

DOI:10.3969/j.issn.1000-9760.2025.06.004

# 芜湖市社区老年脑卒中患者认知衰弱现状及其影响因素

杨正霞<sup>1</sup> 陈霞<sup>1</sup> 张欣<sup>2</sup> 李连华<sup>2</sup> 赵颖欣<sup>2</sup><sup>(1)</sup> 皖南医学院第一附属医院护理部, 芜湖 241001; <sup>(2)</sup> 皖南医学院研究生学院, 芜湖 241003)

**摘要** **目的** 了解芜湖市社区老年脑卒中患者认知衰弱发生率并分析其影响因素。**方法** 2024 年 4 月—2025 年 2 月, 采用便利抽样法, 选取芜湖市某 4 个社区卫生服务中心中登记在册的 301 例老年脑卒中患者为研究对象。采用中文版 Tilburg 衰弱量表、简易精神状态筛查量表、微型营养评定简表、匹兹堡睡眠质量指数、恐惧疾病进展简化量表对其进行调查。**结果** 芜湖市社区老年脑卒中患者认知衰弱发生率为 46.5% (140/301 例)。回归分析显示, 女性、慢性病数量、用药数量、睡眠质量较差、营养状况较差、存在恐惧疾病进展心理是社区老年脑卒中患者发生认知衰弱的主要危险因素 ( $P < 0.05$ )。**结论** 芜湖市社区老年脑卒中患者认知衰弱发生率为较高, 医护人员应重视认知衰弱评估, 制定个性化措施延缓认知衰弱发生。

**关键词** 脑卒中; 认知衰弱; 睡眠质量; 营养状况; 恐惧疾病进展

中图分类号: R743.3 文献标识码: A 文章编号: 1000-9760(2025)12-497-07

## Cognitive frailty and its influencing factors among community-dwelling elderly stroke patients in Wuhu city

YANG Zhengxia<sup>1</sup>, CHEN Xia<sup>1</sup>, ZHANG Xin<sup>2</sup>, LI Lianhua<sup>2</sup>, ZHAO Yingxin<sup>2</sup><sup>(1)</sup> Nursing Department, The First Affiliated Hospital of Wannan Medical College, Wuhu 241001, China;<sup>(2)</sup> Graduate School of Wannan Medical College, Wuhu 241003, China)

**Abstract: Objective** To investigate the incidence of cognitive frailty and analyze its influencing factors among community-dwelling elderly stroke patients in Wuhu munity. **Methods** From April 2024 to February 2025, convenience sampling was to select 301 elderly stroke patients registered in four community health centers in Wuhu city as research subjects. The Chinese version of the Tilburg Frailty Indicator (TFI), the Mini-Mental State Examination (MMSE), the Mini Nutritional Assessment-Short Form (MNA-SF), the Pittsburghs Sleep Quality Index (PSQI), and the Fear of Progression Questionnaire-Short Form (FOP-Q-SF) were used for investigation. **Results** The incidence of cognitive frailty among elderly community-dwelling stroke patients in Wuhu city was 46.5% (140 out of 301 cases). Regression analysis showed that female gender, the number of chronic diseases, the number of medications, poor sleep quality, poor nutritional status, and fear of disease progression were the main influencing factors for cognitive impairment in elderly stroke patients ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** The incidence of cognitive frailty in elderly community-dwelling stroke patients in Wuhu is relatively high. Medical staff should pay attention to the assessment of cognitive weakness and develop personalized measures to delay the occurrence of cognitive weakness.

**Keywords:** Stroke; Cognitive frailty; Sleep quality; Nutritional status; Fear of disease progression

脑卒中是一种急性脑血管疾病,其特征是脑血

管阻塞或破裂出血引发的神经功能损伤,该疾病以起病急骤、致残率高和病死率高等特点对患者生命健康构成严重威胁<sup>[1]</sup>。根据全球疾病负担研究的数据分析,1990 年至 2019 年间脑血管疾病导致的全球死亡病例数显著上升,增幅达 59.0%,缺血性

[基金项目]安徽省社会科学创新发展研究课题(2023CX102)

