

我国阿尔兹海默症患者养老问题的社会研究

田娇娇

南京林业大学人文社会科学学院、生态文明传播学院，江苏 南京

收稿日期：2026年4月18日；录用日期：2026年7月23日；发布日期：2026年7月31日

摘要

在人口老龄化持续加深的大背景下，阿尔茨海默病已成为影响老年群体健康、加重家庭负担并考验社会治理能力的重要公共卫生问题。我国是全球该病患者数量最多的国家，患病人群不断增长，但面向这一群体的养老照护体系仍存在供给不足、社会认知偏差、专业力量薄弱、支持网络缺失等突出短板。本文以社会支持理论为分析框架，梳理阿尔茨海默病的基本概念、临床表现及病程演变规律，结合国内发展现状，从政策制度、社会认知、养老服务、家庭照护四个维度，系统分析当前我国阿尔茨海默病患者在养老方面面临的主要困境。在此基础上，提出完善顶层政策设计、加强科学知识普及、构建专业化照护体系、强化家庭照护支持等干预路径，旨在为建立覆盖疾病全程、多方协同参与的养老支持体系提供理论依据和实践参考，助力实现老年认知障碍群体有尊严、有质量、有温度的养老目标。

关键词

阿尔茨海默症，认知障碍，养老照护

A Social Study on the Elderly Care of Alzheimer's Disease Patients in China

Jiaojiao Tian

School of Humanities and Social Sciences, Faculty of Ecological Civilization Communication, Nanjing Forestry University, Nanjing Jiangsu

Received: April 18, 2026; accepted: July 23, 2026; published: July 31, 2026

Abstract

Against the backdrop of deepening population aging, Alzheimer's disease has emerged as a major public health issue that affects the health of older adults, increases family burdens, and challenges social governance. China has the largest number of Alzheimer's patients in the world, and this population continues to grow. However, the elderly care system for this group still suffers from

prominent shortcomings such as insufficient service supply, social cognitive biases, weak professional capacity, and a lack of support networks. Using social support theory as an analytical framework, this paper reviews the basic concepts, clinical manifestations, and disease progression patterns of Alzheimer's disease. By examining the current domestic and international situations, it systematically analyzes the main difficulties faced by Alzheimer's patients in China regarding elderly care from four dimensions: policy and institutional arrangements, social cognition, elderly care services, and family caregiving. On this basis, the paper proposes intervention pathways such as improving top-level policy design, strengthening scientific popularization, building a specialized care system, and enhancing family caregiving support. The aim is to provide theoretical foundations and practical references for establishing a multi-stakeholder, whole-course elderly care support system for Alzheimer's patients, and to help achieve the goal of dignified, high-quality, and compassionate care for the elderly population with cognitive impairments.

Keywords

Alzheimer's Disease, Cognitive Impairment, Elderly Care

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

人口老龄化是 21 世纪全球范围内一项深刻的社会变迁。随着我国人均预期寿命不断延长、老龄化进程持续加快,老年群体中神经退行性疾病的患病率明显上升。阿尔茨海默病作为老年期痴呆中最常见的一种类型,具有起病隐匿、病程持久、不可逆转、照护费用高昂等特点,已成为继心脑血管疾病和恶性肿瘤之后,威胁老年人健康与生活质量的“第三大杀手”。该病主要表现为渐进性记忆减退、认知功能受损以及人格改变,不仅严重削弱患者的自理能力,也损害其生命尊严,同时给家庭照护者带来沉重的经济负担和心理压力。

然而,长期以来,无论是社会公众还是一些政策制定者,对阿尔茨海默病普遍存在认知偏差,往往将其误认为是“老糊涂”或正常的衰老现象,从而错过了早期干预和系统照护的窗口期。与此同时,当前的养老服务体系在设施配置、人员培训、服务内容等方面,尚未能有效回应阿尔茨海默病患者的特殊照护需求。

本文采用文献研究的方法,通过系统梳理国内外相关研究成果、政策文献及典型案例,力图呈现我国阿尔茨海默病患者养老问题的整体状况,为构建更具包容性和可持续性的老年照护体系提供参考依据。

