

认知刺激干预失智症患者有效性的系统评价再评价

郭军¹,麻琦²,龚怡琳¹,王玲²

(1.遵义医科大学珠海校区 护理学系,广东 珠海 519041;

2.澳门科技大学 医学院,澳门特别行政区 999078)

【摘要】 目的 通过系统评价再评价,综合评估认知刺激(cognitive stimulation,CS)干预失智症患者有效性的证据,为照护者提供依据。**方法** 检索 Cochrane Library、Joanna Briggs Institute、PsycInfo、PubMed、Web of Science、Embase、CINAHL、中国知网、万方、维普以及中国生物医学文献数据库,收集 CS 干预失智症患者的系统评价。检索时间均为建库至 2024 年 8 月 26 日。采用 AMSTAR 2(assessment of multiple systematic reviews 2)和 GRADE(grades of recommendations assessment development and evaluation)系统分别进行方法学质量评价和证据质量评价。**结果** 共纳入 9 篇系统评价。方法学质量评价结果显示,2 篇为高级质量、1 篇为中级质量、3 篇为低级质量、3 篇为极低级质量。证据质量评价的结果显示,6 个结局指标 33 条证据体中,3 条为高质量、14 条为中质量、10 条为低质量、6 条为极低质量。**结论** CS 能改善失智症患者的认知功能、生活质量和互动,但对神经精神症状、情绪以及日常生活活动能力的干预效果仍需进一步验证。

【关键词】 认知刺激;失智症;系统评价再评价

doi:10.3969/j.issn.2097-1826.2024.10.024

【中图分类号】 R473.74 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 2097-1826(2024)10-0101-05

Effectiveness of Cognitive Stimulation Intervention in Patients with Dementia: An Overview of Systematic Reviews

GUO Jun¹, MA Qi², GONG Yilin¹, WANG Ling² (1. Department of Nursing, Zhuhai Campus of Zunyi Medical University, Zhuhai 519041, Guangdong Province, China; 2. Faculty of Medicine, Macau University of Science and Technology, Macao Special Administrative Region 999078, China)

Corresponding author: WANG Ling, Tel:0853-88971716

【Abstract】 Objective To comprehensively evaluate the evidence on the effectiveness of cognitive stimulation(CS) in the intervention of patients with dementia through an overview of systematic reviews, so as to provide evidence for caregivers.**Methods** To collect systematic reviews of CS interventions in patients with dementia, Cochrane Library, Joanna Briggs Institute, PsycInfo, PubMed, Web of Science, Embase, CINAHL, CNKI, Wanfang, VIP and CBM were searched. The retrieval period was from the inceptions to August 26, 2024. Assessment of multiple systematic reviews 2(AMSTAR 2) was used for methodological quality evaluation and grades of recommendations assessment development and assessment(GRADE) system for evidence quality evaluation. **Results** A total of 9 systematic reviews were included. The results of methodological quality evaluation showed that 2 reviews were of high quality, 1 of intermediate quality, 3 of low quality and 3 of very low quality. The results of evidence quality evaluation showed that among 33 evidence bodies of 6 outcome indicators, 3 of high quality, 14 of medium quality, 10 of low quality, and 6 of very low quality. **Conclusions** CS can improve cognitive function, quality of life and social interaction in patients with dementia, but the effect of intervention on neuropsychiatric symptoms, mood and activity of daily living(ADL) needs to be further verified.

【Key words】 cognitive stimulation; dementia; overview of systematic reviews

[Mil Nurs, 2024, 41(10): 101-105]

【收稿日期】 2023-11-22 **【修回日期】** 2024-08-28

【基金项目】 贵州省卫生健康委科学技术基金项目(gzwmkj2024-548);贵州省中医药管理局项目(QZYY-2021-164);贵州省高校人文社会科学研究项目(24RWZX061)

【作者简介】 郭军,博士,讲师,电话:0756-7623211

【通信作者】 王玲,电话:0853-88971716

失智症又称“痴呆”“重度认知障碍”,是以认知功能减退为主要表现的临床综合征^[1]。据统计数据^[1]显示,失智症患病率已达 6.04%,严重影响患者及照护者的生活质量^[2]。因此,制订改善认知水平、延缓认知衰退的干预措施是失智症领域亟待解决的问题。认知刺激(cognitive stimulation,CS)是基于

