

DOI:10.3969/j.issn.1000-9760.2025.06.007

老年慢性病住院患者主观认知下降现状 及其与临床生理弹性、口腔衰弱的相关性

顾世佳¹ 刘欢² 吴玉彤³ 郭守楠³ 梅光亮⁴ 刘蕊蕊¹ 周志庆⁵⁽¹⁾ 皖南医学院研究生学院, 芜湖 241002; ⁽²⁾ 皖南医学院第一附属医院弋矶山医院血液净化中心, 芜湖 241001;⁽³⁾ 皖南医学院护理学院, 芜湖 241000; ⁽⁴⁾ 皖南医学院第一附属医院弋矶山医院党委工作部, 芜湖 241001;⁽⁵⁾ 皖南医学院第一附属医院弋矶山医院护理部, 芜湖 241001)

摘要 **目的** 调查老年慢性病住院患者主观认知下降现状及其与临床生理弹性、口腔衰弱的相关性。**方法** 采用简单随机抽样法,于2024年9月—2025年1月选取安徽省芜湖市2所三级甲等医院的515名≥60岁老年慢性病住院患者。采用一般资料调查问卷、主观认知下降量表(SCD-Q9)、临床生理弹性评估量表(CHEES)、口腔衰弱量表(OFI-8)进行调查。采用Spearman相关性和二元logistic回归分析老年慢性病住院患者主观认知下降的相关性及影响因素。**结果** 515名老年慢性病住院患者SCD-Q9得分4.5(1,7)分、CHEES得分(41.03±8.51)分、OFI-8得分6(3,9)分,SCD发生率44.9%。主观认知下降与临床生理弹性呈负相关($r=-0.676, P<0.001$),与口腔衰弱呈正相关($r=0.706, P<0.001$)。回归分析结果显示,年龄、近1年住院次数多、女性、口腔衰弱是老年慢性病住院患者主观认知下降的危险因素,锻炼频率高、临床生理弹性好是保护因素(均 $P<0.05$)。**结论** 老年慢性病住院患者主观认知下降发生率较高,医护人员应加强对主观认知下降的识别,并根据其影响因素并进行针对性的干预,以延缓老年慢性病住院患者主观认知功能的下降。

关键词 老年;慢性病;住院患者;主观认知下降;临床生理弹性;口腔衰弱;影响因素

中图分类号:R161.7 文献标识码:A 文章编号:1000-9760(2025)12-515-07

Study on the current situation of subjective cognitive decline in elderly inpatients with chronic diseases and its correlation with clinical physiological elasticity and oral frailty

GU Shijia¹, LIU Huan², WU Yutong³, GUO Shounan³, MEI Guangliang⁴, LIU Yiyi¹, ZHOU Zhiqing⁵⁽¹⁾ Graduate College of Wannan Medical College Wuhu 241002, China; ⁽²⁾ Department of Hemodialysis Center, The First Affiliated Hospital of Wannan Medical College, Wuhu 241001, China; ⁽³⁾ School of Nursing, Wannan Medical College, Wuhu 241000, China; ⁽⁴⁾ Party Committee Work Department of Yijishan Hospital, ⁽⁵⁾ Nursing Department of Yijishan Hospital, First Affiliated Hospital of Wannan Medical College, Wuhu 241001, China)

Abstract: Objective To investigate the status of subjective cognitive decline in elderly patients with chronic diseases and its correlation with clinical physiological elasticity and oral weakness. **Methods** Using simple random sampling, we recruited 515 elderly patients aged 60 and above with chronic diseases from two tertiary hospitals in Wuhu city, Anhui province between September 2024 and January 2025. The study employed four assessment tools: a general information questionnaire, the Subjective Cognitive Decline Scale (SCD-Q9), the Clinical Physiological Elasticity Assessment (CHEES), and the Oral Frailty Index-8 (OFI-8). Spearman correlation analysis and binary logistic regression were conducted

[基金项目]安徽省研究生教育教学改革研究项目(2022jyxggyj338);安徽省教育厅重大课题(2024AH040381);安徽省人文社会科学重点项目(SJD202305)