2. 文献综述

2.1. 关于阿尔兹海默症疾病认知与社会态度的研究

公众对阿尔兹海默症的认识长期存在偏差,最典型的误解便是将其等同于正常衰老的“健忘”。科普文章明确区分了二者的差异:健忘者经提醒能回想起来且自知焦虑,而患者完全遗忘且毫无察觉,并逐渐变得冷漠、思维混乱、语言贫乏,最终丧失自理能力[1]。这些区分有助于早期识别,但现实中“老糊涂”的观念仍根深蒂固。

此外,于苗苗(2022)指出科普尚未常态化,污名化问题依然突出[2]。与此同时,影视作品在一定程度上发挥了积极作用。沈健(2021)以《困在时间里的父亲》为例,认为该类电影(如《恋恋笔记本》《一次别

离》等)有助于提升公众的理解与共情,名人患病案例也增强了社会关[3]。总体而言,从纠正认知偏差、消除污名化到借助影视作品传递共情,社会层面的认知转变仍有很长的路要走。

2.2. 关于阿尔兹海默症患者与照护者的关系的研究

吴安东(2018)对 113 例患者及其照顾者的量化调查显示,患者有精神行为症状者虐待倾向得分显著高于无症状者;自理能力越差、照顾者受教育程度越低、分担任务人数越少,虐待倾向得分越高。多因素分析确认,患者行为问题严重和社会支持缺乏是主要危险因素,长期压力可致照顾者出现“配偶综合征”[4]。

2.3. 关于阿尔兹海默症患者照护服务体系与干预策略的研究

在非药物干预方面,培养新爱好可降低 20%的认知障碍风险,参与社会分工有助于延缓病程[5]。林文兄(2021)在护理院的实践中发现,兴趣小组、认知训练、缅怀活动、感官训练及自理能力训练等小组活动,能够提升患者生活幸福感、减缓疾病进程,但也面临患者参与度低、活动区域封闭、沟通障碍等问题[6]。此外,健康生活方式也有积极意义,杨宇祥等(2024)研究表明,每日饮用 3~4 杯茶可降低中老年人心血管疾病风险,而心血管健康与认知功能密切相关,为间接预防提供了参考[1]。

在医养结合与老年医学科建设方面,施静怡等(2024)调研发现,工作人员、老人及潜在人群对医疗保障、居住环境和政策监管各有侧重,建议完善政策与人才培养[7]。

3. 概念界定与理论基础

3.1. 概念界定

阿尔茨海默病(Alzheimer's Disease, AD),是一种起病隐匿、病程持续进展的神经系统退行性疾病。目前,医学界尚未完全明确其发病机理,主流观点认为该病由遗传易感因素、外界环境作用以及个人长期生活习惯等多种因素相互交织、共同导致。根据国际阿尔茨海默病协会的统计,在所有确诊的痴呆症病例中,阿尔茨海默病所占比例为 60%至 70%,是老年人群中最常见的认知障碍类型。

需要特别指出的是,阿尔茨海默病并非衰老过程中的正常现象,而是一种明确的病理改变。年龄是该病最重要的危险因素,患病风险随年龄增长显著上升。近年来,随着临床诊断技术的不断进步以及公众健康意识和疾病筛查水平的提高,65 岁以下早发性阿尔茨海默病的检出率较以往有所增加,整体发病呈现一定程度的低龄化趋势。

3.2. 与生理性健忘的核心差异

阿尔茨海默病的临床表现可概括为 ABC 三大核心症状群,这也是区分病理性痴呆与生理性健忘的关键依据。认知功能损害(A)以近期记忆障碍为最早表现,患者频繁遗忘刚刚发生的事或对话,即使提醒也无法回忆;随着病程推进,远期记忆也逐渐受损,甚至认不出家人或自身身份。精神行为异常(B)主要表现为情绪淡漠、焦虑、易激惹,部分患者出现幻觉、妄想、昼夜颠倒、无目的游走和重复刻板行为,这些症状显著增加了照护难度。日常生活能力丧失(C)则从处理复杂事务困难逐步发展为穿衣、洗漱、进食等基本活动无法独立完成,最终进入完全依赖他人照料的重度状态[8]。

在日常认知中,公众常将阿尔茨海默病与普通衰老健忘相混淆,但二者存在本质区别。生理性健忘多为部分性遗忘,经提示可部分回忆,自知力完整,本人会因记忆力下降感到苦恼,日常生活能力完全保留。而阿尔茨海默病患者普遍缺乏自知力,不会主动察觉自身认知衰退,记忆障碍呈进行性加重,同时伴随认知、行为、情绪等多维度功能受损,独立生活能力持续丧失。从病程进展来看,轻度痴呆阶段

