

WHO 2026 失智症風險降低指引 | 中文版專業整理

第二版 recommendations、證據解讀、臨床落地與公共衛生政策

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 建議強度、證據確定性、適用對象、關鍵界線與實作重點。

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 16 日 | 繁體中文整理

製作人：Dr. PN 王培寧醫師

AI 協作整理：OpenAI Codex (與 Dr. PN 討論、協助資料整理及文字編排)

重要聲明

本文件為 WHO 2026 英文指引的中文整理與實務詮釋，並非 WHO 官方中文譯本。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 這份指引真正回答什麼？	4
20 項主題 recommendation matrix	5
第一篇 促進健康行為	8
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. 戒菸與避免二手菸	12
6. 健康均衡飲食與營養	13
第二篇 健康狀況與生物狀態管理	14
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
第三篇 環境風險：空氣污染	26
19. 降低空氣污染暴露	26
第四篇 量身設計的多面向介入	27
20. 量身設計的多面向介入	27
公共衛生政策 不是輔助，必須主動介入	28
臨床決策優先順序	28
來源與引用	29

閱讀摘要 | 這份指引真正回答什麼？

核心問題

這份指引不是重新判定哪些因子和失智相關，而是追問：介入已知危險因子，能否直接降低認知退化或失智的結果？因此，危險因子關聯、一般疾病治療與失智專屬介入證據必須分開。

- 適用於尚未罹患失智症的成人，包括認知正常、輕度認知障礙，以及合併其他健康狀況者。
- WHO 同時呈現 generic guidance、dementia-specific recommendations 與 general clinical remarks；三者的證據來源與功能不同。
- 當缺乏失智發生率資料時，部分結論以認知功能替代；改善測驗分數不等於已證實延後失智。
- 建議強度不等於證據確定性。低確定性仍可能形成強建議，例如戒菸，因整體淨效益明確且風險低。
- 45% 是人口歸因風險概念，不是個人的可預防比例，也不是本指引介入試驗直接得到的效果量。

從因果鏈找證據缺口

危險因子 → 病理 → 介入改變因子 → 效果維持 → 延後認知障礙 / 失智

多數研究只完成因果鏈的一部分。專業溝通時應交代研究測到的是危險因子、短期認知測驗、日常功能，還是實際失智發生率。

方法學與 GRADE 判讀

- 隨機試驗起始為高確定性；觀察研究起始為低確定性，再依偏差、間接性、不精確、不一致與出版偏差調降。
- 環境暴露無法或不宜隨機分派，因此空污證據的低 GRADE 部分反映研究倫理與可行性限制，不等於沒有生物合理性。
- 條件式建議表示不同個人可能做出不同選擇，政策落地亦需討論資源、公平性、可接受性與成本。
- 本版證據多來自高收入國家；長期失智結果、成本效益、政策介入及多重危險因子交互作用仍不足。

20 項主題 recommendation matrix

主題	WHO 方向	強度	證據
1. 認知活動	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。	條件式	低（認知訓練）；極低（認知刺激）
2. 社交活動	可向認知正常或輕度認知障礙成人建議參與社交活動介入。	條件式	極低
3. 身體活動	認知正常成人應進行身體活動以降低認知退化風險；輕度認知障礙成人亦可建議身體活動。	強（認知正常）；條件式（MCI）	中等（認知正常）；低（MCI）
4. 減少有害飲酒	可向有危險或有害飲酒的認知正常或輕度認知障礙成人，提供減量、停止飲酒及酒精依賴治療。	條件式	中等
5. 戒菸與避免二手菸	所有吸菸者均應獲得戒菸介入，以降低認知退化與失智風險。	強	低
6. 健康均衡飲食與營養	可向認知正常或輕度認知障礙成人建議健康、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 或綜合維生素礦物質預防認知退化或失智。	條件式（飲食）；強烈反對（補充品）	中等
7. 中年過重與肥胖	可提供降低中年過重或肥胖的介入；也可向過重或肥胖成人提供飲食限制介入，以降低認知退化或失智風險。	條件式	低至中等
8. 糖尿病管理	所有糖尿病成人均應依 WHO 一般指引接受治療；為降低認知退化或失智風險，亦可提供糖尿病管理。	條件式	極低
9. 高血壓管理	所有高血壓成人均應依 WHO 指引接受管理；為降低認知退化或失智風險，亦可提供高血壓治療。	條件式	極低
10. 血脂異常管理	應依 WHO 一般指引治療血脂異常；為降低認知退化或失智風險，可在中年期提供血脂管理。	條件式	低