[通信作者]周志庆, E-mail:1274467404@qq.com

to examine the relationship between subjective cognitive decline and its influencing factors among hospitalized elderly patients with chronic diseases. **Results** Among 515 elderly patients with chronic diseases hospitalized for chronic conditions (SCD), the SCD-Q9 score was 4.5 (1, 7) points, CHEES score 41.03 ± 8.51 points, and OFI-8 score 6 (3, 9) points, with a SCD incidence rate of 44.9%. Subjective cognitive decline showed a negative correlation with clinical physiological resilience ($r = -0.676, P < 0.001$) and a positive correlation with oral frailty ($r = 0.706, P < 0.001$). Regression analysis revealed that older age, frequent hospitalization within the past year, female gender, and oral frailty were risk factors for subjective cognitive decline in elderly patients with chronic diseases, while high exercise frequency and good clinical physiological resilience served as protective factors (all $P < 0.05$). **Conclusion** The incidence of subjective cognitive decline is higher in elderly inpatients with chronic diseases. Medical staff should strengthen the identification of subjective cognitive decline, and carry out targeted intervention according to its influencing factors, so as to delay the decline of subjective cognitive function in elderly inpatients with chronic diseases.

Keywords: The elderly; Chronic disease; Inpatients; Subjective cognition decline; Clinical physiological resilience; Oral frailty; Influencing factors

据第七次全国人口普查数据显示^[1],我国 60 岁及以上人口已达 2.6 亿,占总人口 18.7%。随着人口老龄化加速,老年人健康问题日益突出,慢性病高发和功能退化显著影响其生活质量。其中,认知功能的维持对延缓衰老进程具有重要意义。主观认知下降(subjective cognitive decline, SCD)是个体感知到的记忆或认知能力下降,虽未达轻度认知障碍或痴呆诊断标准,但被视为阿尔茨海默病的潜在早期阶段,具有重要的预警价值^[2]。近年来,临床生理弹性(clinical physiological resilience)作为衡量个体应对生理或环境压力能力的新兴指标,已被证实与老年人的健康储备和适应能力密切相关^[3]。口腔衰弱作为一种常见的老年综合征,影响咀嚼、吞咽等功能,不仅影响营养摄入,也可能通过多种机制导致认知退化^[4-5]。世界卫生组织《全球老龄化与健康战略》的第二个行动计划也强调,应将口腔健康管理纳入老年人整体健康促进策略中。基于此,本研究拟调查老年慢性病住院患者 SCD 的发生现状,并探讨其与临床生理弹性、口腔衰弱的关系,为早期识别高风险群体、实施多维干预提供理论依据,推动积极老龄化的实现。

1 对象与方法

1.1 对象

采取简单随机抽样的方法,于 2024 年 9 月—2025 年 1 月选取安徽省芜湖市皖南医学院第一附属医院(弋矶山医院)、芜湖市第二人民医院的 515 名老年慢性病住院患者作为研究对象。纳入标准:1) 年龄 ≥ 60 岁;2) 意识清晰,无认知障碍;3) 由二级及以上医疗机构确诊的符合国际疾病分类第 10

次修订本中慢性病诊断标准^[6];4) 知情同意,自愿参加本研究。排除标准:1) 有严重精神疾病或躯体疾病,无法配合调查;2) 视听功能障碍,无法正常沟通交流。本研究通过医院伦理委员会审核批准[审(2024)伦理第(181)号]。

1.2 调查工具

1.2.1 一般资料调查问卷 由课题组设计,主要包括性别、居住地、年龄组、是否高龄、是否有亲属是医护人员、是否坚持定期体检等。

1.2.2 主观认知下降自测量表(Subjective Cognitive Decline-Questionnaire 9, SCD-Q9) 中文版量表由郝立晓等^[7]汉化,包含 2 个维度共 9 个条目。其中,“整体记忆功能与时间变化”维度包括条目 1、2、3、6、8 和 9;“日常活动能力”维度包括条目 4、5 和 7。总分 0~9 分, ≥ 5 分表明其有主观认知下降的风险^[8],量表评分越高,主观认知障碍(SCD)的严重程度越高。该量表的 Cronbach's α 为 0.89,显示其具有较好的信度和效度。

1.2.3 临床生理弹性评估量表(Clinical Physical Resilience Assessment Scale, CHEES) 该量表由刘川等^[3]编制,该量表包含 3 个维度:个体内在能力、应对变化的能力以及外部支持,共计 14 个条目。各条目采用 Likert 5 级评分法,评分从 1 分(表示“非常不同意”)至 5 分(表示“非常同意”),其中第 4 题为反向计分项。总分 14~70 分,得分越高,说明个体的生理弹性水平越高。该量表的 Cronbach's α 为 0.826,具有良好的信度与效度。

1.2.4 口腔衰弱量表(Oral Frailty Index-8, OFI-8) 该量表由 Tanaka 等^[9]编制,用于评估老年人口腔衰弱情况。该量表包含 5 个维度,共 8 个条目,总

