

# 世界卫生组织《失智症研究行动方案》 解读及其启示\*

石志学<sup>①②③</sup> 张艳秋<sup>①②③</sup> 张 晗<sup>①②③</sup> 张叶凡<sup>①②③</sup> 董志伟<sup>①②③</sup>  
张琳琳<sup>①②③</sup> 蔡伟芹<sup>①②③</sup> 井 洪<sup>①②③④</sup>



**摘要:** 失智症在防控与管理方面面临诸多局限与问题。通过对世界卫生组织《失智症研究行动方案》的解读,基于提高认识与诊断水平、提供照护、降低风险等六大广泛研究的失智症主题现状,结合我国在识别诊断、患者照护、干预管理和国家级专项规划等方面的实际现状,提出从社会认知、行为干预、非药物干预、长期照护、专项政策研究和全生命周期健康管理等层面的策略建议,以期实现为失智症患者、家庭及照护者提供更高质量的照护和支持性服务,提高其生活质量,并为我国老年失智症防控提供工作思路和参考借鉴。

**关键词:** 老年人,失智症,生活质量

**中图分类号:** R-05 **文献标识码:** A **文章编号:** 1002-0772(2023)19-0001-06

**DOI:** 10.12014/j.issn.1002-0772.2023.19.01

**Interpretation and Enlightenment of the World Health Organization's Blueprint for Dementia Research** SHI Zhi-xue, ZHANG Yan-qiu, ZHANG Han, et al. School of Management, Weifang Medical University, Weifang 261053, China

**Abstract:** Dementia faces numerous limitations and challenges in terms of prevention, control, and management. Through the interpretation of the World Health Organization's *Blueprint for Dementia Research*, based on the current status of six widely studied dementia themes, including raising awareness and diagnosis levels, providing care, and reducing risk, this article addresses the practical situation in China concerning identification, diagnosis, patient care, intervenon management, and national-level specialized planning. The article proposes strategic recommendations across social awareness, behavioral intervention, non-pharmacological intervention, long-term care, specialized policy research and comprehensive lifecycle health management. The aim is to provide higher-quality care and supportive services for dementia patients, families, and caregivers, improve their quality of life, and offer insights and references for the prevention and control of dementia in China.

**Key Words:** the elderly, dementia, quality of life

失智症(又名痴呆症、脑退化症、认知障碍症)病因复杂多样,是一种导致神经退行性变和认知能力下降的综合征<sup>[1]</sup>,具有起病隐匿、缓慢进展的特点,其中阿尔茨海默病是最常见的失智症类型,约占失智症比例的60%~80%,其他疾病亚型有血管性痴呆、路易体痴呆和额颞叶痴呆

等<sup>[2]</sup>。失智症是致使老年人残疾和照护依赖的主要病因,影响其识别记忆、语言交流、性格情感、独立参与社会的能力,使其认知功能、躯体功能和神经功能受到损害。截至2019年,该病已影响全球约5520万人,同时因为该病所带来的医疗、照护等经济负担达1.3万亿美元<sup>[3]</sup>。据预测,2030年我国老年失智症患者将达到1645.6万,患病人数为2010年的2.8倍。若没有相应防控措施,老年失智症患者在未来20年将大幅增长<sup>[4]</sup>。高昂的经济成本和大量的病患人数给患者及家庭生活质量和社会发展带来沉重负担,积极应对失智症已成为当代面临的重大公共卫生健康挑战之一。然而,目前失智症应对行动领域进展相对缓慢,存在诸多困境与挑战。世界卫生组织《失智症研究行动方案》(以下简称《行动方案》)的及时发布,为失智症防控提供了策略方向。《行动方案》主要概述了失智症研究主题的现状,通过研究驱动因素创造有利的环境,失智症行动得以实施,里程碑得以实现,战略目标得以达成,最终改善失智症患者及其家庭、照护者的生活质量。

\*基金项目:2020年国家自然科学基金项目(72004165);2021年国家自然科学基金项目(72104186);2020年山东省自然科学基金项目(ZR2020QG057);2022年山东省高等学校“青创团队计划”课题(2022RW075)