主題	WHO 方向	強度	證據
11. 聽力損失與助聽器	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。	條件式	低
12. 更年期荷爾蒙治療	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。	條件式反對（65 歲以上）	極低
13. 憂鬱症管理	所有憂鬱症成人仍應依 WHO 一般指引接受心理治療及 / 或抗憂鬱藥物；目前無法針對預防認知退化或失智，額外推薦憂鬱症治療。	無法提出失智專屬建議	未形成推薦
14. 中風預防與中風後照護	所有中風患者仍應依一般指引接受急性治療、復健與再次中風預防；目前無法針對預防認知退化或失智，指定常用的再次中風預防藥物。	無法提出失智專屬建議	未形成推薦
15. 腦外傷預防與照護	應全面執行頭部外傷與腦外傷預防；腦外傷後目前無法指定某種介入用來預防長期認知退化或失智。	無法提出失智專屬建議	未形成推薦
16. 視力障礙管理	疑似視力障礙成人應接受篩檢，確診者應依一般眼科指引治療；目前無法為防失智額外推薦視力介入。	無法提出失智專屬建議	未形成推薦
17. 睡眠與睡眠障礙	良好睡眠對整體健康重要；目前無法針對預防認知退化或失智，推薦特定睡眠改善方式或睡眠 - 清醒障礙治療。	無法提出失智專屬建議	未形成推薦
18. HIV 管理	所有 HIV 感染者均應依 WHO 指引開始抗反轉錄病毒治療並維持病毒抑制；為預防認知退化或失智，沒有足夠依據選擇某一特定 ART 組合，應依疾病控制與病人偏好。	無法推薦特定 ART 組合	未形成推薦
19. 降低空氣污染暴露	降低家庭空氣污染及環境空氣污染，尤其 PM2.5 暴露，可能降低認知退化或失智風險。	條件式	極低

主題	WHO 方向	強度	證據
20. 量身設計的多面向介入	可提供量身設計、同時處理三個以上危險因子的多面向介入，以降低認知退化或失智風險。	條件式	中等至高

第一篇 | 促進健康行為

以下逐項區分 WHO 失智專屬建議、一般臨床照護與實際落地。

1. 認知活動

版本狀態	建議強度	證據確定性	原文頁次
更新 + 新增建議	條件式	低（認知訓練）；極低（認知刺激）	20-24

WHO 建議

Recommendation

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。

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。

臨床如何做

- 先釐清目標：維持功能、增加認知儲備，而不是把單一遊戲當作治療。
- 選擇需要學習與適度挑戰的活動，並依能力逐步增加難度。
- 把認知活動和社交、身體活動結合，比孤立的重複訓練更貼近日常生活。

公共衛生與系統責任

- 提供可負擔、文化適切的終身學習與社區活動。
- 降低數位落差，保留實體活動與陪伴選項。

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

Recommendation

可向認知正常或輕度認知障礙成人建議參與社交活動介入。

適用對象

認知正常或輕度認知障礙成人。

證據與判讀

社交參與與較佳健康及認知結果相關，但介入研究異質性大，尚難確認最佳形式與劑量。其價值同時來自減少孤立、增加活動與支持。

臨床如何做

- 評估孤獨感、社會孤立、交通與聽力等阻礙。
- 依興趣安排有角色感的活動，例如志工、團體運動、共學，而非只要求『多出門』。
- 若合併憂鬱、焦慮或聽力障礙，需同步處理。

