

降低失智症風險 | WHO 2026 民眾行動版

從今天做得到的事，到政府與社會必須一起完成的事

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
先記住 4 句話	3
一張圖看懂：WHO 的生命歷程風險重點	4
公共衛生政策 防失智不能只靠個人	15
來源	15
實務轉譯 4 週開始計畫	16

先記住 4 句話

1 | 失智症不能完全預防，但可以降低部分風險

所謂 45% 是整體人口的可介入空間，不是每個人的保證，也不是發病者不夠努力。

2 | 沒有一種神奇方法

真正可行的是把運動、飲食、三高、菸酒、聽力、社交與生活環境一起照顧。

3 | 先處理自己真的有的風險

不必一次做到完美。先挑最重要、最做得到的 1-2 件事，穩定做下去，再逐步增加。

4 | 個人努力不是全部

空氣品質、醫療可近性、助聽器價格、安全活動空間與社會連結，都需要政府與社區共同負責。

關於「生活小提醒」

本書每一節最後的「生活小提醒」，是 Dr. PN 王培寧醫師根據臨床經驗所做的實務補充，把指引內容轉成比較容易放進日常生活的做法。

一張圖看懂：WHO 的生命歷程風險重點

風險會沿著生命歷程累積；不同階段的關鍵暴露不同，介入也需要跨越一生。



閱讀提醒

上面是風險因子較明確的有害暴露時期，不是治療年齡限制。例如，助聽器建議適用於所有有聽力損失的成人。

資料來源：WHO 2026 指引 Introduction (英文版第 2-3 頁) 及 hearing loss recommendation (第 60-63 頁)。

第一篇 | 促進健康行為

把能長期維持的健康行為放進日常，不必一次追求完美。

1. 認知活動

WHO 這次怎麼說

高齡者如果認知正常，或已有輕度認知障礙，可以考慮認知訓練，也可以多參加需要動腦的活動。

日常可以怎麼做

- 可以閱讀、說故事、玩桌遊，或參加需要思考的團體活動。
- 高齡者如果認知正常或有輕度認知障礙，也可以考慮正式的認知訓練。

社會和政府可以補上什麼

- 圖書館、社區據點與學習中心可以提供免費或低價的認知活動。
- 同時處理交通、費用與數位落差，不讓資源少的人被排除。

原文依據：WHO 2026 指引，英文版第 20-24 頁。

生活小提醒

- 固定安排閱讀、學習新技能、桌遊、音樂或語言活動。
- 活動要有一點挑戰，也要能長期維持；覺得無聊或太挫折都要調整。
- 若已出現明顯記憶或日常功能改變，先做醫療評估，不要只靠腦力遊戲。

2. 社交活動

WHO 這次怎麼說

認知正常或有輕度認知障礙的成人，可以透過社交活動維持與別人的連結。

日常可以怎麼做

- 選擇自己有興趣、願意繼續的社交活動。
- 社交活動也可以和運動、營養或心理健康方案一起進行。

社會和政府可以補上什麼

- 提供跨世代活動、同儕支持與適合當地文化的社交方案。
- 改善交通、行動不便、照顧責任與數位落差等參與障礙。

原文依據：WHO 2026 指引，英文版第 25-28 頁。

生活小提醒

- 每週安排可期待的互動：一起運動、學習、吃飯或參與社區活動。
- 重點是有品質、可持續的連結，不是社群軟體上的聯絡人數。
- 若長期感到孤獨、失去興趣或退縮，請向醫療或心理專業人員求助。

第一篇 | 促進健康行為 (續)

3. 身體活動

WHO 這次怎麼說

認知正常的成人應規律活動身體；有輕度認知障礙的人也可以這麼做。

日常可以怎麼做

- 把有氧活動、肌力訓練和少坐一點放進日常生活。
- 運動種類和強度可以依自己的體力與喜好調整。

社會和政府可以補上什麼

- 在社區與初級照護提供團體課程、步行團體等活動。
- 方案要配合當地文化、環境與資源，讓不同體能的人都能參加。

原文依據：WHO 2026 指引，英文版第 29-31 頁。

生活小提醒

- 把快走、爬樓梯、騎車、游泳或跳舞放進生活；從可做到的量開始。
- 每坐 30-60 分鐘就起身活動；一週安排 2 次肌力與平衡練習。
- 依自己的體能逐步增加運動量和強度，但也不用勉強，有不舒服時就停止休息。

