括：

—举哑铃、杠铃、负重跑、弹力带训练；下蹲、推墙、提重物等动作等抗阻运动

—慢跑、游泳、舞蹈等有氧运动

—压腿、瑜伽、太极等柔韧性训练

—坐位或站立位平衡训练、太极、八段锦等神经运动训练

—倒退走、侧向走、足跟行走、足尖行走、坐姿站立等平衡训练

7.1.1.4 对于失能老年人，应指导家属或照护者进行被动运动锻炼。

7.1.1.5 应指导老年人坚持运动锻炼，频率可采取每周锻炼 2~3 次，每次 50~60 min，每周 150~200 min，并至少持续 3~8 周。

7.1.2 营养管理

7.1.2.1 参照 DB14/T 2149-2020 及 WS/T 484-2015 对老年人进行营养评估、定期体重监测和膳食模式指导。

7.1.2.2 对于出现体重减轻或诊断为营养不良情况的老年人，应指导合理补充营养，可考虑补充能量或蛋白质（如亮氨酸）。

7.1.2.3 对于存在维生素 D 缺乏的老年人，应指导补充乳类及乳制品等含钙丰富食物，可补充维生素 D，并联合补充钙剂，鼓励多晒太阳，每日前臂暴露日晒宜 15~20min。

7.1.2.4 参照 DB14/T 2149-2020 评估老年人口腔问题，指导老年人保持口腔清洁，正确佩戴和使用义齿等。

7.1.3 用药管理

7.1.3.1 应评估老年人是否存在多重用药或不合理用药，可采用衰弱老年人合理用药处方筛查工具 (STOPP Frail 工具) 或 Beer 标准审查进行评估。

7.1.3.2 应关注用药效果，重视老年人家庭用药的选择并给予用药指导。

7.1.4 疾病管理

7.1.4.1 应评估老年人合并疾病情况，宜采用年龄校正查尔森合并症指数 (age-adjusted Charlson Comorbidity Index, aCCI) 评估多病共存的影响，重视衰弱老年人的共病问题。

7.1.4.2 对于存在高血压、肝硬化、糖尿病、骨质疏松、慢性阻塞性肺疾病及心脑血管疾病的老年人，应视病情严重程度制定个体化衰弱评估的方案，每次评估应采用相同衰弱评估工具。

7.1.4.3 对于合并严重疾病的老年人应转介至相应专科就诊。

7.1.5 安全管理

7.1.5.1 预防跌倒

A) 应对老年人、家属或照护者、康复从业人员开展跌倒预防健康教育，增强大众对跌倒的预防意识。

B) 应将日常用物放置于可及处，日常活动区域保持地面无水渍，减少障碍物。

C) 对于跌倒高风险的老年人，宜设立专人陪护，包括对老年人进行日常生活护理，尤其是在老年人如厕、淋浴、活动前后重点看护。

7.1.5.2 认知评估

A) 应对老年人进行基本的认知评估参照 DB14/T 2149-2020 执行，对初筛阳性的老年人给予就医指导；对筛查阴性人群，进行健康宣教。

B) 可对社区工作者、家属、照护人员等开展认知功能筛查的培训及健康教育,使其具备对认知障碍早期筛查和识别的能力。

7.1.6 心理社会支持

7.1.6.1 应每年评估老年人的焦虑与抑郁状态,常用评估量表包括:

—焦虑评估可采用汉密尔顿焦虑评估量表(HAMA)或广泛性焦虑量表(GAD-7)

—抑郁评估可采用汉密尔顿抑郁评估量表(HAMA)或抑郁筛查量表(PHQ-9)

7.1.6.2 应详细询问和记录老年人的睡前状况、睡眠-觉醒节律、夜间症状、日间活动和功能等,可采用匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)、阿森斯失眠量表(AIS)、睡眠障碍评定量表(SDRS)等评估。

7.1.6.3 应评估老年人社会支持水平,可采用社会支持评定量表(SSRS)。

7.1.6.4 应注意自杀等需要关注的心理、行为评估,对于评估结果提示存在心理健康受损的老年人应转介至专业心理咨询师或心理医师。

7.1.7 健康教育

7.1.7.1 宜为老年人建立衰弱健康档案,并长期提供健康教育资料(包括印刷资料和播放音像资料)。

7.1.7.2 可通过电视、报纸、杂志和社交媒体、小课堂等方式多途径定期为老人、家属/照护人员,以及卫生保健人员提供衰弱相关健康科普。

7.1.7.3 应为老年人提供衰弱预防相关科普(包括健康教育、营养干预、运动锻炼、认知训练、预防跌倒、心理健康、多病共存和多重用药的管理等内容),指导老年人认识并预防衰弱相关危险因素,预防及延缓衰弱的发生。