公共衛生與系統責任

- 建立高齡友善交通、社區據點、共餐與跨世代活動。
- 把社交處方與初級照護、聽力及心理健康服務連結。

3. 身體活動

版本狀態	建議強度	證據確定性	原文頁次
沿用既有建議	強（認知正常）； 條件式（MCI）	中等（認知正常）；低 （MCI）	29-31

WHO 建議

Recommendation

認知正常成人應進行身體活動以降低認知退化風險；輕度認知障礙成人亦可建議身體活動。

適用對象

所有成人；依體能、共病與跌倒風險調整。

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。

臨床如何做

- 處方應同時包含有氧、肌力強化與減少久坐。
- 依 WHO 一般運動原則逐步達到每週 150-300 分鐘中等強度或等量活動，並每週至少 2 天肌力訓練。
- 活動方式應依年齡與能力調整；WHO 指引另提供高齡者身體活動工具包。

公共衛生與系統責任

- 提供安全人行道、公園、社區運動課與高齡友善場地。
- 以城市設計、交通與職場政策降低久坐，而非只要求個人自律。

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

Recommendation

可向有危險或有害飲酒的認知正常或輕度認知障礙成人，提供減量、停止飲酒及酒精依賴治療。

適用對象

危險或有害飲酒、酒精依賴成人。

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。

臨床如何做

- 使用標準化工具評估飲酒量、暴飲與依賴。
- 提供簡短介入、行為治療；有依賴者安排戒酒醫療與心理社會支持。
- 留意戒斷風險、肝病、跌倒、藥物交互作用與營養問題。

公共衛生與系統責任

- 酒精稅、行銷與販售限制、酒駕防制及可近的治療服務。
- 把酒精風險評估納入初級照護與心理健康服務。

5. 戒菸與避免二手菸

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

Recommendation

所有吸菸者均應獲得戒菸介入，以降低認知退化與失智風險。

適用對象

所有吸菸或暴露於二手菸的成人。

證據與判讀

儘管失智專屬介入證據確定性不高，吸菸危害與戒菸整體淨效益明確，因此形成強建議。這也說明建議強度不同證據確定性。

臨床如何做

- 詢問吸菸及各類尼古丁產品的使用狀況。
- 提供行為支持與適合的戒菸藥物，設定戒菸日並安排追蹤。
- 同步處理壓力、憂鬱、飲酒與家庭二手菸暴露。

公共衛生與系統責任

- 提高戒菸服務及藥物可近性。
- 建立無菸環境、價格與行銷管制，並監測新型菸品。

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
更新 + 反對補充品建議	條件式（飲食）； 強烈反對（補充品）	中等	39-43

WHO 建議

Recommendation

可向認知正常或輕度認知障礙成人建議健康、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。

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合理。補充品缺乏淨效益，不應作為防失智捷徑。

臨床如何做

- 評估整體飲食、營養缺乏、體重變化、吞嚥與取得食物的能力。
- 以蔬果、全穀、豆類、堅果及較健康脂肪為主，減少精製糖、過量鹽、飽和脂肪與高度加工食品。
- 營養補充應針對確診缺乏或特殊臨床需求。

公共衛生與系統責任

- 改善健康食物的價格與取得、食品標示、校園及機構供餐。
- 用財稅與食品政策減少高糖、高鹽與反式脂肪暴露。

第二篇 | 健康狀況與生物狀態管理

以下逐項區分 WHO 失智專屬建議、一般臨床照護與實際落地。

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
更新建議	條件式	低至中等	45-48

WHO 建議

Recommendation

可提供降低中年過重或肥胖的介入；也可向過重或肥胖成人提供飲食限制介入，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。

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。

臨床如何做

- 評估 BMI 或腰臀比、心血管與代謝風險，並留意非刻意體重下降。
- 減重介入可包括飲食限制、身體活動、心理介入、多面向生活調整及藥物治療；失智專屬新證據僅涵蓋飲食限制。
- 高齡者採用飲食限制要謹慎，並由醫療人員持續監測安全性與適切性。

公共衛生與系統責任

- 提供健康食物、活動環境與肥胖照護，降低貧窮造成的健康選擇限制。
- 避免污名化，政策應處理食品與城市環境。

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

Recommendation

所有糖尿病成人均應依 WHO 一般指引接受治療；為降低認知退化或失智風險，亦可提供糖尿病管理。

適用對象

糖尿病成人。

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。建議仍由血糖、心腎與個別安全目標主導。

臨床如何做

- 確認診斷、控制狀況、低血糖、腎功能、心血管風險與用藥負擔。
- 依個別目標管理血糖、血壓、血脂、活動、飲食與戒菸。
- 高齡者的血糖目標應依內在能力、功能狀態、共病與預期壽命個別化；過度嚴格控制可增加低血糖、跌倒及認知傷害。

