

WHO 2026 失智症風險降低指引 | 中文版專業整理

第二版：一般健康指引、失智症專屬建議、證據與原文執行重點

版本定位

給醫師、研究者、醫療團隊、公共衛生與政策工作者。逐項保留 WHO 原文的建議層級、證據判讀、Remarks 與 Implementation considerations。

依據：World Health Organization, Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines, second edition (2026)

整理日期：2026 年 7 月 17 日 | 繁體中文重點整理

製作人：Dr. PN 王培寧醫師

內容整理：Dr. PN 和 OpenAI Codex 協作

重要聲明

本文件為 WHO 2026 英文指引的中文重點整理，並非 WHO 官方中文譯本，也不另行加入製作人的臨床建議。若與原文有差異，應以英文原版為準；本文件不能取代個別醫療評估與治療。

目錄

目錄	2
閱讀摘要 這份指引如何分層	4
20 項主題總覽 WHO 一般健康指引與失智專屬建議	5
1. 認知活動	8
2. 社交活動	9
3. 身體活動	10
4. 減少有害飲酒	11
5. 戒煙與避免二手煙	12
6. 健康均衡飲食與營養	13
7. 中年過重與肥胖	14
8. 糖尿病管理	15
9. 高血壓管理	16
10. 血脂異常管理	17
11. 聽力損失與助聽器	18
12. 更年期荷爾蒙治療	19
13. 憂鬱症管理	20
14. 中風預防與中風後照護	21
15. 腦外傷預防與照護	22

16. 視力障礙管理	23
17. 睡眠與睡眠障礙	24
18. HIV 管理	25
19. 降低空氣污染暴露	26
20. 量身設計的多面向介入	27
WHO 跨主題執行重點	28
WHO 共同證據缺口	29
來源與引用	29

閱讀摘要 | 這份指引如何分層

核心問題

WHO 對每個因子分別判讀兩個層面：一是該因子是否與失智風險有關；二是介入後，是否已有足夠證據證實能降低認知退化或失智風險。指引中的證據確定性主要回答第二個問題。

- WHO 一般健康指引：說明為了整體健康，這些行為或疾病原本就應如何預防、評估或治療。
- 失智症專屬建議：只回答介入後能否降低認知退化或失智風險，並標示建議強度與證據確定性。
- Remarks：補充定義、適用範圍、臨床界線及解讀方式。
- Implementation considerations：整理臨床服務、照護路徑、公共衛生、政策、公平性與執行條件。
- 本版不加入 Dr. PN 的臨床建議；所有執行內容均回到 WHO 原文，沒有具體做法時會明確註明。

建議強度與證據確定性

- 建議強度是綜合介入的效益與風險、成本、可行性、接受度與健康公平的整體評估建議。
- 低或極低確定性是指介入能否直接降低認知退化或失智的效果仍不確定，不等於該危險因子與失智的關聯證據不足。
- 改善短期認知測驗不等於已證實能延後失智症發生。

20 項主題總覽 | WHO

一般健康指引與失智專屬建議

本表依 WHO 原文 Table A 整理。為方便快速判讀，左欄摘要 WHO 一般健康指引或臨床說明，右欄列出降低認知退化或失智風險的專屬建議；完整的臨床、服務流程與公共衛生內容請參閱各主題頁。

主題	WHO 一般健康指引 / 臨床說明	失智專屬建議	建議強度	證據確定性
1. 認知活動	WHO 一般健康指引 在全生命歷程中促進終身學習、公平取得優質教育，以及能促進認知活動的工作與生活環境，以支持腦健康。	認知訓練 為降低認知退化或失智風險，可向認知正常或有輕度認知障礙的高齡者提供認知訓練。	條件式	低
		認知刺激 為降低認知退化或失智風險，可鼓勵參與認知刺激活動。	條件式	極低
2. 社交活動	WHO 一般健康指引 社會參與與健康及福祉密切相關，應在全生命歷程中支持社會參與。	促進社交活動的方案 為降低認知退化或失智風險，可建議認知正常或有輕度認知障礙的成人，參加促進社交活動的方案。	條件式	極低
3. 身體活動	WHO 一般健康指引 鼓勵各年齡與各種能力者規律進行身體活動，包括有氧活動、肌力活動與減少久坐。	認知正常成人 為降低認知退化風險，應向認知正常成人建議進行身體活動。	強	中等
		輕度認知障礙成人 為降低認知退化風險，有輕度認知障礙的成人也可接受身體活動建議。	條件式	低
4. 減少有害飲酒	WHO 一般健康指引 酒精會影響精神狀態，並具有毒性與成癮性，因此不應為了健康效益而建議任何飲酒量；高風險飲酒、有害飲酒及酒精依賴仍應接受適當處理。	減少有害飲酒 為降低認知退化或失智風險，可為認知正常或有輕度認知障礙，且有高風險飲酒、有害飲酒或酒精依賴的成人，提供減量、戒酒及酒精依賴治療。	條件式	中等
5. 戒煙與避免二手煙	WHO 一般健康指引 應完全避免吸煙。所有吸煙者都應獲得具實證基礎的戒煙治療與支持，所有人也應避免暴露於二手煙。	戒煙治療與支持 為降低認知退化或失智風險，應為吸煙的成人提供戒煙治療與支持。	強	低