[通信作者]陈霞,E-mail:chx1016@sina.com

脑卒中的致死人数增长尤为突出,上升幅度高达 171.1%,出血性脑卒中死亡率也增加 37.4%。2021—2022 年中国流行病学调查数据显示,18 岁及以上成年人群的卒中标准化发病率 338.6 例/10 万人年,该疾病在中国成年人群中具有较高的流行趋势<sup>[2]</sup>。中国社会正面临深刻的人口结构转型,老年群体规模及其在总人口中的比例呈现显著增长态势<sup>[3]</sup>,脑卒中给我国的医疗卫生及老年照护体系带来了较大挑战<sup>[4]</sup>。认知衰弱(cognitive frailty, CF)是指在排除阿尔兹海默病或其他类型痴呆的情况下,认知功能下降与生理功能衰退的共存状态,患者情景记忆能力受损、执行功能下降、注意力维持困难等认知域损害,同时伴有肌力减弱、步速减慢等躯体功能退化表现<sup>[5]</sup>。研究表明,认知衰弱增加老年人跌倒及跌倒相关性骨折的风险<sup>[6]</sup>,更易导致老年群体能力受损、身体残障和死亡等严重后果<sup>[7]</sup>。认知衰弱被视为痴呆症的临床前期阶段及潜在干预靶点,具有部分可逆特性,相较于单纯的躯体功能衰退或认知功能损害,认知衰弱与多种不良健康结局的相关性更为显著<sup>[8]</sup>。关于社区老年脑卒中患者认知衰弱影响因素分析文章较少,尚未有系统性研究剖析营养状况、睡眠质量、恐惧疾病进展等影响因素如何交织作用于社区老年脑卒中患者。本研究以老年脑卒中患者为研究对象,探究认知衰弱的相关危险因素,旨在为临床实践中制定个体化干预方案提供循证依据。

## 1 对象与方法

### 1.1 对象

2024 年 4 月—2025 年 2 月,采用便利抽样法,选取芜湖市某 4 个社区卫生服务中心登记在册的 301 例老年脑卒中患者为研究对象。纳入标准:1) 年龄 $\geq 60$  岁;2) 在二级及以上医院经影像学检查确诊为脑卒中;3) 意识清晰、沟通依从性良好;4) 知情同意、自愿参与;5) 社区居住 6 个月以上。排除标准:1) 存在严重视听功能障碍或语言交流障碍者;2) 确诊为痴呆或其他严重认知功能障碍者;3) 合并重大躯体疾病或精神障碍者。根据横断面研究中样本量的估算公式<sup>[9-10]</sup>,预留 20% 的缓冲量以应对可能的无效问卷,据此确定最小样本量为 150 例。实际研究过程中共发放调查问卷 320 份,最终回收有效问卷 301 份,问卷有效回收率 94.1%。本研究已获得皖南医学院第一附属医院

伦理委员会批准[(2024)伦研第(37)号]。

### 1.2 研究工具

**1.2.1 一般资料调查表** 回顾相关文献后自行设计,主要包括老年脑卒中患者性别、年龄、居住方式、文化程度、人均月收入、是否吸烟、是否饮酒、婚姻状况、职业类型、合并慢性病数量、用药种类等。本研究中吸烟、饮酒是指既往有吸烟、饮酒史且本次调查前 1 个月仍有吸烟、饮酒行为。

**1.2.2 中文版 Tilburg 衰弱量表(Tilburg Frailty Indicator, TFI)** 该量表由 Gobbens 等<sup>[11]</sup>于 2010 年研制,2013 年被国内学者奚兴等<sup>[12]</sup>汉化。涵盖 15 项标准化评估指标:生理维度 8 个条目,心理维度 4 个条目,社会维度 3 个条目。总分 0~15 分,各维度评分分别对应 0~8 分、0~4 分及 0~3 分,累计分值递增反映衰弱程度加重,临床诊断界值设定为 $\geq 5$  分。本研究量表 Cronbach's  $\alpha$  为 0.780。

**1.2.3 简易精神状态筛查量表(Mini-Mental State Examination, MMSE)** 该量表由 Folstein 等<sup>[13]</sup>于 20 世纪 70 年代中期研发,周小炫<sup>[14]</sup>证实了其良好的信效度。该评估工具从多维度检测对象认知功能,涵盖情境记忆、空间定向、注意力调控、即时回忆及语言流畅性 5 大核心领域,包含 30 个标准化评估项目。总分 0~30 分,评分结果与认知功能水平呈正相关。依据国际通用的临床判断标准,建立教育程度分层诊断阈值:文盲群体 $\leq 17$  分,初等教育 $\leq 20$  分,中等及以上教育 $\leq 24$  分可作为认知功能损害的判定依据。本研究中量表 Cronbach's  $\alpha$  为 0.918。