以完全性近事记忆丧失为核心,患者遗忘内容经提醒无法恢复,且对自身记忆力下降无感知,可能伴随个人卫生疏于打理等行为改变;中度痴呆阶段出现明显的时间、地点定向障碍与计算能力衰退,思维混乱、语言表达贫乏,逻辑推理与理解能力显著下降,常发生迷路等危险情况;重度痴呆阶段患者情感极度淡漠、对外界缺乏兴趣,长期回避社交甚至卧床不起,在无明确躯体疾病的情况下完全丧失生活自理能力,需要全天候照护[8]。

目前,阿尔茨海默病的病因与发病机制尚未完全明确,临床以记忆障碍、失语、失用、失认、视空间功能损害、执行功能障碍及人格行为改变等全面性痴呆表现为主要特征,整体呈渐进性发展[6]。其中语言能力退化是早期突出表现之一,患者会出现表达不流畅、逻辑混乱、理解与复述能力下降等症状[5];随着病情加重,患者逐步无法识别亲属,基本生活技能持续缺失[6],同时可能出现幻听、幻视、运动协调障碍等神经精神症状。中重度患者需 24 小时专人看护,这不仅严重降低患者自身的生活质量,也给照护者带来长期且沉重的身心负担。

3.3. 理论基础

社会支持理论最早在 20 世纪 70 年代受到社会学与心理学领域的关注,其核心观点是:个体所处的社会关系网络能够为其提供不同形式的帮助,包括物质层面的接济、信息上的指引、情感上的安慰以及日常生活中的陪伴,这些支持对维护个人身心健康、缓解外界压力具有积极作用。按照来源的不同,社会支持通常被区分为正式支持与非正式支持两类。前者主要指来自政府机构、专业组织、社区服务部门等制度化渠道的帮助,例如政策保障、财政补贴、专业照护服务等;后者则依托于家庭、亲友、邻里、病友互助小组等非正式关系,更多表现为日常照料、心理安慰和精神陪伴。

对于阿尔茨海默症患者及其家属来说,疾病带来的认知能力下降和行为方式改变,使其逐步脱离原有的社交圈,对外部帮助的依赖程度不断上升。然而,这个群体面临一个特殊的困境:一方面,以配偶和子女为核心的家庭照顾者构成了他们最主要的非正式支持力量,但这些照顾者长期处于高压状态,自身的身心健康容易受损,社会联系也可能逐渐减少,从而导致非正式支持网络不断弱化;另一方面,正式支持系统——比如专业的认知症照护机构、社区日间照料中心、长期护理保险制度等——目前仍存在覆盖面有限、服务质量参差不齐、城乡分布不均等问题,难以真正替代或有效补充家庭的照护功能。这种“需要的支持得不到,已有的支持靠不住”的结构性错位,使得家庭照护危机不断加深,进而诱发照顾者虐待倾向、健康崩溃等连锁问题。

基于上述分析,本研究选择以社会支持理论作为整体分析框架,重点考察我国阿尔茨海默症患者养老照护过程中,非正式支持与正式支持之间的互动机制及其现实张力,聚焦家庭照护者在资源获取、情绪调适等实际困境,进而提出优化路径。

4. 我国阿尔茨海默病患者养老发展现状与困境

我国是全球阿尔茨海默病患者数量最多的国家,约占世界患者总数的四分之一。根据中国老龄协会发布的《认知症老年人照护服务现状与发展报告》,我国 60 岁及以上老年痴呆患者约有 1507 万,预计到 2030 年将增至 2220 万¹。随着人口老龄化持续加深,长期照护、医疗康复、精神慰藉等服务需求呈现爆发式增长。然而,面对如此庞大的患者群体,国内学界的研究多集中于临床医学、脑科学、神经科学等领域,社会层面的研究相对匮乏,难以全面反映当今阿尔茨海默症现状、困境与需求[5]。以下从患者规模、社会认知、家庭照护、服务体系四个维度,系统剖析当前我国阿尔茨海默病患者养老面临的现实困境。