7.2 社区管理

7.2.1 社区管理参照7.1基础管理执行。

7.2.2 每年对老年人进行生命体征、身高、体重、腰围等测量并记录,参照WS/T 484-2015执行。

7.2.3 应为老年人进行居家物理环境改造,指导老年人正确使用助行器具。

7.2.4 应为老年人提供居家护理服务与志愿服务,必要时制定姑息护理计划。

7.2.5 应将衰弱管理涉及的问题与老年人亲属、陪护人员乃至社区管理部门进行沟通。

7.2.6 鼓励家属、陪护人员参加老年人衰弱健康教育活动。

7.2.7 应为老年人提供及时有效的社区-医院双向转诊服务。

7.2.8 应在社区建立衰弱健康管理档案,并提供健康教育资料。

7.2.9 定期为社区卫生保健人员进行衰弱老年人评估与管理的教育与培训。

7.3 机构管理

7.3.1 机构管理参照 7.1 基础管理执行，并制定老年人衰弱健康管理方案及应急预案。

7.3.2 出现以下情况时应对老年人进行衰弱评估：

—老年人入住机构时

—老年人入住机构后，每半年至少一次

—当老年人身体出现重大变化或危急状况时

7.3.3 参照 DB14/T 2149-2020，应对机构老年人补充进行如下常见问题评估与管理：

—疼痛评估与管理

—尿失禁评估与管理

—便秘评估与管理

—压力性损伤评估与管理

—管路评估与管理

—临终关怀评估与应对

7.3.4 应组间至少包括医师、护士、护理员、社会工作者的管理团队。

7.3.5 应真实、完整、有效、规范记录机构老年人衰弱健康管理资料。

7.4 住院管理

7.4.1 住院管理参照 7.1 基础管理及 7.3.3 常见问题评估与管理执行。

7.4.2 应由康复团队系统评估老年人躯体与运动功能，制定包括有氧运动、抗阻训练、平衡训练等在内的个性化运动计划，并监督指导运动计划实施，运动强度可采取 Borg CR10 评分中 3~4 的强度，身体表现出中度或略重度的疲劳（见附录 B）。

7.4.3 对于出现体重减轻或诊断为营养不良情况的老年人，可补充特殊医学用途配方食品、营养强化食品和营养素补充剂等。

7.4.4 住院老年人应参照以下能量标准摄入饮食：

—老年人能量推荐目标量 $20\sim 30\text{kcal} \cdot \text{kg} \cdot \text{d}$ ，低体重老年人按照实际体重 120% 计算，肥胖老年人按照理想体重计算。

—肾功能正常的老年人蛋白质目标量为 $1.0\sim 1.5\text{g} \cdot \text{kg} \cdot \text{d}$ ，要求优质蛋白（常见食物有：鱼、瘦肉、牛奶、蛋类、豆类及豆制品）占 50% 以上。

—推荐碳水化合物摄入量占总能量的 50% ~ 65%。推荐摄入量为 $25\sim 30\text{g/d}$ 。

7.4.5 应对存在牙齿或假牙问题以及口干症状的老年人提供热量支持及口咽抗阻运动。

7.4.6 应定期对老年人用药情况开展多学科会诊,根据老年人衰弱评估得分及病情减少多重用药的或简化用药方案。

7.4.7 对于疾病症状难以控制的老年人应开展多学科团队协作的老年综合评估,并转至相应专科进一步就诊。

7.4.8 应在老年人住院时、病情变化时等及时进行跌倒风险筛查,定期评估,针对评估结果根据老年人自身的危险因素、是否合并存在疾病、老年人自身的需求等选择性地采取相应的干预措施。

