· 疾病控制 ·

前进区老年厌食症现况调查

张帆[1]，董晓红[2]

1.黑龙江中医药大学第一临床医学院，黑龙江 哈尔滨 150040；2.黑龙江中医药大学佳木斯学院，黑龙江 佳木斯 154007

摘要：目的 了解黑龙江省佳木斯市前进区老年厌食症检出情况及其影响因素，为制定老年厌食症早期识别与干预措施提供依据。**方法** 于2025年9月，采用方便抽样方法抽取黑龙江省佳木斯市前进区社区≥60岁老年人为调查对象，通过问卷调查收集人口学信息、健康状况和身体活动等资料；采用膳食多样性评分、简体版改良Barthel指数和中文版简版老年抑郁量表分别评估膳食多样性、日常生活活动能力和抑郁症状。采用简化营养食欲问卷评估老年厌食症，采用多因素logistic回归模型分析老年厌食症的影响因素。**结果** 发放问卷300份，回收有效问卷295份，问卷有效率为98.33%。调查男性137人，占46.44%；女性158人，占53.56%。年龄以60~<70岁为主，138人占46.78%。检出老年厌食症94人，检出率为31.86%。多因素logistic回归分析结果显示，年龄≥80岁（*OR*=8.230，95%*CI*：1.492~45.395）、独自用餐（*OR*=29.692，95%*CI*：5.183~170.082）、咀嚼困难（*OR*=6.047，95%*CI*：1.508~24.244）、吞咽困难（*OR*=22.083，95%*CI*：1.989~245.113）、慢性病数量≥2种（*OR*=10.119，95%*CI*：1.668~61.388）和抑郁症状得分高（*OR*=2.796，95%*CI*：1.666~4.693）的社区老年厌食症风险较高；从事脑力劳动工作（*OR*=0.272，95%*CI*：0.074~0.995）、偶尔身体活动（*OR*=0.151，95%*CI*：0.028~0.827）、膳食多样性得分高（*OR*=0.622，95%*CI*：0.473~0.818）和日常生活活动能力得分高（*OR*=0.748，95%*CI*：0.605~0.925）的社区老年厌食症风险较低。**结论** 前进区老年厌食症检出率较高，受到年龄、独自用餐、生理功能、慢性病数量、抑郁症状、身体活动频率、膳食多样性和日常生活活动能力等影响。

关键词：老年厌食症；社区；影响因素

中图分类号：R195 **文献标识码：**A **文章编号：**2096-5087（2026）02-0171-05

Current status of anorexia of aging in Qianjin District

ZHANG Fan[1], DONG Xiaohong[2]

1.The First Clinical Medical College, Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin, Heilongjiang 150040, China;

2.Jiamusi College of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Jiamusi, Heilongjiang 154007, China

Abstract: Objective To investigate the current status of anorexia of aging and its influencing factors in Qianjin District, Jiamusi City, Heilongjiang Province, so as to provide the evidence for developing early identification and intervention programs for anorexia of aging. **Methods** In September 2025, a convenient sampling method was used to select community-dwelling elderly aged ≥60 years in Qianjin District, Jiamusi City, Heilongjiang Province as survey subjects. Demographic information, health status, and physical activity were collected through questionnaire survey. Dietary diversity, activities of daily living, and depressive symptoms were assessed using the Dietary Diversity Score, Simplified Modified Barthel Index, and Chinese Version of Short Form Geriatric Depression Scale, respectively. The Simplified Nutritional Appetite Questionnaire was used to assess anorexia of aging. Multivariable logistic regression model was used to analyze the influencing factors for anorexia of aging. **Results** A total of 300 questionnaires were distributed, and 295 valid questionnaires were collected, with a valid response rate of 98.33%. There were 137 males (46.44%) and 158 females (53.56%). There were 138 people aged 60-<70 years (46.78%). A total of 94 people were detected with anorexia of aging, with a detection rate of 31.86%. Multivariable logistic regression analysis showed that the risk of anorexia of aging was higher in people aged ≥80 years (*OR*=8.230, 95%*CI*: 1.492-45.395), eating alone (*OR*=29.692, 95%*CI*: 5.183-