①潍坊医学院管理学院 山东潍坊 261053

②“健康山东”重大社会风险预测与治理协同创新中心 山东潍坊 261053

③潍坊医学院中国康复健康研究院 山东潍坊 261053

④潍坊医学院公共卫生危机管理研究所 山东潍坊 261053

作者简介:石志学(1998-),男,硕士研究生,研究方向:卫生政策与管理、卫生健康资源配置。

通信作者:井洪(1988-),男,博士,教授,研究方向:卫生健康管理与脆弱人群健康策略。E-mail: jingq@wfmuc.edu.cn

本文拟从《行动方案》倡议的核心理念、研究主题、目标实现等方面出发,阐释其关键内容,通过结合我国失智症现状,发现当前存在的局限与挑战,最后提出针对我国老年失智症防控的启示,为我国防控失智症提供参考和借鉴。

## 1 《行动方案》关键内容

《行动方案》的关键内容,包括失智症识别诊断、照护支持等严峻现状,健康支持与促进、合理预防与控制等。

### 1.1 核心理念

该行动方案核心理念包括:第一,广泛参与。使具有失智症生活经历的人参与所有研究阶段,包括失智症患者、家庭及照护者等群体。第二,资金与技术保障。有保障的

长期资金支持对于推进失智症防控是必要的。同时注重技术进步,满足患者日常需求。第三,协调与共建共享。加强协调合作,促进科学知识的可获得性,数据的共享性。提高监管环境透明度,促进合作标准规范化。第四,人员能力提升。培训相关人员能力,推进失智症研究成果应用于卫生实践和卫生政策管理。

### 1.2 研究主题

《行动方案》阐述了广泛研究的失智症主题现状,包括失智症流行病学和经济学、发病机制、准确诊断和提高认识、药物开发、照护与支持、降低风险等,并明确 15 个战略目标,确定现有行动差距并制定有时限的里程碑目标,促进失智行动实施,见图 1。

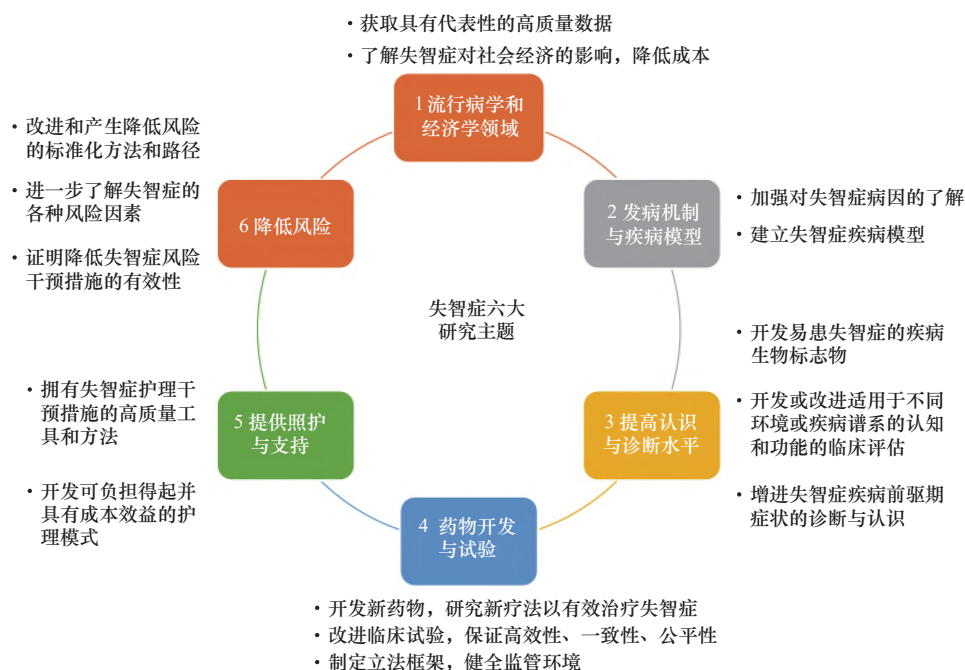


图 1 《行动方案》的研究主题与战略目标

### 1.3 目标实现

《行动方案》提出:制药部门、研究机构和政府需加强合作,研制有效治疗失智症的新药物;政府、私人赞助机构和慈善组织、监管机构等需提供资金支持和公正透明环境;从事失智症及相关领域工作的研究人员或团体组织需多学科多维度学习,推进协调合作。通过以上行动改善失智症患者及其家庭照护者的生活质量,提供更高质量的照护与支持性服务,促进这一弱势群体享受社会平等对待,公平享有权利与机会。