“功不用则废”的原则,为失智症患者开发的非药物干预疗法^[3]。研究^[4-5]显示,CS可能有益于改善失智症患者的认知功能、生活质量、生活活动能力(activity of daily living, ADL)以及情绪等。随着CS相关研究的不断涌现,国内外相关系统评价也得以迅速发展。实施严谨、报告规范的系统评价能为护理决策者们提供高质量的证据;然而,由于各系统评价自身研究质量和报告质量的差异,使得各系统评价间对所纳入结局指标的结论尚存差异,从而导致照护者们在选用证据时存在困扰。本研究通过系统评价再评价,整理、评估和综合CS干预失智症患者结局指标的证据,旨在为照护者提供参考,现介绍如下。

1 资料与方法

1.1 文献纳入与排除标准

1.1.1 纳入标准 (1)研究类型为基于随机对照试验(randomized controlled trial, RCT)的系统评价和Meta分析。(2)研究对象为失智症患者,不限种族、国籍。失智症的诊断以美国精神医学学会《Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition》(DSM-5)中的诊断标准为基础,参考各国制订的失智症诊断标准。(3)干预措施中,对照组未接受任何干预或接受常规治疗或常规护理或安慰剂治疗;试验组接受CS干预,干预方案满足CS方案开发者的标准^[6],排除认知训练、认知康复、认知休闲活动以及多种方法联合的认知干预措施;试验组除CS干预外,所接受的其他治疗护理措施与对照组相同,包括健康教育、饮食管理、药物治疗、运动等。(4)结局指标中,主要结局指标为认知功能,次要结局指标包括神经精神症状、情绪、生活质量、ADL和社会互动等。

1.1.2 排除标准 (1)重复发表;(2)无法获取全文或数据缺失;(3)会议摘要、系统评价计划书等;(4)研究方法存在严重缺陷;(5)非中英文文献。

1.2 文献检索策略 以cognitive stimulation/cognitive stimulation therapy/cognitive stimulat */maintenance cognitive stimulation/maintenance cognitive stimulation therapy, systematic review/meta-analysis/meta为英文关键词,检索Cochrane Library、Joanna Briggs Institute、PsycInfo、PubMed、Web of Science、Embase、CINAHL英文数据库;以认知刺激/认知促进,系统评价/Meta分析/系统综述/荟萃分析/元分析/循证评价为中文关键词,检索中国知网、万方、维普及中国生物医学文献数据库。检索时间均为建库至2024年8月26日。以PubMed为例,检索策略见图1。

```
#1 ((((((Cognitive stimulation [Title/Abstract] ) OR
(Cognitive stimulation therapy [Title/Abstract])) OR
(Cognitive stimulat * [Title/Abstract])) OR (Maintenance
cognitive stimulation therapy[Title/Abstract])) OR (Maintenance
cognitive stimulation[Title/Abstract]))
#2 ((systematic review [Title/Abstract]) OR (meta-
analysis[Title/Abstract])) OR (meta[Title/Abstract])
#3 #1 AND #2
```

图1 PubMed文献检索策略

1.3 文献筛选与资料提取 2名研究者独立筛选文献,首先对初检文献查重,然后阅读文题和摘要进行初筛,最后阅读全文复筛,筛选过程中如遇分歧,由二人讨论或请教第三方后达成共识。确定最终纳入文献后,由2名研究者独立提取数据。提取内容包括第一作者、各系统评价纳入研究的数量、样本量、干预方式、频率、时长、结局指标、主要结论和资助来源等信息。

1.4 文献质量评价与证据质量评价 2名研究者分别独立采用AMSTAR 2(assessment of multiple systematic reviews 2)^[7]进行方法学质量评价,采用GRADE(grades of recommendations assessment development and evaluation)^[8]证据等级系统进行证据质量评价。

1.5 报告规范与注册信息 本研究报告遵循系统评价再评价报告规范(2022)^[9]。本研究在PROSPERO平台上注册,注册号为CRD42022363476。

2 结果

2.1 检索结果 初检共获得716篇文献,剔除后剩余344篇;阅读题目和摘要初筛,剔除文献类型、研究对象、干预措施、主题等明显不符的文献313篇,剩余31篇文献;阅读全文进行复筛,剔除研究设计、研究对象、干预措施等不符的文献20篇以及重复发表文献2篇;最终纳入9篇系统评价^[10-18],样本量共计12 886例。

