

· 心理治疗与心理咨询 ·

认知促进治疗对于老年性痴呆患者 治疗效果的 meta 分析*

李梦倩^{1**} 李涛^{2**} 刘肇瑞² 黄悦勤² 方楚楚¹ 张鑫¹ 陈红光² 张婷婷² 马超²

(¹ 南昌大学第一附属医院心身医学科, 南昌 330006 ² 北京大学第六医院, 北京大学精神卫生研究所, 国家卫生健康委员会精神卫生学重点实验室 (北京大学), 国家精神心理疾病临床医学研究中心 (北京大学第六医院), 北京 100083 通信作者: 刘肇瑞 zhaoruiliu@bjmu.edu.cn; 黄悦勤 huangyq@bjmu.edu.cn)

【摘要】目的: 系统评价认知促进治疗 (CST) 对老年性痴呆患者的治疗效果, 为临床实践提供依据。**方法:** 检索外文数据库 PubMed、Embase、Cochrane library 及中文数据库知网、维普和万方数据库中建库至 2019 年 6 月间采用随机对照研究 (RCT) 设计的 CST 对于老年性痴呆患者治疗效果的文献, 采用 Cochrane 风险偏倚评估工具进行文献质量评价后, 使用 ReVMan5.3 软件进行 meta 分析。**结果:** 共纳入 9 篇研究, 合计样本量 684 人。2 篇文献仅以阿尔茨海默病评估量表-认知分表 (ADAS-Cog) 评分为效果评价指标, 3 篇文献仅以简易智力状态检查量表 (MMSE) 评分为效果评价指标, 其余 4 篇采用了上述两种评价指标。以 ADAS-Cog 评分为效果评价指标的 meta 分析结果显示, CST 与对照组均显示有改善效果, 但差异无统计学意义 ($SMD = 0.02, Z = 0.22, P > 0.05$)。以 MMSE 评分为效果评价指标的 meta 分析结果显示, CST 对老年性痴呆的认知功能改善优于对照组 ($SMD = 0.47, Z = 2.73, P < 0.01$)。**结论:** CST 可以在一定程度上改善老年性痴呆患者的认知功能, 但需要在大量研究以及发展中国家中进一步验证。

【关键词】 痴呆; 认知促进治疗; 随机对照试验; meta 分析

中图分类号: R749.1 文献标识码: A 文章编号: 1000-6729 (2021) 002-0095-07

doi: 10.3969/j.issn.1000-6729.2021.02.002

(中国心理卫生杂志, 2021, 35 (2): 95-101.)

A meta-analysis of effect of cognitive stimulation therapy for patients with senile dementia

LI Mengqian^{1**}, LI Tao^{2**}, LIU Zhaorui², HUANG Yueqin², FANG Chuchu¹,
ZHANG Xin¹, CHEN Hongguang², ZHANG Tingting², MA Chao²

¹Department of Psychosomatic Medicine, the First Affiliated Hospital of Nanchang University, Nanchang 330006, China ²Peking University Sixth Hospital, Peking University Institute of Mental Health, NHC Key Laboratory of Mental Health (Peking University), National Clinical Research Center for Mental Disorders (Peking University Sixth Hospital), Beijing 100083, China
Corresponding authors: LIU Zhaorui, zhaoruiliu@bjmu.edu.cn, HUANG Yueqin, huangyq@bjmu.edu.cn

【Abstract】Objective: To evaluate the efficacy of cognitive stimulation therapy (CST) for senile dementia patients based on a meta-analysis from randomized controlled trials (RCT), so as to provide evidence for clinical treatment. **Methods:** Papers related to randomized controlled trials on CST were searched from Pubmed, Embase, Cochrane library, CNKI, VIP, and Wanfang from construction to June 2019. Cochrane method was used to evaluate the quality of papers which met the inclusion criteria. Data were analyzed using RevMan5.3. **Results:** Nine studies including 684 subjects were analyzed. The effect in two studies was evaluated by the score of Alzheimer's disease assessment scale (ADAS-Cog) only, while in 3 studies, the effect was accessed by the score of Mini-mental State Examination (MMSE) only. The rest of 4 studies, both ADAS-cog and MMSE were used to evaluate the effect. The

* 基金项目: 首都临床特色应用研究与成果推广 (Z171100001017119), 首都卫生发展科研专项 (首发 2011-4024-05, 首发 2020-2Z-4116)

** 并列第一作者: 共同撰写了文章初稿。

ADAS-Cog score of both CST group and the control group had improved effects, but the difference between the two groups had no statistical difference ($SMD = 0.02, Z = 0.22, P > 0.05$). For the MMSE score, it was showed that cognitive function of CST group was improved compared with control group ($SMD = 0.47, Z = 2.73, P < 0.01$).