## 2 我国应对失智症面临的局限与挑战

目前我国老年人群中约有 1 500 万人患有失智症,患病率为 6.0%,其患者数量居世界第一位<sup>[5]</sup>,预测到 2050 年患病人数将超过 3 000 万,约占世界失智症患者总数的 20%<sup>[6]</sup>,此外,我国因为失智症每年直接和间接造成经济损失 1 万多亿元<sup>[7]</sup>,面对当前严峻形势,我国应对失智症存在诸多局限与挑战。

### 2.1 及时识别失智症患者仍需提高

及时识别、诊断失智症患者有助于对症采取行动,进行更好的管理,从而保持相对独立性和推迟住院、减少医疗费用<sup>[8]</sup>。但当前我国失智症患者识别发现率和未诊断率却一直存在障碍<sup>[9]</sup>。

首先,社会普遍缺乏对失智症的科学认知。《行动方案》在失智诊断中提出,人们对于从主观认知衰退到轻度认知障碍再到发展为失智症这一过程所知甚少<sup>[11]</sup>,我国对于失智症前驱期症状的社会认识度更具有局限性,错误认为失智症是自然衰老现象,仅是老人记忆和行为反应随年龄增长而下降,亦或是认为失智症是大脑精神疾病,无法治疗便任其恶化发展。其次,有经验诊断识别失智症和高质量工作者的人员缺乏是影响及时识别、诊断失智症患者的关键要素。我国对于失智症评估诊断失智量表有 20 多种,筛查和评估标准不统一<sup>[9]</sup>,且评估难以保持客观性,易出现误诊、漏诊现象。最后,在我国传统观念影响下,

失智症长期伴随的病耻感和污名化,使患者和家庭都避讳诊断为“痴呆”,即使患病也不相信或向外人承认,极力掩饰异常行为症状。

## 2.2 失智症患者长期照护体系亟需完善

《行动方案》在照护服务中指出,照护失智症患者需提供以人为本的整合化服务,足够数量和专业化的照护人员才具有提供高质量照护的可能性<sup>[1]</sup>。失智症需要全方位照护才能满足患者的复杂需求,但是我国几乎没有建立专门针对失智症老年人的长期照护体系<sup>[10]</sup>。

受传统孝道文化和社会舆论的双重影响,我国失智症患者照护以居家照护为主。家庭成员成为照护的重要支柱且大部分照护负担由妻子、女儿及儿媳等妇女承担<sup>[3]</sup>。有研究显示,家庭照护者平均每天超过 10 小时以上照顾患者<sup>[11]</sup>,70% 以上的照护者对失智症缺乏认知<sup>[12]</sup>,照护技能缺失和精力匮乏不足以照顾患者。加之失智症这一疾病需要长期全程照护,对照护者身心健康造成严重负面影响,心理疾病发生率高达 40%~75%<sup>[13]</sup>。此外居家照护失智症老年人风险不胜枚举,包括走失、情绪异常行为和由于跌倒、呛噎、烫伤、中暑等意外损伤造成的安全隐患。另外,我国老年人长期照护机构虽取得长足发展,但设施环境和服务能力仍有极大提升空间<sup>[14]</sup>。同时我国多数专业照护机构不倾向于主动接收失智症患者,或仅对少数失智症患者提供长期照护服务且医疗照护费用昂贵,令人望而却步。

## 2.3 系统性开展失智症干预有待改进

目前几乎没有有效治疗失智症的药物<sup>[1]</sup>,除药物治疗失智症不理想外,我国针对老年人的管理措施及干预手段在实践中仍存不足。由于失智症的异质性、病因的复杂性,其症状表现不尽相同,致使干预内容也难以统一<sup>[15]</sup>,单一的行为干预对失智症老年人病情的改善效果不理想。为改进干预效果,在实践中虽采用了多成分非药物干预,即两种或两种以上的非药物组合干预技术的应用<sup>[16]</sup>,但受到时间、空间、依从性的局限,其应用的系统性、持续性不足,同时未能充分根据患者的病情制定个性化的干预方案,我国为提高失智症老年人的生活质量,需进一步采取综合性的干预措施。