主題	WHO 一般健康指引 / 臨床說明	失智專屬建議	建議強度	證據確定性
6. 健康均衡飲食與營養	WHO 一般健康指引 所有成人應採取健康、均衡的飲食。	健康均衡飲食 為降低認知退化或失智風險，可建議認知正常或有輕度認知障礙的成人，採取健康、均衡的飲食型態。	條件式	中等
		反對補充品 為降低認知退化或失智風險，不建議補充維生素 B、維生素 E、Omega-3 多元不飽和脂肪酸或綜合維生素與礦物質。	強建議反對使用	中等
7. 中年過重與肥胖	WHO 一般健康指引 所有有肥胖的成人應接受肥胖管理。	中年期體重管理 為降低認知退化或失智風險，中年有過重或肥胖者可接受體重管理介入。	條件式	低至中等
		飲食限制介入 為降低認知退化或失智風險，過重或肥胖的成人可接受飲食限制介入。	條件式	低至中等
8. 糖尿病管理	WHO 一般健康指引 所有有糖尿病的成人應接受糖尿病管理。	糖尿病管理 為降低認知退化或失智風險，可為有糖尿病的成人提供糖尿病管理。	條件式	極低
9. 高血壓管理	WHO 一般健康指引 所有有高血壓的成人應接受高血壓管理。	高血壓管理 為降低認知退化或失智風險，可向有高血壓的成人提供高血壓管理。	條件式	極低
10. 血脂異常管理	WHO 一般健康指引 所有有血脂異常的成人應接受血脂異常管理。	中年血脂管理 為降低認知退化或失智風險，可在中年期提供血脂異常管理。	條件式	低
11. 聽力損失與助聽器	WHO 一般健康指引 應提供聽力損失的預防、篩檢與管理。	助聽器 為降低認知退化或失智風險，可向有聽力損失的成人提供助聽器。	條件式	低
12. 更年期荷爾蒙治療	一般臨床說明 更年期荷爾蒙治療主要用於緩解熱潮紅、夜間盜汗等血管舒縮症狀，以及更年期泌尿生殖症候群，不是用來預防失智。	65 歲以上停經女性 不建議 65 歲以上停經女性為了降低認知退化或失智風險而使用更年期荷爾蒙治療。	條件式反對	極低
		65 歲以下女性 但目前沒有足夠證據，支持或反對 65 歲以下女性為了預防失智而使用更年期荷爾蒙治療。	無預防失智的專屬建議	未評定
13. 憂鬱症管理	WHO 一般健康指引 所有有憂鬱症的成人應接受心理治療及 / 或抗憂鬱藥物治療。	憂鬱症治療 但目前沒有足夠證據，支持為了預防失智而採用特定的憂鬱症治療方式。	無預防失智的專屬建議	未評定

主題	WHO 一般健康指引 / 臨床說明	失智專屬建議	建議強度	證據確定性
14. 中風預防與中風後照護	WHO 一般健康指引 所有曾發生中風的成人，都應接受中風治療與管理。	預防再度中風的藥物 目前沒有足夠證據，可為了預防失智而特別選擇某一種常用的再中風預防藥物。	無預防失智的專屬建議	未評定
15. 腦外傷預防與照護	WHO 一般健康指引 所有族群都應持續落實頭部外傷與腦外傷預防，並提供適當的預防與照護。	腦外傷後介入 但目前沒有足夠證據，支持為了預防失智而採用特定的腦外傷後介入方法。	無預防失智的專屬建議	未評定
16. 視力障礙管理	WHO 一般健康指引 疑似有視力障礙的成人應接受篩檢，確診者應接受視力障礙管理。	視力介入 但目前沒有足夠證據，支持為了預防失智而採用特定的視力介入方式。	無預防失智的專屬建議	未評定
17. 睡眠與睡眠障礙	一般臨床說明 好的睡眠應有足夠時間、少中斷，醒來後能恢復精神；每個人的實際需要仍有差異。	睡眠 - 覺醒障礙治療 但目前沒有足夠證據，支持為了預防失智而採用特定的睡眠 - 覺醒障礙治療方式。	無預防失智的專屬建議	未評定
		改善睡眠 但目前沒有足夠證據，支持為了預防失智而採用特定的睡眠改善方式，包括改善睡眠品質或睡眠時間。	無預防失智的專屬建議	未評定
18. HIV 管理	WHO 一般健康指引 所有 HIV 感染者都應接受抗反轉錄病毒治療並維持病毒抑制。	ART 組合 目前沒有足夠證據支持為了預防認知退化或失智而選用特定 ART 組合；ART 仍應依疾病控制需求與個人偏好選擇。	無預防失智的專屬建議	未評定
19. 降低空氣污染暴露	WHO 一般健康指引 空氣污染具有毒性，會增加多種傳染性與非傳染性疾病負擔；應在全生命歷程中降低室內外空氣污染暴露。	家庭空氣污染 減少家庭空氣污染暴露，可能降低認知退化或失智風險。	條件式	極低
		環境空氣污染 減少戶外環境空氣污染暴露，尤其是 PM2.5，可能降低認知退化或失智風險。	條件式	極低
20. 量身設計的多面向介入	一般臨床說明 失智風險因子往往同時存在並在生命歷程中累積，因此應以整體方式處理。	量身設計的多面向介入 為降低認知退化或失智風險，可依個人或族群的實際情況設計多面向介入，同時處理多個危險因子。	條件式	中等至高

第一篇 | 促進健康行為

1. 認知活動

版本狀態	建議強度	證據確定性	原文頁次
認知訓練	條件式	低	20-24
認知刺激	條件式	極低	20-24

WHO 建議摘要

可向認知正常或輕度認知障礙的高齡者提供認知訓練；亦可鼓勵認知刺激活動。

適用對象：認知正常或輕度認知障礙的高齡成人。

WHO 一般健康指引

在全生命歷程中促進終身學習、公平取得優質教育，以及能促進認知活動的工作與生活環境，以支持腦健康。

失智症專屬建議

認知訓練

為降低認知退化或失智風險，可向認知正常或有輕度認知障礙的高齡者提供認知訓練。

認知刺激

為降低認知退化或失智風險，可鼓勵參與認知刺激活動。

證據與判讀

認知訓練可帶來小幅、短期的認知測驗改善；5 年失智發生率未見差異。日常認知刺激的長期資料多為觀察性研究，最佳類型、頻率與劑量仍未確立。

臨床與服務執行重點

- 日常認知刺激可包括閱讀、拼圖與遊戲；活動若有新鮮感並帶有適度挑戰，更能形成認知刺激。
- 較正式的認知刺激活動可透過團體、一對一、社區工作坊或數位方式進行；內容需配合當地文化、語言與環境。
- 可將認知訓練納入初級照護、社區或高齡者方案；若當地缺乏認知健康專業人力，需先培訓執行人員。