Conclusion: Findings from the study show that CST can improve the cognitive function of senile dementia patients. However, further researches based on large samples are needed, especially from developing countries.

【Key words】 dementia; cognitive stimulation therapy; randomized controlled trials; meta-analysis

(Chin Ment Health J, 2021, 35(2): 95 – 101.)

老年性痴呆已成为全球最具挑战性的健康问题之一。在世界范围内老年性痴呆是重要的公共卫生问题,截至2018年,全球约有五千万人患痴呆,2050年患者总数将增加到现在的三倍达1.52亿人^[1]。我国目前老年性痴呆人群患病率为4%~6%^[2-4],而现有研究证实,几乎每增加5岁,老年性痴呆患病率就增加一倍。由于疾病本身特点,患者尤其是晚期患者生活无法自理,依赖性强,生活质量低,部分家属不得不减少或停止工作对其提供照料。同时在照料过程中因缺少对疾病的认识,自身也会产生情绪问题,致使其面临经济重担和心理压力的双重负担。国内外现有药物治疗可以延缓痴呆发展进程,而无法最终治愈该疾病,非药物治疗对老年性痴呆患者的重要性逐渐受到重视。

认知促进治疗(cognitive stimulation therapy, CST),也称为认知刺激疗法,在增强痴呆症患者的生活质量与认知障碍方面具有强有力的证据基础^[5-7]。CST指在社会性的环境中,以小组形式开展一系列刺激思维、注意力和记忆力的趣味活动^[8]。通常包括14次小组课程,每周两次,每次约45 min,每次课程前有10 min以非认知性的热身活动,如:传球游戏等,再进行相应主题活动,最后是10 min的结束活动,包括活动总结或唱歌,一般小组人数控制在5~8人^[9]。在老年性痴呆治疗领域中,目前英国国家健康临床优化研究院(National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE)推荐对轻度和中度老年性痴呆患者采用CST的方法进行治疗^[5,10]。但目前已有的关于认知促进治疗对于老年性痴呆治疗效果的临床研究数量十分有限,且存在研究方案不尽相同,结局指标具有多样性,纳入研究的样本量较小,在中低收入国家研究少等问题,使得研究的疗效备受争议。对于CST在老年性痴呆治疗效果的判断以及推广价值,需要一个更加系统的研究进行分析。基于此,本研究的目的是对CST治疗老年性痴呆的

随机对照试验进行系统综述,旨在为老年性痴呆的非药物治疗策略应用提供循证医学证据。

1 对象与方法

1.1 文献检索策略

电子检索的数据库包括PubMed、Cochrane library、Embase、知网、维普、万方,检索时段为建库起到2019年6月,筛选出符合标准的文献。电子检索英文数据库检索路径:[(“Alzheimer’s disease” OR “dementia”) AND (“cognition” OR “cognitions” OR “cognitive”) AND (“stimulate” OR “stimulated” OR “stimulating” OR “stimulation” OR “stimulative” OR “stimulator”) AND (“randomized controlled trial” OR “randomised controlled trial”)]。电子检索中文数据库检索路径[(FT = “认知促进治疗” OR FT = “认知刺激疗法” OR FT = “认知刺激治疗”) AND (AB = “痴呆” OR AB = “阿尔茨海默病”) AND (AB = “试验”)]。