## 2.4 针对失智症国家级专项规划与管理仍需完善

尽管我国有应对人口老龄化的国家战略,但目前缺少针对性的国家层面专项规划防控失智症。相关失智症干预政策仍处于初步探索阶段,而且国家层面的失智症专项防治指导意见和工作部署未切实关注到患者发病情况存有性别差异。《行动方案》指出,女性患失智症风险更大,我国开展的研究也表明,女性相比男性有更重的疾病负担<sup>[17]</sup>,但在相关研究中女性却缺乏代表性。同时失智症所带来的经济负担远高于高血压、糖尿病等慢性病,我国却并未将其列入政府管理范畴<sup>[18]</sup>。另外我国的长期护理保险制度存在地区差异,建立的老年人相关保险、福利等经

济补贴政策和社会保障体系不健全,未全面覆盖失智症老年人。此外失智症会影响患者智力,进而导致智力残疾。我国围绕失智症相关管理可以体现在智力残疾的诊断方面。中国残联在智力残疾鉴定标准中划分四个级别,见表 1。根据标准,一、二级可以获得经济补贴,而对部分轻度智力残疾者的需求和支持则易被忽视,无疑增加了这一社会边缘群体在生活中面临的困难和挑战风险。

表 1 中国残联智力残疾鉴定标准

级别	IQ 值范围	适应行为水平
一级智力残疾(极重度)	<20	极度缺陷
二级智力残疾(重度)	20~34	重度缺陷
三级智力残疾(中度)	34~49	中度缺陷
四级智力残疾(轻度)	50~69	轻度缺陷

## 3 我国失智症防控策略建议

失智症致病因素是复杂多样的,且当前无法治愈,患病长久,隐匿性高,致残率高,单一方面的行动措施无法应对失智症严峻形势,必须采取多维度途径减轻对患者的不利影响,延长患者社会参与时间。

经过《行动方案》的分析和我国现况的梳理,了解到世界范围内对失智症的预防、干预、研究、支持与实施诸方面,在国家层面战略行动计划,高危人群早期筛查,主动管理危险因素,营造友好社会氛围和健康生活环境以及建立失智国家监测信息系统等都有较为深入的研究和实施。在此基础上启示我们需要结合国情提出针对失智症防控的策略建议,见图 2。

### 3.1 提高社会对失智症的整体认知度

社会对于失智症认知度不足和片面认知导致失智症发现率和诊断率低,无法及时干预,控制病情恶化。关爱老年人,建立亲密友好型包容社会,提高社会对失智症认知度和关注度是关键一环。建议社会层面加强公众宣传教育,普及宣传相关失智症基础知识和常识教育,具体行动可通过印刷失智症基本内容,包括失智症早期症状表现、常见原因及如何预防等,张贴于各社区公众宣传栏或利用广播媒体、公众号等形式,采取线上与线下相结合的教育方式宣传。提高宣传教育的可理解性和有效可行性,探寻有效宣传路径和认知渠道,拓宽社会公众对失智症的整体认知度和理性认识。同时要改变社会群体对失智症的错误认知,“老年痴呆”附带的污名化使老年人易产生病耻感,建议消除带有歧视色彩的称谓,去除污名歧视、减少患者病耻感,可统一标准定名为失智症。

### 3.2 促进干预手段融于失智症患者管理

失智症确切病因尚未阐明,但有一点病因是确定的,失智症是与衰老相伴随的。早预防早干预对于延缓病程具有显著作用,特别是保持在轻度到中度认知衰退的状态,保持相对较好的生活质量,尽可能时间长久地推迟完全无法自理时间和减轻对于家庭及照护者的依赖。第一,保持患

者的社会健康,《行动方案》中指出要综合评估一个人的社会环境、社会功能和社会质量,维持良好的人际关系获得稳定可靠的社会支持,形成规律紧密友好的社交网络互动,增强沟通交流和社交关系的满意度。第二,建设适老安全化的居住环境。家中各物品用具摆放应保持相对固定,注重整齐简洁,危险物品如电器放置于老人触碰不到的位置,减少安全隐患,同时留有老人隐私空间以示尊重老人,

使其充满归属感和体面感。第三,建设安全化的出行环境。建立适合老人理解的路标、站牌等提供外出服务,道路公共区域建造失智老人暖心小屋等提供中途暂歇、饮食餐饮服务。第四,促进体育活动的基础设施建设,提供公共健身器材、公共活动区域等进行适度体育锻炼。第五,加强心理健康建设,倾听患者需求,满足患者需要,进行精神调节,提供心理支持。