2.2 纳入文献的基本特征 9篇系统评价中,7篇英文^[10-14,16,18],2篇中文^[15,17],发表年份为2017—2023年。9篇文献均报道了CS干预失智症患者认知功能的效果,其中7篇^[10-14,17-18]报道了对情绪的影响,6篇^[10-12,14,16,18]报道了对神经精神症状的影响,6篇^[10,12-14,17-18]报道了对生活质量的影响,4篇^[10,14,17-18]报道了对ADL的影响,1篇^[10]报道了对社会互动的影响。9篇系统评价均纳入的是RCT研究,均采用Cochrane RCT偏倚风险评价工具(Cochrane collaboration's tool for assessing risk of bias in randomized trial, ROB),7篇^[10,12,14-18]采用

ROB 1.0,2 篇^[11,13]采用 ROB 2.0。

2.3 文献质量评价结果 纳入文献中 2 篇^[10,14]为高质量,1 篇^[11]为中质量,3 篇^[13,16,18]为低质量,3 篇^[12,15,17]为极低质量。在 AMSTAR 2 的 16 个条目^[7]中,1 篇文献^[17]虽描述了研究对象,但混淆了痴呆与阿尔茨海默病的概念,使得纳入标准中研究对象的信息有歧义,其余 8 篇均清晰地描述了研究问题及纳入标准;仅 3 篇文献^[10-11,14]提供了注册信息;所有系统评价均明确说明纳入的研究类型是 RCT,但 5 篇^[12,15-18]未解释仅纳入 RCT 研究的原因;6 篇^[11-12,15-18]未采用全面的检索策略;2 篇^[15,17]未提供排除文献清单;所有文献均未解释纳入研究设计类型的原因及纳入研究的基金来源;2 篇^[12,15]未讨论发表偏倚可能对结果的影响。

2.4 证据质量评价结果及 CS 的干预效果 GRADE 证据等级系统评价结果显示,9 篇系统评价中共涉及认知功能、神经精神症状、情绪、生活质量、ADL 和社会互动 6 个结局指标,共有 33 条证据体。

2.4.1 认知功能方面 9 篇系统评价均显示,CS 能改善失智症患者的认知功能,其中 6 篇^[10-11,13-14,16,18]证据质量为中等,2 篇^[12,15]为低,1 篇^[17]为极低。

2.4.2 神经精神症状方面 仅 1 篇系统评价^[16]显示,CS 能改善失智症患者的神经精神症状,证据质量为低;5 篇系统评价^[10-12,14,18]显示,CS 干预组在神经精神症状改善方面,与对照组相比无统计学意义,证据质量极低到中。

2.4.3 情绪方面 5 篇系统评价^[10,12-13,17-18]显示,与对照组相比,CS 干预组在情绪方面的差异均无统计学意义,证据质量极低到高;但另外 2 篇文献^[11,14]显示,CS 能改善失智症患者情绪,证据质量均为中等。

2.4.4 生活质量方面 4 篇研究^[10-12,17-18]显示,CS 能改善失智症患者的生活质量,其中 3 篇^[10,12,18]证据质量为中等,1 篇^[17]为极低;2 篇文献^[12,14]显示,

与对照组相比,CS 干预组生活质量差异无统计学意义,证据质量均为低。

2.4.5 ADL 方面 2 篇文献^[14,17]显示,CS 能改善失智症患者的 ADL,证据质量分别为中和极低;1 篇系统评价^[10]显示,CS 能改善失智症患者的工具性 ADL,证据质量为高,但在基本 ADL 方面与对照组相比差异无统计学意义,证据质量为中;1 篇文献^[18]显示,在 ADL 方面,CS 组与对照组相比差异无统计学意义(证据质量为低)。

