

·论著·

老年轻度认知障碍患者的衰弱现状及影响因素

杨路静¹, 范雪², 张旭东¹

作者单位
1. 首都医科大学附属北京友谊医院神
经内科
北京 100050
2. 北京大学医学部
北京 100191
收稿日期
2022-09-12
通讯作者
张旭东
zhangxudong0320
@163.com

摘要 **目的:**调查老年轻度认知障碍(MCI)患者的衰弱现状及影响因素。**方法:**便利抽取老年MCI患者572例,分别应用一般资料调查表、蒙特利尔认知评估量表北京版(MoCA-B)、衰弱(FRAIL Scale)量表、日常生活活动力量表(ADL)、领悟社会支持量表(PSSS)及老年抑郁量表30项版(GDS-30)对老年MCI患者的一般人口学资料、认知功能情况、生活方式及社会心理情况进行问卷调查,并采用多元Logistic回归分析研究其影响因素。**结果:**我国老年人MCI发生率较高,其发病与年龄、性别、遗传、生活方式和受教育程度有关;老年MCI患者发生继衰弱及衰弱前期的发生率较高,老年MCI患者衰弱发生率为13.64%,轻度衰弱发生率为28.67%。经Logistic回归分析显示,孤独、抑郁负面情绪、睡眠障碍、合并慢性病是老年MCI患者衰弱的危险因素($P<0.05$),而较高的文化程度、经常体育锻炼、益智类游戏及社会支持是老年MCI的衰弱患者的保护因素($P<0.05$)。**结论:**我国老年MCI患者合并衰弱的发生率较高,医务人员在老年MCI患者的综合评估的基础上应注重衰弱的评估,并根据其危险因素有针对性地预防和延缓老年MCI的认知衰退的发生发展。

关键词 轻度认知障碍;衰弱;认知功能;影响因素

中图分类号 R741;R742;R743 **文献标识码** A **DOI** 10.16780/j.cnki.sjssgncj.20220830

本文引用格式:杨路静, 范雪, 张旭东. 老年轻度认知障碍患者的衰弱现状及影响因素[J]. 神经损伤与功能重建, 2023, 18(2): 68-71, 102.

Cognitive Weakness and Its Influencing Factors in Elderly Patients with Mild Cognitive Impairment YANG Lu-jing¹, FAN Xue², ZHANG Xu-dong¹. 1. Department of Neurology, Beijing Friendship Hospital Affiliated to Capital Medical University, Beijing 100050, China; 2. Peking University School of Medicine, Beijing 100191, China

Abstract **Objective:** To investigate the current status and influencing factors of cognitive weakness in elderly patients with mild cognitive impairment (MCI). **Methods:** Convenience sampling was used to recruit 572 patients diagnosed as old-age MCI. The General Data Questionnaire, Montreal Cognitive Assessment Scale Beijing version (MoCA-B), FRAIL Scale, Activities of Daily Living Scale (ADL), Perceptive Social Support Scale (PSSS), and 30-item Geriatric Depression Scale (GDS-30) were used to investigate the general demographic data, cognitive function, lifestyle, and psychosocial status of elderly patients with MCI, and multiple Logistic regression analysis was used to study the influencing factors of it. **Results:** There was a high incidence of MCI in the elderly in China. The incidence was related to age, sex, heredity, lifestyle, and education level. The incidence rates of subsequent frailty and pre-frailty in elderly MCI patients were high. The incidence of frailty in elderly MCI patients was 13.64%, and the incidence of mild frailty was 28.67%. Logistic regression analysis showed that loneliness, depression, sleep disorders, and chronic diseases were risk factors for frailty in elderly patients with MCI ($P<0.05$), while higher education level, regular physical exercise, intellectual games, and social support were protective factors ($P<0.05$). **Conclusion:** The incidence rate of frailty in elderly patients with MCI is high, suggesting that medical staff should be attentive to frailty evaluation in addition to the comprehensive evaluation of elderly patients with MCI, and prevent and delay the occurrence and development of cognitive decline in elderly patients with MCI according to their risk factors.