分 0~11 分,得分越高表示口腔状况越差,得分 ≥ 4 分被视为口腔衰弱^[10]。该量表 Cronbach's α 为 0.949。

1.3 资料收集方法

调查前,对课题组成员进行了统一培训和考核,明确提问方式与记录标准,确保一致性。调查时向研究对象说明目的并征得同意后填写问卷,对于不便填写的老年人,由调查员以标准化一对一问答形式协助完成。所有问卷现场填写并回收,回收后由两人交叉审核,剔除无效问卷,数据采用双人录入并比对校正,以保证数据的完整性与准确性。本次研究共发放调查问卷 536 份,最终回收 515 份问卷,有效回收率 96.1%。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 27.0 整理分析,计数资料采用 $n/\%$ 表示,符合正态分布的计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,若不满足正态分布则以 $P_{50}(P_{25}, P_{75})$ 描述,组间比较采用 χ^2 检验。采用 Spearman 相关性分析老年慢性病住院患者主观认知下降与临床生理弹性、口腔衰弱的相关性。采用二元 logistic 回归分析确定老年慢性病住院患者主观认知下降的影响因素。 $P < 0.05$ 代表差异有统计学意义。

2 结果

2.1 老年慢性病住院患者 SCD 现状

515 名老年慢性病住院患者中,SCD-Q9 得分 4.5(1,7)分,CHEES 得分(41.03 \pm 8.51)分,OFI-8 得分 6(3,9)分。

2.2 老年慢性病住院患者 SCD 的单因素分析

本研究共纳入 515 名老年慢性病住院患者,SCD 患者 231 名(44.9%),非 SCD 患者 284 名(55.1%)。单因素分析结果见表 1。

2.3 老年慢性病住院患者认知功能与临床生理弹性、口腔衰弱的相关性

老年慢性病住院患者 SCD-Q9 得分与 CHEES 得分负相关($r = -0.676, P < 0.001$),与 OFI-8 得分呈正相关($r = 0.706, P < 0.001$)。见表 2。

2.4 老年慢性病住院患者 SCD 影响因素的二元 logistic 回归分析

以是否发生 SCD(否 = 0,是 = 1)为因变量,将单因素分析中有统计学意义的变量作为自变量,进行二元 logistic 回归分析,结果显示,年龄、近 1 年住院次数、锻炼频率、性别、口腔衰弱、临床生理弹

性是老年慢性病住院患者 SCD 的影响因素,差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$),自变量赋值见表 3,回归分析结果见表 4。

表 1 老年慢性病住院患者 SCD 单因素分析($n = 515$)

项目	总数 ($n = 515$)	非 SCD ($n = 284$)	SCD ($n = 231$)	χ^2	P
性别				4.843	0.028
男	264(51.3)	158(59.8)	106(40.2)		
女	251(48.7)	126(50.2)	125(49.8)		
居住地				16.702	<0.001
农村	211(41.0)	101(47.9)	110(52.1)		
城镇	178(34.6)	120(67.4)	58(32.6)		
城市	126(24.4)	63(50.0)	63(50.0)		
年龄/岁				130.395	<0.001
60~	202(39.2)	152(75.2)	50(24.8)		
70~	183(35.5)	115(62.8)	68(37.2)		
80~	130(25.3)	17(13.1)	113(86.9)		
慢性病数量/种				7.016	0.071
1	220(42.7)	124(56.4)	96(43.6)		
2	200(38.8)	118(59.0)	82(41.0)		
3	72(14.0)	34(47.2)	38(52.8)		
4~	23(4.5)	8(34.8)	15(65.2)		
高龄				124.421	<0.001
否	385(74.8)	267(69.4)	118(30.6)		
是	130(25.2)	17(13.1)	113(86.9)		
有亲属是医护人员				10.954	0.001
否	373(72.4)	189(50.7)	184(49.3)		
是	142(27.6)	95(66.9)	47(33.1)		
坚持定期体检				21.418	<0.001
否	337(65.4)	161(47.8)	176(52.2)		
是	178(34.6)	123(69.1)	55(30.9)		
最近 6 个月内是否输血				7.223	0.007
否	486(94.4)	275(56.6)	211(43.4)		
是	29(5.6)	9(31.0)	20(69.0)		
婚姻状况				25.691	<0.001
无配偶	38(7.4)	6(15.8)	32(84.2)		
有配偶	477(92.6)	278(58.3)	199(41.7)		
家庭人均月收入/元				25.450	<0.001
0~	74(14.3)	22(29.7)	52(70.3)		
1 000~	107(20.8)	56(52.3)	51(47.7)		
2 000~	171(33.2)	105(61.4)	66(38.6)		
3 000~	127(24.7)	79(62.2)	48(37.8)		
4 000~	36(7.0)	22(61.1)	14(38.9)		
文化程度				26.431	<0.001
没上过学	159(30.9)	62(39.0)	97(61.0)		
小学	111(21.6)	64(57.7)	47(42.3)		
初中	108(21.0)	71(65.7)	37(34.3)		
高中/中专	90(17.5)	55(61.1)	35(38.9)		
大专及以上	47(9.0)	32(68.1)	15(31.9)		