**1.2.4 微型营养评定简表(Mini Nutritional Assessment-Short Form, MNA-SF)** 该筛查工具由国际研究团队 Rubenstein 等<sup>[15]</sup>在简易营养评价法(MNA)基础上改良优化而成,专门用于老年群体营养风险的快速筛查。该评估系统通过 6 项核心指标实施多维测评:近 3 个月膳食摄入变化、体质量波动情况、躯体活动水平、应激状态、神经心理状态及人体测量参数,理论总分 0~14 分。根据国际共识标准,评估结果划分为 3 个临床诊断区间: $\leq 7$  分提示营养不良,8~11 分表示潜在营养不良风险, $\geq 12$  分则反映营养状态正常。本研究中量表 Cronbach's  $\alpha$  为 0.784。

**1.2.5 匹兹堡睡眠质量指数(Pittsburgh sleep quality index, PSQI)** PSQI 量表是由匹兹堡大学 Buysse 等<sup>[16]</sup>编制的睡眠状况自评工具,主要用于

评价个体近 30 d 的睡眠状况。该工具包含 24 个基础项目,其中 18 个计分项目系统化归入 7 大核心维度:睡眠自我评价、入眠时长、有效睡眠率、夜间觉醒频率、助眠药物使用情况及日间功能状态。各维度采用 0~3 分计法,总评 0~21 分,评分越低表明受试者睡眠质量越优。国内学者刘贤臣等<sup>[17]</sup>对 PSQI 量表汉化修订,具有良好的信效度,将 7 分作为我国人群睡眠质量的鉴别阈值(>7 分判定为睡眠障碍,≤7 分视为睡眠正常)。本研究中该量表 Cronbach's  $\alpha$  为 0.724。

**1.2.6 恐惧疾病进展简化量表 (Fear of Progression Questionnaire-Short Form, FOP-Q-SF)** 该量表由 Mehnert 等<sup>[18]</sup>对疾病恐惧心理测评工具优化改良版本。吴奇云等<sup>[19]</sup>于 2015 年经跨文化调适后形成的简体中文版疾病恐惧简式量表并完成本土化验证工作。该测评系统包含 12 个评估项目,涵盖生理健康及家庭社会领域,采用 5 级频率评估标准,总分 12~60 分,评分结果与个体疾病恐惧程度呈正相关。Herschbach 等<sup>[20]</sup>确立 34 分作为临床临界阈值 (FOP),当受试者总分超过 34 分时,提示其心理适应功能已出现病理性改变,即存在恐惧疾病进展。本次研究中量表 Cronbach's  $\alpha$  为 0.816。

**1.3 认知衰弱认定**

一般采取针对身体衰弱和认知功能下降的 2 种评估量表的组合进行认知衰弱评估<sup>[21]</sup>。即在本次研究中调查对象同时满足中文版 Tilburg 衰弱量表得分 ≥5 分,同时 MMSE 得分文盲 ≤17 分,小学学历 ≤20 分,中学及以上学历 ≤24 分。

**1.4 资料收集方法**

调查小组由来自当地医院的 1 位老师和 5 名研究生组成。全体成员已完成科研伦理与标准化操作流程培训。在社区卫生机构协同人员引导下,调研团队执行入户数据采集方案:首先由主研人员向参与者系统阐述研究设计原理及社会医学价值;获得受试者书面知情同意后,采用双盲编码系统进行信息采集;采集后双人录入问卷星;数据录入完成后进行完整性校验、逻辑核查及异常值标记,研究过程严格遵循《赫尔辛基宣言》生物医学研究伦理准则。最终发放问卷 320 份,有效回收问卷 301 份,有效回收率为 94.1%。

**1.5 统计学方法**

问卷收集后双人核对并录入问卷星,采用 SPSS 27.0 统计软件进行数据分析。不符合正态

分布计量资料采用 [ $P_{50}(P_{25}, P_{75})$ ] 表示,组间比较采用非参数检验;计数资料用 [ $n(\%)$ ] 表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验;采用二元 logistic 回归分析社区老年脑卒中患者认知衰弱的独立危险因素(向前法),以  $P < 0.05$  表示差异有统计学意义。

**2 结果**

**2.1 研究对象一般情况及认知衰弱现状**

本次研究共纳入 301 名老年脑卒中患者,其中男性 187 例,占 62.35%,女性 113 例,占 37.7%;年龄为 72(66,76) 岁。共计 140 名老年脑卒中患者发生认知衰弱,占 46.5%。见表 1。