2.4.6 社会互动方面 1 篇系统评价^[10]显示,CS 能改善失智症患者的社会互动,证据质量为高。证据质量评价详见表 1。

3 讨论

3.1 CS 能够改善认知功能,但在改善次要结局方面尚存不一致 本研究纳入的所有系统评价均支持 CS 能够改善失智症患者的认知功能,故在主要结局方面,CS 的有效性是确定的。CS 的作用机制一直被讨论:脑成像的研究^[19]结果表明,CS 在结构和功能上维持或增强了大脑储备;多项质性研究^[20-21]结果也表明,CS 的作用机制可能与认知的持续刺激、社会互动和支持以及以人为中心的照护等 3 个方面相关。此外,CS 的成本效益和良好适应性也得到了证明^[22]。基于此,CS 是值得推荐和广泛应用的。但本研究在次要结局指标方面揭示出了不一致性,分析原因,一方面各原始研究选用的次要结局评估工具存在不一致性,且在干预内容、干预时长等方面也存在较大的异质性;另一方面,进行 Meta 分析时纳入的研究数量不多,合并后的样本量依然较小,这些可能是导致结论不一致的原因。综上,CS 干预失智症患者是有效的,但在确定次要结局疗效方面还需统一结局指标,并设计高质量大样本的 RCT 研究来进一步证实。

表 1 CS 干预失智症患者 GRADE 证据级别评价表

结局 指标	纳入 研究	纳入 RCT 数量	样本量(n)		干预措施及时长		证据评价					
			总体	T/C	T	C	局限性	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	证据质量
认知功能	Woods 等 ^[10]	34	2340	1254/1086	CS,4 周至 2 年,1~5 次,30~120 min/次	常规治疗、空白对照	0	—1 ^b	0	0	0	中
	Saragih 等 ^[11]	11	617	315/302	CS,7~48 周,1~5 次,30~90 min/次	常规治疗	0	—1 ^b	0	0	0	中
	Chen 等 ^[12]	8	1022	633/389	CS,7 周,2 次,30~60 min/次	常规护理、空白对照	—1 ^a	—1 ^b	0	0	0	低
	Wong 等 ^[13]	20	1251	674/577	CS,7 周至 12 个月,1~6 次,30~120 min/次	常规治疗	—1 ^a	0	0	0	0	中
	Cafferata 等 ^[14]	42	—	—	CS,4 周至 2 年,1~6 次,30~120 min/次	常规治疗	0	—1 ^b	0	0	0	中
	李梦倩等 ^[15]	7	621	300/321	CS,7 周至 6 个月,1~6 次,每次 30 min 至 15 h	常规治疗	0	—1 ^b	0	—1 ^e	0	低
	Chen 等 ^[16]	7	312	164/148	CS,10 周至 2 年	常规治疗	0	—1 ^b	0	0	0	中
	罗玉茹等 ^[17]	14	678	339/339	CS,4 周至 2 年,1~6 次,20~150 min/次	常规护理	—1 ^a	—1 ^b	0	0	—1 ^f	极低
	Kim 等 ^[18]	11	656	370/286	CS,10 d 至 6 个月,1~6 次,每次 30 min 至 4 h	常规治疗	—1 ^a	0	0	0	0	中
神经精神 症状	Woods 等 ^[10]	12	1340	695/645	CS,4 周至 2 年,1~5 次,30~120 min/次	常规治疗、空白对照	0	—1 ^b	0	0	0	中
	Saragih 等 ^[11]	3	379	187/192	CS,7~48 周,1~5 次,30~90 min/次	常规治疗	0	0	0	—1 ^e	0	中
	Chen 等 ^[12]	2	259	144/115	CS,7 周,2 次,30~60 min/次	常规护理、空白对照	—1 ^a	—1 ^b	0	—1 ^e	0	极低