DOI：10.19485/j.cnki.issn2096-5087.2026.02.013

基金项目：黑龙江中医药大学研究生创新科研项目（2024yjscx019）

作者简介：张帆，硕士研究生在读，护理学专业

通信作者：董晓红，E-mail：448047898@qq.com

170.082), chewing difficulty (*OR*=6.047, 95%*CI*: 1.508-24.244), swallowing difficulty (*OR*=22.083, 95%*CI*: 1.989-245.113), number of chronic diseases ≥2 (*OR*=10.119, 95%*CI*: 1.668-61.388), and higher depressive symptom scores (*OR*=2.796, 95%*CI*: 1.666-4.693). The risk of anorexia of aging was lower in people engaged in mental work (*OR*=0.272, 95%*CI*: 0.074-0.995), occasional physical activity (*OR*=0.151, 95%*CI*: 0.028-0.827), higher dietary diversity scores (*OR*=0.622, 95%*CI*: 0.473-0.818), and higher activities of daily living scores (*OR*=0.748, 95%*CI*: 0.605-0.925). **Conclusion** The detection rate of anorexia of aging was relatively high in Qianjin District, which was mainly affected by age, eating alone, physiological function, number of chronic diseases, depressive symptoms, frequency of physical activity, dietary diversity, and activities of daily living.

Keywords: anorexia of aging; community; influencing factor

老年厌食症指伴随衰老出现的食欲进行性减退[1]，其病因复杂，涉及多种生理性、病理性及精神心理等因素，可导致非预期体重下降、营养不良和衰弱等不良健康结局，增加共病风险及全因死亡风险[2]。研究表明，全球24个国家老年厌食症总体患病率为29%，其中社区老年厌食症患病率为25%[3]，存在患病率较高、临床识别与干预不足的问题。第七次全国人口普查数据显示，2020年我国≥60岁人口达2.64亿，占18.7%[4]，人口老龄化加剧。早期筛查与干预可有效改善老年厌食症患者的营养状况与生活质量，并预防后续不良健康结局的发生[5]。本研究以黑龙江省佳木斯市前进区社区≥60岁老年人为调查对象，了解老年厌食症检出情况及其影响因素，为制定社区导向的早期识别与干预措施提供依据。

1 对象与方法

1.1 对象

于2025年9月，采用方便抽样方法抽取在前进区山水街道4个社区医院建档的老年人为调查对象。纳入标准：（1）年龄≥60岁；（2）意识清晰、沟通良好；（3）知情同意、自愿参加。排除标准：（1）患恶性肿瘤；（2）无法经口进食；（3）近3个月发生亲人突然离世等急性事件。根据 $N=(Z_{\alpha/2}/\delta)^2\times p\times(1-p)$ 计算样本量[6]，$\delta=0.2p$，$Z_{\alpha/2}$ 取值1.96，p=25%[3]，最小样本量为288人。本研究通过黑龙江中医药大学附属第一医院伦理委员会审查（HZYLLKT202402201）。

1.2 方法

1.2.1 一般资料调查

由经过统一培训的调查人员采用自行设计的调查问卷开展面对面调查，问卷内容包括：（1）人口学信息，性别、年龄、文化程度、配偶状况、工作类型、独自用餐和个人月收入；（2）健康状况与功能，排便功能、咀嚼功能、吞咽功能和慢性病数量等；（3）参加社群活动和身体活动频率。慢性病由调查对象自我报告经临床诊断的心血管系统、脑血管系统、内分泌系统、呼吸系统、消化系统、运动系统和泌尿系统疾病等疾病。参加社群活动指过去1个月内参加≥3人、有组织的活动，包括但不限于体育、文化和志愿活动等。根据过去1个月内平均每周活动情况，身体活动频率划分为从不活动（≤1次/周）、偶尔活动（2~4次/周）和经常活动（≥5次/周），以每次持续时间≥20 min为有效活动。