4. 減少有害飲酒

WHO 這次怎麼說

有危險或有害飲酒、酒精依賴的成人，可以接受減量、戒酒與酒精依賴治療。不要為了健康效益而開始喝酒。

日常可以怎麼做

- 不要為了護心或護腦而開始喝酒。
- 如果喝酒已經影響健康，或很難靠自己減量，可以接受酒精篩檢、減量協助與依賴治療。

社會和政府可以補上什麼

- 在初級照護加入飲酒篩檢、簡短介入與可取得的酒精依賴治療。
- 同時採取酒稅、廣告與販售限制、及酒駕防制等政策。

原文依據：WHO 2026 指引，英文版第 32-35 頁。

生活小提醒

- 不要為了『護心』而開始喝酒。
- 記錄每週飲酒量與暴飲情形；若難以控制，請專業人員協助。
- 已有酒精依賴者不要自行突然停酒，嚴重戒斷可能有危險。

第一篇 | 促進健康行為 (續)

5. 戒菸與避免二手菸

WHO 這次怎麼說

有使用菸草的成人都應獲得戒菸協助，也要避免二手菸暴露。

日常可以怎麼做

- 完全停止使用菸草，並盡量避免二手菸。
- 戒菸時可以使用諮詢、行為支持與適合的戒菸藥物。

社會和政府可以補上什麼

- 讓戒菸諮詢與藥物在初級照護、慢性病與心理健康服務中都能取得。
- 搭配菸稅、廣告限制、無菸環境、圖文警示與公眾教育。

原文依據：WHO 2026 指引，英文版第 36-38 頁。

生活小提醒

- 把戒菸當成需要治療的健康問題，不只是意志力。
- 可尋求戒菸門診、專線與藥物協助；復吸後重新開始並不等於失敗。
- 家中與車內全面禁菸，保護家人免於二手菸。

6. 健康均衡飲食與營養

WHO 這次怎麼說

平常可以選擇健康、均衡的飲食。沒有營養素缺乏時，不建議靠維生素或魚油等補充品來預防失智。

日常可以怎麼做

- 多選擇蔬菜、豆類、全穀、健康脂肪與較少加工的食物。
- 沒有確診營養素缺乏時，不要把維生素 B、E、Omega-3 或綜合維生素當成防失智方法。

社會和政府可以補上什麼

- 讓健康食物買得到、也買得起，並提供符合當地飲食文化的平價選擇。
- 飲食方案應重視整體飲食，不要只宣傳某一種營養素。

原文依據：WHO 2026 指引，英文版第 39-43 頁。

生活小提醒

- 先改餐盤，不先買保健品：增加蔬菜、豆類、全穀與未加工食物。
- 用可長期維持的家庭飲食調整，不追求極端或單一食物。
- 飲食可參考 MIND 飲食原則，多吃蔬菜、莓果、全穀、豆類、堅果和魚類，減少紅肉、奶油、甜食及油炸食品。

第二篇 | 健康狀況與生物狀態管理

這些疾病本來就應治療；同時把心血管、感官、心理與神經健康一起照顧。

7. 中年過重與肥胖

WHO 這次怎麼說

中年有過重或肥胖時，可以接受體重管理。過重或肥胖的成人也可以考慮飲食限制，但高齡者要特別注意安全。

日常可以怎麼做

- 中年有過重或肥胖時，可以接受飲食、身體活動與其他適合的體重管理。
- 高齡者若要限制飲食，應由醫療人員持續確認營養與安全。

社會和政府可以補上什麼

- 提供由受訓人員協助的體重管理，內容包括飲食與身體活動。
- 一起改善健康食物、醫療與活動環境的取得差距。

原文依據：WHO 2026 指引，英文版第 45-48 頁。

生活小提醒

- 中年有過重或肥胖時應接受評估與管理。
- 飲食限制不是唯一方法，應依 WHO 肥胖管理原則整合飲食、活動及其他適合介入。
- 高齡者若出現非刻意體重下降，應接受評估並監測認知功能。

8. 糖尿病管理

WHO 這次怎麼說

糖尿病本來就應該好好治療。管理糖尿病也可能幫助降低認知退化或失智風險。

日常可以怎麼做

- 依一般糖尿病指引規律追蹤與治療。
- 高齡者的血糖目標要看身體功能、共病與生活狀況，不是每個人都一樣。

社會和政府可以補上什麼

- 把糖尿病照護和腦健康納入現有初級照護與慢性病方案。
- 確保藥物、血糖監測工具與受訓人力都能穩定取得。

原文依據：WHO 2026 指引，英文版第 49-52 頁。

生活小提醒

- 規律追蹤血糖與糖化血色素，按時用藥，不自行停藥。
- 同時照顧飲食、運動、足部、眼睛、腎臟與心血管健康。
- 若血糖波動大、過高或過低，或用藥混亂、記憶變差，請家人與醫療團隊共同調整。