续表 1

结局指标	纳入研究	纳入 RCT 数量	样本量(n)		干预措施及时长			证据评价					
			总体	T/C	T	C		局限性	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	证据质量
情绪	Cafferata 等 ^[14]	11	—	—	CS,4 周至 2 年,1~6 次,30~120 min/次	常规治疗	0	—1 ^b	0	—1 ^e	0	0	低
	Chen 等 ^[16]	2	122	61/61	CS,10 周至 2 年	常规治疗	0	—1 ^b	0	—1 ^{de}	0	0	低
	Kim 等 ^[18]	6	409227/182		CS,10 d 至 6 个月,1~6 次,每次 30 min 至 4 h	常规治疗	—1 ^a	—1 ^b	0	—1 ^e	0	0	极低
	Woods 等 ^[10]	10	787425/362		CS,4 周至 2 年,1~5 次,30~120 min/次	常规治疗、空白对照	0	0	0	0	0	0	高
	Saragih 等 ^[11]	8	740370/370		CS,7~48 周,1~5 次,30~90 min/次	常规治疗	0	0	0	—1 ^e	0	0	中
	Chen 等 ^[12]	10	1340588/752		CS,7 周,2 次,30~60 min/次	常规护理、空白对照	—1 ^a	0	0	—1 ^e	0	0	低
	Wong 等 ^[13]	4	296165/131		CS,7 周至 12 个月,1~6 次,30~120 min/次	常规治疗	—1 ^a	0	0	—1 ^e	0	0	低
	Cafferata 等 ^[14]	19	—	—	CS,4 周至 2 年,1~6 次,30~120 min/次	常规治疗	0	—1 ^b	0	0	0	0	中
	罗玉茹等 ^[17]	7	671337/334		CS,4 周至 2 年,1~6 次,20~150 min/次	常规护理	—1 ^a	—1 ^b	0	—1 ^e	—1 ^f	0	极低
	Kim 等 ^[18]	6	220	138/82	CS,10 d 至 6 个月,1~6 次,每次 30 min 至 4 h	常规治疗	—1 ^a	0	0	—1 ^e	0	0	低
生活质量	Woods 等 ^[10]	18	1584832/752		CS,4 周至 2 年,1~5 次,30~120 min/次	常规治疗、空白对照	0	—1 ^b	0	0	0	0	中
	Chen 等 ^[12]	7	968607/361		CS,7 周,2 次,30~60 min/次	常规护理、空白对照	—1 ^a	0	0	0	0	0	中
	Wong 等 ^[13]	5	582304/278		CS,7 周至 12 个月,1~6 次,30~120 min/次	常规治疗	—1 ^a	0	0	—1 ^e	0	0	低
	Cafferata 等 ^[14]	11	—	—	CS,4 周至 2 年,1~6 次,30~120 min/次	常规治疗	0	—1 ^b	0	—1 ^e	0	0	低
	罗玉茹等 ^[17]	6	505251/254		CS,4 周至 2 年,1~6 次,20~150 min/次	常规护理	—1 ^a	—1 ^b	0	0	—1 ^f	0	极低
	Kim 等 ^[18]	4	265145/120		CS,10 d 至 6 个月,1~6 次,每次 30 min 至 4 h	常规治疗	—1 ^a	0	0	0	0	0	中
	ADL Woods 等 ^[10]	13	1318686/632		CS,4 周至 2 年,1~5 次,30~120 min/次	常规治疗、空白对照	0	0	0	0	0	0	高
	Cafferata 等 ^[14]	14	—	—	CS,4 周至 2 年,1~6 次,30~120 min/次	常规治疗	0	—1 ^b	0	0	0	0	中
	罗玉茹等 ^[17]	4	154	77/77	CS,4 周至 2 年,1~6 次,20~150 min/次	常规护理	—1 ^a	0	0	—1 ^{de}	—1 ^f	0	极低
	Kim 等 ^[18]	4	266	167/99	CS,10 d 至 6 个月,1~6 次,每次 30 min 至 4 h	常规治疗	—1 ^a	0	0	—1 ^e	0	0	低
社会互动	Woods 等 ^[10]	7	702382/320		CS,4 周至 2 年,1~5 次,30~120 min/次	常规治疗、空白对照	0	0	0	0	0	0	高

注:“—”:资料无法获取;T 为干预组;C 为对照组;a:随机、分配隐藏、盲法方面存在偏倚;b: I^2 值较大,或存在无法解释的异质性;d:不符合最优信息样本量;e:可信区间跨越无效线;f:存在发表偏倚;0:未降级,—1:降一级,—2:降两级