**2.2 社区老年脑卒中患者认知衰弱与非认知衰弱一般资料得分比较**

单因素分析显示,不同性别、年龄、职业、慢性病数量、用药种类、睡眠质量、营养状况、恐惧疾病进展状况的社区老年脑卒中患者是否发生 CF 存在统计学差异( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 CF 组与非 CF 组社区老年脑卒中患者特征比较 [ $n(\%)$ ]

变量	非 CF 组	CF 组	$\chi^2/Z$	P
性别			7.456	0.006
男	187(62.3)	112(69.6)		
女	113(37.7)	49(30.4)		
年龄(岁)	72(66,76)	70(64.5,75)	-2.874	0.004
居住方式			3.699	0.296
独居	27(9.0)	17(10.6)		
与配偶居住	188(62.5)	105(65.2)		
与配偶及子女	59(19.5)	27(16.8)		
其他	27(9.0)	12(7.5)		
文化程度			4.885	0.299
文盲	114(37.9)	56(34.8)		
小学	85(28.2)	47(29.2)		
初中	59(19.6)	29(18.0)		
高中/中专	23(7.6)	16(9.9)		
大专及以上	20(6.6)	13(8.1)		
人均月收入/元			0.657	0.720
0~	156(51.8)	80(49.7)		
2000~	101(33.6)	56(34.8)		
5000~	44(14.6)	25(15.5)		
吸烟			0.026	0.872
是	96(31.9)	52(32.3)		
否	205(68.1)	109(67.7)		
饮酒			0.625	0.429
是	84(27.9)	48(29.8)		
否	217(72.1)	113(70.2)		

表 1 CF 组与非 CF 组社区老年脑卒中患者特征比较[n(%)](续表)

变量	非 CF 组	CF 组	$\chi^2/Z$	P
婚姻状况			2.948	0.400
未婚	5(1.7)	3(1.9)	2(1.4)	
已婚	262(87.0)	143(88.8)	119(85.0)	
离异	8(2.7)	2(1.2)	6(4.3)	
丧偶	26(8.6)	13(8.1)	13(9.3)	
职业(含退休前)			9.997	0.040
企事业单位	4(1.3)	4(2.5)	0(0.0)	
工人	26(8.6)	19(11.8)	7(5.0)	
农民	116(38.5)	58(36.0)	58(41.4)	
退休/离职	116(38.5)	60(37.3)	56(40.0)	
其他	39(13.0)	20(12.4)	19(13.6)	
慢性病数量(个)			13.754	<0.001
1~	100(33.2)	62(38.5)	38(27.2)	
3~	108(35.9)	64(39.8)	44(31.4)	
5~	93(30.9)	35(21.7)	58(41.4)	
用药数量(种)			15.937	<0.001
1~	57(18.9)	43(26.7)	14(10.0)	
3~	143(47.5)	75(46.6)	68(48.6)	
5~	101(33.6)	43(26.7)	58(41.4)	
患病时间(年)			2.049	0.359
0~	220(73.1)	122(75.8)	98(70.0)	
2~	31(10.3)	13(8.1)	18(12.9)	
3~	50(16.6)	26(16.1)	24(17.1)	
睡眠质量			58.470	<0.001
正常	133(44.2)	104(64.6)	29(20.7)	
障碍	168(55.8)	57(35.4)	111(79.3)	
营养状况			130.130	<0.001
营养不良	79(26.2)	1(0.6)	78(55.7)	
营养不良风险	83(27.6)	47(29.2)	36(25.7)	
营养状态良好	139(46.2)	113(70.2)	26(18.6)	
恐惧疾病进展			18.959	<0.001
无	148(49.2)	98(60.9)	50(35.7)	
有	153(50.8)	63(39.1)	90(64.3)	

### 2.3 影响社区老年脑卒中患者发生认知衰弱的多因素 logistic 回归分析

将是否发生认知衰弱(否=0,是=1)作为因变量,单因素分析中  $P<0.05$  变量作为自变量进行二元 logistic 回归分析。赋值方式见表 2。结果显示:不同性别、慢性病数量、用药种类、睡眠质量差、营养状况较差、恐惧疾病进展程度是社区老年脑卒中患者发生认知衰弱的独立危险因素,较好的营养状态是社区老年脑卒中患者发生认知衰弱的保护因素。