Keywords mild cognitive impairment; frailty; cognitive function; influencing factors

老年痴呆是老年期常见的慢性神经系统疾病,常见阿尔兹海默病(Alzheimer's disease, AD)、血管性痴呆及混合性痴呆^[1]。主要以认知障碍、记忆力减退、反应迟钝及行为能力受限等为主要表现,严重危害老年人的健康^[2,3]。我国老年痴呆患者人数约占全球痴呆患者总数的25%,居全球第一^[4]。轻度认知功能障碍(mild cognitive

impairment, MCI)是指尚未达痴呆诊断标准且具备基本正常功能性活动,被认为是正常认知老化和早期痴呆间的一种认知损伤状态,多表现为抑郁、淡漠、焦虑、易怒等不稳定的过渡状态,且作为神经系统退行性病变的前兆,具有较高风险发展为痴呆,具有一定可逆性^[5]。随着MCI和衰弱逐渐成为老年医学研究的热点,两者之间的作用也逐渐受到关

注。国外研究报道称老年人的衰弱与认知障碍共存会加剧躯体及认知功能水平的下降,并形成恶性循环^[6]。衰弱老年人的认知功能障碍发病率显著高于正常老年人,且更易诱发多种不良健康结局事件,也是导致老年人失能的常见原因^[7]。故本研究调查老年MCI患者的衰弱现状,并从人口学资料、疾病相关、生活方式、社会心理等方面探索衰弱与MCI的关系及相关危险因素,为老年MCI患者早期识别衰弱及制定针对性预防措施提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究便利抽取2018年3月至2021年3月期间于北京某三甲医院神经内科门诊确诊为老年MCI的572例患者进行问卷调查。本研究经首都医科大学附属北京友谊医院伦理委员会审核批准(科伦[215])。

纳入标准:①年龄60~85岁;②蒙特利尔认知评估量表北京版(Montreal Cognitive Assessment Scale Beijing, MoCA-B)得分<26分,临床痴呆评定量表得分 ≤ 0.5 分^[8];③不符合老年痴呆症诊断标准^[9];④能理解并回答问卷的全部内容,有独立读写能力或在调查员帮助下能顺利完成调查问卷;⑤所有对象均自愿参加本研究并签署知情同意书。

排除标准:①失明、失聪、失语者;②有脑卒中病史或严重脑外伤病史;③有严重躯体功能障碍、需长期使用轮椅或完全失能者;④患抑郁症等精神疾病或有既往神经系统疾病史者;⑤过去6个月内确定为镇静或精神类药物依赖者。

1.2 方法

1.2.1 问卷调查 ①一般人口学资料调查表:根据研究目的自行编制问卷,其内容包括患者的性别、年龄、婚姻状况、文化水平、睡眠、抑郁情绪及慢性疾病情况等。问卷内容效度=0.84, Cronbach's α =0.85。②MoCA-B^[10]:对MCI进行快速筛查的评估工具,评定的认知领域包括注意与集中、执行功能、记忆、语言、视结构技能、抽象思维以及计算和定向力,量表总分为30分, ≥ 26 分为正常值。③衰弱(FRAIL)量表:该量表以衰弱表型(FP)和衰弱指数为基础^[11],根据健康状况简表(SF-36)的部分条目以及体质量下降和共患病情况,包括:疲劳,耐力,行走能力,1年来体质量下降情况,患慢性病情况。总分范围为0~5分,0分为无衰弱,1~2分为衰弱前期, ≥ 3 分为衰弱。此量表的Cronbach's α 系数=0.901^[12]。④简明老年抑郁量表

(Geriatric Depression Scale, GDS-5)^[13]:在GDS-15上简化而来,用于筛查老年人抑郁的情绪。共有5个条目,总分0~5分,得分越高抑郁情绪越严重, ≥ 2 分可推断存在抑郁情绪。具有较强的敏感性和特异性,分别为94%与81%,该量表的Cronbach's α 系数=0.682^[14]。⑤日常生活能力量表(Activity of Daily Living Scale, ADL)^[15]用于评估老年患者的日常生活能力,包括生活自理量表和工具性日常生活能力2个维度,总分14~56分;14分为完全正常,15~21分为轻中度活动功能障碍, ≥ 22 分为重度躯体活动功能障碍,其Cronbach's α 系数=0.75^[16]。⑥领悟社会支持量表(perceived social support scale, PSSS)^[17]:广泛应用于社会支持的研究领域,内容涵盖家庭支持、朋友支持和其他支持3个维度。总分越高,则个体的社会支持度越高。总分12~36分为低支持状态,37~60分为中支持状态,61~84分为高支持状态。该量表具有良好的信效度,其内部一致性系数为0.93,分量表中家庭支持的内部一致性信度为0.83、朋友支持及其他支持的内部一致性信度分别为0.82、0.76,均已达到心理测量学的金标准^[18]。