1.2 文献纳入标准

纳入标准:①研究类型为随机对照研究(randomized controlled trials, RCT)。②阿尔茨海默病有明确诊断标准,以疾病和有关健康问题的国际统计分类第十次修订本(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision, ICD-10)、美国精神障碍诊断与统计手册第5版(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5)或上述标准的其他版本为诊断标准。③研究设计至少有两组对照,一组是认知促进治疗,一组是常规治疗,其中常规治疗包括:常规护理、游戏训练、交流训练。或一组是认知促进治疗联合其他治疗,且有另一组可对照的同种其他治疗。④采用阿尔茨海默病评估量表-认知部分(Alzheimer Disease Assessment Scale-Cognitive section, ADAS-Cog)^[11]或简易智力状态检查量表(Mini-mental State Examina-

tion, MMSE)^[12]测量治疗前后老年性痴呆患者的认知程度且有效应指标的原始数据。

1.3 文献排除标准

排除标准：①患者患阿尔兹海默症合并其他精神科共病。②认知促进治疗的治疗周期大于1年。③数据不全且联系作者仍无法获取完整信息的文献。

1.4 文献筛选与质量评价

两位研究者按统一规范的方法去独立评价、初选、核对文献数据，并严格按照纳入和排除标准纳入文献，然后进行信息采集。按 Cochrane Reviewer Handbook 5.1.0 的质量评价标准^[13]（包括随机序列的产生、分配隐藏、盲法、结局资料的完整性等）对选取的文章进行质量评价。具体内容见表1。

1.5 数据提取

两名研究者分别对最终纳入的文献进行数据提取，包括纳入研究的基本信息：作者、国家、样本量、治疗方法、治疗持续时间、评价指标和主要结论。具体内容见表2。Meta分析所需数据：完成治疗的人数，治疗前后 ADAS-Cog、MMSE 的均值(\bar{x})和标准差(s)，治疗前后 ADAS-Cog、MMSE 评分差值的均值(d)，差值的标准差(sd)。

1.6 统计方法

用 Revman 5.3 软件进行 meta 分析，经异质性检验（检验包括设计类型，实验条件，测量方法，研究结果等方面的异质性）满足同质性 ($P > 0.10$ 且 $I^2 \leq 50\%$) 的数据采用固定效应模型进行 meta 分析，若不满足同质性 ($P \leq 0.10$ 且/或 $I^2 > 50\%$)，又不能排除异质性则采用随机效应模型合并效应量，统计分析过程选择标准均数差 (SMD) 法。

采用 Z 检验计算合并统计量的概率 P 值。 $P \leq 0.05$ 时，提示多个研究的合并结果有统计学意义；反之，当 $P > 0.05$ 时，提示多个研究的合并结果无统计学意义。此外，若 SMD 的 95% CI 包含 0，等价于 $P > 0.05$ ；若不包含 0，则等价于 $P \leq 0.05$ ，并开展敏感性检验，检测 meta 分析结果的稳定性。

2 结果

2.1 文献检索结果及纳入文献特征

初检出相关文献 233 篇，最终纳入 9 篇^[14-22]。根据 Cochrane Reviewer Handbook 质量评价标准对 RCT 进行质量评价。纳入的 9 篇研究，均对患者进行基线资料的对比，结果表明差异无统计学意义。6 篇明确描述随机序列产生方案，3 篇设立随访阶段，合计 B 级质量文献 7 篇^[14-20]，C 级质量文献 2 篇^[21-22]。具体内容见表 1。

表 1 方法学质量评价结果

纳入研究	随机序列的产生	分配隐藏	测评者盲法	结局资料的完整性	基线数据的完整性	文献质量评级
Niu Y, et al, 2010 ^[14]	低风险偏倚	低风险偏倚	不清楚	低风险偏倚	完整	B 级
Coen RF, et al, 2011 ^[15]	不清楚	不清楚	低风险偏倚	不清楚	完整	B 级
Spector A, et al, 2001 ^[16]	低风险偏倚	高风险偏倚	高风险偏倚	不清楚	完整	B 级
Spector A, et al, 2003 ^[17]	不清楚	不清楚	不清楚	低风险偏倚	完整	B 级
Yamanaka K, et al, 2013 ^[18]	低风险偏倚	不清楚	低风险偏倚	低风险偏倚	完整	B 级
Orrell M, et al, 2017 ^[19]	低风险偏倚	低风险偏倚	低风险偏倚	低风险偏倚	完整	B 级
Stemmer R, et al, 2018 ^[20]	低风险偏倚	低风险偏倚	不清楚	低风险偏倚	完整	B 级
Bottino CM, et al, 2005 ^[21]	低风险偏倚	不清楚	低风险偏倚	低风险偏倚	完整	C 级
Breuil V, et al, 1994 ^[22]	不清楚	高风险偏倚	不清楚	不清楚	完整	C 级