公共衛生與系統責任

- 透過公共衛生訊息，提供簡單、符合文化且能放入日常生活的認知活動例子。
- 結合社區組織、圖書館、社區俱樂部與學習中心，降低行動不便、交通與費用造成的參與障礙，並提供低價或免費活動。
- 確保弱勢、偏鄉及教育資源較少的族群公平取得服務，同時縮小數位素養與設備差距。

第一篇 | 促進健康行為

2. 社交活動

版本狀態	建議強度	證據確定性	原文頁次
更新建議	條件式	極低	25-28

WHO 建議摘要

可建議認知正常或有輕度認知障礙的成人，參加促進社交活動的方案。

適用對象：認知正常或輕度認知障礙成人。

WHO 一般健康指引

社會參與與健康及福祉密切相關，應在全生命歷程中支持社會參與。

失智症專屬建議

促進社交活動的方案

為降低認知退化或失智風險，可建議認知正常或有輕度認知障礙的成人，參加促進社交活動的方案。

證據與判讀

社交參與較多，通常與較好的健康及認知結果有關，但介入研究差異很大，目前仍無法確認最適合的形式與頻率。這類方案也可能透過減少孤立、增加活動與社會支持而帶來好處。

臨床與服務執行重點

- 初級照護可透過社會處方，依個人的偏好、需要及所在地資源，連結適合的社區活動與支持。
- 數位方案可以降低部分參與障礙，但未必能完全取代面對面互動帶來的社會、情緒與認知效益。
- 社交參與可整合進身體活動、營養、心理健康及其他失智風險降低方案。

公共衛生與系統責任

- 建立符合文化、具包容性並可依不同族群需要調整的社交方案，例如跨世代活動、同儕支持及數位互動平台。
- 處理行動不便、交通、污名、照顧責任及數位排除等參與障礙。
- 由醫療、社會照護、教育及社區發展等部門合作，配合公共宣導與專業人員參與，擴大可持續的服務。

第一篇 | 促進健康行為

3. 身體活動

版本狀態	建議強度	證據確定性	原文頁次
認知正常成人	強	中等	29-31
輕度認知障礙成人	條件式	低	29-31

WHO 建議摘要

認知正常的成人應規律進行身體活動，以降低認知退化風險；有輕度認知障礙的成人也可接受身體活動建議。

適用對象：認知正常或有輕度認知障礙的成人；活動內容依體能、共病與跌倒風險調整。

WHO 一般健康指引

鼓勵各年齡與各種能力者規律進行身體活動，包括有氧活動、肌力活動與減少久坐。

失智症專屬建議

認知正常成人

為降低認知退化風險，應向認知正常成人建議進行身體活動。

輕度認知障礙成人

為降低認知退化風險，有輕度認知障礙的成人也可接受身體活動建議。

證據與判讀

身體活動具低成本、低風險與廣泛健康效益。對認知正常成人的直接證據較穩定；但最佳運動種類、強度、持續時間與長期失智結果仍待研究。

臨床與服務執行重點

- 設計活動方案時，應優先安排有氧運動或多種形式的運動，並依個人能力與偏好調整。
- 可將活動納入社區或初級照護的健康老化方案；團體課程、步行團體等有組織的安排，較有助於持續參與，也可能提高成效。

公共衛生與系統責任

- 將身體活動納入社區及初級照護的健康老化方案，並依不同地區的資源、文化與參與障礙調整。
- 團體課程與步行團體等結構化服務可同時增加社交參與，並可能提升持續性。

第一篇 | 促進健康行為

4. 減少有害飲酒

版本狀態	建議強度	證據確定性	原文頁次
沿用既有建議	條件式	中等	32-35

WHO 建議摘要

對認知正常或有輕度認知障礙，且有高風險飲酒、有害飲酒或酒精依賴的成人，可提供減量、戒酒及酒精依賴治療。

適用對象：有高風險飲酒、有害飲酒或酒精依賴的成人。

WHO 一般健康指引

酒精會影響精神狀態，並具有毒性與成癮性，因此不應為了健康效益而建議任何飲酒量；高風險飲酒、有害飲酒及酒精依賴仍應接受適當處理。

失智症專屬建議

減少有害飲酒

為降低認知退化或失智風險，可為認知正常或有輕度認知障礙，且有高風險飲酒、有害飲酒或酒精依賴的成人，提供減量、戒酒及酒精依賴治療。

證據與判讀

酒精具毒性、致依賴性並增加多種疾病風險；WHO 不建議為健康效益而開始飲酒。介入重點是降低有害飲酒與治療依賴。

臨床與服務執行重點

- 在例行初級照護中納入飲酒篩檢與簡短介入，並增加實證治療的可近性。
- 可採用諮商與動機式晤談；酒精依賴者應接受實證心理社會及藥物治療，治療流程也需注意營養支持，例如補充硫胺素。
- 資源不足地區可由社區健康工作者與非專科人員協助，讓更多人能接受行為介入。