¹<https://www.cncaprc.gov.cn/xwllxw/10029484.jhtml>

4.1. 患者基数庞大且持续增长，社会应对能力滞后

我国目前已成为全球阿尔茨海默病负担最重的国家。从全球看，我国患者数量约占世界总数的四分之一，远超其他国家。世界卫生组织预测，到 2050 年全球痴呆症患者或将达 1.35 亿，届时我国患者规模可能进一步扩大至 4000 万左右²。

如此庞大且持续增长的患者群体，正对我国医疗体系、长期照护系统及社会保障制度构成前所未有的压力。然而，当前我国认知症应对能力严重不足，社会支持体系发展明显滞后。一方面，专业化认知症照护床位极为紧缺，能够提供系统服务的机构数量有限；另一方面，社区层面的支持网络几乎空白，缺乏日间照料、短期托养或上门服务。在此背景下，绝大多数患者只能居家由家属照护，而这些家属往往缺乏专业护理知识与心理支持。

此外，基层医疗卫生机构在阿尔茨海默病的早期识别、规范诊断和有效干预方面能力普遍薄弱，许多患者未能及时获得专业评估，导致病情延误甚至误诊，大量病例未得到正规治疗与持续照护管理。

4.2. 社会认知偏差与污名化现象严重

尽管近年来借助“世界阿尔茨海默病日”等各类科普宣传活动，社会公众对这一疾病的认识水平有所提高，但在整体认知层面，仍然存在明显的理解偏差和污名化现象。一方面，不少人仍然把阿尔茨海默病简单等同于“老年痴呆”，并认为这是人老了以后必然出现的正常衰退过程。这种误解直接导致很多人忽视了早期筛查和干预的重要性，等到症状明显时才寻求帮助，往往已经错过了最佳干预期。另一方面，“痴呆”这一中文命名本身带有一定的贬义色彩，容易让患者及其家属产生羞耻感。不少人因为害怕被贴上“痴呆”的标签，而不愿意主动就医、不敢向社会求助，甚至刻意隐瞒病情，结果延误了诊断和治疗的宝贵时机。除此之外，影视作品和新闻报道中对阿尔茨海默病患者的形象刻画，也常常带有明显的戏剧化和悲情化倾向，强化了“患上此病就等于丧失一切能力”的刻板印象，不利于营造一个包容、尊重、去污名化的社会氛围。

4.3. 家庭照护负担过重，照护者身心健康堪忧

在我国“以居家养老为主体”的政策框架下，绝大多数阿尔茨海默病患者的日常照护工作，最终落到了家庭成员身上，其中以配偶或子女为主。由于该病病程通常较长，平均可达 8 至 12 年，且病情波动明显、整体发展趋势不可逆转，家庭照护者往往长期承受着高强度的体力付出与情感消耗。多项研究显示，阿尔茨海默病患者家属中，抑郁和焦虑的患病率远高于普通人群。部分照护者甚至会出现所谓的“配偶综合征”——因持续过大的照护压力，导致自身健康状况迅速恶化，极端情况下出现“照顾者比患者先离世”的悲剧。

更值得警惕的是，在日复一日的沉重照护负担下，一些照护者可能会产生虐待倾向，具体表现为言语辱骂、肢体约束，乃至暴力行为。患者行为问题的严重程度越高，照护者所获得的社会支持越少，其虐待倾向的风险也相应越大。然而，这一问题在我国长期处于“隐蔽角落”，很少被公开讨论或系统记录，目前缺乏有效的监测手段、干预机制以及救济渠道。

4.4. 养老服务体系对阿尔兹海默症患者的适应性不足

当前，我国养老服务体系——无论是机构养老，还是社区与居家养老——在应对阿尔茨海默病患者特有需求方面，暴露出明显的结构性短板。第一，机构养老层面，大多数养老机构并未设置专门的认知症照护区域，普通床位难以满足患者对安全管理、行为干预、防走失等方面的特殊要求。第二，服务人