第二篇 | 健康狀況與生物狀態管理 (續)

9. 高血壓管理

WHO 這次怎麼說

高血壓本來就需要治療，長期管理血壓也可能幫助降低認知退化或失智風險。

日常可以怎麼做

- 少鹽、規律活動、管理體重，並在需要時規律使用降壓藥。
- 高齡者的血壓目標要依功能、姿勢性症狀與心血管狀況調整。

社會和政府可以補上什麼

- 在初級照護進行例行血壓篩檢、監測、衛教與轉介。
- 把高血壓與糖尿病、肥胖等心血管與代謝風險一起管理。

原文依據：WHO 2026 指引，英文版第 53-56 頁。

生活小提醒

- 學會正確量血壓，記錄後帶回門診。
- 按時服藥、減少過量鹽分、規律活動並戒菸。
- 若血壓波動或服藥有不適，不要自行停藥，可提早回診調整藥物。

10. 血脂異常管理

WHO 這次怎麼說

血脂異常應依整體心血管風險管理，中年期尤其值得重視。

日常可以怎麼做

- 從飲食、身體活動與體重管理開始。
- 是否需要降血脂藥，應依整體心血管風險決定，不是單純為了防失智而吃藥。

社會和政府可以補上什麼

- 在中年期的心血管預防中納入血脂篩檢與管理。
- 確保必要的降血脂藥買得起且穩定供應，並提供清楚的用藥資訊。

原文依據：WHO 2026 指引，英文版第 57-59 頁。

生活小提醒

- 中年健檢時確認血脂，和醫師一起評估整體心血管風險。
- 改善飲食、活動與體重；需要藥物時規律服用。
- 不要因擔心藥物可能有副作用而自行停藥。

第二篇 | 健康狀況與生物狀態管理 (續)

11. 聽力損失與助聽器

WHO 這次怎麼說

聽力變差要及早檢查與處理。有聽力損失的成人，可以考慮使用助聽器。

日常可以怎麼做

- 發現聽力變差時，及早接受聽力檢查與處理。
- 有聽力損失時，可以考慮助聽器，並接受後續適配與調整。

社會和政府可以補上什麼

- 擴大可負擔的聽力檢查、助聽器適配與後續維護服務。
- 依 WHO 聽力指引篩檢 50 歲以上成人，並把聽力照護納入初級醫療。

原文依據：WHO 2026 指引，英文版第 60-63 頁。

生活小提醒

- 若常聽不清楚、需要請別人重講，甚至因此不想參加聚會，或電視愈開愈大聲，應檢查聽力。
- 助聽器不是戴上就結束，需要適應、調整與家人配合。
- 面對面、降低背景噪音、說清楚但不要大吼。

12. 更年期荷爾蒙治療

WHO 這次怎麼說

更年期荷爾蒙治療主要是為了處理更年期症狀，不是防失智藥物。65 歲以上不建議為了防失智而開始使用。

日常可以怎麼做

- 不要為了防失智而自行開始更年期荷爾蒙治療。
- 如果是為了處理更年期症狀，應和醫療人員一起討論效益、風險與使用時間。

社會和政府可以補上什麼

- 提供足夠資訊，讓女性和醫療人員能一起權衡更年期荷爾蒙治療的效益與風險。
- 女性的失智風險受很多因素影響，政策與照護不應只看荷爾蒙治療。

原文依據：WHO 2026 指引，英文版第 64-67 頁。

生活小提醒

- 不要為了防失智自行購買或開始使用女性荷爾蒙。
- 若有熱潮紅、睡眠或泌尿生殖症狀，和婦產科討論個人化治療。
- 已使用者不要自行停藥，應依原適應症與風險重新評估。

第二篇 | 健康狀況與生物狀態管理 (續)

13. 憂鬱症管理

WHO 這次怎麼說

憂鬱症本來就應該治療，但目前還不能說治療憂鬱一定能預防失智。

日常可以怎麼做

- 有憂鬱症就應依現有指引接受治療。
- 高齡者第一次出現明顯憂鬱時，可以考慮進一步做神經與認知評估。

社會和政府可以補上什麼

- 把憂鬱篩檢與治療放進初級照護，特別關注高齡者與失智高風險族群。
- 擴大可取得、符合當地文化的心理健康服務，並降低求助污名。

原文依據：WHO 2026 指引，英文版第 68-71 頁。

生活小提醒

- 持續低落、失去興趣、睡眠食慾改變或覺得活著沒意義時，應求助。
- 治療憂鬱本身就很重要；憂鬱除了是失智症的危險因子，也是許多疾病的危險因子。
- 若有自傷或自殺想法，應立即尋求緊急協助。