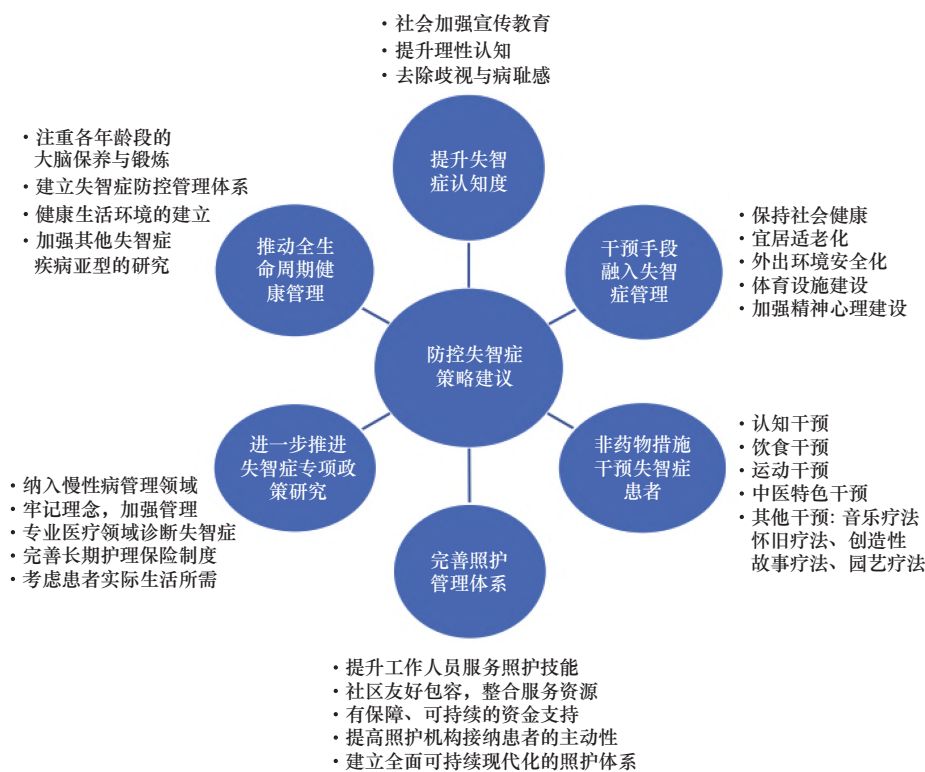


图2 我国失智症防控的策略建议

### 3.3 注重非药物措施干预失智症患者

正如《行动方案》所指出,将一种治疗失智症的新药推向市场审批成本负担太重,价格昂贵,阻碍治疗失智症等神经精神症状的药物研发。越来越多的证据表明,非药物治疗已成为重要干预手段,有助于延缓疾病进程,改善其家庭及照护者的生活质量。建议从以下非药物干预中采取措施:(1)认知干预,包括认知刺激、认知康复和认知训练在内的干预措施,加强认知训练,积极活跃用脑,多接触新鲜事物等。已有研究证明认知干预对于患者提升认知水平和稳定情绪具有积极作用<sup>[19]</sup>。(2)健康饮食,要健康、简单、清淡且富含营养。采用地中海式饮食习惯的老人有助于改善认知,降低认知衰退风险<sup>[20]</sup>。建议多食用豆类、坚果、水果、蔬菜、鱼类等食物,烹饪时使用含不饱和脂肪酸的橄榄油。同时遵循适量、平衡的原则。(3)加强运动锻炼。各种锻炼方式在延缓认知老化方面具有积极意义。可以加强有氧运动、阻力运动及身心运动的联合干预<sup>[21]</sup>,活跃老年身体机能。(4)中医传统疗法。老年人可通过八段锦、太极拳<sup>[22]</sup>和健身气功十二段锦<sup>[23]</sup>等中医传

统运动和舒畅精神情志,增强认知能力。灸法治疗具有可操作性和安全性,且有助于老年人调节神志,改善记忆功能。“三才益智”灸法干预<sup>[24]</sup>和“通督醒神”法针灸联合认知训练疗法<sup>[25]</sup>可作为一种有益补充措施改善认知和生活质量。(5)其他非药物干预如音乐疗法<sup>[26]</sup>、怀旧疗法<sup>[27]</sup>、创造性故事疗法<sup>[28]</sup>、园艺疗法<sup>[29]</sup>等对于老年失智患者延缓病程、增强认知能力、保持正常身体功能起到积极影响。

