

主编 彭丹涛 张占军

神经心理认知 量表操作指南

 人民卫生出版社

神经心理认知 量表操作指南

顾 问 许贤豪

主 编 彭丹涛 张占军

副主编 周继来 陈中鸣

编 者 (按姓氏汉语拼音排序)

陈中鸣 崔艺耀 李 鹤 李 馨

彭丹涛 袁欣瑞 张 筱 张俊英

张占军 周继来 朱 瑞

秘 书 张 筱

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

神经心理认知量表操作指南 / 彭丹涛, 张占军主编. —北京:
人民卫生出版社, 2015

ISBN 978-7-117-20490-3

I. ①神… II. ①彭… ②张… III. ①神经心理—评定
量表—指南 IV. ①B845.1-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2015)第 059175 号

人卫社官网	www.pmph.com	出版物查询, 在线购书
人卫医学网	www.ipmph.com	医学考试辅导, 医学数 据库服务, 医学教育资 源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

神经心理认知量表操作指南

主 编: 彭丹涛 张占军

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 三河市潮河印业有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 7

字 数: 170 千字

版 次: 2015 年 4 月第 1 版 2015 年 4 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-20490-3/R·20491

定 价: 35.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

序

人口老龄化趋势在 21 世纪将愈演愈烈，国内外形势令人担忧。世界大部分发达国家均已开展相应的国家计划，我国政府也对此高度重视，2013 年 9 月国务院公布《关于加快发展养老服务业的若干意见》，明确指出要努力使养老服务业成为积极应对人口老龄化、保障和改善民生的重要举措，成为扩大内需、增加就业、促进服务业发展、推动经济转型升级的重要力量。

老龄化问题的关键是要解决好养老，使老年人能够“老有所养、老有所医、老有所为、老有所学、老有所乐”，而病因复杂、病程漫长的老年痴呆、脑卒中、帕金森病等神经系统疾病发病率的上升加重了养老的难度。对于这类病程长、发病机制复杂的疾病，若能提早加大预防力度，弘扬中医学“上工治未病”的原创思想，防患于未然，不仅是老年人重视脑健康进而早期预防疾病发生的最佳策略，也是现实国情的需要。中国自古有敬老传统，尊敬老人，就是尊重自己的未来，就是尊重民族的未来。俗话说家有一老，如有一宝。老年人群犹如社会历史的经验和智慧的活宝藏，对中华文化的延续意义深远。通过积极预防，不仅可以减少疾病，还可延长大脑耐力，使老年群体多发挥积极作用，在发展经济的浪潮中进行老龄资源的再社会化。

测量是预防的前提。孟子云：“权，然后知轻重；度，然后知长短。物皆然，心为甚。”可见心理认知状况亦可测量。通过测量以全面了解个体当前所处状况之后，方能有针对性地对其实施预防和干预。中医有望、闻、问、切四诊，实质也是对患者病情之测量。先贤有研习至炉火纯青者，此等功力实乃医者造化、慧根、钻研精神的成就，或易成玄学而不成显学。故欲求具备操作性和易于普及的神经心理学评价方法，整理一套通俗易懂、简捷科学、客观量化的测量量表确是可行的出路。凭借此套神经测量量表，不仅可以探索我国人口认知老化规律、建立中国人认知老化常模，还可在同一国际标准下，进行国内外数据比较和进行跨国大型数据库建设等，现实科学价值很大。

本书的特点在于，一方面对老年脑病以及认知障碍的各类国内外权威量表进行了系统介绍；另一方面，通俗易懂，言出有理，理必有据，陈述简明，通达要义，较为细致全面，可以为广大医务工作者及科研人员提供参考和帮助。本书由作者多年临床、科研经验积累而成，然而仍可能存在一些不足。当今，虽然认知神经科学方兴未艾，大脑依旧是摆在人类面前的一个深奥谜团，现有的测量工具必将会在不断科研实践中进一步完善，还望广大读者以开放的心态，充分发挥科研创新精神，为老年脑健康事业继续奉献力量。

书稿已成，即将付梓，邀我作序，感谢作者对我的信任，谨志数语，乐观厥成。

王永炎

2015 年 3 月

序 二

中国老年痴呆症防治指南

痴呆是一种进行性、退行性脑功能障碍综合征,随着老龄化日益加重,老年期痴呆的患病率逐渐提高,2010年我国痴呆患者已达919万人,其中阿尔茨海默病患者569万人,患病率与西方国家相当,在65岁以上人群中约为5.14%。进行性认知功能下降严重影响患者的日常生活、职业工作和社交活动,对患者及看护者的生活质量有不良影响,给家庭和社会带来沉重的医疗保健和经济负担。

在老年期痴呆中,阿尔茨海默病约占60%~80%,阿尔茨海默病的病因未明,尚无特效治疗方法,目前的治疗均为对症治疗,因此痴呆的早期诊断及鉴别对患者的治疗和预后非常重要。神经心理量表是临床中最常用的痴呆筛查及认知评测工具,不同的量表有各自的特点,如:MMSE适用于痴呆筛查,ADAS-Cog被广泛应用于药物临床试验中认知变化的评价,ADL用于评估患者的日常生活能力。

正确地选择和使用神经心理量表对于痴呆的准确诊断和鉴别非常重要,本书在2007年出版的《神经心理量表检测指南》的基础上增加了最新国际指南中建议的诊断评估量表,通过对神经心理量表的总结,介绍了国内外常用的评测认知、情绪与行为的神经心理量表,说明了各种量表的特点、指导语、诊断早期痴呆的分界值,及其敏感性和特异性。有利于推广这些量表的标准化应用,进而制定出适合老年期痴呆的诊断程序及痴呆临床药物观察的认知评测方法。