1.2.2 质量控制 研究者对国内外相关文献进行查阅并咨询相关领域专家,筛选出信效度高的量表,自行设计临床一般资料问卷。严格按照纳入及排除标准进行问卷调查。由课题负责人对课题组人员进行统一培训,现场发放问卷,采取匿名作答方式,填写完毕后由调查人员对问卷进行现场收回,并审查是否有遗漏项目,若有遗漏及时补充后再次收回。录入时由双人再次核查问卷,将缺失条目 $> 10\%$ 的无效问卷剔除,将整版答案选项相同的问卷剔除。使用Excel对有效问卷进行依次录入建立数据库,设定取值范围,由双人次核对,确保录入的数据有效无误。

1.3 统计学分析

采用统计学软件SPSS 26.0进行分析,符合正态分布以及方差齐性的计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示;计数资料以频数或百分比进行描述;组间比较采用 t 检验和Fisher精确检验,衰弱影响因素采用Logistic逐步回归分析法进行多因素分析; $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 不同特征的老年MCI患者发生衰弱的情况比较

在572例MCI老年患者中,老年MCI衰弱患者78例,衰弱发生率为13.64%;符合轻度衰弱的164例,轻度衰弱发生率为28.67%。老年MCI患者的年龄、文化程度、当前居住地、婚姻状况、睡眠情况、体育运动、益

智类活动、慢性病情况、孤独、抑郁情绪、医疗支付方式及不同社会支持水平差异均具有统计学意义($P<0.05$),见表1。

2.2 影响老年MCI者衰弱因素的Logistic回归分析

影响老年MCI者衰弱因素分析见表2。

3 讨论

3.1 老年MCI患者的衰弱的现状分析

研究显示,MCI与衰弱之间存在交互作用,即衰弱的老年人更易发生MCI,反之MCI也会加速机体衰弱的进展,并形成恶性循环^[19]。本研究结果显示,老年MCI患者的衰弱发生率为13.64%,其衰弱情况不容乐观。本研究与学者田鹏等^[20]系统评价中国老年社区人群衰弱的发生率12.8%相近,意味着每10个老年人中就有1人衰弱。既往研究证实处于衰弱前期的老年人较无衰弱老年人发展为衰弱状态的风险增加5倍^[21]。本研究中老年

表1 不同特征的老年MCI患者发生衰弱的情况比较[例(%)]

项目	例数		无衰弱	衰弱前期	认知衰弱	F/t值	P值
性别	男	288	162(56.25)	85(29.51)	41(14.24)	5.682	>0.05
	女	284	168(59.15)	79(27.82)	37(13.03)		
年龄/岁	60~64	79	65(82.28)	10(12.66)	4(5.06)	4.923	<0.05
	65~69	113	60(53.10)	47(41.59)	6(5.31)		
	70~74	193	101(52.33)	72(37.31)	20(10.36)		
	75~85	187	58(31.02)	75(40.11)	54(28.87)		
文化程度	文盲	109	54(49.54)	35(32.11)	20(18.35)	3.587	<0.05
	小学	207	117(56.52)	64(30.92)	26(12.56)		
	初中	115	75(65.22)	28(24.35)	12(10.43)		
	高中/中专	85	55(64.71)	17(20.00)	13(15.29)		
当前居住地	大专及以上	56	39(69.64)	12(21.43)	5(8.93)	8.483	<0.05
	城镇	440	233(52.95)	129(29.32)	78(17.73)		
当前居住状况	乡村	132	82(62.12)	33(25.00)	17(12.88)	1.256	>0.05
	同家人居住	470	286(60.85)	125(26.60)	59(12.55)		
婚姻状况	独居或其他	102	53(51.96)	35(34.31)	14(13.73)	1.873	<0.05
	配偶健在	384	258(57.19)	93(24.22)	33(8.59)		
睡眠情况	离异或丧偶	188	80(42.55)	71(37.77)	37(19.68)	7.635	<0.05
	正常	205	112(54.63)	75(36.59)	18(8.78)		
体育运动	失眠	367	145(39.51)	146(39.78)	76(20.71)	0.479	<0.05
	从不	100	39(29.00)	30(30.00)	41(41.00)		
	偶尔	198	167(84.34)	16(8.08)	15(7.58)		
益智类活动	经常	274	245(89.42)	23(8.39)	6(2.19)	2.179	<0.05
	从不	149	122(81.88)	8(5.37)	19(12.75)		
	偶尔	258	221(85.66)	21(8.14)	16(6.20)		
慢性疾病情况	经常	165	156(94.55)	7(4.24)	2(1.21)	2.976	<0.05
	无慢性疾病	134	128(95.52)	3(2.24)	3(2.24)		
	合并1种	78	69(88.46)	6(7.69)	3(3.85)		
孤独、抑郁等情绪	合并多种	360	302(83.89)	28(7.78)	30(8.33)	5.67	<0.05
	是	390	335(85.90)	27(6.92)	28(7.18)		
医疗支付方式	否	182	175(96.15)	4(2.20)	3(1.65)	3.214	<0.05
	自费	18	10(55.56)	5(27.77)	3(16.67)		
	公费	61	49(80.33)	9(14.75)	3(4.92)		
	医保	456	269(59.00)	123(26.97)	64(14.03)		
社会支持状况	新农合	37	17(45.95)	14(37.84)	6(16.21)	2.459	<0.05
	高支持	435	376(86.43)	29(6.67)	30(6.90)		
	中支持	88	57(64.77)	17(19.32)	14(15.91)		
	低支持	49	14(28.57)	19(38.78)	16(32.65)		