### 3.4 完善全方位和可持续的长期照护管理体系

《行动方案》提出2030年的里程碑目标,建立有效、可持续的社区和机构长期照护模式,把照护需求作为优先事项。提供高质量照护服务,有助于患者积极面对生活,改善其社会健康、维持正常行为功能,提高生活质量。建议主要包括:(1)加强失智症相关人员及工作人员的基本培训,提升服务支持和照护技能。(2)发挥老龄化背景下建设老年友好社区卫生服务功能,充分整合、利用社区卫生资源,提供足够数量、质量的工作人员提供咨询服务,筛查重点高危易患人群,签约重点人群,包括有不良生活

方式、患有慢性病和家族遗传史等老年群体。(3)在资金方面提供支持帮助。我国试行的长期护理保险制度虽取得了一定成效<sup>[30]</sup>,一定程度解决了医疗护理服务问题,但仅有部分地区将重度失智症患者纳入保障范围,轻中度失智症老年人仍未纳入保障范围,全程化综合性的照护服务加重患者及家庭经济负担<sup>[9]</sup>。商业保险机构、医疗卫生机构和社区服务机构在现行医保政策下,针对老年群体的养老金、独生子女家庭补贴、高龄津贴、过节费、慰问金等各种相关费用要严格落实,形成协调统一的失智患者保障体系。(4)提高专业照护机构接纳失智患者的意愿与能力。护理疗养院、养老照护机构、康复保健机构和医

疗卫生机构要响应社会号召,明晰服务职责,提供多层次多样化的服务,满足老年人需求并保障其安全。(5)针对失智症老年人,形成预防、识别、诊断、接纳、划定轻中重度患者、分层分级疗养调治、护理、康复和治愈的全面可持续发展的现代化管理照护体系。

### 3.5 进一步推进失智症专项政策研究

我国为有效应对失智症带来的卫生、经济、社会等方面的挑战,一直在探索有效路径,在行动计划、建议规划、工作方案等领域明确工作任务,为失智症治理指引方向(见表2),但相关专项规划仍有待改善。

表 2 我国代表性防治失智症相关行动或文件

行动或文件名称	发布年份	发布部门	相关内容
《探索老年痴呆防治特色服务工作方案》	2020年	国家卫生健康委办公厅	指导各地探索开展老年痴呆综合防治工作,预防和减缓老年痴呆的发生。在试点地区形成全民关注老年痴呆的社会氛围,建立健全老年痴呆防治服务网络
《“十四五”国家老龄事业发展和养老服务体系规划》	2021年	国务院	各级政府推进公办养老机构建设并给予经济补贴,初步建立关爱服务体系;鼓励有条件的地方开展阿尔茨海默病、帕金森病等疾病的早期筛查和健康指导;支持有条件的医疗卫生机构提供家庭病床、上门巡诊等居家医疗服务
《关于全面加强老年健康服务工作的通知》	2022年	国家卫生健康委员会、全国老龄办、国家中医药局	积极宣传《阿尔茨海默病预防与干预核心信息》等科学知识;积极开展早期筛查和健康指导,提高公众对老年痴呆防治知识的知晓率;鼓励有条件的地方开展老年人认知功能筛查,预防和减少老年痴呆发生
《“十四五”健康老龄化规划》	2022年	国家卫生健康委员会、教育部、科技部等	广泛开展关爱失智老年人的社会宣传与公共教育活动,提升公众的失智预防和失智照护水平。实施老年痴呆防治行动,推动老年人认知功能筛查干预试点工作,建立老年痴呆早筛查、早诊断、早干预的综合防控机制