14. 中風預防與中風後照護

WHO 這次怎麼說

中風後仍要好好治療、復健並預防再次中風，但目前沒有哪一種中風藥可以直接稱為防失智藥。

日常可以怎麼做

- 依中風原因接受標準治療、復健與再次中風預防。
- 中風後的照護可以加入認知評估與個別化復健計畫。

社會和政府可以補上什麼

- 在現有慢性病與神經疾病系統中同時處理中風、腦健康與認知健康。
- 將認知評估、個別化復健與長期追蹤納入中風後照護。

原文依據：WHO 2026 指引，英文版第 72-75 頁。

生活小提醒

- 辨識 FAST 中風警訊並立即就醫。
- 中風後按時服藥、復健並控制三高，目標是避免再次中風。
- 若出現近期記憶減退、判斷或其他認知功能衰退問題，應接受認知評估。

第二篇 | 健康狀況與生物狀態管理 (續)

15. 腦外傷預防與照護

WHO 這次怎麼說

腦外傷後，目前還沒有特定藥物或復健方法被證明可以預防長期認知退化或失智。預防頭部受傷仍是重點。

日常可以怎麼做

- 運動時使用防護設備並遵守腦震盪後返回運動規範。
- 高齡者要一起處理跌倒風險；道路使用者則要落實安全帽、安全帶與交通安全。

社會和政府可以補上什麼

- 提供運動腦震盪預防、高齡者跌倒預防與道路安全政策。
- 讓腦外傷照護也能在初級醫療取得，並照顧資源較少的地區與族群。

原文依據：WHO 2026 指引，英文版第 76-79 頁。

生活小提醒

- 騎車戴合格安全帽、開車繫安全帶、運動遵守腦震盪規範。
- 長者居家環境注意安全，移除絆倒物、改善照明並檢查視力與藥物。
- 減少頭部碰撞；撞到頭後需密切觀察是否有意識改變、嘔吐、劇烈頭痛或肢體無力，尤其正在使用抗凝血劑者，應立即就醫。

16. 視力障礙管理

WHO 這次怎麼說

看不清楚就要檢查，白內障、屈光問題與其他眼病也應依需要治療。目前還不能說視力治療已證實可以防失智。

日常可以怎麼做

- 有視力問題時接受篩檢，確診後依眼科照護需要治療。
- 白內障手術、適合的眼鏡與其他視力照護，仍應在需要時提供。

社會和政府可以補上什麼

- 把高齡者視力篩檢與治療轉介放進一般照護與健康老化方案。
- 透過公眾教育與醫療人員培訓，讓視力問題更早被發現與處理。

原文依據：WHO 2026 指引，英文版第 80-82 頁。

生活小提醒

- 閱讀吃力、看不清路標、常撞到東西或夜間視力下降時，安排眼科檢查。
- 使用合適的眼鏡，並定期確認度數是否需要調整。
- 保持足夠照明，並定期追蹤慢性眼病。

第二篇 | 健康狀況與生物狀態管理 (續)

17. 睡眠與睡眠障礙

WHO 這次怎麼說

睡不好、白天過度嗜睡，或懷疑睡眠呼吸中止時，應接受評估與治療。目前沒有特定睡眠處方被證明可以防失智。

日常可以怎麼做

- 有睡眠困擾時及早辨識，必要時接受進一步睡眠評估與治療。
- 不要把某一種睡眠方法或固定睡眠時數當成已證實的防失智處方。

社會和政府可以補上什麼

- 讓民眾更早認出睡眠問題，也讓初級照護有合適的篩檢與轉介工具。
- 改善睡眠環境中的噪音、光線與夜間高溫，並打通睡眠服務與認知評估的轉介路徑。

原文依據：WHO 2026 指引，英文版第 83-86 頁。

生活小提醒

- 維持固定起床時間、白天活動與日照，晚間減少酒精及過度螢幕刺激。
- 大聲打鼾、睡眠中斷或白天嗜睡者應評估睡眠呼吸中止。
- 好的睡眠不是睡愈多愈好，大約 7 小時左右，睡眠品質也很重要。