公共衛生與系統責任

- 個人介入需搭配提高酒稅、限制酒精取得與廣告，以及落實酒駕法律等人口政策。
- 提升實證治療的可近性，並把減少有害飲酒納入更廣泛的健康生活與失智風險降低策略。

第一篇 | 促進健康行為

5. 戒煙與避免二手煙

版本狀態	建議強度	證據確定性	原文頁次
沿用既有建議	強	低	36-38

WHO 建議摘要

所有吸煙者都應獲得戒煙治療與支持，以降低認知退化與失智風險。

適用對象：所有吸煙成人。

WHO 一般健康指引

應完全避免吸煙。所有吸煙者都應獲得具實證基礎的戒煙治療與支持，所有人也應避免暴露於二手煙。

失智症專屬建議

戒煙治療與支持

為降低認知退化或失智風險，應為吸煙的成人提供戒煙治療與支持。

證據與判讀

儘管失智專屬介入證據確定性不高，吸煙危害與戒煙整體淨效益明確，因此形成強建議。這也說明建議強度不等同證據確定性。

臨床與服務執行重點

- 戒煙方案應納入初級照護、非傳染性疾病及心理健康服務，並加強吸煙篩檢、諮商及後續治療。
- WHO 特別提出，可在初級照護加強 35–65 歲成人的戒煙篩檢與諮商，並培訓人員在例行照護中提供實證戒煙介入。
- 執行時需處理人力不足、對戒煙服務了解不足及污名等障礙，確保戒煙服務容易取得並能持續。

公共衛生與系統責任

- 公共衛教應說明：越早戒煙，對健康的保護效果越大，但任何階段戒煙仍有益。
- 整體人口層級的政策包括提高稅負、限制廣告、圖文警示、無煙法規與公眾教育，並與個人戒煙服務並行。

6. 健康均衡飲食與營養

版本狀態	建議強度	證據確定性	原文頁次
健康均衡飲食	條件式	中等	39-43
反對補充品	強建議反對使用	中等	39-43

WHO 建議摘要

可建議認知正常或有輕度認知障礙的成人，採取健康、均衡的飲食型態；沒有營養素缺乏時，不建議使用維生素 B、E、Omega-3 或綜合維生素與礦物質預防認知退化或失智。

適用對象：所有成人；補充品反對建議適用於未確診營養缺乏者。

WHO 一般健康指引

所有成人都應採取健康、均衡的飲食。

失智症專屬建議

健康均衡飲食

為降低認知退化或失智風險，可建議認知正常或有輕度認知障礙的成人，採取健康、均衡的飲食型態。

反對補充品

為降低認知退化或失智風險，不建議補充維生素 B、維生素 E、Omega-3 多元不飽和脂肪酸或綜合維生素與礦物質。

證據與判讀

地中海型、DASH、MIND 等整體飲食介入可能帶來小幅認知改善。整體飲食比單一營養素更重要；目前看不出補充這些營養素有整體淨效益，不應把補充品當成防失智捷徑。

臨床與服務執行重點

- 健康飲食方案應把核心原則轉換成符合當地食材與傳統飲食的做法，例如增加蔬菜、豆類、全穀與健康脂肪，減少加工食品。
- 方案應著重整體飲食型態，而非單一營養素，並安排能長期維持的行為改變策略。
- 飲食建議既要符合科學證據，也要讓人做得到；必要時可轉換成簡明的食物選擇訊息。

公共衛生與系統責任

- 執行健康飲食方案時，應把食物是否容易取得、價格能否負擔列為重點，尤其要在資源不足地區提供符合健康飲食原則的平價選擇。
- 能否健康飲食並不完全取決於個人；方案也要處理經濟、地理及食物環境造成的不平等。

第二篇 | 健康狀況與生物狀態管理

7. 中年過重與肥胖

版本狀態	建議強度	證據確定性	原文頁次
中年期體重管理	條件式	低至中等	45-48
飲食限制介入	條件式	低至中等	45-48

WHO 建議摘要

中年有過重或肥胖者可接受體重管理介入；過重或肥胖的成人也可接受飲食限制介入，以降低認知退化或失智風險。

適用對象：中年過重或肥胖成人；飲食介入需兼顧營養與共病。

WHO 一般健康指引

所有有肥胖的成人都應接受肥胖管理。

失智症專屬建議

中年期體重管理

為降低認知退化或失智風險，中年有過重或肥胖者可接受體重管理介入。

飲食限制介入

為降低認知退化或失智風險，過重或肥胖的成人可接受飲食限制介入。

證據與判讀

中年肥胖與後續失智風險較高有關；晚年的體重下降可能是早期認知退化的訊號。WHO 因此保留「降低中年過重或肥胖」的條件式建議。

臨床與服務執行重點

- 體重管理應包含飲食與身體活動，由受過訓練的人員提供，並依當地醫療量能與資源調整。
- 高齡者若採取限制熱量的飲食，需審慎評估，並由醫療人員持續監測安全性與適切性。
- 介入方式需配合當地文化，也要考量能否長期執行，以及是否容易取得服務。

公共衛生與系統責任

- 醫療系統應確保體重管理服務由受過訓練的人員提供，並依當地量能與資源調整。
- 辨識並處理健康食物、醫療服務與基礎設施的取得差距；能否遵守飲食限制，並不完全取決於個人。

第二篇 | 健康狀況與生物狀態管理

8. 糖尿病管理

版本狀態	建議強度	證據確定性	原文頁次
更新建議	條件式	極低	49-52

WHO 建議摘要

所有有糖尿病的成人應接受糖尿病治療與管理；為降低認知退化或失智風險，也可提供糖尿病管理。

適用對象：有糖尿病的成人。

WHO 一般健康指引

所有有糖尿病的成人應接受糖尿病管理。

失智症專屬建議

糖尿病管理

為降低認知退化或失智風險，可為有糖尿病的成人提供糖尿病管理。

證據與判讀

糖尿病是明確的整體健康與失智風險因子，但直接證明某種糖尿病治療能額外預防失智的資料有限。治療仍應以血糖控制、心腎保護及個人安全為主要考量。

臨床與服務執行重點

- 訂定血糖目標時，應考量內在能力、功能狀態、共病及預期壽命；高齡者若控制過度嚴格，可能增加低血糖、跌倒及認知傷害。
- 糖尿病教育與監測可由社區健康工作者協助；數位工具可協助規律服藥與血糖監測。
- 糖尿病照護路徑可納入腦健康考量，並與健康老化及其他非傳染性疾病照護整合。