2.2 基本信息

纳入的 9 篇文献，共 684 例老年性痴呆患者；362 例接受 CST，340 例接受常规护理，样本量最少 13 例，最多 273 例。其中认知促进治疗 8 篇，

认知促进治疗联合药物治疗 1 篇。以标准均数差 (SMD) 分析疗效大小，对干预组 (CST) 组和对照组 (常规治疗) 进行比较。纳入研究的基本信息见表 2。

表2 纳入研究的基本信息

研究	国家	N	干预组	对照组	CST 设置	评价指标	主要结论	组别	MMSE 基线 分数*	ADAS- Cog 基线 分数*	治疗前后 ADAS-Cog 评 分差值 d(SD)	治疗前后 MMSE 评分 差值 d(SD)
Niu Y, et al, 2010 ^[14]	中国	32	CST	常规 治疗	10 周,1 周 2 次, 每次 45 min	MMSE 评分	CST > 常规 治疗	干预组	16.9 ± 3.0	-	-	0.8(1.1)
								对照组	17.3 ± 3.2	-	-	-0.19(0.66)
Coen RF, et al, 2011 ^[15]	爱尔兰	27	CST	常规 治疗	7 周,1 周 2 次, 每次 45 min	MMSE 评分 和 ADAS- Cog 评分	CST > 常规 治疗	干预组	16.7 ± 5.0	29.0 ± 12.0	0.2(7.2)	0.8(3.6)
								对照组	17.1 ± 5.1	27.9 ± 9.3	2.3(4.1)	-2.1(2.5)
Spector A, et al, 2001 ^[16]	英国	27	CST	常规 治疗	15 周,1 周 2 次, 每次 45 min	ADAS-Cog 评分	CST > 常规 治疗	干预组	11.5 ± 4.4	63.5 ± 11.9	4.3(17.3)	-
								对照组	15.5 ± 4.4	71.7 ± 14.5	-1(20.5)	-
Spector A, et al, 2003 ^[17]	英国	201	CST	常规 治疗	7 周,1 周 2 次, 每次 45 min	MMSE 评分 和 ADAS- Cog 评分	CST > 常规 治疗	干预组	14.2 ± 3.9	27.4 ± 7.2	1.9(6.2)	0.9(3.5)
								对照组	14.8 ± 3.8	26.8 ± 7.9	-0.3(5.5)	-0.4(3.5)
Yamanaka K, et al, 2013 ^[18]	日本	56	CST	常规 治疗	7 周,1 周 2 次, 每次 45 min	MMSE 评分	CST > 常规 治疗	干预组	17.0 ± 0.8	-	-	1.6(4.2)
								对照组	16.9 ± 0.8	-	-	-0.4(4.2175)
Bottino CM, et al, 2005 ^[21]	巴西	13	CST 联合 药物治疗	药物 治疗	5 月,1 周 1 次, 每次 1.5 h	MMSE 评分 和 ADAS- Cog 评分	CST 联合药 物治疗 > 药 物治疗	干预组	22.3 ± 3.6	-	2.2(8.3)	0.8(4.5)
								对照组	-	-	-0.4(8.9)	-1.43(5.3)
Breuil V, et al, 1994 ^[22]	法国	61	CST	常规 治疗	5 周,1 周 2 次,每次 1 h	MMSE 评分	CST > 常规 治疗	干预组	-	-	-	1.4(2.7)
								对照组	-	-	-	-0.7(3.1)
Orrell M, et al, 2017 ^[19]	英国	356	CST	常规 治疗	25 周,一周 3 次,每次 30 min	MMSE 评分 和 ADAS- Cog 评分	CST 与常规 治疗无统计 学差异	干预组	21.1 ± 4.5	21.5 ± 9.2	0.3(5.7)	-1.0(3.0)
								对照组	21.3 ± 4.1	19.8 ± 8.0	1.2(5.9)	-0.7(3.6)
Stemmer R, et al, 2018 ^[20]	德国	72	CST	常规 治疗	6 个月,1 周 6 次,每次 1 h	ADAS- Cog 评分	CST 与常规 治疗无统计 学差异	干预组	19.3 ± 3.9	27.9 ± 11.6	0(4.87)	-
								对照组	18.5 ± 3.8	32.8 ± 11.8	1.0(7.1)	-