公共衛生與系統責任

- 提升糖尿病篩檢、藥物、營養與追蹤可近性。
- 把糖尿病、心血管與腦健康整合在初級照護。

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

Recommendation

所有高血壓成人均應依 WHO 指引接受管理；為降低認知退化或失智風險，亦可提供高血壓治療。

適用對象

高血壓成人，尤其應重視中年期與長期控制。

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；失智專屬介入試驗的證據確定性仍很低。

臨床如何做

- 使用標準化量測並確認診斷，包含居家血壓。
- 依個別風險與耐受性進行生活調整和藥物治療，追蹤姿勢性低血壓、腎功能與依從性。
- 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化；控制不足或過度密集都可能造成不良結果。

公共衛生與系統責任

- 建立可負擔的血壓篩檢、藥物供應與長期追蹤。
- 以初級照護及社區方案提升控制率。

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

Recommendation

應依 WHO
一般指引治療血脂異常；為降低認知退化或失智風險，可在中年期提供血脂管理。

適用對象

中年血脂異常成人；治療依整體心血管風險。

證據與判讀

中年血脂暴露與後續血管及失智風險較相關；晚年關係較複雜。降脂療法應依心血管適應症，而非單獨以失智預防決定。

臨床如何做

- 評估 LDL、其他血脂、家族史、糖尿病與整體心血管風險。
- 以飲食、活動、體重、戒菸及需要時的降脂藥物管理。
- 出現肌肉症狀或疑似不良反應時評估，不應因網路傳言自行停藥。

公共衛生與系統責任

- 提升篩檢、風險評估與必需藥物可近性。
- 把血脂與糖尿病、高血壓、戒菸整合管理。

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

Recommendation

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。

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。

臨床如何做

- 主動詢問聽不清、溝通退縮與耳鳴，安排正式聽力評估。
- 助聽器需適配、訓練、清潔及定期調整，並改善溝通環境。
- 同時處理耳垢、可逆性耳病與噪音暴露。

公共衛生與系統責任

- 補助聽力檢查、助聽器與後續服務。
- 降低噪音暴露，讓公共空間與醫療溝通更友善。

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
新增反對建議	條件式反對 (65 歲以上)	極低	64-67

WHO 建議

Recommendation

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。

證據與判讀

荷爾蒙治療的主要用途是改善更年期症狀，不是預防失智。年齡、開始時機、配方、風險與症狀效益均需個別化。

臨床如何做

- 先確認治療目的，不因防失智而在 65 歲後開始荷爾蒙。
- 有更年期症狀者依既有婦科指引評估效益、禁忌與療程。
- 早發停經與一般自然停經不可混為一談。

公共衛生與系統責任

- 提供正確更年期資訊與可近的婦女健康服務。
- 避免把荷爾蒙商品化成抗老或防失智療法。

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	無法提出失智專屬建議	未形成推薦	68-71

WHO 建議

Recommendation

所有憂鬱症成人仍應依 WHO 一般指引接受心理治療及 / 或抗憂鬱藥物；目前無法針對預防認知退化或失智，額外推薦憂鬱症治療。

適用對象

所有憂鬱症成人。

證據與判讀

憂鬱症可能是危險因子，也可能是早期疾病表現；治療能改善痛苦、功能與生活品質，但是否額外降低失智發生率仍不確定。

臨床如何做

- 使用標準化評估確認憂鬱、躁期、自殺風險與認知症狀。
- 依嚴重度提供心理治療、藥物、運動與社會支持。
- 晚年新發或治療反應不佳的憂鬱合併認知改變時，需更完整評估。