### 3 讨论

#### 3.1 芜湖市社区老年脑卒中患者认知衰弱发生率较高

本文结果社区老年脑卒中患者认知衰弱发生率为 46.5%(140/301 例),发生率较高。脑卒中后认知功能障碍的发生率较高且损害范围较广, Jokinen 等<sup>[22]</sup> 临床观察发现脑卒中后 3 个月的患者中超过 80% 存在至少一个认知域的功能障碍,其中半数患者表现出 3 个及以上认知域的联合损害。脑卒中中存在特异性神经损伤机制,病灶直接影响认知相关脑区,导致执行功能、记忆等核心认知域受损<sup>[23]</sup>。此外,脑卒中后常见的吞咽障碍和运动功能缺损导致患者活动能力下降和营养摄入不足,这些因素可通过减少神经可塑性和加重躯体衰弱程度,进一步促进老年脑卒中患者认知衰弱的发展<sup>[24]</sup>。

#### 3.2 芜湖市社区老年脑卒中患者认知衰弱的影响因素分析

##### 3.2.1 社区女性老年脑卒中患者认知衰弱发生率更高

本文结果显示,女性老年脑卒中患者认知衰弱发生率更高,其发生认知衰弱的概率是男性的 3.399 倍。雌激素具有保护心血管的作用,围绝经期女性群体因卵巢功能衰退引发的性激素谱紊乱,导致神经胶质-神经元交互系统的稳态调节功能进行性减退,改变血脑屏障通透性,诱发脑卒中后神经炎症微环境的级联反应,增加脑卒中后神经退行性变风险<sup>[25]</sup>。因此,未来可关注对女性脑卒中患者加强认知与躯体功能的基线评估,制定包含认知训练、有氧运动和力量锻炼的综合康复计划,通过多学科协作实现早期干预,通过关注雌激素替代疗法的潜在益处,探索神经保护药物的性别特异性疗效。

表 2 自变量赋值方式

自变量	赋值方式
性别	男=1;女=2
年龄	原始数值
职业(含退休前)	企事业单位=1;工人=2;农民=3;退休/离职=4;其他=5
慢性病数量	1~ =1;3~ =2;5~ =3
用药数量	1~ =1;3~ =2;5~ =3
睡眠质量	差=1;好=0
营养状况	营养不良=1;营养不良风险=2;营养状态良好=3
恐惧疾病进展	有=1;无=0

表 3 影响社区老年脑卒中患者认知衰弱的多因素 logistic 回归分析(向前法)

自变量	参考	B	SE	Wald $\chi^2$	OR(95%CI)	P	
性别	女	男	1.223	0.380	10.344	3.399(1.613~7.164)	0.001
慢性病数量	3~	1~	0.369	0.451	0.671	1.447(0.598~3.503)	0.413
	5~		1.297	0.475	7.458	3.659(1.442~9.282)	0.006
用药数量	3~	1~	1.005	0.550	3.331	2.731(0.928~8.033)	0.068
	5~		1.434	0.575	6.224	4.193(1.360~12.923)	0.013
睡眠质量	差	好	1.664	0.390	18.209	5.278(2.458~11.332)	<0.001
营养状况	营养不良风险	营养不良	-4.804	1.073	20.055	0.008(0.001~0.067)	<0.001
	营养状态良好		-6.064	1.080	31.531	0.002(0.000~0.019)	<0.001
恐惧疾病进展	有	无	1.054	0.375	7.887	2.869(1.375~5.987)	0.005
Constant			1.013	1.140	0.790	2.754	0.374

**3.2.2 多重共病是社区老年脑卒中患者认知衰弱的重大隐患** 研究表明 70.1%的脑卒中合并 1 种慢性病,22.0%的脑卒中合并 2 种慢性病,7.9%的脑卒中合并 3~4 种慢性病<sup>[26]</sup>。心脑血管疾病(如高血压、冠心病)引发的血管内皮功能异常及组织退行性改变,通过影响脑部血供及神经元代谢,最终导致认知功能进行性衰退<sup>[27]</sup>。因此,未来应早期筛查共病、干预认知衰弱,以降低不良预后风险。家庭、社区与医疗机构应协同管理,是阻断其恶性循环的关键。