公共衛生與系統責任

- 利用既有初級照護與非傳染性疾病方案，整合糖尿病管理與失智風險降低。
- 確保藥物、血糖監測工具及受訓醫療人力能持續供應，尤其是在中低收入國家。
- 以符合當地文化的社區策略，提升健康識能、自我管理能力與就醫參與，並處理污名與健康食物取得障礙。

第二篇 | 健康狀況與生物狀態管理

9. 高血壓管理

版本狀態	建議強度	證據確定性	原文頁次
更新建議	條件式	極低	53-56

WHO 建議摘要

所有有高血壓的成人應依 WHO 指引接受管理；為降低認知退化或失智風險，也可提供高血壓治療。

適用對象：有高血壓的成人，尤其應重視中年期與長期控制。

WHO 一般健康指引

所有有高血壓的成人應接受高血壓管理。

失智症專屬建議

高血壓管理

為降低認知退化或失智風險，可向有高血壓的成人提供高血壓管理。

證據與判讀

高血壓是認知退化與失智的明確風險因子。WHO 指出，中年控制血壓的長期認知效益，比晚年才開始治療更明確。至於高血壓治療能否直接降低失智風險，介入試驗的證據確定性仍很低。

臨床與服務執行重點

- 高血壓可透過健康飲食、減少鹽分、身體活動、體重控制及降壓藥物管理。
- 高齡者的血壓目標應依內在能力、功能狀態、姿勢性症狀與心血管病史個別調整，避免血壓控制不足，也避免降得過低或治療過度。
- 可利用既有初級照護系統進行篩檢、監測、衛教與轉介，並與糖尿病及肥胖等風險一起管理。

公共衛生與系統責任

- 強化必需藥物供應鏈與醫療人力，並運用既有初級照護系統，提升血壓的早期發現與持續控制。
- 用符合當地文化的衛教與社區方案，提高治療配合度；公共衛教也應說明控制血壓對心血管及認知健康的效益，特別重視中年期。

第二篇 | 健康狀況與生物狀態管理

10. 血脂異常管理

版本狀態	建議強度	證據確定性	原文頁次
沿用既有建議	條件式	低	57-59

WHO 建議摘要

所有有血脂異常的成人都應接受治療；為降低認知退化或失智風險，可在中年期提供血脂異常管理。

適用對象：中年血脂異常成人；治療依整體心血管風險。

WHO 一般健康指引

所有有血脂異常的成人都應接受血脂異常管理。

失智症專屬建議

中年血脂管理

為降低認知退化或失智風險，可在中年期提供血脂異常管理。

證據與判讀

中年期長期血脂異常，與日後的血管疾病及失智風險較為相關。到了晚年，血脂與失智風險的關係較複雜。是否使用降脂治療，應依心血管適應症決定，不能只以預防失智為理由。

臨床與服務執行重點

- 中年期的心血管預防應包括血脂管理，透過例行心血管風險評估及早診斷，並在需要時開始降脂治療。
- 減少飲食中的飽和脂肪、規律活動及體重管理，仍是血脂控制的重要部分。
- 高齡者的血脂治療應綜合內在能力、共病、複方用藥、預期壽命與個人重視的治療目標，不能只看血脂數值。

公共衛生與系統責任

- 確保降脂藥物價格可以負擔，供應也能維持穩定。
- 醫療系統應將中年期血脂的早期辨識及治療，納入整體心血管與失智風險降低策略。

第二篇 | 健康狀況與生物狀態管理

11. 聽力損失與助聽器

版本狀態	建議強度	證據確定性	原文頁次
更新建議	條件式	低	60-63

WHO 建議摘要

應依一般指引進行聽力預防、篩檢與管理；為降低認知退化或失智風險，可向有聽力損失的成人提供助聽器。

適用對象：經評估有聽力損失的成人。

WHO 一般健康指引

應提供聽力損失的預防、篩檢與管理。

失智症專屬建議

助聽器

為降低認知退化或失智風險，可向有聽力損失的成人提供助聽器。

證據與判讀

聽力損失可能增加認知負荷、孤立與溝通困難。助聽器的整體功能效益明確，認知保護效果可能集中在高風險族群；需配戴、調整與追蹤。

臨床與服務執行重點

- WHO 一般指引提出對 50 歲以上成人進行系統性聽力篩檢，並在診斷後儘速提供助聽器驗配；資源有限地區可採社區服務模式。
- 可將聽力照護納入初級照護，並連結認知篩檢及轉介路徑；篩檢工具需符合當地文化與情境。
- 助聽器可改善溝通與生活品質，但能否持續配戴，常受到污名、費用、延遲診斷、專業人力及維修服務不足影響。

公共衛生與系統責任

- 擴大價格可以負擔、符合當地文化的聽力服務，並補足助聽器驗配、維修、專業人員及基礎設施缺口。
- 透過公共宣導與人員培訓，減少污名、提高對聽力損失的認識，並縮短延遲診斷。
- 公共衛生與初級照護還應推動安全聆聽、降低噪音、兒童耳疾治療及可預防感染的疫苗接種。