1.2.2 老年厌食症评估

采用WANG等[7]汉化的简化营养食欲问卷（Simplified Nutritional Appetite Questionnaire，SNAQ）评估老年厌食症。SNAQ由WILSON等[8]基于营养食欲问卷编制，用于评估食欲及预测体重减轻风险，在美国、日本和德国等国家已广泛运用于社区老年厌食症的筛查[9]。问卷包含食欲、饱腹感、食物味道和平均每日进餐次数4个条目，各条目采用5级计分，总分4~20分，得分≤14分判定为老年厌食症。该问卷的Cronbach's α 为0.694[10]。

1.2.3 膳食多样性评估

采用膳食多样性评分[11]评估膳食多样性。中国居民膳食指南将食物分为谷类及薯类、蔬菜类、水果类、禽畜肉类、奶类及奶制品、豆类及豆制品、蛋类、水产类及油脂类9类[12]，3 d内每消费1类食物计1分，总分0~9分，得分越高表示膳食多样性越好。

1.2.4 日常生活活动能力评估

采用简体版改良Barthel指数（Modified Barthel Index，MBI）评估日常生活活动能力。量表根据LEUNG等[13]发布的中文版MBI编制，共10个条目，包括进食、洗澡、个人卫生、更衣、如厕、排尿控制、排便控制7项自理性活动和床椅转移、行走、上下楼梯3项移动性活动，总分0~100分，得分越高表示日常生活活动能力越好。该量表的Cronbach's α 为0.929[14]。

1.2.5 抑郁症状评估

采用中文版简版老年抑郁量表评估过去1个月

内抑郁症状[15]。量表15个条目，10个正向条目回答“是”计1分，回答“否”计0分；条目1、5、7、11和13反向计分。总分0~15分，得分越高表示抑郁症状越明显。该量表的Cronbach's α为0.763[16]。

1.3 统计分析

采用Excel 2016软件录入和整理数据，采用SPSS 26.0软件统计分析。定量资料服从正态分布的采用均数±标准差（$\bar{x}\pm s$）描述，组间比较采用t检验；定性资料采用相对数描述，组间比较采用χ^2检验。采用多因素logistic回归模型分析老年厌食症的影响因素。检验水准α=0.05。

2 结 果

2.1 基本情况

发放问卷300份，回收有效问卷295份，问卷有效率为98.33%。调查男性137人，占46.44%；女性158人，占53.56%。60~<70岁138人，占46.78%；70~<80岁109人，占36.95%；≥80岁48人，占16.27%。中学及以上文化程度217人，占73.56%。有配偶197人，占66.78%。从事体力劳动工作172人，占58.31%。独自用餐90人，占30.51%。个人月收入≥3 000元157人，占53.22%。

2.2 有老年厌食症组和无老年厌食症组资料比较

检出老年厌食症94人，检出率为31.86%。有老年厌食症组和无老年厌食症组的年龄、文化程度、配偶状况、工作类型、独自用餐、排便困难、咀嚼困难、吞咽困难、慢性病数量、参加社群活动和身体活动频率比较，差异有统计学意义（均P<0.05）；有老年厌食症组膳食多样性得分、日常生活活动能力得分低于无老年厌食症组，抑郁症状得分高于无老年厌食症组（均P<0.05）。见表1。

表1 有老年厌食症组和无老年厌食症组基本资料比较

Table 1 Comparison of basic characteristics between with and without anorexia of aging