**3.2.3 用药总类 $\geq 5$ 种显著提高社区老年脑卒中患者认知衰弱风险** 本研究表明,与单纯使用 1 种或 2 种药物的患者相比,用药总类 $\geq 5$ 种认知衰弱发生率是其 4.193 倍。脑卒中主要治疗方法是合理用药,但老年患者居家康复阶段常面临多重用药挑战,此类人群常需长期服用抗凝、降压及神经保护等多类药物,且涉及剂量调整、药物相互作用监测等复杂用药规范,普遍存在用药依从性低、自行调整剂量、漏服错服等安全隐患<sup>[28]</sup>。当患者长期使用 2~11 种药物时,药物-药物相互作用可能改变药物代谢动力学,药物-营养素相互作用会干扰营养物质的吸收、代谢和利用,损害患者的营养状况,直接或间接影响认知功能,最终增加老年脑卒中认知衰弱的发生风险<sup>[29]</sup>。临床医生在制定处方时,应定期进行用药重整,评估每一种药物的必要性和相互作用风险,简化用药方案。

**3.2.4 睡眠质量差导致老年脑卒中患者认知衰弱** 本研究提示,社区居住的老年脑卒中患者,睡眠质量差是该人群发生认知功能障碍的独立危险因素,该类患者发生认知衰弱的概率是睡眠质量较好患者的 5.278 倍。睡眠时间与认知功能密切相关,

睡眠质量差可降低脑脊液淀粉样蛋白清除效率,加速认知域功能衰退<sup>[30]</sup>。同时睡眠时间减少与睡眠质量差导致身体免疫功能降低,大脑清除代谢废物时间增加,严重影响人类的认知功能<sup>[31]</sup>。未来可整合临床路径、患者教育、政策支持和科研创新,构建“预防-筛查-干预-康复”的全周期管理体系,形成涵盖标准化临床路径、个性化睡眠卫生指导、智能监测设备的多维度干预体系。

**3.2.5 营养不良加速老年脑卒中患者认知衰弱** 研究表明,采用 MNA-SF 筛查可有效识别老年人群的营养不良风险,这种风险与多种不良健康结局显著相关,包括死亡率升高、日常活动能力下降、生活质量降低、认知功能障碍以及衰弱综合征等<sup>[32]</sup>。本研究发现,社区居住的老年脑卒中患者,高达 73.8%的个体存在不同程度的营养不良或潜在营养不良风险。营养不良增加感染性疾病和跌倒等不良事件的发生概率,通过影响大脑营养供给加速认知功能衰退<sup>[33]</sup>,大脑的营养需求无法得到满足,对大脑认知功能产生影响<sup>[34]</sup>,导致肌肉质量减少和体能下降,进而显著提升衰弱综合征的发病风险<sup>[35]</sup>。提示在社区老年人群年度体检中可进一步探讨将营养筛查纳入社区老年人群年度体检的可行性与潜在价值,以识别高风险个体。

**3.2.6 存在恐惧疾病进展可导致社区老年脑卒中患者认知衰弱概率上升** 本研究 50.8%的社区老年脑卒中患者存在 FOP。FOP 可导致社会参与度降低<sup>[36]</sup>,而社会隔离与认知刺激不足加速认知退化。此外,负面心理情绪(如抑郁)可能通过多种机制促进糖尿病相关认知衰弱的发展。研究表明,抑郁状态可通过多重病理生理机制促进躯体与认知功能的衰退,上调促炎因子表达水平,炎性介质

不仅通过激活泛素-蛋白酶系统促进骨骼肌蛋白分解,导致肌纤维萎缩和肌力下降,还能通过破坏血脑屏障完整性,促使脑内  $\beta$ -淀粉样蛋白前体蛋白的异常剪切和沉积,最终形成肌肉减少症与认知功能障碍相互促进的恶性循环,加速老年患者的衰弱进程<sup>[37]</sup>。

#### 4 小结

芜湖市社区老年脑卒中患者的认知衰弱发生率较高,其中女性、合并多重慢性病数量、多重用药数量、睡眠质量较差、营养状况较差、存在恐惧疾病进展心理是患者发生认知衰弱的主要危险因素。提示对存在多种慢性病、多重用药、睡眠障碍、营养不良、存在恐惧疾病进展心理的老年卒中患者可建立红色预警档案,建立“脑卒中后认知衰弱管理路径”,整合神经科、老年科、康复科资源,培训社区家庭医生掌握基本认知训练技术,通过建立医院-社区联动预防网络,将认知衰弱管理纳入脑卒中后标准化随访体系。

本研究存在一定的局限性:首先,由于采用横断面研究设计,难以确定各变量与认知衰弱之间的因果关系;其次,研究仅选取市区部分社区作为调查地点,样本的代表性可能不足。未来研究可结合患者的社会支持状况,采用多中心协作、扩大样本量、开展纵向追踪研究等方法,进一步验证相关结论。