注:“偶尔”表示每月至少1次,“经常”表示每周至少1次

表2 影响老年MCI者衰弱因素的Logistic回归分析

变量	回归系数	Wald χ^2	标准误	P值	OR	95%CI
常数项	12.864	53.279	4.286	0.001	-	-
文化程度	-0.676	10.074	0.217	0.001	0.509	0.367 ~ 0.759
合并慢性疾病状况	0.764	5.975	0.278	0.028	2.363	1.364 ~ 4.128
睡眠障碍	0.754	5.49	0.301	0.041	2.189	1.078 ~ 3.976
孤独抑郁情绪	1.235	9.468	0.327	0.001	2.478	1.589 ~ 5.497
体育活动	-1.297	19.786	0.186	0.001	0.328	0.207 ~ 0.564
益智类活动	-1.436	8.864	0.358	0.004	0.264	0.357 ~ 0687
社会支持水平	0.327	11.297	0.231	0.001	7.276	0.358 ~ 0.629

注:年龄赋值:60~64=1,65~69=2,70~74=3,75~85=4;文化程度赋值:文盲=1,小学=2,初中=3,高中/中专=4,大专及以上=5;居住情况赋值:独居或其他=0,同家人居住=1;婚姻状况赋值:离异或丧偶=0,配偶健在=1;医疗支付方式赋值:自费=1,公费=2,医保=3,新农合=4;合并慢性疾病状况赋值:无=0,一种=1,多种=2;睡眠情况赋值:否=0,是=1;孤独抑郁情绪赋值:否=0,是=1;体育活动赋值:从不=1,偶尔=2,经常=3;益智类活动:从不=1,偶尔=2,经常=3;社会支持水平赋值:低支持=1,中支持=2,高支持=3;n=572。

MCI患者符合轻度衰弱的有164例(28.67%),且轻度衰弱发生率为远超衰弱患者的发生率78(13.64%)。因此,医护人员应做好衰弱前期与衰弱的筛查,以早期识别和及时预防老年人MCI和衰弱的发生。

3.2 老年MCI患者的衰弱的多元影响因素分析

本研究显示,年龄、文化程度、当前居住地、婚姻状况、睡眠情况、体育运动、益智类活动、慢性病情况、孤独、抑郁情绪、医疗支付方式及不同社会支持水平是老年MCI患者衰弱的重要影响因素。年龄越大的老年MCI患者越容易出现衰弱($P<0.05$);文化水平低、离异独居的老年MCI患者更易发生衰弱($P<0.05$);参加体育锻炼及益智类游戏的频率越高,其衰弱发生率越低($P<0.05$);老年人患慢性病种类越多,发生认知衰弱的风险越大($P<0.05$);存在失眠、孤独、抑郁等负性情绪的老年患者更易发生衰弱($P<0.05$);差社会支持水平越高老年MCI患者的衰弱发生率越低,差异均有统计学意义($P<0.05$)。