项目	有老年厌食症组	无老年厌食症组	χ^2/t值	P值
性别			0.172	0.708
男	42（44.68）	95（47.26）		
女	52（55.32）	106（52.74）		
年龄/岁			42.162	<0.001
60~<70	25（26.60）	113（56.22）		
70~<80	36（38.30）	73（36.32）		
≥80	33（35.11）	15（7.46）		
文化程度			5.327	0.021
小学及以下	33（35.11）	45（22.39）		
中学及以上	61（64.89）	156（77.61）		
配偶状况			58.266	<0.001
有	34（36.17）	163（81.09）		
无	60（63.83）	38（18.91）		
工作类型			6.673	0.011
体力劳动	65（69.15）	107（53.23）		
脑力劳动	29（30.85）	94（46.77）		
独自用餐			63.319	<0.001
是	58（61.70）	32（15.92）		
否	36（38.30）	169（84.08）		
个人月收入/元			2.278	0.135
<3 000	50（53.19）	88（43.78）		
≥3 000	44（46.81）	113（56.22）		
排便困难			35.969	<0.001
是	50（53.19）	38（18.91）		
否	44（46.81）	163（81.09）		
咀嚼困难			33.463	<0.001
是	42（44.68）	28（13.93）		
否	52（55.32）	173（86.07）		
吞咽困难			31.410	<0.001
是	21（22.34）	5（2.49）		
否	73（77.66）	196（97.51）		
慢性病数量/种			75.964	<0.001
0	9（9.57）	65（32.34）		
1	19（20.21）	99（49.25）		
≥2	66（70.21）	37（18.41）		
参加社群活动			40.365	<0.001
是	24（25.53）	131（65.17）		
否	70（74.47）	70（34.83）		
身体活动频率			43.624	<0.001
从不	43（45.74）	24（11.94）		
偶尔	35（37.23）	100（49.75）		
经常	16（17.02）	77（38.31）		
膳食多样性得分①	5.84±0.91	6.52±0.80	6.192	<0.001
日常生活活动能力得分①	96.65±5.51	99.43±1.95	6.364	<0.001
抑郁症状得分①	4.02±1.63	3.17±1.26	−4.464	<0.001

注：①采用$\bar{x}\pm s$描述，组间比较采用t检验；同列其他项采用n（%）描述，组间比较采用χ^2检验。

2.3 老年厌食症影响因素的多因素logistic回归分析

以老年厌食症为因变量（0=否，1=是），以表1中有统计学意义的变量为自变量，进行多因素logistic回归分析。结果显示，年龄≥80岁、独自用餐、咀

嚼困难、吞咽困难、慢性病数量≥2种和抑郁症状得分较高的社区老年厌食症风险较高；从事脑力劳动工作、偶尔身体活动、膳食多样性得分较高和日常生活活动能力得分较高的社区老年厌食症风险较低。见表2。

表2　前进区老年厌食症影响因素的多因素logistic回归分析

Table 2　Multivariable logistic regression analysis of factors affecting anorexia of aging in Qianjin District

变量	参照组	β	$s_{\bar{x}}$	Wald χ^2值	P值	OR值	95%CI
年龄/岁							
70~<80	60~<70	0.857	0.692	1.535	0.215	2.357	0.607~9.151
≥80		2.108	0.871	5.853	0.016	8.230	1.492~45.395
工作类型							
脑力劳动	体力劳动	−1.303	0.662	3.873	0.049	0.272	0.074~0.995
独自用餐							
是	否	3.391	0.891	14.499	<0.001	29.692	5.183~170.082
咀嚼困难							
是	否	1.800	0.709	6.451	0.011	6.047	1.508~24.244
吞咽困难							
是	否	3.095	1.228	6.351	0.012	22.083	1.989~245.113
慢性病数量/种							
1	0	0.007	0.892	<0.001	0.993	1.007	0.175~5.789
≥2		2.314	0.920	6.331	0.012	10.119	1.668~61.388
身体活动频率							
偶尔	从不	−1.889	0.867	4.745	0.029	0.151	0.028~0.827
经常		−1.736	0.911	3.636	0.057	0.176	0.030~1.049
膳食多样性得分		−0.475	0.140	11.526	0.001	0.622	0.473~0.818
日常生活活动能力得分		−0.290	0.108	7.173	0.007	0.748	0.605~0.925
抑郁症状得分		1.028	0.264	15.142	<0.001	2.796	1.666~4.693
常量		1.278	0.607	4.437	0.035	3.592	