8 评价与改进

8.1 应每半年使用相同衰弱评估工具对老年人进行评估,工具选择详见 6.2。

8.2 应从老年人的运动能力、营养状况、用药情况、疾病情况、生活自理能力、生活质量等多方面对管理效果进行整体评价。

8.3 应及时对衰弱评价与整体评价中发现的问题进行汇总、分析、改进,并动态调整衰弱健康管理方案。

参考文献

- [1] Kim DH, Rockwood K. Frailty in Older Adults[J]. N Engl J Med. 2024, 391(6):538-548.
- [2] ChengMH, ChangSF. Frailty as a risk factor for falls among community dwelling people:evidence from a meta-analysis[J]. J Nurs Scholarsh, 2017, 49(5):529-536.
- [3] 尹佳慧, 曾雁冰, 周薰, 等. 中国老年人衰弱状况及其影响因素分析[J]. 中华流行病学杂志, 2018, 39(9):1244-1248.
- [4] 中华医学会老年医学分会. 老年患者衰弱评估与干预中国专家共识[J]. 中华老年医学杂志, 2017, 36(03): 251-256.
- [5] Dent E, Lien C, Lim W S, et al. The Asia-Pacific Clinical Practice Guidelines for the Management of Frailty[J]. J Am Med Dir Assoc, 2017, 18(7):564—575.
- [6] DENT E, MORLEY JE, CRUZ-JENTOFT A J, et al. Physical Frailty: ICFSR International Clinical Practice Guidelines for Identification and Management[J]. J Nutr Health Aging, 2019, 23 (9) : 771-787.
- [7] Ruiz JG, Dent E, Morley JE, et al. Screening for and Managing the Person with Frailty in Primary Care: ICFSR Consensus Guidelines[J]. J Nutr Health Aging. 2020;24(9):920-927.
- [8] You HS, Kwon YJ, Kim S, et al. Clinical Practice Guidelines for Managing Frailty in Community-Dwelling Korean Elderly Adults in Primary Care Settings[J]. Korean J Fam Med. 2021, 42(6):413-424.
- [9] Frailty in Older Adults - Early Identification and Management.Frailty in Older Adults - Early Identification and Management - Province of British Columbia (gov.bc.ca)
- [10] 中华医学会老年医学分会. 老年人衰弱预防中国专家共识(2022)[J]. 中华老年医学杂志, 2022. 41(5):503-511.
- [11] 慈莉娅, 杨长春, 郑鹏远等. 医养结合机构衰弱老年人多重用药安全管理中国专家共识(2022版) [J]. 中国心血管杂志, 2022, 27(05):403-410.
- [12] Boureau AS, Annweiler C, Belmin J, et al. Practical management of frailty in older patients with heart failure: Statement from a panel of multidisciplinary experts on behalf the Heart Failure Working Group of the French Society of Cardiology and on behalf French Society of Geriatrics and Gerontology[J]. ESC Heart Fail. 2022, 9(6):4053-4063.
- [13] Sinclair AJ, Dashora U, George S, Dhatariya K; JBDS-IP Writing Group. Joint British Diabetes Societies for Inpatient Care (JBDS-IP) Clinical Guideline Inpatient care

of the frail older adult with diabetes: an Executive Summary[J]. Diabet Med. 2020, 37(12):1981-1991.

[14] Strain WD, Down S, Brown P, Puttanna A, Sinclair A. Diabetes and Frailty: An Expert Consensus Statement on the Management of Older Adults with Type 2 Diabetes[J]. Diabetes Ther. 2021, 12(5):1227-1247.

[15] 盛莉, 王晓娜, 肖文凯等. 老年心血管疾病合并衰弱评估与管理中国专家共识 [J]. 中华老年多器官疾病杂志, 2023, 22 (07):481-491.

[16] 中国老年医学学会高血压分会, 北京高血压防治协会, 国家老年疾病临床医学研究中心 (中国人民解放军总医院等). 中国老年高血压管理指南 2023[J]. 中华高血压杂志, 2023, 31(06):508-538.

附录 A

(资料性)

药物(Medications)
情绪(Emotional, such as depression)
酗酒、迟发性厌食症、虐待(Alcoholism, anorexia tardive, abuse)
晚年偏执狂(Late life paranoia)
吞咽障碍(Swallowing problems)
口腔问题(Oral problems)
院内感染、贫穷(Nosocomial infections, poverty)
游荡/痴呆(Wandering/dementia)
甲亢、高钙血症、肾上腺功能减退(Hyperthyroidism, hypercalce- mia, hypoadrenalism)
肠道问题(吸收不良)[Enteric problems (malabsorption)]
进食障碍(如震颤)(Eating problems(e.g. Tremor))
低盐、低胆固醇饮食(Low salt, low cholesterol diet)
购物和烹饪问题、结石(胆囊炎)[Shopping and meal prepara- tion problems, stones (cholecystitis)]

图 A 体重减轻可逆转原因的流动供食车 (Meals on Wheels) 记忆法

附 录 B
(资料性)

分级	描述
0	没有任何感觉
0.5	极微弱(仅能被察觉)
1	非常微弱
2	轻度
3	中度
4	稍重度
5	重度
6	/
7	很重度
8	/
9	极重度(几乎最大)
10	最大

图 B Borg 感知运动量表 (Borg CR Scale, Borg CR10)