

本文引文格式:刘慧慧,刘欢,顾世佳,等.老年慢性病住院患者衰弱现状及其与临床生理弹性、主观认知下降和营养食欲的相关性研究[J].右江民族医学院学报,2026,48(1):132-137.

【临床护理】

老年慢性病住院患者衰弱现状及其与临床生理弹性、 主观认知下降和营养食欲的相关性研究

刘慧慧¹,刘欢²,顾世佳¹,吴玉彤³,郭守楠³,陶秀彬⁴,周志庆⁴

1. 皖南医学院研究生学院,安徽 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,安徽 芜湖 241001;
3. 皖南医学院护理学院,安徽 芜湖 241002;
4. 皖南医学院第一附属医院,弋矶山医院护理部,安徽 芜湖 241001)

摘要:目的 调查老年慢性病住院患者衰弱现状并分析其与临床生理弹性、主观认知下降和营养食欲的相关性。方法 采用便利抽样法,选择2024年9月至2025年1月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两所医院共515例老年慢性病住院患者作为调查对象,采用一般资料调查表、衰弱量表(FRAIL)、临床生理弹性量表(CHE-ES)、主观认知下降量表(SCD-Q9)和简化营养食欲量表(SNAQ)进行调查。结果 衰弱状态172例,衰弱发生率为33.40%。Logistic回归分析显示,年龄(≥ 80 岁)、久坐、主观认知下降、食欲减退是老年慢性病住院患者衰弱的危险因素,高锻炼频率和高临床生理弹性是老年慢性病住院患者衰弱的保护因素(P 均 < 0.05)。结论 老年慢性病住院患者衰弱发生率较高,医务人员可以重点关注高龄、锻炼频率低、久坐、临床生理弹性差、主观认知下降和食欲减退的住院患者,采取个性化护理措施,预防衰弱的发生与发展。

关键词:衰弱;老年患者;慢性病;临床生理弹性;主观认知下降;营养食欲

中图分类号:R592 **文献标识码:**C **文章编号:**1001-5817(2026)01-0132-06

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2026.01.022

最新人口统计数据显示,我国60岁以上人群占总人口的18.7%^[1],因年龄增长,该群体中普遍存在一种介于健康与疾病之间的特殊状态,即衰弱状态^[2]。衰弱是一种与年龄相关,因生理系统功能储备下降导致的机体易损性增加以及抗应激能力减退的生理性老年综合征^[3]。一项Meta分析^[4]显示,老年住院患者衰弱发生率达34.7%,多与年龄、营养障碍、认知功能下降及住院环境等因素导致生理心理功能下降有关。老年慢性病住院患者处于衰弱状态时,更易发生慢性共病、跌倒、失能等一系列不良健康结局^[5],因而早期预防老年慢性病患者衰弱的发生尤为重要。目前国内外关于老年群体衰弱的研究多聚焦于社区健康管理和单一疾病群体,本研究以老年慢性病住院患者为研究对象,探讨衰弱现状以及其与临床生理弹性、主观认知下

降和营养食欲的相关性,为早期筛查与干预提供参考。

1 对象与方法

1.1 研究对象 本研究采用便利抽样法,于2024年9月至2025年1月对皖南医学院第一附属医院(弋矶山医院)和芜湖市第二人民医院两所医院共515例老年慢性病住院患者进行调查。纳入标准:①年龄 ≥ 60 岁;②符合慢病诊断^[6]且住院时间 ≥ 1 d;③神志清楚且自愿参与本研究;排除标准:①全身严重器质性疾病或处于疾病急性发作期者;②存在药物或其它成瘾者;③病历资料缺失者。本研究已通过皖南医学院第一附属医院医学伦理委员会审核,批准号:2024伦理第(181)号。

1.2 调查工具

1.2.1 一般资料调查表 由研究者基于文献分析^[2]

基金项目: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)

第一作者:刘慧慧,在读硕士研究生,研究方向:血液净化护理,E-mail:2448604491@qq.com

通讯作者:周志庆,硕士,教授/主任护师,研究方向:慢病护理、护理管理,E-mail:1274467404@qq.com

和预调查结果自行设计,人口学资料主要包括年龄、性别、婚姻状况、居住地、文化程度、锻炼频率、医保类型等;疾病资料主要包括患慢性病数量、慢性病病程、近一年是否输白蛋白、近一年住院次数等。