其中孤独、抑郁等负性情绪是老年MCI患者衰弱的重要危险因素。抑郁情绪不仅极大地降低了老年人对进食、体育锻炼、益智游戏及社交活动的兴趣,还加大了其机体营养不良、睡眠质量及躯体活动量下降及慢性病增加的风险,从而导致衰弱和不良结局的发生^[22]。此外,合并抑郁症状的MCI患者存在更严重的认知功能缺陷^[23],且随着时间推移,抑郁症状会继续加重MCI患者认知功能的损伤程度。良好的社会支持能提供情绪和陪伴支持,满足其情感依赖和精神需求^[24]。此外,鼓励该人群补充营养、积极参与有氧运动和渐进性抗阻训练,不仅可以改善老年MCI者下肢躯体功能状态还利于改善焦虑抑郁等负面情绪。同时还可提高患者自信心及对自身疾病的把控感,从而消除其对疾病向

未知方向发展的不确定性而造成的焦虑情绪,使其更好地发挥出对自身疾病的自我管理,提高主观能动性^[25]。有报道称家庭将作为老年MCI患者社会支持的主要力量,和谐的家庭氛围及代际间的关爱也能一定程度上减少了老年MCI的负性情绪及心理负担。尤其在延缓老人衰弱、认知衰退等负性事件时发挥重要作用^[26]。

综上所述,老年MCI患者发生继衰弱及衰弱前期的发生率较高,其危险因素主要有孤独、抑郁负面情绪、睡眠障碍、合并慢性病,而较高的文化程度、经常体育锻炼、益智类游戏及社会支持是老年MCI的衰弱患者的保护因素。因此,呼吁社会养老和医疗机构部门完善并针对老年MCI患者群体的防治等健康宣传知识,并重视对老年MCI的患者认知功能及衰弱的评估。通过社会角度予以患者多方面帮助,从而增强社会支持其对不良心理状态的抑制作用,促进患者自我情绪的调整和健康行为的培养。并有针对性地预防和延缓社区老年MCI患者衰弱情况的发生发展,延缓老年痴呆患者认知衰退的进程,并优化其生活质量。

参考文献

[1] 宗华. 阿姆斯特丹阿尔茨海默病中心主任 Philip Scheltens:2020 阿尔茨海默病协会国际会议亮点解读[J]. 科学新闻, 2020, 5: 41-42.

[2] 谢其鑫. 阿尔茨海默疾病经济负担及承担主体责任研究[D]. 北京中医药大学, 2019.

[3] 张惠玲, 钟冬灵, 李涓, 等. 中国老年轻度认知障碍患病率的系统评价[J]. 中国循证医学杂志, 2020, 20: 17-25.

[4] Dos Santos SB, Rocha GP, Fernandez LL, et al. Association of Lower Spiritual Well-Being, Social Support, Self-Esteem, Subjective Well-Being, Optimism and Hope Scores With Mild Cognitive Impairment and Mild Dementia[J]. Front Psychol, 2018, 9: 371.

[5] 史路平, 姚水洪, 王薇. 中国老年人群轻度认知障碍患病率及发展趋势的Meta分析[J]. 中国全科医学, 2022, 25: 109-114.

[6] 马雅军, 刘惠, 胡志灏, 等. 认知衰弱的研究进展[J]. 中国全科医学, 2019, 22: 1778-1783.

参考文献

[1] Kerber KA, Callaghan BC, Telian SA, et al. Dizziness symptom type prevalence and overlap:a US nationally representative survey[J]. Am J Med, 2017, 130: 1465.

[2] Kim SK, Kim YB, Park IS, et al. Clinical analysis of dizzy patients with high levels of depression and anxiety[J]. J Audiol Otol, 2016, 20: 174-178.

[3] 刘永胜, 朱欣茹, 汤勇, 等. 前庭综合征患者伴发焦虑抑郁情绪的调查[J]. 中华耳科学杂志, 2019, 17: 818-822.

[4] 冉文静, 张琪, 冯雪, 等. 认知行为疗法在颞下颌关节紊乱病中的应用进展[J]. 中国实用护理杂志, 2020, 36: 2238-2241.

[5] Peñacoba C, González MJ, Santos N, et al. Psychosocial predictors of affect in adult patients undergoing orthodontic treatment[J]. Eur J Orthod, 2014, 36: 93-98.