3.2 CS 干预失智症患者相关系统评价的方法学质量低 本研究采用 AMSTAR 2 工具对纳入的 9 篇系统评价进行了方法学质量评价,其中 6 篇均为低或极低质量。在关键条目中主要质量缺陷为:未提供注册计划书及未说明与研究计划书的不一致处;检索策略不够全面;未提供排除文献清单及说明排除原因;未充分分析发表偏倚及讨论发表偏倚对结果的影响。在非关键条目中主要质量缺陷为:未说明选择纳入研究类型的原因。未报告系统评价纳入的各个研究的资金来源。本研究纳入的所有系统评价均未报告系统评价纳入的各个研究的资金来源,推测原因,大部分系统评价作者忽视了这点是因为无论是系统评价报告规范 2009 版还是 2020 版或是 AMSTAR 1,均未提及需要报告系统评价内部各纳入研究的资金来源,但 AMSTAR 2 中明确提出,除报告系统评价本身的资金来源外,还需报告系统评价内各纳入研究的资金来源,故本条目虽为非关键条目,却成为所有系统评价的失分条目,拉低了系统评价的方法学质量。基于以上结果,本研究所纳入的系统评价在方法学质量上偏低,有待开展更多设计严谨的系统评价研究。

3.3 CS 干预失智症患者效果相关系统评价的证据质量偏低 本研究采用 GRADE 证据质量分级系统对 9 篇系统评价的 6 个结局指标进行证据质量评价,证据质量由极低到高。导致证据降级的主要因素是系统评价所纳入的原始研究存在研究局限性、

不一致性和不精确性。研究局限性主要表现在原始研究在随机化、实施干预、结局测量、失访等方面存在偏倚,不一致性主要表现在原始研究间的统计学异质性或临床异质性较大;不精确性主要表现在原始研究的样本量没有达到最优信息样本量、置信区间跨越无效线等。基于上述结果,CS 干预失智症患者疗效的证据仍需大样本、高质量的原始研究进一步论证。

4 小结

CS 能够改善失智症患者的认知功能、生活质量和社会互动,其作为非药物干预手段之一,可供失智症照护者选择实施。但在神经精神症状、情绪及日常生活活动能力方面,未来还需大样本、高质量的证据进一步验证。

【参考文献】

- [1] JIA L, DU Y, CHU L, et al. Prevalence, risk factors, and management of dementia and mild cognitive impairment in adults aged 60 years or older in China: a cross-sectional study[J]. Lancet Public Health, 2020, 5(12): e661-e671.
- [2] 王倩, 肖洪玲, 肖云久, 等. 老年痴呆症患者家庭照顾者心理体验质性研究的 Meta 整合[J]. 军事护理, 2022, 39(7): 87-90, 94.
- [3] SPECTOR A, THORGRIMSEN L, WOODS B, et al. Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: randomised controlled trial[J]. Br J Psychiatry, 2003, 183(3): 248-254.
- [4] CARBONE E, GARDINI S, PASTORE M, et al. Cognitive stimulation therapy for older adults with mild-to-moderate dementia in Italy: effects on cognitive functioning, and on emotional and neuropsychiatric