²<https://www.cncaprc.gov.cn/xwllxw/10029484.jhtml>

员专业能力不足。多数一线护工缺少关于阿尔茨海默病的基础知识与沟通技巧,面对患者常见的精神行为症状(如躁动、妄想、重复行为等),往往不知道如何有效应对,甚至采取不恰当的约束或刺激方式。第三,护理岗位长期面临“招不来、留不住”的困境。由于工作强度大、薪酬待遇偏低、社会认可度不高,养老护理岗位对年轻人缺乏吸引力,从业人员流失严重,专业人才缺口日益扩大。第四,社区层面的支持服务几乎处于空白。能够为患者和家庭提供实质性帮助的服务项目,如日间照料中心、喘息服务(暂时替代照护)、照护者技能培训等,在绝大多数地区仍属稀缺资源。患者尚处于病程早期、仍具备一定活动能力时,缺乏可供参与的社交与康复活动场所;而长期承担照护任务的家庭成员,也缺少可以短暂“换换手”的替代性照护资源,这直接导致家庭照护的可持续性受到严峻挑战。

总体来看,无论是机构还是社区,当前的养老服务体系都远未做好迎接认知症照护需求的准备。

5. 我国阿尔茨海默病患者养老支持体系构建路径

5.1. 政府层面：完善顶层设计，强化政策保障

在政府层面,建议从以下几个方面完善顶层设计。首先,应出台国家层面的阿尔茨海默病养老照护专项政策,明确政府、社会、机构与家庭的责任分工,统筹城乡及区域间的资源配置,避免发展不均衡。其次,健全保障制度,扩大长期护理保险的覆盖范围,将阿尔茨海默病正式纳入保障范畴,为患者及其家庭提供经济补贴,同时完善照护者的社会保险、带薪休假等权益保障,减轻家庭照护负担。第三,加大财政投入,重点支持养老机构认知障碍照护专区的适老化改造、社区服务站点建设以及专业人才培养,对接收阿尔茨海默病患者的机构给予运营补贴,以激励服务供给。第四,推进行业标准化,尽快制定认知障碍照护领域的服务规范、设施配置标准和从业人员资质标准,规范行业发展,提升服务质量。此外,还应鼓励认知干预,支持老年活动中心、社区老年学堂等场所的建设与运营,推广益智类活动、语言学习、体育锻炼等干预方式,以期降低发病风险、延缓病程进展。

5.2. 社会层面：普及科学认知，营造关爱氛围

尽管阿尔茨海默病的病因尚未完全明确,病程也难以逆转,但通过科学认知和合理干预,仍能有效延缓病情进展、减轻疾病带来的负面影响,从而改善患者的生活质量。要实现这一目标,离不开社会层面持续的宣传普及与人文关怀,逐步营造“关爱阿尔茨海默病患者”的良好氛围。

具体可从四个方面着手:一是推动科普宣传常态化。依托每年9月21日“世界阿尔茨海默病日”,利用媒体、社区、医疗机构等渠道开展系统性科普,帮助公众纠正“老糊涂是正常现象”的误解,提高早筛早诊意识。二是消除疾病污名化。通过影视作品、公益广告、志愿服务等形式,传递“认知障碍不是过错,遗忘需要包容”的理念,尊重患者的人格与尊严,减少社会偏见。三是构建认知障碍友好社区。为患者建立健康档案,整合走失搜寻、上门探访、日间照料等服务,形成覆盖日常照护与应急响应的安全网络。四是动员社会力量参与。引导公益组织、爱心企业、志愿者开展家庭帮扶、心理疏导、物资援助等公益行动,汇聚多方合力。

在世界阿尔茨海默病日当天,国家及各级政府、社会组织会通过官方平台和主题活动普及疾病知识。需要认识到,提高社会认知水平、构建完善的支持体系并非一日之功。我们应从点滴做起,借助社交媒体等渠道,以润物无声的方式持续传播知识与人文关怀,逐步提升全社会的温暖度与认知水平。

5.3. 养老行业层面：强化专业建设，优化服务供给

随着“医养结合”理念在养老行业逐步推广,行业运行中的一些问题日益凸显:养老观念更新滞后、医疗服务水平有待提升、设施条件参差不齐、从业人员专业素质偏低、专业人才缺口明显。同时,由于社会对养老行业的认可度不高,工资待遇难以满足从业者合理预期,导致“留不住人”的问题长期存在。

为有效应对阿尔茨海默病患者的照护需求,养老机构及行业相关组织应从四个方面优化服务供给。一是深化医养结合,推动养老机构与周边医疗机构建立稳定合作,组建医护、康复、社工等多元团队,提供医疗、康复、认知训练、生活照料一体化服务。二是改造适配设施,建设认知障碍照护专区,完善防走失、防跌倒、安全监控等硬件,贴合患者日常生活与行为特点。三是加强人才培养,建立系统化培训体系,围绕照护技巧、心理疏导、应急处理等内容开展专业培训,同时合理提高薪酬待遇,降低人才流失率。四是创新服务模式,针对轻、中、重度患者的不同需求,提供居家照护、日间照料、机构全托等分层服务,满足个体化照护需要。