[6] Wenzel A. Basic Strategies of Cognitive Behavioral Therapy[J]. Psychiatr Clin North Am, 2017, 40: 597-609.

[7] 袁庆, 史冬梅, 余力生, 等. 不同周围性眩晕疾病患者焦虑/抑郁状态的比较[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2015, 29: 729-732.

[8] 蒋黎娜, 于倩如, 于杰, 等. 前庭性眩晕疾病患者焦虑和抑郁状况研究[J]. 山东大学耳鼻喉眼学报, 2020, 34: 1-5.

[9] Petri M, Chirilă M, Bolboacă SD, et al. Health-related quality of life and disability in patients with acute unilateral peripheral vestibular disorders[J]. Braz J Otorhinolaryngol, 2017, 83: 611-618.

[10] Zhu C, Li Y, Ju Y, et al. Dizziness handicap and anxiety depression among patients with benign paroxysmal positional vertigo and vestibular migraine[J]. Medicine (Baltimore), 2020, 99: e23752.

[11] Kozak HH, Dündar MA, Uca AU, et al. Anxiety, Mood, and Personality Disorders in Patients with Benign Paroxysmal Positional Vertigo[J]. Noro Psikiyatr Ars, 2018, 55: 49-53.

[12] 李非田, 戴春富. 外周性眩晕并发焦虑的神经生物学机制[J]. 中国眼耳鼻喉科杂志, 2018, 18: 134-136, 141.

[13] 孙慧, 万秀明, 贾庆霞, 等. 良性阵发性位置性眩晕患者合并抑郁焦虑研究进展[J]. 中国老年学杂志, 2017, 37: 2594-2596.

[14] 李康之, 凌霞, 申博, 等. 持续性姿势-感知性头晕[J]. 神经损伤与功能重建, 2018, 13: 300-302, 310.

[15] 梅俊华, 陈国华, 张忠文, 等. 持续性姿势-感知性头晕患者神经心理特征[J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2019, 28: 837-841.

[16] 张田, 喻国冻, 顾平, 等. 心理干预联合前庭康复训练对合并焦虑抑郁的前庭神经炎患者疗效观察[J]. 中外医学研究, 2020, 18: 169-172.

[17] 陈敏芬. 奥卡西平与卡马西平对前庭阵发症的疗效及安全性比较[D]. 山西医科大学, 2019.

[18] 邢英姿, 裴建军, 孙玉涛, 等. 突聋伴眩晕患者焦虑和抑郁状态的临床研究[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2017, 31: 1919-1922.

[19] 杨明, 段作伟, 张新江, 等. 西酞普兰与前庭康复训练联合认知行为疗法治疗慢性主观性头晕的临床疗效观察[J]. 西部医学, 2018, 30: 888-891.

[20] Holmberg J, Karlberg M, Harlacher U, et al. One-year follow-up of cognitive behavioral therapy for phobic postural vertigo[J]. J Neurol, 2007, 254: 1189-1192.

[21] 李旭, 屈盛, 张尚荣, 等. 良性阵发性位置性眩晕的认知行为治疗[J]. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志, 2017, 25: 338-340.

[22] 黎婉红, 胡永成, 陈国锋, 等. 认知行为疗法干预对不同类型良性阵发性位置性眩晕患者复位后焦虑(抑郁)的影响[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2018, 39: 2033-2036.

[23] 邢娟丽, 韩鹏, 徐宁, 等. 认知行为疗法对围绝经期良性阵发性位置性眩晕患者心理的影响[J]. 北京医学, 2018, 40: 1036-1039.

[24] Yu YC, Xue H, Zhang YX, et al. Cognitive Behavior Therapy as Augmentation for Sertraline in Treating Patients with Persistent Postural-Perceptual Dizziness[J]. Biomed Res Int, 2018, 2018: 8518631.

[25] 屠静. 前庭康复训练联合认知行为疗法对慢性主观性头晕的疗效观察[D]. 苏州大学, 2017.

[26] Edelman S, Mahoney AE, Cremer PD. Cognitive behavior therapy for chronic subjective dizziness: a randomized, controlled trial[J]. Am J Otolaryngol, 2012, 33: 395-401.

[27] E J Mahoney A, Edelman S, D Cremer P. Cognitive behavior therapy for chronic subjective dizziness: longer-term gains and predictors of disability[J]. Am J Otolaryngol, 2013, 34: 115-120.