注: CST, 认知促进治疗; MMSE, 简易智力状态检查量表; ADAS-Cog, 阿尔茨海默病评估量表-认知部分。* 部分基线数据无法获取, 故未列出。

2.3 Meta 分析结果

2.3.1 合并效应量

经固定效应模型合并后, 以 ADAS-Cog 评分作为评价指标, CST 组和对照组合并效应量 $SMD = 0.02$, 统计检验 $Z = 0.22$, $P = 0.82$, 合并效应量无统计学意义; SMD 合并 95% CI 的横线落在森林图无效竖线上, CST 与对照组虽均有改善效果, 但差异无统计学意义, 见图 1。经随机效应模型合并后, 以 MMSE 评分作为评价指标, CST 组和对照组合并效应量 $SMD = 0.47$, 统计检验 $Z = 2.73$,

$P < 0.01$, 合并效应量有统计学意义; SMD 合并 95% CI 的横线落在森林图无效竖线右侧, 表明 CST 对老年性痴呆的认知功能改善优于对照组, 见图 2。

2.3.2 异质性检验结果

CST 组和对照组的比较共纳入 9 项研究, 其中 2 项研究仅采用 ADAS-Cog 为效果评价指标, 3 项研究仅以 MMSE 为效果评价指标, 其余 4 篇采用了上述两种评价指标。对 6 项包括了 ADAS-Cog 评分为评价指标的研究进行异质性检验, $I^2 = 44\%$,