表 1 老年慢性病住院患者 SCD 单因素分析(n=515) (续表)

项目	总数 (n=515)	非 SCD (n=284)	SCD (n=231)	χ^2	P
患慢性病病程/年				81.661	<0.001
0~	28(5.4)	14(50.0)	14(50.0)		
1~	72(14.0)	41(56.9)	31(43.1)		
4~	86(16.7)	60(69.8)	26(30.2)		
6~	111(21.6)	83(74.8)	28(25.2)		
11~	92(17.9)	54(58.7)	38(41.3)		
16~	62(12.0)	25(40.3)	37(59.7)		
21~	64(12.4)	7(10.9)	57(89.1)		
锻炼频率(次/周)				123.217	<0.001
0	217(42.1)	58(26.7)	159(73.3)		
1~	154(29.9)	113(73.4)	41(26.6)		
3~	144(28.0)	113(78.5)	31(21.5)		
近 1 年住院次数				90.954	<0.001
1	369(71.7)	252(68.3)	117(31.7)		
2~	146(28.3)	32(21.9)	114(78.1)		
居住方式				6.250	0.012
非独居	494(95.9)	278(56.3)	216(43.7)		
独居	21(4.1)	6(28.6)	15(71.4)		
医疗费支付方式				4.306	0.116
新农合	153(29.7)	93(60.8)	60(39.2)		
城镇居民医保	208(40.4)	104(50.0)	104(50.0)		
城镇职工医保	154(29.9)	87(56.5)	67(43.5)		
工作状态				29.473	<0.001
不在工作	466(90.5)	239(51.3)	227(48.7)		
仍在工作	49(9.5)	45(91.8)	4(8.2)		
最近一年手术次数				1.443	0.230
0	347(67.4)	185(53.3)	162(46.7)		
1~	168(32.6)	99(58.9)	69(41.1)		
近一年是否输白蛋白				49.446	<0.001
否	431(83.7)	267(61.9)	164(38.1)		
是	84(16.3)	17(20.2)	67(79.8)		
久坐				52.986	<0.001
否	385(74.8)	248(64.4)	137(35.6)		
是	130(25.2)	36(27.7)	94(72.3)		

注:高龄,80岁~;久坐,每日超过5h。

表 2 老年慢性病住院患者 SCD-Q9 与 CHEES、OFI-8 的相关性分析(n=515)

量表	SCD-Q9	
	r	P
CHEES	-0.676	<0.001
OFI-8	0.706	<0.001

表 3 自变量赋值

自变量	赋值方式
年龄/岁	60~ = 1;70~ = 2;80~ = 3
近 1 年住院次数	1 = 1;2~ = 2
锻炼频率(次/周)	0 = 1;1~ = 2;3~ = 3
性别	男 = 1;女 = 2
口腔衰弱	非口腔衰弱 = 0;口腔衰弱 = 1
临床生理弹性得分	原值代入

3 讨论

3.1 老年慢性病住院患者 SCD 发生率较高

本研究显示,老年慢性病住院患者 SCD 发生率高达 44.9%,高于周滢等^[11]对北京市社区老年人 SCD 的研究结果,可能与住院患者健康状况较差、慢病负担重有关。此外,周滢等^[11]调查地区为北京市的社区环境,居民的生活方式、医疗资源和健康管理水平与本次调查的住院患者存在一定差异,以上因素都可能影响 SCD 的发生率。研究还发现,有医护人员亲属的老年人 SCD 发生率较低,提示家庭健康认知水平对 SCD 具有潜在保护作用。因此,临床应加强对慢病住院老年人主观认知状态的动态评估,识别高风险人群,实施早期干预。