1.2.2 衰弱量表(FRAIL) 由国际老年工作协会制定^[7],共包含 5 项指标:①长时间疲劳感;②爬一层楼梯困难;③步行 100 米困难;④患 5 种及以上慢性疾病;⑤近一年体重减轻 5%以上。“是”计 1 分,“否”计 0 分,总分范围 0~5 分, ≥ 3 分为衰弱,得分越高代表衰弱程度越深。该量表 Cronbach's α 系数为 0.706。

1.2.3 临床生理弹性评估量表(CHEES) 由 LI J 等^[8]编制,包含个人内在能力、适应变化、外界支持 3 个维度,共 14 个条目;各条目采用 Likert 5 级评分法,从“非常不同意”到“非常同意”分别记 1~5 分(其中条目 4 为反向计分),总分范围 14~70 分,得分越高表明临床生理弹性越好。该量表的 Cronbach's α 系数为 0.826。

1.2.4 主观认知下降评估量表(SCD-Q9) 由美国 GIFFORD KA 等^[9]研制、郝立晓等^[10]汉化,共 2 个维度、9 个条目:①整体记忆功能及时间变化维度包括条目 1、2、3、6、8、9;②日常活动能力维度包括条目 4、5、7,得分越高代表主观认知下降程度越深。该量表 Cronbach's α 系数为 0.89。

1.2.5 简化营养食欲调查量表(SNAQ) 该量表^[11]常用于评估食欲状况,共 4 个维度:食欲、进餐后饱腹感、食物味道状况和平均每天进餐次数,每个条目 0~5 分,总分范围 4~20 分,得分越高代表食欲越好, < 14 分代表厌食。该量表 Cronbach's α 系数为 0.811。

1.3 资料收集与质量控制方法 本研究由通过专业培训并通过考核的课题组成员采用问答形式收集问卷,先解释研究目的征得患者同意后,一问一答,客观填写,对患者提出的疑问现场解答。问卷全部完成后当场收回,剔除选项矛盾及逻辑明显错误的问卷,双人检查并录入,确保问卷的真实性与完整性。此次共发放问卷 536 份,回收 515 份有效问卷,有效回收率为 96.08%。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 27.0 统计软件分析数据。符合正态分布的计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,非正态分布用中位数及四分位数表示;计数资料以频数(%)表示,组间比较采用 χ^2 检验;采用 Spearman 进行双变量间相关分析。采用二元 Logistic 回归分析老年慢性病住院患者衰弱的影响因素,检验水准 α 除特别说明外均设定为 0.05。

2 结果

2.1 老年慢性病住院患者衰弱现状 本研究共纳入老年慢性病住院患者 515 例,其中衰弱状态 172 例,非衰弱状态 343 例,总体衰弱发生率为 33.40%。其中衰弱得分 1.00(0.00~3.00)分、临床生理弹性得分(41.03 \pm 8.51)分、主观认知下降得分 4.50(1.00~7.00)分、营养食欲得分 14.00(13.00~15.00)分。

2.2 老年慢性病住院患者发生衰弱的单因素分析 单因素分析结果显示,不同年龄、婚姻状况、居住方式、工作状态、锻炼频率、患慢性病病程、近一年输白蛋白、近一年住院次数、久坐、主观认知下降和营养食欲与老年慢性病住院患者衰弱情况比较,差异具有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

表 1 老年慢性病住院患者衰弱的单因素分析

项目	总数 ($n=515$)	衰弱		χ^2	P
		否($n=343$)	是($n=172$)		
性别				0.117	0.732
男	264(51.26)	174(65.91)	90(34.09)		
女	251(48.74)	169(67.33)	82(32.67)		
年龄/岁				85.589	< 0.001
60~69	202(39.22)	170(84.16)	32(15.84)		
70~79	183(35.53)	127(69.40)	56(30.60)		
≥ 80	130(25.25)	46(35.38)	84(64.62)		
婚姻状况				33.973	< 0.001
无配偶	38(7.38)	9(23.68)	29(76.32)		
有配偶	477(92.62)	334(70.02)	143(29.98)		
居住地				2.788	0.248
农村	211(40.97)	136(64.45)	75(35.55)		
城镇	178(34.56)	127(71.35)	51(28.65)		
城市	126(24.47)	80(63.49)	46(36.51)		