公共衛生與系統責任

- 整合心理健康、初級照護與高齡服務。
- 降低污名、費用與地區差距。

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	無法提出失智專屬建議	未形成推薦	72-75

WHO 建議

Recommendation

所有中風患者仍應依一般指引接受急性治療、復健與再次中風預防；目前無法針對預防認知退化或失智，指定常用的再次中風預防藥物。

適用對象

有中風或短暫性腦缺血病史成人。

證據與判讀

中風是認知障礙的重要直接原因，但比較不同藥物策略是否額外預防失智的證據不足。減少再次中風仍具有明確臨床價值。

臨床如何做

- 依病因完成抗血小板 / 抗凝、血壓、血脂、糖尿病與戒菸管理。
- 中風後評估認知、情緒、吞嚥、步態與日常功能。
- 建立復健、用藥與照護者支持計畫。

公共衛生與系統責任

- 建立卒中照護網、復健可近性與長期追蹤。
- 以鹽分、菸酒、空污與心血管政策做人口預防。

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	無法提出失智專屬建議	未形成推薦	76-79

WHO 建議

Recommendation

應全面執行頭部外傷與腦外傷預防；腦外傷後目前無法指定某種介入用來預防長期認知退化或失智。

適用對象

所有人；特別是交通、職業、運動與跌倒高風險族群。

證據與判讀

腦外傷與長期認知風險相關，但外傷嚴重度、次數及介入差異大。最可靠的策略是減少第一次及重複性傷害，並做好急性與復健照護。

臨床如何做

- 評估交通、工作、運動、家暴與跌倒風險。
- 腦震盪後採漸進回歸活動，避免症狀未恢復前再次撞擊。
- 持續認知、情緒、頭痛、睡眠或功能問題者轉介復健與神經評估。

公共衛生與系統責任

- 道路安全、運動規範、職場防護、跌倒預防與家暴防治。
- 建立腦震盪教育及回場政策。

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	無法提出失智專屬建議	未形成推薦	80-82

WHO 建議

Recommendation

疑似視力障礙成人應接受篩檢，確診者應依一般眼科指引治療；目前無法為防失智額外推薦視力介入。

適用對象

疑似或確診視力障礙成人。

證據與判讀

改善視力可提升安全、活動與社會參與，但是否直接降低失智發生率仍未確定。可治療眼病不應因證據問題而延誤。

臨床如何做

- 評估視力、眼病、眼鏡、藥物與日常功能。
- 治療白內障、青光眼、黃斑部病變與屈光問題，並改善照明與對比。
- 同步處理跌倒、駕駛與用藥安全。

公共衛生與系統責任

- 提供可負擔的眼科篩檢、手術與輔具。
- 公共空間採高對比、良好照明與無障礙設計。

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
目前無失智專屬建議	無法提出失智專屬建議	未形成推薦	83-86

WHO 建議

Recommendation

良好睡眠對整體健康重要；目前無法針對預防認知退化或失智，推薦特定睡眠改善方式或睡眠 - 清醒障礙治療。

適用對象

所有成人；有失眠、睡眠呼吸中止、日間嗜睡等症狀者應依一般醫療評估。

證據與判讀

睡眠與認知存在雙向關係，且受共病與早期神經退化影響。治療睡眠障礙可改善症狀、安全與心血管健康，但不能直接宣稱已證實預防失智。

臨床如何做

- 區分失眠、睡眠呼吸中止、晝夜節律、肢動與藥物影響。
- 優先處理可診斷的睡眠障礙，並採規律作息、光照、活動與失眠認知行為治療。
- 避免長期自行使用鎮靜安眠藥。

公共衛生與系統責任

- 提升睡眠醫療與失眠非藥物治療可近性。
- 改善輪班、噪音、光害與居住環境。

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	無法推薦特定 ART 組合	未形成推薦	87-90

WHO 建議

Recommendation

所有 HIV 感染者均應依 WHO 指引開始抗反轉錄病毒治療並維持病毒抑制；為預防認知退化或失智，沒有足夠依據選擇某一特定 ART 組合，應依疾病控制與病人偏好。