- symptoms[J]. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci, 2021, 76(9): 1700-1710.
- [5] GONZALEZ-MORENO J, SATORRES E, SORIA-URIOS G, et al. Cognitive stimulation in moderate Alzheimer's disease[J]. J Appl Gerontol, 2022, 41(8): 1934-1941.
- [6] CLARE L, WOODS R T, MONIZ C E D, et al. Cognitive rehabilitation and cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and vascular dementia[J/OL]. [2023-10-30]. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003260/full>. DOI: 10.1002/14651858.CD003260.
- [7] SHEA B J, REEVES B C, WELLS G, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both[J/OL]. [2023-10-30]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5833365/>. DOI: 10.1136/bmj.j4008.
- [8] HOLGER S, JAN B, GORDON G, et al. GRADE handbook[EB/OL]. [2023-10-30]. <https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html>.
- [9] GATES M, GATES A, PIEPER D, et al. Reporting guideline for overviews of reviews of healthcare interventions: development of the PRIOR statement[J/OL]. [2023-10-30]. <https://www.bmj.com/content/378/bmj-2022-070849>. DOI: 10.1136/bmj-2022-070849.
- [10] WOODS B, RAI H K, ELLIOTT E, et al. Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia[J/OL]. [2023-10-30]. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005562.pub2/full>. DOI: 10.1002/14651858.CD005562.pub2.
- [11] SARAGIH I D, TONAPA S I, SARAGIH I S, et al. Effects of cognitive stimulation therapy for people with dementia: a systematic review and Meta-analysis of randomized controlled studies[J/OL]. [2023-10-30]. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748922000104?via%3Dihub>. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2022.104181.
- [12] CHEN X. Effectiveness of cognitive stimulation therapy on cognition, quality of life and neuropsychiatric symptoms for patients living with dementia: a Meta-analysis[J]. Geriatr Nurs, 2022, 47(8): 201-210.
- [13] WONG Y L, CHENG C P W, WONG C S M, et al. Cognitive stimulation for persons with dementia: a systematic review and Meta-analysis[J]. East Asian Arch Psychiatry, 2021, 31(3): 55-66.
- [14] CAFFERATA R M T, HICKS B, VON BASTIAN C C. Effectiveness of cognitive stimulation for dementia: a systematic review and Meta-analysis[J]. Psychol Bull, 2021, 147(5): 455-476.
- [15] 李梦倩, 李涛, 刘肇瑞, 等. 认知促进治疗对于老年性痴呆患者治疗效果的 Meta 分析[J]. 中国心理卫生杂志, 2021, 35(2): 95-101.
- [16] CHEN J, DUAN Y, LI H, et al. Different durations of cognitive stimulation therapy for Alzheimer's disease: a systematic review and Meta-analysis[J]. Clin Interv Aging, 2019, 14(8): 1243-1254.
- [17] 罗玉茹, 牟光容, 代凤玲, 等. 认知刺激疗法对老年痴呆患者干预效果的 Meta 分析[J]. 重庆医学, 2018, 47(31): 4027-4032.
- [18] KIM K, HAN J W, SO Y, et al. Cognitive stimulation as a therapeutic modality for dementia: a Meta-analysis[J]. Psychiatry Investig, 2017, 14(5): 626-639.
- [19] LIU T, SPECTOR A, MOGRABI D C, et al. Changes in default mode network connectivity in resting-state fMRI in people with mild dementia receiving cognitive stimulation therapy[J]. Brain Sci, 2021, 11(9): 1137-1150.
- [20] GIBBOR L, YATES L, VOLKMER A, et al. Cognitive stimulation therapy (CST) for dementia: a systematic review of qualitative research[J]. Aging Ment Health, 2021, 25(6): 980-990.
- [21] ORFANOS S, GIBBOR L, CARR C, et al. Group-based cognitive stimulation therapy for dementia: a qualitative study on experiences of group interactions[J]. Aging Ment Health, 2021, 25(6): 991-998.
- [22] KNAPP M, BAUER A, WITTENBERG R, et al. What are the current and projected future cost and health-related quality of life implications of scaling up cognitive stimulation therapy? [J/OL]. [2023-10-30]. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/gps.5633>. DOI: 10.1002/gps.5633.

(本文编辑:郁晓路)

《军理护理》作者文稿清样校对要求

期刊出版前,将排版清样交由作者自校,是对读者负责并保证期刊质量的重要环节。本编辑部会在稿件编排完成后,通过邮箱将排版好的清样发送给作者,并要求在限定时间内完成。此过程中,请作者严格按照要求逐字逐句认真完成校对,不要采取敷衍了事、走过场的态度,导致校对不严或校对错误,从而影响了文稿的质量及期刊的后续流程。在此,本刊编辑部重申相关校对要求,请各位作者遵照执行。

1. 保证作者姓名、单位、科室、地点、邮编、简介及通信地址正确无误(含英文部分)。
 2. 保证正文及图表中,中外文字、数据、计量单位、缩略语、标点符号及参考文献正确无误,各部分格式要求务必遵照本刊稿约规定(见本刊每年第1期)。
 3. 注意校样稿中编者提出的问题(含缺项及问号部分),应按编辑要求及规定格式补充完整或修正,必要时与本文编辑电话沟通。
 4. 须修改内容请在样稿附近空白处手写补充,字迹要清楚。如修改或补充内容过多,请联系本文编辑并发送 Word 文档至本刊邮箱。原则上,修改内容不得超过原有篇幅。
 5. 确认校样稿无误并补充或修正完缺项内容后,请在首页文题上方空白处签名,并按规定在2日内将校样稿发送扫描文件(.jpg)格式至 E-mail: jfjhlzz@126.com。
- 请严格执行以上规定,如因作者自校环节未纠正或未及时解决而发生的错误及刊期延误由作者自行负责。

本刊编辑部