表 1(续) 老年慢性病住院患者衰弱的单因素分析

项目	总数 (<i>n</i> = 515)	衰弱		χ^2	<i>P</i>
		否(<i>n</i> = 343)	是(<i>n</i> = 172)		
文化程度				8.854	0.065
文盲	159(30.87)	92(57.86)	67(42.14)		
小学	111(21.55)	77(69.37)	34(30.63)		
初中	108(20.97)	76(70.37)	32(29.63)		
高中/中专	90(17.48)	62(68.89)	28(31.11)		
大专及以上	47(9.13)	36(76.60)	11(23.40)		
居住方式				7.998	0.005
非独居	494(95.92)	335(67.81)	159(32.19)		
独居	21(4.08)	8(38.10)	13(61.90)		
工作状态				18.112	<0.001
不在工作	466(90.49)	297(63.73)	169(36.27)		
仍在工作	49(9.51)	46(93.88)	3(6.12)		
医保类型				1.548	0.461
新农合	153(29.71)	105(68.63)	48(31.37)		
城镇居民	208(40.39)	132(63.46)	76(36.54)		
城镇职工	154(29.90)	106(68.83)	48(31.17)		
锻炼频率(次/周)				139.757	<0.001
1	217(42.14)	83(38.25)	134(61.75)		
1~2	154(29.90)	126(81.82)	28(18.18)		
≥3	144(27.96)	134(93.06)	10(6.94)		
患慢性病病程/年				36.192	<0.001
<1	28(5.44)	20(71.43)	8(28.57)		
1~3	72(13.98)	51(70.83)	21(29.17)		
4~5	86(16.70)	70(81.40)	16(18.60)		
6~10	111(21.55)	83(74.77)	28(25.23)		
11~15	92(17.86)	59(64.13)	33(35.87)		
16~20	62(12.04)	34(54.84)	28(45.16)		
≥21	64(12.43)	26(40.63)	38(59.38)		
近一年输白蛋白				61.241	<0.001
否	431(83.69)	318(73.78)	113(26.22)		
是	84(16.31)	25(29.76)	59(70.24)		
近一年住院次数				87.951	<0.001
1次	369(71.65)	291(78.86)	78(21.14)		
≥2次	146(28.35)	52(35.62)	94(64.38)		
久坐				83.880	<0.001
否	385(74.76)	299(77.66)	86(22.34)		
是	130(25.24)	44(33.85)	86(66.15)		
主观认知下降				135.007	<0.001
否	284(55.15)	251(88.38)	33(11.62)		
是	231(44.85)	92(39.83)	139(60.17)		
食欲减退				96.512	<0.001
否	191(37.09)	178(93.19)	13(6.81)		
是	324(62.91)	165(50.93)	159(49.07)		

注:表内计数资料数据用[*n*(%)表示。

2.3 老年慢性病住院患者衰弱与临床生理弹性、主观认知下降和营养食欲的相关性 Spearman 相关性结果显示,临床生理弹性、主观认知下降及营养食欲与衰

弱呈显著相关,差异具有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

表 2 老年慢性病住院患者衰弱与临床生理弹性、主观认知下降、营养食欲的相关性 (r_s)

项目	衰弱总分	临床生理弹性评估总分	主观认知功能下降总分	简化营养食欲调查总分
衰弱总分	1			
临床生理弹性评估总分	-0.659 ^a	1		
主观认知功能下降总分	0.628 ^a	-0.676 ^a	1	
简化营养食欲调查总分	-0.635 ^a	0.633 ^a	-0.533 ^a	1

注:a 为 $P < 0.01$

2.4 老年慢性病住院患者衰弱的影响因素 以老年慢性病住院患者是否发生衰弱(非衰弱=0;衰弱=1)为因变量,单因素分析中有统计学意义的变量纳入回归方程,自变量赋值方式见表 3。采用二元 Logistic 回