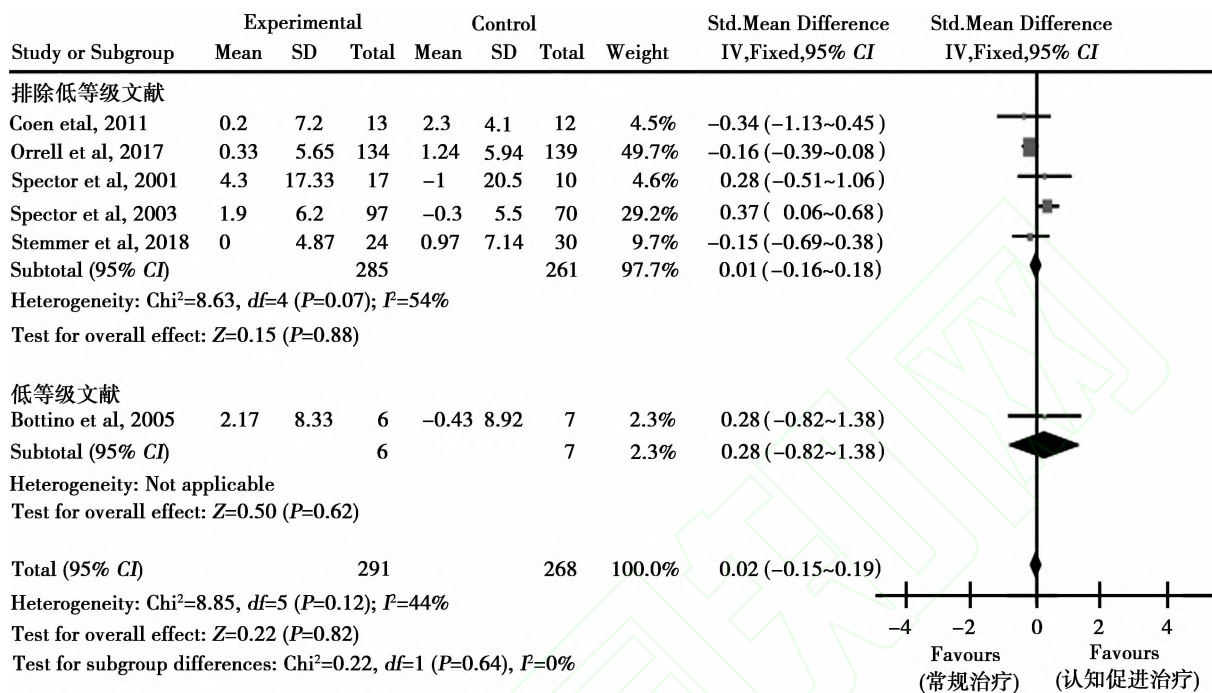


图1 ADAS-Cog 评分效应量汇总及异质性检验

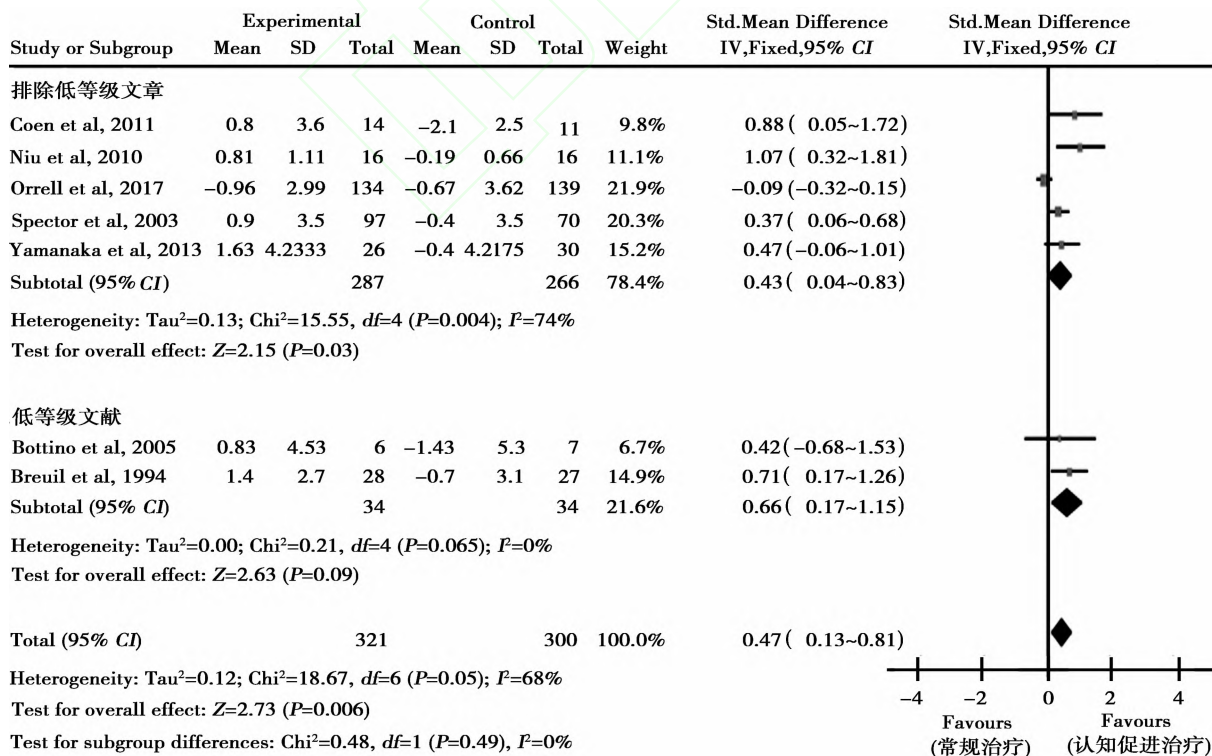


图2 MMSE 评分效应量汇总及异质性检验

$P=0.12$, 无统计学意义, 采用固定效应模型对数据进行合并, 异质性检验结果见图 1。对 7 项包括了 MMSE 评分作为评价指标的研究进行异质性检验, $I^2=68\%$, $P=0.005$, 有统计学意义, 采用随机效应模型对数据进行合并, 异质性检验结果见图 2。

2.3.3 敏感性分析

本研究纳入文献不足, 因此不予进行漏斗图分析。为检测 meta 分析结果稳定性, 开展敏感性检验。排除质量评价等级较低的文献再次进行 meta 分析, 由图 1 和图 2 可得, 以 ADAS-Cog 评分和 MMSE 评分作为评价指标, 结果稳定性较好, 依然显示开展 CST 以 MMSE 评分疗效具有统计学意义。

3 讨论

本研究采用 meta 分析方法, 对原始研究进行严格的系统评价, 以明确 CST 对老年性痴呆患者的认知功能干预效果。经效应量合并, 得出治疗组 MMSE 评分疗效有统计学意义, 治疗组 ADAS-Cog 评分合并无统计学意义。根据 MMSE 评分效应量汇总, 结果表明 CST 可以改善老年痴呆患者治疗期间的认知功能, 在患者的语言能力、沟通能力以及情绪改善等方面有一定效果, 可提高患者的生存质量。本研究所选取的对象为老年性痴呆患者, 具有一定的教育水平和沟通能力, 无其他严重的身心障碍, 能配合治疗并完成研究。因此结果推广对象也应满足上诉条件。老年性痴呆作为老年期常见的慢性进行性精神衰退性疾病, 目前虽然尚不完全了解 CST 如何维持痴呆患者的认知功能, 但维持智力活动可能通过促进大脑可塑性、海马神经元的增殖和存活^[23]以及大脑或认知储备的扩大来防止认知功能的下降^[24]。认知行为活动可增强大脑的神经可塑性和认知缺陷补偿能力从而达到效用。