利益冲突:所有作者均申明不存在利益冲突。

#### 参考文献:

- [1] 《中国脑卒中中心报告 2022》编写组,王陇德.《中国卒中中心报告 2022》概要[J]. 中国脑血管病杂志,2024,21(8):565-576. DOI:10.3969/j.issn.1672-5921.2024.08.009.
- [2] 刘明波,何新叶,杨晓红,等.《中国心血管健康与疾病报告 2023》要点解读[J]. 临床心血管病杂志,2024,40(8):599-616. DOI:10.13201/j.issn.1001-1439.2024.08.002.
- [3] Chen X, Giles J, Yao Y, et al. The path to healthy ageing in China: a peking university-lancet commission [J]. Lancet, 2022, 400(10367):1967-2006. DOI:10.1016/S0140-6736(22)01546-X.
- [4] Tu WJ, Wang LD. Special writing group of China stroke surveillance report. China stroke surveillance report 2021 [J]. Mil Med Res, 2023, 10(1):33. DOI:10.1186/s40779-023-00463-x.
- [5] 吴锦萍,田函,张妍,等.社会参与对中老年人认知衰弱的影响效应分析[J]. 现代预防医学,2025,52(2):315-321. DOI:10.20043/j.cnki.MPM.202408359.
- [6] 赵艺,卢建文.社区老年人认知衰弱筛查的研究进展[J]. 中华老年多器官疾病杂志,2024,23(11):868-871. DOI:10.11915/j.issn.1671-5403.2024.10.191.
- [7] 崔光辉,李少杰,孔庆悦,等.睡眠质量与抑郁症状及其交互作用与老年人认知衰弱的关联研究[J]. 中国全科医学,2021,24(9):1076-1081. DOI:10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.118.
- [8] Zheng L, Li G, Gao D, et al. Cognitive frailty as a predictor of dementia among older adults: a systematic review and meta-analysis [J]. Arch Gerontol Geriatr, 2020, 87:103997. DOI:10.1016/j.archger.2019.103997.
- [9] 倪平,陈京立,刘娜.护理研究中量性研究的样本量估计[J]. 中华护理杂志,2010,45(4):378-380. DOI:10.3761/j.issn.0254-1769.2010.04.037.
- [10] 喻伟霞.基于支持性照理论论的缺血性脑卒中患者疾病全程照护方案的构建[D]. 苏州:苏州大学,2020.
- [11] Gobbens RJ, van Assen MA, Luijckx KG, et al. The tilburg frailty indicator: psychometric properties [J]. J Am Med Dir Assoc, 2010, 11(5):344-355. DOI:10.1016/j.jamda.2009.11.003.
- [12] 奚兴,郭桂芳,孙静.中文版 Tilburg 衰弱评估量表的信效度研究[J]. 护理学报,2013,(16):1-4,5. DOI:10.3969/j.issn.1008-9969.2013.16.001.
- [13] Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician [J]. J Psychiatr Res, 1975, 12(3):189-198. DOI:10.1016/0022-3956(75)90026-6.
- [14] 周小炫.中文版简易智能精神状态检查量表在脑卒中患者中的信效度初步研究[D]. 福州:福建中医药大学,2015.
- [15] Rubenstein LZ, Harker JO, Salvà A, et al. Screening for undernutrition in geriatric practice: developing the short-form mini-nutritional assessment (MNA-SF) [J]. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 2001, 56(6):M366-M372. DOI:10.1093/gerona/56.6.m366.
- [16] Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, et al. The pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research [J]. Psychiatry Res, 1989, 28(2):193-213. DOI:10.1016/0165-1781(89)90047-4.
- [17] 刘贤臣,唐茂芹,胡蕾,等.匹兹堡睡眠质量指数的信度和效度研究[J]. 中华精神科杂志,1996,29(2):103-107.
- [18] Mehnert A, Herschbach P, Berg P, et al. Fear of progression in breast cancer patients-validation of the short form of the fear of progression questionnaire (FoP-Q-SF) [J]. Z Psychosom Med Psychother, 2006, 52(3):274-288. DOI:10.13109/zptm.2006.52.3.274.
- [19] 吴奇云,叶志霞,李丽,等.癌症患者恐惧疾病进展简化量表的汉化及信效度分析[J]. 中华护理杂志,2015,50(12):1515-1519. DOI:10.3761/j.issn.0254-1769.2015.12.021.
- [20] Herschbach P, Berg P, Waadt S, et al. Group psychotherapy of dysfunctional fear of progression in patients with chronic arthritis or cancer [J]. Psychother Psychosom, 2010, 79(1):31-38. DOI:

- 10.1159/000254903.
- [21] 李晓华,张艳,高月,等.老年人认知衰弱健康管理的研究进展[J].中国慢性病预防与控制,2022,30(9):707-711. DOI: 10.16386/j. cjpccd. issn. 1004-6194. 2022. 09. 015.
- [22] Jokinen H, Melkas S, Ylikoski R, et al. Post-stroke cognitive impairment is common even after successful clinical recovery[J]. Eur J Neurol, 2015, 22(9): 1288-1294. DOI: 10.1111/ene.12743.
- [23] 涂舒婷,林嘉滢,庄金阳,等.脑卒中后认知障碍发病现状及影响因素分析:一项基于脑卒中全周期康复的多中心横断面研究[J].中国全科医学,2024,27(23):2829-2837. DOI: 10.12114/j. issn. 1007-9572. 2023. 0784.
- [24] 王秋,徐琴.临床衰弱对老年缺血性脑卒中患者短期预后的预测价值[J].中国实用神经疾病杂志,2025,28(4):492-496. DOI:10.12083/SYSJ.231634.
- [25] 关昌荣,王存库,田冶,等.2022年海南省老年人“三高”共病现状及影响因素研究[J].现代预防医学,2024,51(15):2719-2725. DOI:10.20043/j. enki. MPM. 202403214.
- [26] 徐英,郭艳芳,刘峥,等.2010—2019年深圳市宝安区不同类型脑卒中合并慢性病患病及复发情况[J].中国慢性病预防与控制,2022,30(10):784-787. DOI: 10.16386/j. cjpccd. issn. 1004-6194. 2022. 10. 015.
- [27] Panza F, Lozupone M, Solfrizzi V, et al. Different cognitive frailty models and health- and cognitive-related outcomes in older age: from epidemiology to prevention[J]. J Alzheimers Dis, 2018, 62(3):993-1012. DOI:10.3233/JAD-170963.
- [28] 党兆.脑卒中患者居家用药安全评估量表的研制与评价[D].延安:延安大学,2021.
- [29] 林芳,刘素贞,江海燕.老年缺血性脑卒中患者认知衰弱的影响因素分析[J].浙江临床医学,2023,25(7):1012-1014.
- [30] 郑培,薛蓉.睡眠对类淋巴系统清除 $\beta$ 淀粉样蛋白的影响[J].中华老年心脑血管病杂志,2019,21(1):100-102. DOI: 10.3969/j. issn. 1009-0126. 2019. 01. 026.
- [31] 章洪斌,肖志龙,郝楼,等.苯妥英钠联合丙戊酸钠对难治性癫痫患者的效果分析[J].医学理论与实践,2025,38(1):59-61. DOI:10.19381/j. issn. 1001-7585. 2025. 01. 014.
- [32] 中国老年医学学会营养与食品安全分会,中国医师协会营养医师专业委员会,四川大学华西医院临床营养科,等.老年患者家庭营养管理中国专家共识(2024版)[J].中国循证医学杂志,2025,25(1):1-23. DOI: 10.7507/1672-2531.202409193.
- [33] Ju Y, Tam KY. Pathological mechanisms and therapeutic strategies for Alzheimer's disease[J]. Neural Regen Res, 2022, 17(3):543-549. DOI:10.4103/1673-5374.320970.
- [34] Ko Y, Kim HE, Park JY, et al. Relationship between body mass index and risk of delirium in an intensive care unit[J]. Arch Gerontol Geriatr, 2023, 108: 104921. DOI: 10.1016/j. archger. 2023. 104921.
- [35] 吴丹,袁娟.老年慢性心力衰竭住院患者衰弱的危险因素分析与预测模型构建[J].现代医学,2025,53(2):300-307. DOI:10.3969/j. issn. 1671-7562. 2025. 02. 021.
- [36] 王睿,董诗奇,赵海艳.炎症性肠病患者恐惧疾病进展和疾病痛苦间的关系及社会疏离的中介作用分析[J].郑州大学学报(医学版),2025,60(2):286-289. DOI: 10.13705/j. issn. 1671-6825. 2024. 08. 019.
- [37] 付佳娜,赵辉.老年2型糖尿病患者认知衰弱与恐惧疾病进展的相关性[J].临床护理杂志,2023,22(2):30-34. DOI:10.3969/j. issn. 1671-8933. 2023. 02. 009.

(收稿日期 2025-05-22)

(本文编辑:甘慧敏)