归分析,结果显示年龄、锻炼频率、久坐、临床生理弹性、主观认知下降、食欲减退是衰弱的影响因素($P < 0.05$),见表 4。

表 3 自变量赋值情况

项目	赋值方法
年龄	60~69 岁=1;70~79 岁=2;≥80=3
婚姻状况	无配偶=0;有配偶=1
居住方式	非独居=0;独居=1
工作状态	不在工作=0;仍在工作=1
锻炼频率	0 次=1;1~2 次=2;≥3 次=3
患慢性病病程	<1 年=1;1~3 年=2;4~5 年=3;6~10 年=4;11~15 年=5;16~20 年=6;≥21 年=7
近一年输白蛋白	否=0;是=1
近一年住院次数	1 次=1;≥2 次=2
临床生理弹性得分	原值代入
久坐	非久坐=0;久坐=1
主观认知下降	非主观认知下降=0;主观认知下降=1
营养食欲	无食欲减退=0;食欲减退=1

表 4 老年慢性病住院患者衰弱的 Logistic 回归分析结果

项目	β	SE	Wald χ^2	P	OR (95% CI)
常量	0.454	1.140	0.159	0.690	1.575
年龄/岁					
70~79	0.546	0.320	2.915	0.088	1.726(0.922~3.228)
≥80	0.955	0.354	7.291	0.007	2.598(1.229~5.196)
锻炼频率(次/周)					
1~2	-0.591	0.321	3.388	0.066	0.554(0.295~1.039)
≥3	-1.734	0.427	16.460	<0.001	0.177(0.076~0.408)
久坐(是)	0.625	0.311	4.049	0.044	1.869(1.016~3.436)
临床生理弹性	-0.077	0.024	10.197	0.001	0.926(0.884~0.971)
主观认知下降	0.867	0.303	8.173	0.004	2.380(1.314~4.314)
食欲减退	1.349	0.371	13.199	<0.001	3.853(1.861~7.977)

注:经 Logistic 回归筛选部分变量未进入最终回归模型。

3 讨论

3.1 老年慢性病住院患者衰弱发生率较高 本研究结果显示,调查对象总体衰弱发生率为 33.40%(172/515),与郭雅乐等^[4]对中国老年住院患者衰弱率的 Meta 分析结果(34.7%)相似,但低于罗瑶等^[12]以 ≥

65 岁的 363 例住院患者为研究对象得出的 51.2% 的衰弱发生率。目前关于衰弱的诊断和评估仍缺少统一的标准,临床中使用的衰弱评估工具不同,其可能为衰弱发生率不一致的原因之一,其次本研究中 60~69 岁老年人群占比较大(39.22%),且仅纳入住院慢性病患

者也会影响衰弱发生率。《“健康中国2030”规划纲要》中明确提出要加强重点人群健康服务,促进健康老龄化^[13]。医务人员在老年慢性病住院患者管理中应重视衰弱的早期识别,采取个性化护理措施降低衰弱风险,这对提高老年人生活质量、实现我国健康老龄化具有重要的社会意义。

3.2 老年慢性病住院患者衰弱的影响因素

3.2.1 年龄 本研究结果显示,高龄(≥ 80 岁)是老年慢性病住院患者衰弱的危险因素,与吴丽娇等^[14]研究结果一致。随着年龄的增长,患者机体逐渐出现一系列生物学方面的变化,如基础代谢率下降、器官功能衰退、肌肉力量减弱等^[15],导致整体生理功能下降和机体脆弱性增加,从而增加衰弱发生风险。医务人员可重点关注高龄患者的住院情况,加强对衰弱的筛查和动态评估,预防因衰弱造成的跌倒、失能等临床不良结局。

3.2.2 锻炼频率 本研究结果显示,高锻炼频率(≥ 3 次/周)是老年慢性病住院患者衰弱的保护因素,与胡依娜等^[2]研究结果一致。2019年国际衰弱和肌肉减少症研究会议上发布的《国际临床实践指南:身体衰弱的识别和管理》^[16]指出低强度和长时间的体育锻炼是预防和治疗衰弱最可行的方法。医务人员在老年患者住院期间可以结合患者的慢性病特征和身体状况制定锻炼计划,以及提供抗阻力训练、有氧训练等指导,渐进性地增加锻炼频率,提升老年慢性病患者住院期间的身体素质。