3.2 老年慢性病住院患者 SCD 的影响因素分析

3.2.1 年龄越大的老年慢性病住院患者易发生 SCD 本研究发现,SCD 发生率随年龄增长而升高,80 岁以上人群显著高于其他年龄段。该结果与刘盼等^[12]研究结果一致。SCD 是阿尔茨海默病的早期预警信号之一,尤其在高龄人群中更应引起重视^[13]。随着年龄的增长,大脑结构发生萎缩,神经可塑性下降,认知功能逐步衰退^[14]。《中国阿尔茨海默病蓝皮书》^[15]和《2019 年 WHO 认知功能障碍风险降低指南》均指出,年龄是认知功能障碍最重要的独立危险因素之一,特别是 80 岁以上人群应作为重点监测对象。此外,老年人慢性病共病多,疾病负担重,也加剧了认知功能损害^[16]。因此,应加强对高龄患者认知状态的评估与干预,早期识别 SCD 信号,通过营养、认知训练、疾病管理等手段延缓其发展。

3.2.2 近一年住院次数多的老年慢性病住院患者易发生 SCD 分析结果显示,近一年住院次数多是 SCD 的重要危险因素。反复住院往往提示慢性病控制不佳、健康状况不稳,易引发抑郁、焦虑等负面

表 4 老年慢性病住院患者 SCD 影响因素的二元 logistic 回归分析 (n=515)

变量	类别	参照组	B	SE	Wald χ ² 值	P 值	OR 值	95%CI
年龄/岁	70~	60~	0.135	0.288	0.220	0.220	1.144	0.651~2.011
	80~		1.723	0.377	20.899	<0.001	5.603	2.676~11.728
近 1 年住院次数/次	2~	1	0.930	0.318	8.542	0.003	2.535	1.359~4.730
锻炼频率(次/周)	1~	0	-0.827	0.308	7.217	0.007	0.438	0.239~0.800
	3~		-0.732	0.347	4.460	0.035	0.481	0.244~0.949
性别	女	男	0.616	0.260	5.623	0.018	1.851	1.113~3.078
口腔衰弱	口腔衰弱	非口腔衰弱	1.495	0.342	19.078	<0.001	4.459	2.280~8.721
临床生理弹性			-0.150	0.025	37.285	<0.001	0.861	0.820~0.903

情绪,进而影响认知功能^[17]。《中国阿尔茨海默病蓝皮书》指出^[15],慢性病负担、抑郁和睡眠障碍均是认知障碍的重要因素。频繁住院常伴多病共存及多药联合使用,药物相互作用可能导致头晕、谵妄、意识障碍等,从而加重认知功能下降^[18]。因此,应加强高频住院老年患者的认知状态动态监测,并通过心理支持、认知训练、药物管理和健康宣教等综合措施,降低 SCD 风险、提升生活信心。

3.2.3 锻炼频率越少的老年慢性病住院患者易发生 SCD 本研究结果显示,锻炼频率是 SCD 的保护因素,锻炼频率≥3 次/周的患者 SCD 发生率是不锻炼者的 0.481 倍。多项研究表明^[19-20],运动不仅有助于提升心肺功能、增强肌力,还可作用于中枢神经系统,改变大脑生理结构,提升认知、增加社会互动并改善生活质量。《中国阿尔茨海默病早期预防指南(2024)》亦指出,运动干预作为非药物措施,对认知功能下降的延缓具有明确证据支持,缺乏运动也是阿尔兹海默病及相关痴呆的危险因素之一,建议在综合干预中优先考虑个体化运动计划。因此,护理人员应重视住院老年慢性病患者的运动行为评估与干预,将运动纳入综合护理计划之中,住院期间可进行适当干预以提升患者的活动水平,如引导参与低强度功能锻炼、床旁运动或康复护理活动,降低主观认知下降的发生风险。

3.2.4 女性较男性更易发生 SCD 本研究发老年女性慢性病住院患者 SCD 发生率是男性的 1.851 倍,与吴慧敏等^[21]对社区老年人主观认知下降的研究结果一致。从生物学角度看,更年期后女性雌激素水平显著下降,而雌激素在保护神经元、改善糖代谢、增加脑血流、促进乙酰胆碱合成及抗氧化应激等方面具有重要作用,这些机制均与认知功能密切相关。雌激素减少可能引发大脑记忆

与认知相关区域的不利变化,加重主观认知下降^[22-23]。此外,女性更易出现焦虑、抑郁等情绪问题,而负性情绪已被证实是 SCD 的重要影响因素之一^[24]。因此,医护人员应重视情绪评估与干预,定期筛查焦虑和抑郁,提供心理支持与同伴交流。同时,可结合个体情况探索雌激素替代疗法或其他相关药物的合理使用,在安全前提下为女性患者提供综合健康管理,降低 SCD 风险。