国家和政府需制定符合我国失智症国情的专项政策,加大实施力度,引起社会广泛重视,由政策护航患者生活质量,在失智症筛查、诊断、治疗、照护、康复等重点环节落实具体责任到各部门,各相关部门、组织机构共同合作商议如何实施失智症防控行动,如何实现产出最大化。首先,将失智症列入政府管理扶持对象,纳入慢性病管理,享受政府提供的优惠和补贴,以此减轻患者及家庭经济负担。其次,牢记“以人为本”和“预防为主,防治结合”的理念,制定失智症治理理念、行动标准、工作原则与法律体系建设。再次,建议出台专科医院、专科诊所等医疗领域专业诊断治疗失智症的策略,不断创新探索失智症防控领域路径。然后,加快完善我国的长期护理保险制度,政府当好失智症巡视人,利用市场或社会各组织等将制度内保险、福利等保障措施惠及全体失智症老年人,促进形成协调统一的失智症患者保障体系。最后,提议在除了依据智力残疾程度给予患者经济补贴外,还应综合考虑智力残疾者的实际生活所需,以更为合理公平、人性化的政策支持失智症患者。

### 3.6 推动全生命周期失智症管理和研究

失智症的病理过程往往早于临床症状表现,对失智症进行科学管理防控,贯通全生命周期至关重要。大脑健康是健康身体的关键,从胎儿形成到出生,就应关注产妇营养健康、生活环境健康;童年时期保证儿童充足营养,获

得良好教育和拥有美好童年生活经历;青少年以后,包括成年时期、老年时期,需要防止共病危险因素隐患和社会逆境对人们的负面影响。《行动方案》在降低失智症风险中制定了2030年的里程碑目标,采取有效干预措施降低整个生命过程中患失智症的风险。建立早筛查早诊断机制,提高诊断效率。建立监测失智症患者不同阶段的评估体系,促进失智症全人群、全生命周期健康管理。同时在此过程中,推进阿尔茨海默病、血管性痴呆和路易体痴呆等病理机制的研究,探索在全生命周期前瞻性视角下,早年生活经历对于有效应对失智症的积极影响。

### 参 考 文 献

- [1] World Health Organization. A blueprint for dementia research[EB/OL]. (2022-10-04)[2022-12-22]. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240058248>.
- [2] VAN CAUWENBERGHE C, VAN BROECKHOVEN C, SLEEGERS K. The genetic landscape of Alzheimer disease: Clinical implications and perspectives[J]. Genet Med, 2016, 18(5): 421-430.
- [3] World Health Organization. Global status report on the public health response to dementia[EB/OL]. (2021-09-01)[2022-12-22]. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033245>.
- [4] 李 昂,殷淑琴,徐 勇,等. 2010—2030 年中国老年期痴呆的预测[J]. 中国老年学杂志, 2015, 35(13): 3708-3711.
- [5] NICHOLS E, SZOEKE C E I, VOLLSET S E, et al. Global, regional, and national burden of Alzheimer's disease and other dementias, 1990–2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016[J]. Lancet Neurol, 2019, 18(1): 88-106.