3.2.3 久坐 本研究结果显示,久坐的老年慢性病患者衰弱检出率高于非久坐患者($OR = 1.869$, $95\% CI : 1.016 \sim 3.436$),久坐是老年慢性病住院患者衰弱的危险因素,与蒋燕等^[17]研究结果一致。老年住院患者因疾病限制和治疗的需要会一定延长坐躺时间,有研究^[18]指出久坐会减慢血流速度,增加老年人心脑血管病、代谢类疾病的发病风险,影响老年人的情绪变化和心理健康。2020年世界卫生组织《关于身体活动和久坐行为指南》^[19]中明确指出老年人应减少久坐时间或中断久坐行为,同时建议每周进行100~350 min的中高强度有氧运动。在临床照护中,医护人员也可以加强久坐危害的知识宣教,鼓励有条件的患者多加运动,积极进行健康行为的自我管理。

3.2.4 临床生理弹性 本研究结果显示,临床生理弹性是老年慢性病住院患者衰弱的保护因素,具备高临床生理弹性的患者其衰弱风险较低,与HADLEY E C等^[20]研究相似。生理弹性是指个体从生理健康相关打击中恢复的能力,对老年患者维持健康水平和应对衰弱风险具有重要意义^[21]。临床生理弹性高的患者其心血管、呼吸代偿等系统功能储备较完善、个体组织

修复和再生能力强,能更好地应对慢性病带来的长期消耗^[20]。医务人员在临床照护中可以从营养摄入、运动康复、健康宣教和心理支持等多维度干预来增加患者生理储备,延缓衰弱进展,提升生活质量。

3.2.5 主观认知下降 本研究结果显示,主观认知下降的老年慢性病住院患者衰弱检出率高于非主观认知下降患者($OR = 2.380$, $95\% CI : 1.314 \sim 4.314$),主观认知下降是老年慢性病住院患者衰弱的危险因素,与王芸等^[22]研究结果一致。主观认知下降是指个体自我感知的认知功能减退,但经客观检查尚未达到轻度认知障碍诊断标准^[23]。主观认知下降产生焦虑、抑郁等情绪会削弱老年住院患者的自我效能感,使其日常活动能力独立性下降,进一步加重心理压力和身体失能^[24]。医务人员应早期识别患者是否存在主观认知下降并通过认知训练、记忆策略指导等措施提高患者主观认知水平,以延缓认知衰弱进程。

3.2.6 食欲减退 本研究结果显示,食欲减退的老年慢性病住院患者衰弱检出率高于无食欲减退患者($OR = 3.853$, $95\% CI : 1.861 \sim 7.977$),食欲减退是老年慢性病住院患者衰弱的危险因素,增加衰弱风险,与吴星辰等^[25]研究结果一致。老年患者食欲减退时,食物摄入量减少,会导致蛋白质和能量摄入不足,身体无法获得足够的营养物质加速肌肉流失速度;也常伴随微量营养素缺乏,会使免疫细胞的数量和活性下降,身体的免疫防御能力减弱,加速衰弱的进程^[26]。建议医务人员定期对老年慢病患者进行食欲评估,提供营养咨询以及良好的病房就餐环境,并结合体重、握力等衰弱指标进行动态监测,及时调整干预方案,降低因营养摄入不足造成的衰弱风险。

4 小结

综上所述,老年慢性病住院患者衰弱发生率较高,年龄(≥ 80 岁)、主观认知下降、食欲减退是老年慢性病住院患者衰弱的危险因素,高锻炼频率(≥ 3 次/周)和高临床生理弹性是老年慢性病住院患者衰弱的保护因素。因此在临床照护中,医务人员可借助量表等评估工具对老年慢性病住院患者的衰弱进行早期筛查与干预,同时结合慢性病特征给予住院老年患者个性化的健康指导,如有效锻炼、避免久坐、增加生理储备及认知训练等,延缓衰弱的发生发展。本研究以老年慢性病住院患者为研究对象且仅在两所医院开展调查,具有一定局限性,今后可扩展研究范围为制定更加全面的衰弱临床干预策略提供参考依据。

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)[2024-05-01]. <https://www.stats.gov.cn/tjsj/ndsj/qk05-01.html>