本研究选取不同量表作为结局指标, 根据量表之间差异, 进一步分析 meta 分析效应量的不同。ADAS-Cog 评分量表常用于评价患者的记忆力、定向力、语言、构造性和行为, 其不适合于极轻度和极重度的患者; 它没有检验执行功能障碍项目, 在评价结果效应时存在一定局限性; 其次, 在评价短时间内患者认知功能改善状况方面, 敏感度低于 MMSE 量表。以上均可导致两种量表评价结果出

现差异。年龄、教育、语言等因素影响着沟通的质量, 部分项目需要一定的阅读书写能力, 在研究实施过程中可能出现选择偏倚和信息偏倚, 影响着 MMSE 量表和 ADAS-Cog 量表的准确性。

在研究实施过程中, 由于认知促进治疗的技术限制, 在实施过程中无法保证双盲。根据 Clare^[25]等人的定义, 作为对照组的常规治疗含有认知促进治疗的某些内容。据报道, 非正统的团体活动也对患有痴呆的人有效^[23-28]。其次, 诊断标准和结局指标相同的文章较少, 纳入研究内容和样本量不够充足。部分文献符合纳入标准, 但因无法获取原始数据而被排除。最后, 在纳入的文献中, 只有 2 篇文献研究开展于发展中国家, 其余 7 篇均在发达国家中进行。基于不同国家经济文化水平的差异, 在研究对象的选择中, 本研究存在一定的选择偏倚。

本次研究的纳入文献中, CST 开展的方式不尽相同。在 Orrell^[19]和 Stemmer^[20]的研究中, 治疗场所被设定为家中, 而其他研究设定为照护中心等医疗场所。Stemmer^[20]的研究中, 治疗模式以多位照护人员陪护单个患者进行, 疗效并不显著, 建议多患者共同参与开展 CST 治疗。在 Spector^[17]和 Yamanaka^[18]的研究中, CST 操作中强调了体育活动的开展, 疗效明显。综合推荐, CST 应配合体育活动进行, 并尽量开展于临床场所, 多患者共同参与。

老年性痴呆是一种慢性进行性精神衰退性疾病, 可能由心理和生理两方面因素造成, 但其发病机制需进一步研究。CST 作为近年新兴的非药物干预措施, 存在治疗周期长, 治疗过程较繁琐等问题, 且目前临床无统一推荐的治疗方案。国内专业心理干预师, 心理医生数量较少, 无法满足临床需求。现各种新型的 CST 相关治疗措施, 例如基于互联网式的 CST, 电话交互式 CST, 计算机介入的 CST 出现, 可以很好解决医疗资源匮乏等问题。目前应着力于探讨可行性较强的公认治疗方案, 在临床上推广。

参考文献

- [1] WHO. World Alzheimer Report 2018 [R/OL]. (2018) [2020-3]. <https://www.alz.co.uk/research/world-report-2018>
- [2] Huang Y, Wang Y, Wang H, et al. Prevalence of mental disorders in China: a cross-sectional epidemiological study [J]. *Lancet Psychiatry*, 2019, 6(3): 211-224.
- [3] Zhang Z, Zahner GE, Roman GC, et al. Dementia subtypes in Chi-