適用對象

所有 HIV 感染者。

證據與判讀

病毒抑制對整體健康與神經系統保護至關重要；但不同 ART 組合對長期認知結果的比較資料不足。

臨床如何做

- 及早診斷、開始 ART、監測病毒量與依從性。
- 評估認知症狀、情緒、物質使用、共感染與藥物交互作用。
- 依疾病控制、不良反應與個人偏好選擇療程。

公共衛生與系統責任

- 普及檢測、ART 與去污名化服務。
- 把 HIV、心理健康、藥物使用與神經照護整合。

第三篇 | 環境風險：空氣污染

以下逐項區分 WHO 失智專屬建議、一般臨床照護與實際落地。

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
新增建議	條件式	極低	92-96

WHO 建議

Recommendation

降低家庭空氣污染及環境空氣污染，尤其 PM2.5 暴露，可能降低認知退化或失智風險。

適用對象

全生命歷程、所有人口；污染高暴露與弱勢族群優先。

證據與判讀

證據多來自觀察研究與自然實驗；隨機分派污染暴露不道德也不可行，因此 GRADE 低分不等於缺乏生物合理性。空污政策同時具有心肺、腦健康與氣候效益。

臨床如何做

- 詢問住家、職業、交通與室內燃燒暴露。
- 污染高峰減少戶外劇烈活動、改善通風與燃燒設備；個人措施只能部分降低暴露。
- 臨床倡議應連結空氣品質監測與公共政策。

公共衛生與系統責任

- 降低交通、工業與家庭燃燒排放，依 WHO 空氣品質目標管理 PM2.5。
- 監測高暴露社區與職業族群，避免污染負擔集中於弱勢人口。

第四篇 | 量身設計的多面向介入

以下逐項區分 WHO 失智專屬建議、一般臨床照護與實際落地。

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

Recommendation

可提供量身設計、同時處理三個以上危險因子的多面向介入，以降低認知退化或失智風險。

適用對象

認知正常、高風險、輕度認知障礙或前驅 Alzheimer disease 成人；依實際風險選擇組合。

證據與判讀

44 個隨機試驗顯示認知效果方向一致但非常小；對認知正常或高風險者的失智發生率幾乎無差異。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、整體健康效益與人口層次可能累積的效益。

臨床如何做

- 建立個人風險圖：活動、飲食、血壓、糖尿病、血脂、菸酒、聽力、認知與社交。
- 優先選擇存在且可改變的 3 個以上領域，設定具體目標與追蹤指標。
- 依文化、資源、偏好與能力調整強度，並納入依從性與功能結果。

公共衛生與系統責任

- 整合初級照護、慢性病、老化、社區與社會服務。
- 提供安全環境、健康食物、輔具、數位與實體方案，並以公平性監測成效。

公共衛生政策 |

不是輔助，必須主動介入

WHO 明確指出，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。若沒有支持性環境，個人建議不但效果有限，也會擴大健康不平等。

政策層級	落地方向
初級照護整合	把血壓、糖尿病、血脂、菸酒、聽力、視力、心理健康與認知風險納入同一照護路徑。
健康環境	安全步行與運動空間、健康食物可近性、潔淨空氣、友善交通與無菸環境。
輔具與服務	助聽器、視力照護、復健、心理治療與必需藥物須可負擔並可持續取得。
社會與教育	終身學習、社會參與、共餐與支持照顧者，避免孤立及數位排除。
公平性	依地區、收入、性別、年齡、族群與城鄉監測服務覆蓋及結果，優先補足弱勢缺口。

建議的在地化監測架構（本整理提出，非 WHO 強制清單）

- 服務覆蓋：戒菸治療、三高控制、聽力與視力照護、多面向方案參與率。
- 環境指標：年平均與短期 PM2.5、步行環境、健康食物及社區活動可近性。
- 中期結果：身體活動量、菸酒暴露、血管風險控制、社會參與、聽覺功能與日常功能。
- 長期結果：輕度認知障礙、失智症發生率、健康壽命與照護負擔；並以公平性分層報告。

臨床決策優先順序

- 第一層：本來就有整體健康淨效益的介入——身體活動、戒菸、減少有害飲酒、健康飲食及標準慢性病管理。
- 第二層：依個人風險提供的條件式介入——認知與社交活動、助聽器、中年體重與血脂、多面向方案。
- 第三層：避免過度醫療——沒有缺乏時不使用補充品防失智；不因防失智而在 65 歲後開始荷爾蒙。

- 第四層：誠實呈現證據缺口——睡眠、憂鬱、視力、中風、TBI 與 HIV 仍需依一般醫療照護處理，但不能宣稱特定治療已證實防失智。

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。