第二篇 | 健康狀況與生物狀態管理

12. 更年期荷爾蒙治療

版本狀態	建議強度	證據確定性	原文頁次
65 歲以上停經女性	條件式反對	極低	64-67
65 歲以下女性	無預防失智的專屬建議	未評定	64-67

WHO 建議摘要

不建議 65 歲以上停經女性為了降低認知退化或失智風險而使用更年期荷爾蒙治療；
65 歲以下、早發停經或圍更年期者，無法針對防失智提出支持或反對。

適用對象：停經女性；必須與治療熱潮紅、泌尿生殖症狀等適應症分開判斷。

一般臨床說明

更年期荷爾蒙治療主要用於緩解熱潮紅、夜間盜汗等血管舒縮症狀，以及更年期泌尿生殖症候群，不是用來預防失智。

失智症專屬建議

65 歲以上停經女性

不建議 65 歲以上停經女性為了降低認知退化或失智風險而使用更年期荷爾蒙治療。

65 歲以下女性

但目前沒有足夠證據，支持或反對 65 歲以下女性為了預防失智而使用更年期荷爾蒙治療。

證據與判讀

更年期荷爾蒙治療的主要用途是改善更年期症狀，不是預防失智。是否使用荷爾蒙治療，需綜合考量年齡、開始時間、配方、風險及症狀改善程度。

臨床與服務執行重點

- 更年期荷爾蒙治療主要用於治療目前的更年期症狀，而不是預防失智或其他長期疾病。
- 女性與醫療人員應共同評估治療效益與風險，包括症狀改善、骨折預防，以及血栓、中風與特定癌症等風險。
- 對 65 歲以上才開始治療或考慮長期使用者，尤其需要充分討論風險與效益。

公共衛生與系統責任

- 原文未提出獨立的公共衛生介入清單；但強調更年期荷爾蒙治療只是婦女健康的一部分，女性較高的失智負擔涉及多重生物、社會與環境因素。

第二篇 | 健康狀況與生物狀態管理

13. 憂鬱症管理

版本狀態	建議強度	證據確定性	原文頁次
目前無失智專屬建議	無預防失智的專屬建議	未評定	68-71

WHO 建議摘要

所有有憂鬱症的成人仍應接受心理治療及 / 或抗憂鬱藥物。不過，目前沒有足夠證據支持為了預防認知退化或失智而採用特定的憂鬱症治療方式。

適用對象：有憂鬱症或憂鬱症狀的成人。

WHO 一般健康指引

所有有憂鬱症的成人都應接受心理治療及 / 或抗憂鬱藥物治療。

失智症專屬建議

憂鬱症治療

但目前沒有足夠證據，支持為了預防失智而採用特定的憂鬱症治療方式。

證據與判讀

憂鬱症可能是危險因子，也可能是疾病早期表現。治療可以減輕症狀、改善功能與生活品質，但能否進一步降低失智發生率仍不確定。

臨床與服務執行重點

- 高齡者的憂鬱症與認知障礙可能出現記憶減退、注意力下降、冷漠及社交退縮等重疊症狀，評估需同時涵蓋情緒、認知與功能。
- 晚年新出現的憂鬱症可考慮神經學及神經心理評估；憂鬱症篩檢與治療應使用符合當地情境且經過驗證的工具，並納入初級照護。
- 需要使用藥物時，應優先考慮抗膽鹼負荷較低的抗憂鬱劑，並定期檢視用藥及合併非藥物介入。

公共衛生與系統責任

- 優先提供符合當地文化且容易取得的心理健康服務；資源不足地區可訓練非專科人員協助提供心理介入。
- 公共衛教應減少憂鬱症污名並鼓勵求助，說明治療與情緒健康及長期腦健康都有關。
- 心理健康、神經科、初級照護、社區健康及高齡服務需要合作，以改善早期辨識與介入。

第二篇 | 健康狀況與生物狀態管理

14. 中風預防與中風後照護

版本狀態	建議強度	證據確定性	原文頁次
目前無失智專屬建議	無預防失智的專屬建議	未評定	72-75

WHO 建議摘要

所有中風患者仍應依一般指引接受急性治療、復健及預防再度中風；目前沒有足夠證據，可為了預防失智而特別選擇某一種常用的再中風預防藥物。

適用對象：曾發生中風或短暫性腦缺血的成人。

WHO 一般健康指引

所有曾發生中風的成人，都應接受中風治療與管理。

失智症專屬建議

預防再度中風的藥物

目前沒有足夠證據，可為了預防失智而特別選擇某一種常用的再中風預防藥物。

證據與判讀

中風本身就是造成認知障礙的重要原因，但比較不同藥物策略能否額外預防失智的證據仍不足。預防再度中風仍有明確的臨床價值。

臨床與服務執行重點

- 中風後照護路徑應納入認知評估及個別化復健計畫。
- 中風照護團隊的訓練應包括認知障礙與失智的辨識及處理，並建立連續照護、早期介入及長期監測。
- 遠距醫療及遠距復健可協助偏鄉或資源不足地區提供中風後的認知追蹤。

公共衛生與系統責任

- 強化初級照護系統，同時評估及管理中風與失智風險，並將相關策略納入既有的非傳染性疾病與神經疾病防治架構。
- 公共衛教除了說明中風會造成身體失能，也應讓民眾了解中風是失智風險因子，鼓勵更早採取預防行動。
- 擴充中風後認知評估、復健及長期追蹤服務，特別補足資源不足地區的缺口。

第二篇 | 健康狀況與生物狀態管理

15. 腦外傷預防與照護

版本狀態	建議強度	證據確定性	原文頁次
目前無失智專屬建議	無預防失智的專屬建議	未評定	76-79

WHO 建議摘要

應全面落實頭部外傷與腦外傷的預防措施；腦外傷後，目前沒有足夠證據支持為了預防失智而採用特定的介入方法。

適用對象：所有人；特別是交通、職業、運動與跌倒高風險族群。

WHO 一般健康指引

所有族群都應持續落實頭部外傷與腦外傷預防，並提供適當的預防與照護。

失智症專屬建議

腦外傷後介入

但目前沒有足夠證據，支持為了預防失智而採用特定的腦外傷後介入方法。

證據與判讀

腦外傷與長期認知風險相關，但外傷嚴重度、次數及介入方式差異很大。目前最可靠的做法，是避免初次與反覆腦外傷，並做好急性期治療與後續復健。

臨床與服務執行重點

- 腦外傷的非藥物介入，例如認知復健，通常需要較多人力與設備；執行方式應配合當地醫療系統、基礎設施與人力。
- 專科服務不足時，可將腦外傷照護納入初級醫療系統，並確保資源不足的族群也能取得服務。
- 手術介入成本較高，不適合作為廣泛的失智預防措施。