[28] 孙凤丽, 张培莉, 单希征, 等. 认知行为疗法对前庭性偏头痛患者焦虑抑郁情绪的影响[J]. 中国健康心理学杂志, 2016, 24: 1216-1219.

[29] 杨明. 用认知行为疗法联合氟桂利嗪治疗前庭性偏头痛的效果探讨[J]. 当代医药论丛, 2017, 15: 43-44.

[30] 严钢莉, 黎逢光, 李朝武, 等. 认知行为治疗对急性前庭神经炎合并焦虑抑郁状态的疗效评估[J]. 神经损伤与功能重建, 2019, 14: 477-478, 486.

(本文编辑:唐颖馨)

(上接第 71 页)

[7] 郑静, 陈申, 崔焱. 机构老年人衰弱与轻度认知障碍的相关性研究[J]. 实用老年医学, 2019, 33: 206-208.

[8] 郭佳翔. 蒙特利尔认知评估量表中文版的初步应用[D]. 北京: 北京协和医学院, 2011.

[9] 李莹, 钱美齐, 邱雪. 阿尔兹海默症生物标志物和早期诊断新技术[J]. 分析测试学报, 2022, 41: 553-561.

[10] 邵文丽, 赵玲, 吴凡, 等. 蒙特利尔认知评估量表在老年神经认知障碍中的诊断价值[J]. 中国老年学杂志, 2021, 41: 3551-3554.

[11] 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: 29-37.

[12] 韩君, 王君俏, 谢博钦, 等. Fried 衰弱表型和 FRAIL 量表及埃德蒙顿衰弱评估量表在社区高龄老年人衰弱筛查中一致性和适用性的比较研究[J]. 中国全科医学, 2021, 24: 2669-2675.

[14] Hoyl MT, Alessi CA, Harker JO, et al. Development and testing of a five-item version of the geriatric depression scale[J]. J Am Geriatr Soc, 1999, 47: 873-878.

[15] Rinaldi P, Mecocci P, Benedetti C, et al. Validation of the five-item geriatric depression scale in elderly subjects in three different settings[J]. J Am Geriatr Soc, 2003, 51: 694-698.

[15] Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living[J]. Gerontologist, 1969, 9: 179-186.

[16] 陈玲, 杨连招, 陆静钰, 等. 南宁市社区老年高血压患者轻度认知障碍现状及影响因素研究[J]. 中华护理教育, 2022, 19: 566-571.

[17] Pushkarev GS, Zimet GD, Kuznetsov VA, et al. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS): Reliability and Validity of Russian Version[J]. Clin Gerontol, 2020, 43: 331-339.

[18] 张帆, 朱树贞, 邓平基. 领悟社会支持量表在国内住院病人社会支持研究中的应用评价[J]. 护理研究, 2018, 32: 2048-2052.

[19] 郝单单, 李放. 衰弱与认知损害相关性研究进展[J]. 首都医科大学学报, 2017, 38: 406-410.

[20] 田鹏, 杨宁, 郝秋奎, 等. 中国老年衰弱患病率的系统评价[J]. 中国循证医学杂志, 2019, 19: 656-664.

[21] 王洁, 莫永珍, 史青凌, 等. 社区老年人衰弱与认知功能的相关性分析[J]. 护理研究, 2019, 33: 832-835.

[22] 史亚楠, 官慧敏, 孙秋华. 老年轻度认知障碍患者抑郁情绪对工具性日常生活能力的影响[J]. 预防医学, 2018, 30: 221-225.

[23] Medrano-Martínez P, Ramos-Platón MJ. Alteraciones cognitivas y emocionales en el insomnio crónico [Cognitive and emotional alterations in chronic insomnia][J]. Rev Neurol, 2016, 62: 170-178.

[24] 刘森, 马春, 李淑玲, 等. 生活方式与老年轻度认知障碍的关系[J]. 中国老年学杂志, 2021, 41: 665-669.

[25] 王甜甜, 封蔚彬, 周桂娟, 等. 老年轻度认知障碍康复治疗研究进展[J]. 中国老年学杂志, 2022, 42: 1773-1778.

[26] 赵涵, 向远, 裴丽君. 老年人多维度社会参与和家庭交往与抑郁情绪发生风险的关联研究[J]. 人口与发展, 2021, 27: 110-122.

(本文编辑:唐颖馨)