- na: prevalence in Beijing, Xian, Shanghai, and Chengdu [J]. *Arch Neurol*, 2005, 62(3): 447 - 453.
- [4] 李淑然, 陈昌惠, 张维熙, 等. 北京市城市社区老年性痴呆和老年抑郁症患病率调查[J]. *中国心理卫生杂志*, 1999, 13(5): 266 - 268.
- [5] 刘肇瑞, 黄悦勤, 陈红光, 等. 老年性痴呆患者的认知促进[J]. *阿尔茨海默病及相关病*, 2019, 2(1): 306 - 309.
- [6] 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: 248 - 254.
- [7] Orrell M, Aguirre E, Spector A, et al. Maintenance cognitive stimulation therapy for dementia: single-blind, multicentre, pragmatic randomised controlled trial [J]. *Br J Psychiatry*, 2014, 204(6): 454 - 461.
- [8] WOODS B, AGUIRRE E, SPECTOR A, et al. Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia [J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2012, (2): CD005562.
- [9] 李博, 沐楠, 饶冬萍, 等. 认知刺激疗法在老年痴呆中应用的研究进展[J]. *中国神经精神疾病杂志*, 2018, 44(11): 701 - 703
- [10] Yates LA, Yates J, Orrell M et al. Cognitive stimulation therapy for dementia: history, evolution and internationalism [M]. Oxon: Routledge, 2018.
- [11] Rosen WG, Mohs RC, Davis KL. A new rating scale for Alzheimer's disease [J]. *Am J Psychiatry*, 1984, 141(11): 1356 - 64.
- [12] Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician [J]. *J Psychiatr Res*, 1975, 12(3): 189 - 198.
- [13] Higgins JPT, Green S. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* Version 5.1.0 [updated March 2011]. 2011 [J/OL]. The Cochrane Collaboration, 2018. (2011 - 3) [2020 - 3]. <http://handbook-5-1.cochrane.org/>
- [14] Niu Y, Tan J, Guan J, et al. Cognitive stimulation therapy in the treatment of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: a randomized controlled trial [J]. *Clin Rehabil*, 2010, 24(12): 1102 - 1111.
- [15] Coen RF, Flynn B, Rigney E, et al. Efficacy of a cognitive stimulation therapy programme for people with dementia [J]. *Irish J Psychol Med*, 2011, 28(3): 145 - 147.
- [16] Spector A, Orrell M, Davies S, et al. Can reality orientation be rehabilitated? Development and piloting of an evidence-based programme of cognition-based therapies for people with dementia [J]. *Neuropsychol Rehabil*, 2001, 11(3-4): 377 - 397.
- [17] 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: 248 - 254.
- [18] Yamanaka K, Kawano Y, Noguchi D, et al. Effects of cognitive stimulation therapy Japanese version (CST-J) for people with dementia: a single-blind, controlled clinical trial [J]. *Aging Ment Health*, 2013, 17(5): 579 - 586.
- [19] Orrell M, Yates L, Leung P, et al. The impact of individual Cognitive Stimulation Therapy (iCST) on cognition, quality of life, caregiver health, and family relationships in dementia: a randomised controlled trial [J]. *PLoS Med*, 2017, 14(3): e1002269.
- [20] Stemmer R, Graessel E, Schmid M. [Individual activation of dementia sufferers in a home setting: a randomized controlled study] [J]. *Z Gerontol Geriatr*, 2019, 52(3): 256 - 263. [Article in German]
- [21] Bottino CM, Carvalho IA, Alvarez AM, et al. Cognitive rehabilitation combined with drug treatment in Alzheimer's disease patients: a pilot study [J]. *Clin Rehabil*, 2005, 19(8): 861 - 869.
- [22] Breuil V, De Rotrou J, Forette F, et al. Cognitive stimulation of patients with dementia: preliminary results [J]. *Int J Geriatr Psychiatry*, 1994, 9(3): 211 - 217.
- [23] Churchill JD, Galvez R, Colcombe S, et al. Exercise, experience and the aging brain [J]. *Neurobiol Aging*, 2002, 23(5): 941 - 955.
- [24] Scarmeas N, Stern Y. Cognitive Reserve and Lifestyle [J]. *J Clin Exp Neuropsychol*, 2003, 25(5): 625 - 633.
- [25] Clare L, Woods RT, Moniz CE, et al. Cognitive rehabilitation and cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and vascular dementia [J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2003, (4): CD003260.
- [26] Woods RT. Reality orientation and staff attention: a controlled study [J]. *Br J Psychiatry*, 1979, 134: 502 - 507.
- [27] Requena C, Maestu F, Campo P, et al. Effects of cholinergic drugs and cognitive training on dementia: 2-year follow-up [J]. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 2006, 22(4): 339 - 345.
- [28] Woods B, Aguirre E, Spector AE, et al. Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia [J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2012, (2): CD005562.

编辑: 赵志宇

2020-03-31 收稿