3.2.5 口腔衰弱程度越高的老年慢性病住院患者更易发生 SCD 本研究显示,口腔衰弱是老年慢性病住院患者发生 SCD 的危险因素,与 SCD 的发生呈正相关。一方面,口腔衰弱不仅影响营养摄入和 生活质量,还可能因为咀嚼功能下降导致营养摄入不足,尤其是对维生素 B 族、铁、锌等与神经系统功能密切相关的营养素的摄取减少,进而影响大脑代谢与神经传导功能^[25]。另一方面,由于咀嚼功能障碍,牙齿脱落可能会导致乙酰胆碱水平降低,导致海马体中锥体细胞的数量减少,从而引发认知功能障碍^[26]。另外,口腔功能障碍可能减少老年人的外出就餐和社交参与机会,导致社会网络萎缩,引起社会衰弱,加速 SCD 的发生^[27]。因此,护理人员可通过评估患者的咀嚼能力、牙齿状况、口干症状等,早期识别口腔衰弱风险,并联合口腔科开展口腔功能训练、义齿修复、口腔清洁指导等综合干预,以提升其口腔健康水平,从而延缓主观认知功能的下降。

3.2.6 临床生理弹性越差的老年慢性病住院患者更易发生 SCD 本研究回归分析显示,临床生理弹性与 SCD 的发生呈负向关联 ($B = -0.150, P < 0.001$),即临床生理弹性水平越低,SCD 程度越明显。部分研究发现^[28],临床生理弹性与炎症水平、细胞衰老、氧化应激等因素有关,而这些因素同样

与认知功能密切相关。对老年人而言,临床生理弹性不仅体现于器官系统对压力的调节能力,还涉及对急性疾病、慢性疾病或住院的整体适应能力^[29]。生理弹性较高的老年人在经历压力性事件(如手术、急性感染、住院治疗)后,其功能恢复更快,认知功能受损程度相对较轻^[30]。而生理弹性较低的老年人更容易在住院时出现睡眠障碍、精神疲惫,从而产生焦虑、抑郁、无助感等情绪,加重认知功能损害^[31]。良好的社会支持和积极的心理状态同样有助于缓冲疾病带来的应激反应,若社会支持水平不足(如家庭照护缺失、同伴互动减少、社会参与受限)会削弱个体应对疾病和住院压力的信心与动力,降低康复期的主动性,最终影响认知功能的维持。综上所述,临床生理弹性在老年慢性病住院患者的认知功能维持中具有多重保护作用,不仅是生理层面的“抗压能力”,还与心理韧性和社会支持等因素密切相关。因此,护理实践中应在评估生理弹性的同时,重视心理状态与社会资源的综合评估,并通过多模式干预(如身体训练、心理疏导、社会支持网络建设)提升患者的整体弹性水平,从而延缓主观认知功能的下降进程。

老年慢性病住院患者主观认知下降与临床生理弹性、口腔衰弱相关,应注意年龄、近一年住院次数、锻炼频率、性别、口腔衰弱、临床生理弹性对老年慢性病住院患者主观认知的影响。医护人员在慢病管理中应关注多维度综合因素,尤其需重视提升患者的口腔健康与生理弹性,以延缓或改善其认知功能的主观下降,提升整体生活质量。

利益冲突:所有作者均申明不存在利益冲突。

参考文献:

- [1] 国家统计局. 第七次全国人口普查公报(第五号)[EB/OL]. (2021-05-11) [2024-02-02]. https://www.stats.gov.cn/sj/tjgb/rkpcgb/qgrkpcgb/202302/t20230206_1902005.html.
- [2] 王鹏,魏泽宜,王杨,等. 主观认知下降脑网络改变磁共振成像研究现状与展望[J]. 中国临床研究, 2025, 38(4): 638-642. DOI: 10.13429/j.cnki.cjcr.2025.04.030.
- [3] 刘川,潘一鸣,于文华,等. 临床生理弹性评估量表在老年住院病人中的信效度检验[J]. 实用老年医学, 2025, 39(1): 37-40, 45. DOI: 10.3969/j.issn.1003-9198.2025.01.009.
- [4] Kugimiya Y, Watanabe Y, Ueda T, et al. Rate of oral frailty and oral hypofunction in rural community-dwelling older Japanese individuals[J]. Gerodontology, 2020, 37(4): 342-352. DOI: 10.1111/ger.12468.
- [5] 蒋微,张剑书,马青,等. 老年人口腔衰弱与认知功能障碍的研究进展[J]. 重庆医学, 2024, 53(20): 3168-3172. DOI: 10.3969/j.issn.1671-8348.2024.20.022.
- [6] 北京协和医院世界卫生组织国际分类家族合作中心. 疾病和有关健康问题的国际统计分类 ICD-10(第2版)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 15-45.
- [7] 郝立晓,胡笑晨,韩璠,等. 英文版主观认知下降问卷的汉化及信效度分析[J]. 中国全科医学, 2019, 22(26): 3238-3245. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2019.00.045.
- [8] 郭宇航,孙浩冉,王琢,等. 长春市某老年群体心率变异性及影响因素[J]. 中国老年学杂志, 2024, 44(23): 5867-5871. DOI: 10.3969/j.issn.1005-9202.2024.23.052.
- [9] Tanaka T, Hirano H, Ohara Y, et al. Oral frailty index-8 in the risk assessment of new-onset oral frailty and functional disability among community-dwelling older adults[J]. Arch Gerontol Geriatr, 2021, 94: 104340. DOI: 10.1016/j.archger.2021.104340.
- [10] Hu S, Li X. An analysis of influencing factors of oral frailty in the elderly in the community[J]. BMC Oral Health, 2024, 24(1): 260. DOI: 10.1186/s12903-024-03946-y.
- [11] 周滢,甘珊,李峥. 社区老年人主观认知下降现状及影响因素分析[J]. 解放军护理杂志, 2021, 38(4): 21-24. DOI: 10.3969/j.issn.1008-9993.2021.04.006.
- [12] 刘盼,吕慧静,臧丽丽,等. 老年人主观认知下降现状及其影响因素的研究进展[J]. 护理研究, 2025, 39(1): 166-170. DOI: 10.12102/j.issn.1009-6493.2025.01.028.
- [13] Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2024 [EB/OL]. [2024-06-03]. <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2024>.
- [14] Ma C, Li M, Wu C. Cognitive function trajectories and factors among Chinese older adults with subjective memory decline: CHARLS longitudinal study results (2011-2018)[J]. Int J Environ Res Public Health, 2022, 19(24): 16707. DOI: 10.3390/ijerph192416707.
- [15] 首都医科大学宣武医院国家神经疾病医学中心, 中国疾病预防控制中心慢性非传染性疾病预防控制中心, 国家卫生健康委能力建设和继续教育中心, 等. 中国阿尔茨海默病蓝皮书(精简版)[J]. 中华医学杂志, 2024, 104(29): 2701-2727. DOI: 10.3760/cma.j.cn12137-20240416-00883.
- [16] Jin Y, Liang J, Hong C, et al. Cardiometabolic multimorbidity, lifestyle behaviours, and cognitive function: a multicohort study[J]. Lancet Healthy Longev, 2023, 4(6): e265-e273. DOI: 10.1016/S2666-7568(23)00054-5.
- [17] 宋银华,刘玉双,杨青,等. 老年人主观认知下降与慢性病共病的相关性分析[J]. 中国全科医学, 2023, 26(10): 1241-1249. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2022.0800.
- [18] Jacob L, Haro JM, Koyanagi A. Physical multimorbidity and subjective cognitive complaints among adults in the United Kingdom: a cross-sectional community-based study[J]. Sci Rep, 2019, 9(1): 12417. DOI: 10.1038/s41598-019-48894-8.
- [19] Augusto-Oliveira M, Arrifano GP, Leal-Nazaré CG, et al. Exercise reshapes the brain: molecular, cellular, and structural changes associated with cognitive improvements[J]. Mol Neurobiol, 2023,