在此基础上,养老组织应积极响应政府政策,更新服务理念,合理利用财政投入,建设标准化基础设施,引进高素质人才,持续加强一线人员培训,切实保障其基本权益,在行业内营造“敬老、爱老、护老”的良好风气,从而更好地接纳和满足阿尔茨海默病等特殊老年群体的养老需求[7]。

5.4. 家庭层面:提升照护能力,强化支持保障

阿尔茨海默病会逐步损害患者的认知能力,有时表现为“返老还童”般的行为退化,甚至失去正常的情绪表达。但患者依然能感受到悲哀、孤独与不安,也能体会被爱与去爱,并保有较强的自尊心。因此,家人的悉心照料与情感陪伴至关重要——这不仅需要投入大量时间和精力,还要求掌握相应的沟通与照护技巧。

面对需要长期照护的亲人,家属常感到过程漫长、心理负担不断累积,甚至出现“配偶综合征”,即照护者自身健康状况加速恶化,极端情况下可能发生“照顾者走在患者前面”的悲剧。此外,由于患者自理和认知能力下降,常出现不理解、不配合照护的行为,进一步加大照护压力。当患者要求过高或频繁埋怨时,还可能诱发照护者的虐待倾向,包括言语攻击或身体约束[4]。为此,家庭层面应从以下四个方面提升照护能力与支持保障:第一,掌握专业照护技能,通过培训、手册、线上课程等途径学习认知障碍照护、康复训练、情绪疏导知识,科学照护患者。第二,关注照护者身心健康,家庭成员合理分工,主动利用社区或机构的喘息服务,定期进行心理疏导,避免身心透支。第三,注重情感关怀,尊重患者的自尊心与情感需求,多陪伴、多沟通、多包容,用爱与耐心延缓病情发展。第四,主动寻求社会支持,加入家庭互助小组,对接社区、机构等外部资源,共同缓解照护压力。同时,家庭内部应为照护者提供更多实际帮助,减轻其身心负担,适时调节情绪,避免因长期压力导致不测后果[4]。

6. 结语

阿尔茨海默病患者的养老问题,并不只是一项医学挑战,更是一个涉及社会保障、公共服务、家庭伦理、文化观念等多重维度的系统性社会议题,直接关系到老年群体的生活质量、家庭幸福以及整个社会的和谐稳定。本文认为,要真正破解这一困境,关键在于构建一个“政府主导、社会协同、行业支撑、家庭参与”的多元共治格局:政府负责提供制度框架与公共资源,社会通过教育宣传消除偏见与误解,行业着力提升专业服务能力,而家庭则能够获得足够的支持与喘息空间。这四个层面相互依存,缺一不可。

参考文献

- [1] 杨宇祥,于冬梅,朴玮,黄坤,赵丽云.中国中老年人习惯性饮茶与10年内心血管疾病风险的相关性[J].卫生研究,2024,53(2):180-188.
- [2] 于苗苗.“蚕茧”中的真情——阿尔兹海默症患者的精神世界[J].中文自修,2022(23):13.
- [3] 沈健.电影《父亲》与阿尔兹海默症[J].世界知识,2021(16):75.
- [4] 吴安东.阿尔兹海默症患者照顾者虐待倾向及影响因素分析[J].中外女性健康研究,2018(18):197-198.

-
- [5] 赛萧鸿. 初期阿尔兹海默症老人“回忆障碍”多模态话语分析——以综艺《忘不了餐厅》为例[J]. 今古文创, 2022(15): 83-85.
- [6] 林文兄. 老年小组活动在阿尔兹海默症长者服务中的应用——以昆山某护理院为例[J]. 管理观察, 2019(3): 186-187, 190.
- [7] 施静怡, 孙婷婷, 沈芷琦, 等. 加强中医与康养共同体建设的策略与实践[J]. 光明中医, 2024, 39(6): 1218-1221.
- [8] 阿尔兹海默症与健忘有 6 不同[J]. 江苏卫生保健, 2021(9): 25.