3　讨　论

前进区老年厌食症检出率为31.86%，高于全球24个国家的平均水平（25%）[3]。多因素logistic回归分析结果显示，老年厌食症受到年龄、工作类型、独自用餐、咀嚼困难、吞咽困难、慢性病数量、身体活动频率、膳食多样性、日常生活活动能力和抑郁症状的影响。老年厌食症是一种可干预的健康风险因素，建议纳入社区初级保健常规筛查项目。既往研究发现，老年厌食症是由生理、心理、社会和行为等多因素共同作用所致的综合征，单一干预手段（如口服营养补充剂）效果有限[17]。因此，早期识别老年厌食症，构建多维度综合干预模式，对改善老年人营养状况、提升生活质量具有重要意义。

本研究发现，年龄≥80岁的社区老年厌食症风险显著高于60~<70岁。年龄增长伴随生理功能衰退是老年厌食症发生的核心病理生理机制，与既往研究结果[18]一致。独自用餐的社区老年厌食症风险较高，提示老年厌食症不仅是生理或疾病相关的问题，也涉及社会心理维度。既往研究显示，老年人与他人共同进餐时摄入量更多，而独自用餐时的孤独感和缺乏陪伴是导致食欲降低的关键社会心理因素，且该影响独立于社交网络的规模或广度[19]。从事脑力劳动者的老年厌食症风险显著低于从事体力劳动者，表明较高的健康素养和社会经济地位可能通过改善饮食选择而对预防或缓解厌食状况产生保护作用。

本研究结果显示，主观存在咀嚼或吞咽困难和患有≥2种慢性病的社区老年人，其厌食症风险均较高。增龄性功能衰退、口腔运动功能障碍与多重慢性病共同构成老年厌食症发生的“生理三联征”，三者相互叠加形成生理功能衰退链，共同加剧食欲减退，奠定了老年厌食症发生发展的病理生理基础[20]。身体活动频率的增加对老年厌食症具有保护作用，由“从不”增加至“偶尔”可降低老年厌食症风险。而从“偶尔”增加至“经常”并未显示出保护效应，这可能提示开始活动的突破性改变比“从少到多”的增量改变对老年厌食症风险具有较显著的保护意义。

膳食多样性得分较高的社区老年厌食症风险较

低，可能因为长期单一饮食会造成食物适口性下降，而在同一餐中摄取多样食物可以增加摄食愉悦感，从而改善食欲并增加摄食量[21]。研究表明，较好的日常生活活动能力是老年厌食症的保护因素[22]，与本研究结果一致。日常生活活动能力受限会直接影响老年人自主进食、购买食材、烹饪食物和身体活动的能力，从而直接或间接加剧厌食情况。抑郁症状得分较高的社区老年厌食症风险较高，可能是因为抑郁症状会明显降低个体对食物的兴趣与渴望，从而加快老年厌食症的发生发展[23]。

综上所述，前进区老年厌食症检出率较高，受到年龄、独自用餐、生理功能、慢性病数量、抑郁症状、身体活动频率、膳食多样性和日常生活活动能力等影响。建议重点关注高龄、独自用餐和膳食多样性得分较低的社区老年人群，通过强化健康教育、提供社会支持等实施多维度综合干预，以改善其食欲状况。然而，本研究存在一定局限性：调查范围仅局限于前进区 4 个社区，样本来源较为集中，存在地域局限性与样本代表性问题，可能影响结论的外部推广效度；部分影响因素的置信区间较宽，提示效应估计的精确性有限；咀嚼与吞咽困难的评估主要依赖调查对象主观报告，缺乏客观临床评估，可能存在测量偏倚。未来开展多中心、大样本量的纵向队列研究，进一步验证并深化相关结论。

参考文献

[1] MORLEY J E, SILVER A J.Anorexia in the elderly [J].Neurobiol Aging, 1988, 9 (1): 9-16.

[2] LANDI F, CALVANI R, TOSATO M, et al. Anorexia of aging: risk factors, consequences, and potential treatments [J/OL]. Nutrients, 2016, 8 (2) [2025-12-22]. http://doi.org/10.3390/nu8020069.

[3] LI W J, NI Y Y, CHEN H X, et al.Global prevalence of anorexia and appetite loss among older adults: a systematic review and meta-analysis [J/OL]. Age Ageing, 2025, 54 (9) [2025-12-22].http://doi.org/10.1093/ageing/afaf249.