- 60(12):6950-6974. DOI:10.1007/s12035-023-03492-8.
- [20] Ma CL, Ma XT, Wang JJ, et al. Physical exercise induces hippocampal neurogenesis and prevents cognitive decline[J]. Behav Brain Res, 2017, 317: 332-339. DOI: 10.1016/j.bbr.2016.09.067.
- [21] 吴慧敏, 罗艳艳, 姚桂英, 等. 社区老年人主观认知下降的潜类别及相关因素分析[J]. 中国社会医学杂志, 2025, 42(2): 202-206. DOI: 10.3969/j.issn.1673-5625.2025.02.017.
- [22] 张纤, 马秋平, 曹汝汝, 等. 社区老年人主观认知下降危险因素的 Meta 分析[J]. 中华护理杂志, 2023, 58(3): 342-348. DOI: 10.3761/j.issn.0254-1769.2023.03.012.
- [23] 倪爽, 徐莲薇. 雌激素对女性认知功能影响的研究进展[J]. 老年医学与保健, 2020, 26(4): 697-700. DOI: 10.3969/j.issn.1008-8296.2020.04.051.
- [24] Zhang Q, Sun MA, Sun Q, et al. Mental fatigue is associated with subjective cognitive decline among older adults[J]. Brain Sci, 2023, 13(3): 376. DOI: 10.3390/brainsci13030376.
- [25] Dibello V, Lozupone M, Manfredini D, et al. Oral frailty and neurodegeneration in Alzheimer's disease[J]. Neural Regen Res, 2021, 16(11): 2149-2153. DOI: 10.4103/1673-5374.310672.
- [26] Fang WL, Jiang MJ, Gu BB, et al. Tooth loss as a risk factor for dementia: systematic review and meta-analysis of 21 observational studies[J]. BMC Psychiatry, 2018, 18(1): 345. DOI: 10.1186/s12888-018-1927-0.
- [27] 张飞, 张孔雁, 王佳贺. 前言——口腔衰弱与常见老年综合征关系的研究进展[J]. 实用老年医学, 2024, 38(9): 865-866. DOI: 10.3969/j.issn.1003-9198.2024.09.001.
- [28] Lei H, Huffman DM, Salmon AB, et al. Resilience to aging is a heterogeneous characteristic defined by physical stressors[J]. Aging Pathobiol Ther, 2022, 4(1): 19-22. DOI: 10.31491/apt.2022.03.076.
- [29] Chhetri JK, Ma L, Chan P. Physical resilience: a novel approach for healthy aging[J]. J Frailty Sarcopenia Falls, 2022, 7(1): 29-31. DOI: 10.22540/JFSF-07-029.
- [30] Hadley EC, Kuchel GA, Newman AB, et al. Report: NIA workshop on measures of physiologic resiliencies in human aging[J]. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 2017, 72(7): 980-990. DOI: 10.1093/gerona/glx015.
- [31] 王琪, 李贺楠. 脑梗死后认知功能恢复的临床观察与预测因素探讨[C]//重庆市健康促进与健康教育学会全科专委会. 2025 精神医学与心理健康系列研讨会论文集. 吉林省一汽总医院, 2025: 1266-1269.

(收稿日期 2025-06-07)

(本文编辑: 甘慧敏)

本刊对来稿中统计学处理的有关要求

1. 统计研究设计。应交代统计要设计的名称和主要做法, 如调查设计具体类型、实验设计类型等。主要围绕着 4 个基本原则(随机、对照、重复、均衡)概要说明, 尤其是要交代如何控制非试验因素的干扰和影响。

2. 资料的表达与描述。用 $\bar{x} \pm s$ 表达近似服从正态分布的定量资料, 用 $M(QR)$ 表达呈偏态分布的定量资料; 用统计表时, 须将数据的意义表达清楚; 用统计图时, 所用统计图的类型应与资料性质匹配, 并使数轴上刻度值的标法符合数字原则; 用相对数时, 分母不宜小于 20, 须注意区分百分率与百分比。

3. 统计学分析方法。对于定量或定性资料, 应根据所采用的设计类型、资料所具备的条件和分析目的, 选择合适的统计学分析方法, 不应盲目套用 t 检验、单因素方差分析或 χ^2 检验; 对于回归分析, 应结合专业知识和散布图, 选用合适的回归类型; 对具有重读实验数据的回归分析资料, 不应简单化处理, 对于多因素、多指标资料, 要在一元分析的基础上, 尽可能运用多元统计学分析方法, 以便对因素之间的交互作用和对指标之间的内在联系进行全面、合理的解释和评价。

4. 统计结果的表达。当 $P < 0.05$ (或 $P < 0.01$) 时, 应说明对比组之间的差异有统计学意义, 而不应说对比组之间具有显著性(或非常显著性)的差别; 应写明所用统计学分析方法的具体名称(如: 成组设计资料的 t 检验、两因素析因设计资料的方差分析、多个均数之间两两比较的 q 检验等), 统计量的具体值(如 t 值, x 值, F 值等), 应尽可能给出具体的 P 值; 当涉及总体参数(如总体均数、总体率等)时, 在给出显著性检验结果的同时, 再给出 95% 可信区间。

本刊编辑部