18. HIV 管理

WHO 這次怎麼說

HIV 感染者應規律接受 ART，並維持病毒抑制。目前沒有哪一種 ART 組合被證明特別能預防失智。

日常可以怎麼做

- 規律接受 ART，並以維持病毒抑制為優先。
- 不要為了護腦而自行更換 ART 組合，療程應依疾病控制需求與個人偏好決定。

社會和政府可以補上什麼

- 讓 HIV 感染者能及早開始 ART、維持病毒抑制，並得到足夠的用藥支持。
- 把 HIV 與認知健康服務串起來，必要時提供認知篩檢與監測，同時降低污名。

原文依據：WHO 2026 指引，英文版第 87-90 頁。

生活小提醒

- 規律服用 ART 並追蹤病毒量，不要為了『護腦』自行換藥。
- 若出現記憶、專注或日常功能問題，應完整評估可能原因。
- 維持疫苗、心血管與整體健康照護。

第三、四篇 | 環境風險與多面向介入

一邊處理個人難以完全避開的環境暴露，一邊依自己的風險組合設計方案。

19. 降低空氣污染暴露

WHO 這次怎麼說

減少家中與環境空氣污染，特別是 PM2.5，可能幫助降低認知退化或失智風險。

日常可以怎麼做

- 可以盡量減少家中與環境空污暴露，特別是 PM2.5。
- 個人行動只能減少部分暴露，無法取代污染源頭管理。

社會和政府可以補上什麼

- 公共衛生、環境、交通與能源部門要一起從源頭減少空污。
- 優先關注都市、工業排放區，以及高齡與社經資源較少的族群。

原文依據：WHO 2026 指引，英文版第 92-96 頁。

生活小提醒

- 查看空氣品質，在高污染時調整戶外活動時間與路線。
- 室內避免菸煙與不良燃燒，使用合適排風並維護設備。
- 適時使用口罩或清淨機減少暴露。

20. 量身設計的多面向介入

WHO 這次怎麼說

每個人的風險組合不同，可以考慮一次處理至少 3 個真正存在的風險，並把方案調整成自己做得來的方式。

日常可以怎麼做

- 找出自己真正存在、也有機會改變的風險，一次挑至少 3 項一起處理。
- 方案要配合自己的體力、生活、偏好與可用資源，不必照著制式套餐做。

社會和政府可以補上什麼

- 讓多面向方案能配合當地的風險、文化與資源，並優先提供給真正有可改變風險的人。
- 把醫療、高齡服務、社會照護、教育與社區資源連結起來。

原文依據：WHO 2026 指引，英文版第 98-101 頁。

生活小提醒

- 不要一次追求完美；先挑 1-2 個最需要、最做得到的改變。
- 把運動、飲食、三高、聽力、社交與學習串成自己的長期計畫。
- 每 1-3 個月檢視進度，遇到困難就調整，不把遇到困難或一時做不好視為失敗。

公共衛生政策 | 防失智不能只靠個人

指引明確指出，失智風險降低受到醫療系統、結構與社會文化因素影響，而這些因素經常超出個人所能控制的範圍。因此，有效且公平的落實方式，必須超越個人行為改變。

指引提出的 6 項跨主題任務

- 處理結構與政策因素，包括必需藥物與輔具、健康食物的可負擔性、安全環境與減少空污暴露。
- 依當地文化與情境調整篩檢工具、行為介入與社區方案，特別關注資源不足的族群。
- 促進跨部門與跨專業合作，讓各個相互關聯的風險領域能同時納入例行照護與社區方案。
- 將失智風險降低整合入現有醫療與社會照護系統，包括初級照護、非傳染性疾病方案、高齡服務與社區平台。
- 同時保留數位與面對面服務，避免數位落差排除高齡、偏鄉或弱勢族群。
- 同步建置人力、公眾認知、污名減除、持續監測與評估，並對所有方案採用公平性觀點。

原文重點

指引不是把責任全部交給個人，而是要求醫療、社區與政策層級一起處理超出個人控制的障礙。

原文依據：WHO 2026 指引，英文版第 103-105 頁。

來源

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>

本文件為中文健康教育整理，不是 WHO 官方翻譯，也不取代個別醫療建議。

實務轉譯 | 4 週開始計畫

來源標示

這個 4 週順序是整理者將 WHO 建議轉成的行動工具，不是 WHO 原文提出的 4 週方案。圖卡內只保留指引支持的風險領域與行動方向。



我的優先風險領域與對應行動計畫

1. 風險領域：_____ 我的計畫：_____

2. 風險領域：_____ 我的計畫：_____

陪我一起做的人：_____ 回顧日期：___ 年 ___ 月 ___ 日

使用方式

多面向介入應依個人的風險組合、能力、偏好與當地資源調整。這張圖卡用來幫助開始討論，不取代個別醫療評估。