[4] 刘厚莲．中国式现代化进程中人口结构变动的影响与应对［J］．中共中央党校（国家行政学院）学报，2024，28（5）：129-139.

[5] LANDI F, PICCA A, CALVANI R, et al.Anorexia of aging: assessment and management [J]. Clin Geriatr Med, 2017, 33 (3): 315-323.

[6] ALTHUBAITI A.Sample size determination: a practical guide for health researchers [J] .J Gen Fam Med, 2022, 24 (2): 72-78.

[7] WANG Y J, YE S, CHEN L, et al.Loss of appetite in patients with amyotrophic lateral sclerosis is associated with weight loss and anxiety/depression [J/OL] .Sci Rep, 2021, 11 [2025-12-22]. http://doi.org/10.1038/s41598-021-88755-x.

[8] 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.

[9] 冯高洁，孙晓红，刘晓红．老年厌食症研究进展［J］．中国临床保健杂志，2025，28（2）：208-213.

[10] FENG G J, SUN X H, WANG Q M, et al.Reliability and validity of Chinese version of the Simplified Nutritional Appetite Questionnaire (SNAQ) in community-dwelling old people [J]. Geriatr Nurs, 2024, 59: 351-356.

[11] 焦玮玉，周倩，王东平，等．内蒙古乌海市居民膳食多样化与血脂水平的关系［J］．中华疾病控制杂志，2017，21（5）：453-456，460.

[12] 《营养学报》编辑部．《中国居民膳食指南（2022）》在京发布［J］．营养学报，2022，44（6）：521-522.

[13] LEUNG S O C, CHAN C C H, SHAH S.Development of a Chinese version of the Modified Barthel Index: validity and reliability [J] .Clin Rehabil, 2007, 21 (10): 912-922.

[14] 王赛华，施加加，孙莹，等．简体版改良 Barthel 指数在脑卒中恢复期中的信度与效度研究［J］．中国康复，2020，35（4）：179-182.

[15] 张红．中文版 GDS-15 和 PHQ-9 在老年人抑郁评估中的适用性分析［D］．济南：山东大学，2020.

[16] 唐丹．简版老年抑郁量表（GDS-15）在中国老年人中的使用［J］．中国临床心理学杂志，2013，21（3）：402-405.

[17] FENG G J, LIU C, SUN X H, et al.Comparative effects of oral nutritional supplementation vs.nutritional education on appetite and weight in older adults with anorexia of aging: a 12-week non-randomized controlled trial [J/OL] .Front Nutr, 2025, 12 [2025-12-22] .http://doi.org/10.3389/fnut.2025.1606008.

[18] KMIEĆ Z, PÉTERVÁRI E, BALASKÓ M, et al.Anorexia of aging [J] .Vitam Horm, 2013, 92: 319-355.

[19] SCHEUFELE P, RAPPL A, VISSER M, et al.Characterisation of community-dwelling older adults with poor appetite [J] .Eur J Nutr, 2023, 62 (5): 1991-2000.

[20] FIELDING R A, LANDI F, SMOYER K E, et al.Association of anorexia/appetite loss with malnutrition and mortality in older populations: a systematic literature review [J] .J Cachexia Sarcopenia Muscle, 2023, 14 (2): 706-729.

[21] WIJNHOVEN H A, VAN DER MEIJ B S, VISSER M.Variety within a cooked meal increases meal energy intake in older women with a poor appetite [J] .Appetite, 2015, 95: 571-576.

[22] WYSOKIŃSKI A, SOBÓW T, KŁOSZEWSKA I, et al.Mechanisms of the anorexia of aging-a review [J/OL] .Age, 2015, 37 (4) [2025-12-22] .http://doi.org/10.1007/s11357-015-9821-x.

[23] LANDI F, LATTANZIO F, DELL' AQUILA G, et al.Prevalence and potentially reversible factors associated with anorexia among older nursing home residents: results from the ULISSE project [J] .J Am Med Dir Assoc, 2013, 14 (2): 119-124.

收稿日期：2025-11-03　**修回日期**：2025-12-22　**本文编辑**：刘亚敏