- gov.cn/sj/tjgb/rkpcgb/qgrkpcgb/202302/t20230206_1902005.html.
- [2] 胡依娜,冯颖,李红艳,等.不同区域老年住院病人衰弱现状及其影响因素[J].循证护理,2025,11(4):660-669.
- [3] 徐任菊,朱昱旋,朱曼莉,等.基于慢性病轨迹模式的活动期类风湿关节炎衰弱病人护理管理方案的构建[J].护理研究,2025,39(18):3048-3058.
- [4] 郭雅乐,李军文,王兆兰,等.中国住院老年病人衰弱现状及影响因素的 Meta 分析[J].全科护理,2023,21(29):4045-4050.
- [5] 周白瑜,于普林.重视老年人衰弱防治研究[J].中国临床保健杂志,2023,26(1):1-6.
- [6] WORD HEALTH ORGANIZATION. ICD-11 Reference Guide[EB/OL]. (2023-02-16). <https://icdcdn.who.int/icdiireferenceguide/en/ml/index.html>.
- [7] ABELLAN VAN KAN G, ROLLAND Y, BERGMAN H, et al. The I. A. N. A Task Force on frailty assessment of older people in clinical practice[J]. J Nutr Health Aging, 2008, 12(1): 29-37.
- [8] LI J, LIU P, ZHANG Y, et al. Development of the Clinical pPhysical rEsilience assEssment Scale (CHEES) in Chinese Older Adults[J]. J Frailty Aging, 2024, 13(2): 125-130.
- [9] GIFFORD KA, LIU DD, ROMANO R 3RD, et al. Development of a subjective cognitive decline questionnaire using item response theory: a pilot study[J]. Alzheimers Dement (Amst), 2015, 1(4): 429-439.
- [10] 郝立晓,胡笑晨,韩璿,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.
- [11] WILSON M G, THOMAS D R, RUBENSTEIN L Z, et al. Appetite assessment: simple appetite questionnaire predicts weight loss in community-dwelling adults and nursing home residents[J]. Am J Clin Nutr, 2005, 82(5):1074-1081.
- [12] 罗瑶,方荣华.老年住院患者衰弱现状及影响因素分析[J].成都医学院学报,2025,20(5):862-864.
- [13] 屈伟,袁晓宇,刘毅.政策工具视角下省级健康规划中的老年健康政策分析[J].中国卫生事业管理,2025,42(10):1191-1195.
- [14] 吴丽娇,俞静,陈妹,等.老年住院患者生理性衰弱影响因素分析[J].南京医科大学学报:自然科学版,2023,43(10):1418-1422.
- [15] 王丽娜,周晓萍,周苹,等.营养状况对老年维持性血液透析病人衰弱风险的预测价值[J].循证护理,2025,11(17):3653-3657.
- [16] 张玉莲,牛亚琦,王丹,等.2019年ICFSR国际临床实践指南解读及对我国老年人衰弱识别及管理的启示[J].护理研究,2020,34(14):2433-2436.
- [17] 蒋燕,陆叶,储爱琴,等.老年人久坐行为干预方法研究进展[J].护理研究,2023,37(5):879-882.
- [18] 马雪,韩小云,吴智水,等.社区老年人久坐时间与认知衰弱的相关性分析[J].医学理论与实践,2025,38(5):866-869.
- [19] ORGANIZATION W H. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour[M]. World Health Organization, 2020:4-11.
- [20] HADLEY E C, KUCHEL G A, NEWMAN A B. Report: NIA workshop on measures of physiologic resiliencies in human aging[J]. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 2017, 72(7):980-990.
- [21] 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.
- [22] 王芸,周梅芳,陈斯霞,等.腹膜透析患者主观认知下降现状及其与衰弱的相关性研究[J].军事护理,2023,40(8):49-52.
- [23] JESSEN F, AMARIGLIO R E, VAN BOXTEL M, et al. A conceptual framework for research on subjective cognitive decline in preclinical Alzheimer's disease [J]. Alzheimers Dement, 2014, 10(6):844-852.
- [24] 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.
- [25] 吴星辰,丁西平,乔华双,等.老年住院患者营养不良的影响因素及营养不良与衰弱的相关性研究[J].中国临床保健杂志,2025,28(2):244-247.
- [26] 高旭妍,刘盼,李静,等.饮食模式与老年衰弱综合征的研究进展[J].中华老年多器官疾病杂志,2025,24(3):229-232.

收稿日期:2025-09-18;修回日期:2025-11-10

(本文编辑 覃黎黎)