- [6] 孙舒悦, 欧阳筱瑶, 李文君, 等. 《迈向失智症包容社会》工具包解读及其对我国卫生健康事业发展的启示[J]. 医学与社会, 2022, 35(9): 66-71.
- [7] 苏国辉, 贾建平. 阻止阿尔茨海默病相关痴呆不断攀升的关键在于一级预防[J]. 科技导报, 2021, 39(20): 1.
- [8] DUBOIS B, PADOVANI A, SCHELTENS P, et al. Timely diagnosis for Alzheimer's disease: A literature review on benefits and challenges[J]. J Alzheimers Dis, 2016, 49(3): 617-631.
- [9] 贾让成. 老年失智症给公共卫生带来的重大挑战与应对策略研究[J]. 中国卫生经济, 2019, 38(7): 44-47.
- [10] 刘焕明. 失能失智老人长期照护的多元主体模式[J]. 社会科学家, 2017(1): 46-50.
- [11] 董晓欣, 屠友杰, 杨红英, 等. 失智老人居家照护服务现状及其需求研究[J]. 中国社会医学杂志, 2018, 35(3): 278-281.
- [12] 董晓欣, 郭春燕, 赵凌波. 我国失智老人照护服务现状及其优化策略[J]. 卫生经济研究, 2017(1): 47-49.
- [13] GIVENS J L, MEZZACAPPA C, HEEREN T, et al. Depressive Symptoms among dementia caregivers: Role of mediating factors[J]. Am J Geriatr Psychiatry, 2014, 22(5): 481-488.
- [14] 刘利君. 论老年人长期照护机构安全保障义务[J]. 医学与哲学, 2023, 44(4): 57-61.
- [15] 张林, 周玮, 徐家俊, 等. 轻度认知障碍干预方法的研究进展[J]. 中国康复医学杂志, 2019, 34(7): 869-874.
- [16] 梅晓凤, 赵雪, 王云云, 等. 多成分非药物干预用于轻度认知功能障碍效果的 meta 分析[J]. 中国循证医学杂志, 2019, 19(2): 180-188.
- [17] 万秋萍, 杨晓明, 褚晓婷, 等. 2016—2020 年上海市静安区老年痴呆死亡流行特征及疾病负担研究[J]. 上海预防医学, 2022, 34(8): 736-742.
- [18] 广东省精准医学应用学会阿尔茨海默病分会, 广东省医学会神经病学分会痴呆学组. 粤港澳大湾区失智症友好社区建设专家共识[J]. 中国神经精神疾病杂志, 2022, 48(4): 193-205.
- [19] GÓMEZ-SORIA I, PERALTA-MARRUPE P, CALATAYUD-SANZ E, et al. Efficacy of cognitive intervention programs in amnesic mild cognitive impairment: A systematic review[J]. Arch Gerontol Geriatr, 2021, 94: 104332.
- [20] KRUEGER K R, DHANA K, AGGARWAL N T, et al. Properties of the cognitive function battery for the MIND diet intervention to prevent Alzheimer's disease[J]. J Int Neuropsychol Soc, 2022, 28(8): 790-797.
- [21] 臧铭, 蒋佳慧, 郭玮. 不同运动锻炼方式延缓认知老化的研究进展[J]. 中国老年学杂志, 2021, 41(24): 5778-5782.
- [22] TAO J, CHEN X, LIU J, et al. Tai Chi Chuan and Baduanjin mind-body training changes resting-state low-frequency fluctuations in the frontal lobe of older adults: A resting-state fMRI study[J]. Front Hum Neurosci, 2017, 11: 514.
- [23] 刘恒嘉, 殷秀敏, 付清楠, 等. 健身气功十二段锦对轻度认知功能障碍患者影响研究[J]. 中国预防医学杂志, 2020, 21(9): 965-968.
- [24] 汪海燕, 李思妤, 胡琼, 等. 艾灸对遗忘型轻度认知障碍记忆功能及相关血清蛋白标志物的影响[J]. 针刺研究, 2021, 46(9): 794-799.
- [25] 袁宏伟, 刘云霞, 张含, 等. “通督醒神”法针灸联合认知训练治疗卒中后轻度认知障碍: 随机对照试验[J]. 中国针灸, 2022, 42(8): 839-843.
- [26] 骆钰婷, 林榕, 颜缘娇, 等. 创造性活动对轻度认知障碍作用研究进展[J]. 中国老年学杂志, 2022, 42(18): 4624-4628.
- [27] 林琳, 李茂全. 怀旧疗法对阿尔茨海默病患者的影响[J]. 中国老年学杂志, 2018, 38(22): 5495-5498.
- [28] 李红, 李晶, 陈惠英, 等. 创造性故事疗法对老年期痴呆病人认知功能与生活质量的影响[J]. 护理研究, 2016, 30(11): 1314-1317.
- [29] 安然. 园艺疗法对遗忘型轻度认知障碍长者的记忆功能干预研究[D]. 上海: 上海师范大学, 2019.
- [30] 王玉沐, 刘培松, 谷月, 等. 老年人长期护理保险的研究[J]. 医学与哲学, 2016, 37(9A): 64-66.

收稿日期: 2023-06-01

修回日期: 2023-09-23

(本文编辑: 刘利丹)

## • 启事 •

### 关于一稿两投问题的郑重声明

本着科学研究工作者严谨的治学精神与严肃的学术道德, 为维护医学与哲学杂志社的声誉和广大读者的利益, 现将关于一稿两投问题的声明公告如下。

1. 请作者所在单位在来稿介绍信中注明该文稿无一稿两投问题。

2. 本刊认为文稿有一稿两投嫌疑时, 将认真收集有关资料确认后再通知作者, 并在作出处理决定前给作者以解

释权。若本刊与作者双方意见有分歧时, 提请上级主管部门或有关权威机构进行最后仲裁。

3. 一稿两投一经证实, 将在杂志上刊出其作者单位和姓名以及撤消该论文的通告; 对该作者作为第一作者所撰写的一切文稿, 不在本刊发表; 就此事件向作者所在单位及医学领域内的其他科技期刊进行通报。