公共衛生與系統責任

- 整體人口的預防措施包括運動相關腦震盪預防、高齡者跌倒預防、道路安全及性別暴力預防。
- 相關措施需要醫療、教育、交通、司法及社會保護部門共同執行。

第二篇 | 健康狀況與生物狀態管理

16. 視力障礙管理

版本狀態	建議強度	證據確定性	原文頁次
目前無失智專屬建議	無預防失智的專屬建議	未評定	80-82

WHO 建議摘要

疑似有視力障礙的成人應接受篩檢，確診者應依一般眼科指引治療；目前沒有足夠證據支持為了預防失智而採用特定的視力介入方式。

適用對象：疑似或確診有視力障礙的成人。

WHO 一般健康指引

疑似有視力障礙的成人應接受篩檢，確診者應接受視力障礙管理。

失智症專屬建議

視力介入

但目前沒有足夠證據，支持為了預防失智而採用特定的視力介入方式。

證據與判讀

改善視力可以提升安全、活動能力與社會參與，但能否直接降低失智發生率仍未確定。即使預防失智的證據仍不確定，可治療的眼疾也不應延誤處理。

臨床與服務執行重點

- 白內障手術與配戴合適的矯正鏡片，都是常見且可行的治療方式；視力篩檢與治療轉介應納入高齡者例行照護及健康老化方案。
- 選擇篩檢工具時需考量文化與使用情境；介入時也要考量共病與復健需求。

公共衛生與系統責任

- 視力障礙在全球仍常被漏診或未治療，尤其在中低收入國家；需以公共宣導及醫療人員培訓促進早期發現與處理。
- 將視力篩檢與轉介納入高齡照護與失智風險降低服務，並確保工具符合當地文化與情境。

第二篇 | 健康狀況與生物狀態管理

17. 睡眠與睡眠障礙

版本狀態	建議強度	證據確定性	原文頁次
睡眠 - 覺醒障礙治療	無預防失智的專屬建議	未評定	83-86
改善睡眠	無預防失智的專屬建議	未評定	83-86

WHO 建議摘要

好的睡眠對整體健康很重要；但目前沒有足夠證據，支持為了預防認知退化或失智而採用特定的睡眠改善方式或睡眠 - 覺醒障礙治療。

適用對象：所有成人；有失眠、睡眠呼吸中止或日間嗜睡等症狀者，仍應依一般醫療原則接受評估。

一般臨床說明

好的睡眠應有足夠時間、少中斷，醒來後能恢復精神；每個人的實際需要仍有差異。

失智症專屬建議

睡眠 - 覺醒障礙治療

但目前沒有足夠證據，支持為了預防失智而採用特定的睡眠 - 覺醒障礙治療方式。

改善睡眠

但目前沒有足夠證據，支持為了預防失智而採用特定的睡眠改善方式，包括改善睡眠品質或睡眠時間。

證據與判讀

睡眠問題可能影響認知，早期神經退化也可能反過來改變睡眠。治療睡眠障礙可以改善症狀、安全及心血管健康，但不能直接宣稱已證實能預防失智。

臨床與服務執行重點

- 初級照護可使用合適的篩檢工具找出高風險者，再轉介接受進一步睡眠評估與治療；工具需符合當地文化與情境。
- 可行的低成本措施包括睡眠教育，以及改善臥室的噪音、光線與夜間高溫；社區健康工作者也可接受訓練後提供相關資訊。
- 睡眠問題可能是早期認知變化的表現，因此睡眠服務與認知評估服務之間應建立清楚的轉介路徑。

公共衛生與系統責任

- 公共教育可提高民眾對健康睡眠的認識，也能幫助及早發現睡眠障礙。
- 數位工具可擴大服務，但方案仍需符合當地文化、減少對睡眠問題的污名，並納入更廣泛的失智預防架構。
- 資源有限地區可培訓社區健康工作者，提供睡眠教育與低成本的环境改善建議。

第二篇 | 健康狀況與生物狀態管理

18. HIV 管理

版本狀態	建議強度	證據確定性	原文頁次
目前無特定療法建議	無預防失智的專屬建議	未評定	87-90

WHO 建議摘要

所有 HIV 感染者都應依 WHO 指引接受抗反轉錄病毒治療並維持病毒抑制；目前沒有足夠證據支持為了預防認知退化或失智而選用特定 ART 組合。

適用對象：所有 HIV 感染者。

WHO 一般健康指引

所有 HIV 感染者都應接受抗反轉錄病毒治療並維持病毒抑制。

失智症專屬建議

ART 組合

目前沒有足夠證據支持為了預防認知退化或失智而選用特定 ART 組合；ART 仍應依疾病控制需求與個人偏好選擇。

證據與判讀

維持病毒抑制對整體健康與神經系統都很重要，但不同 ART 組合對長期認知結果的比較資料仍不足。

臨床與服務執行重點

- HIV 照護應優先維持病毒抑制；CD4 偏低者需接受伺機性感染的篩檢、處理與預防，儘速開始抗反轉錄病毒治療並加強服藥支持。
- HIV 例行追蹤可針對高風險者進行認知篩檢與監測，使用符合文化情境的工具並培訓工作人員。
- 若考慮調整 ART 以改善認知功能，需同時考量個人偏好、複方用藥、可能的副作用及藥物是否容易取得。

公共衛生與系統責任

- 整合 HIV 與認知健康服務，服務也應涵蓋可能有認知風險的年輕 HIV 感染者。
- 執行時需處理污名，清楚說明認知風險，同時避免溝通方式加深歧視。
- HIV 例行照護也應納入其他腦健康、慢性病及健康行為的失智風險降低措施。

第三篇 | 環境風險：空氣污染

19. 降低空氣污染暴露

版本狀態	建議強度	證據確定性	原文頁次
家庭空氣污染	條件式	極低	92-96
環境空氣污染	條件式	極低	92-96

WHO 建議摘要

減少家庭空氣污染與戶外環境空氣污染，尤其是 PM2.5 暴露，可能降低認知退化或失智風險。

適用對象：所有年齡層與族群，尤其是污染暴露較高及資源不足的族群。

WHO 一般健康指引

空氣污染具有毒性，會增加多種傳染性與非傳染性疾病負擔；應在全生命歷程中降低室內外空氣污染暴露。

失智症專屬建議

家庭空氣污染

減少家庭空氣污染暴露，可能降低認知退化或失智風險。

環境空氣污染

減少戶外環境空氣污染暴露，尤其是 PM2.5，可能降低認知退化或失智風險。

證據與判讀

證據多來自觀察研究與自然實驗。隨機分派污染暴露既不道德也不可行，因此這類研究在 GRADE 中通常被評為低確定性，但不代表缺乏生物合理性。空污政策也有助於改善心肺、腦健康及氣候。

臨床與服務執行重點

- WHO 原文未提出以個別臨床治療降低空氣污染相關失智風險的流程；介入重點是降低家戶與環境污染暴露。

公共衛生與系統責任

- 由公共衛生、環境、交通及能源部門共同降低空氣污染，並整合健康與環境政策。
- 政策應優先處理都市與工業排放地區，並特別保護高齡者及社經弱勢族群；公共教育也需提高民眾對空污風險的認識。
- 可同步監測空氣品質與認知健康趨勢，以評估環境介入的長期影響。

第四篇 | 量身設計的多面向介入

20. 量身設計的多面向介入

版本狀態	建議強度	證據確定性	原文頁次
新增建議	條件式	中等至高	98-101

WHO 建議摘要

可依個人或族群的實際情況設計多面向介入，同時處理三個以上的危險因子，以降低認知退化或失智風險。

適用對象：認知正常但失智風險較高、有輕度認知障礙，或處於 Alzheimer disease 前驅期的成人；介入內容依實際風險調整。

一般臨床說明

失智風險因子往往同時存在並在生命歷程中累積，因此應以整體方式處理。

失智症專屬建議

量身設計的多面向介入

為降低認知退化或失智風險，可依個人或族群的實際情況設計多面向介入，同時處理多個危險因子。

證據與判讀

44 個隨機試驗的認知效果方向一致，但幅度很小；對認知正常或高風險者的失智發生率幾乎沒有差異，而且只有 2 個試驗評估失智發生率。建議成立的理由包括安全、可行、整體健康效益，以及若擴及整體人口，仍可能累積出公共衛生效益。

臨床與服務執行重點

- 多面向介入需依個人的可改變風險、當地情況與文化調整，以兼顧可行性與接受度。
- 醫療及社區工作者需要接受訓練，並具備促進行為改變、長期參與及治療配合度的能力。
- 數位或混合模式有助於擴大服務規模，但需處理數位素養、設備取得、資料保護與倫理問題。

公共衛生與系統責任

- 將多面向介入納入既有醫療系統、高齡服務與非傳染性疾病方案，並由醫療、社會照護、教育及社區部門合作。
- 優先提供給仍有可改變危險因子的族群，確保資源不足地區也能公平取得服務。
- 以安全活動空間及健康食物等支持性環境配合個人介入，並在都市規劃、潔淨空氣、健康促進及健康老化政策中納入失智風險降低。

WHO 跨主題執行重點

WHO 指出，失智風險降低受到醫療系統、結構與社會文化因素影響，許多條件超出個人控制。因此，要有效且公平地落實這些介入，不能只要求個人改變行為。

- 處理結構與政策因素，包括必需藥物與輔具、健康食物的價格與取得、安全環境及減少空氣污染暴露。
- 依當地文化與實際情況調整篩檢工具、行為介入及社區方案，特別關注服務不足的族群。
- 跨部門與跨專業合作，在例行照護及社區方案中同時處理相互關聯的多項風險。
- 將失智風險降低納入初級照護、非傳染性疾病方案、高齡服務及社區平台。
- 同時保留數位及面對面服務，避免數位落差排除高齡、偏鄉及社經弱勢族群。
- 同步建置人力、公眾認知、污名減除、持續監測與評估，並從健康公平的角度檢視所有策略。

原文頁次

WHO 英文版第 103–105 頁：Cross-cutting considerations for implementation、Evidence gaps and research needs、Monitoring and evaluation。

WHO 共同證據缺口

- 多數證據仍來自觀察性研究，可建立因果關係的隨機試驗較少。
- 研究很少把失智或輕度認知障礙發生率設為主要結果，追蹤時間也經常不足。
- 證據主要來自高收入國家，對中低收入地區的適用性有限。
- 針對不同年齡、性別、社經狀況與遺傳風險族群進行的分析仍不足。
- 介入方式與結果定義不一致，多項危險因子之間的交互作用也缺乏研究。
- 有關可行性、擴大推行、成本效益，以及政策介入對人口失智風險影響的量化證據仍不足。

來源與引用

World Health Organization. Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines, second edition. Geneva: WHO; 2026. ISBN 978-92-4-012355-7.

官方原文：<https://www.who.int/publications/i/item/9789240123557>

本整理頁次指 WHO 英文版印刷頁碼。完整 evidence-to-decision tables 請參閱原文 Web Annex A–P。