2015年3月

前 言

据联合国标准,目前已有 60 多个国家进入老龄化社会。老龄化已成为全球瞩目问题。老龄化带来了其相关疾病如老年性痴呆,也称阿尔茨海默病(Alzheimer's disease, AD)患病率的攀升,其起病隐匿,致病机制复杂,治疗费用昂贵,难治愈性、致残率及死亡率高,给患者、家属及社会都带来了沉重的负担。AD 患者大脑内出现 β -淀粉样蛋白沉积,形成老年斑,并致神经原纤维缠结使脑发生退行性改变而萎缩,目前尚无可逆性治疗手段,因此早诊断、早干预、延缓疾病的发展尤为重要。

“脑健康”研究是欧美等国家“脑科学”科技发展宏伟蓝图中的重要方向,抗衰老、抗衰老相关疾病已作为发达国家战略的重要组成部分。我国也将“脑保护”延缓衰老、治疗神经退行性疾病列为脑健康研究领域的关键问题。评估老化过程中认知功能如注意力、执行能力、记忆力、视觉空间能力、语言能力及情绪行为控制力等的脑功能下降,是早发现、早诊断认知功能障碍的主要手段;而提供相对敏感、特异、客观、统一的评估方法是诊断疾病的基石。

认知下降评估是一种关注老年人认知健康的主动健康理念,是实现“早提醒,早预防;早发现,早治疗”的重要途径。通过对认知变化的评估,有助于精确描绘老年人认知能力衰退的轨迹,厘定风险因素和保护因素对认知下降的影响,筛选老年性痴呆和轻度认知障碍的高危人群,为认知障碍干预研究提供评价标准。此外,认知评估也为研究发掘潜在的遗传和神经影像学标记提供可能,是进一步开展认知衰退遗传学研究、神经影像研究的基础。然而,长期以来我国缺乏能够系统评价中国人认知状态的工具,缺乏针对老年人的脑健康体检方案,无法准确剖析并区分各项认知功能的正常老化轨迹和病理性衰退模式,这些阻碍了认知老化和脑健康研究以及老年性痴呆等疾病早期防治的建设和发展。

神经心理学是一门通过研究人类发育、衰老、疾病、损伤引起的心理、行为的改变,探索 and 寻找人类心理、认知和复杂行为背后的神经机制的学科。它既不像神经生物学那样单纯地揭示大脑本身的生理活动,也不像心理学那样简单地描述心理行为活动,而是将脑与心理的关系作为核心研究内容的交叉性学科。神经心理学是脑科学中的一个重要前沿领域。相比于发达国家,神经心理学在我国尽管起步较晚,但近年来发展迅速。我国相继在中国科学院、北京大学、北京师范大学等国内著名大学和研究机构成立了脑与认知神经科学的研究中心或重点实验室,而神经心理学正是这些机构的重要研究方向,同时也为促进我国认知老化和脑健康的评估搭建了科研平台。

测量工具是科学研究的基础和前提,其真实性和准确性直接影响了研究的成败。想要开展针对认知老化和脑健康的神经心理学研究和评估,首先要编制一系列能够定量测查老年人脑、认知和行为等心理活动的神经心理量表。神经心理量表的成绩可以反映相应脑区

潜在的健康水平和病变程度，在临床上常被用于认知障碍和痴呆诊断。

本书在参考了国内外近年来发表的认知老化、认知障碍、老年性痴呆等相关研究的基础上，结合临床应用价值和我国实际情况，挑选了二十多种常用于认知状态评估的神经心理量表，详细介绍了量表的背景信息、人群常模情况、操作指南和评分方法等。这些经典的神经心理量表的测查内容不仅涵盖了记忆、注意、加工速度、执行功能、视空间、言语等多种认知功能，还包括了老年期常见的情绪问题、日常生活能力、社会交往等心理健康和社会行为。本书条理清晰，通俗易懂，使用方便，内容丰富且具有较高的专业性，既适用于认知老化和脑健康的基础性研究，又适用于认知障碍和老年性痴呆的临床诊断，是一本兼具科学性和实用性的工具书。

最后，编者希望这本书的出版能起到抛砖引玉的作用，呼吁更多的研究人员和临床医生关注认知老化和脑健康，逐步完善我国老年认知老化评估体系，推动中国老年人脑健康数据库的建立，为我国认知老化标准的确定提供本土的科学数据，也为国家相关政策的制定提供科学依据。通过全社会的共同努力，最终提高中国老年人脑健康水平。

彭丹涛 张占军

2015年2月

目 录

目 录

第一章	阿尔茨海默病国际诊断指南推荐量表	1
第二章	简易智能精神状态量表	5
第三章	蒙特利尔认知评估量表	10
第四章	简易智力检测量表	15
第五章	阿尔茨海默病评定量表	16
第六章	严重损害量表	27
第七章	临床总体印象-变化量表	45
第八章	临床痴呆评定量表	48
第九章	总体衰退量表	55
第十章	Hachinski 缺血量表	57
第十一章	画钟测验	59
第十二章	Rey 听觉词语学习测验	62
第十三章	数字广度测验	64
第十四章	符号数字转换测验	66
第十五章	Stroop 色词测验	69
第十六章	Fuld 物品记忆测验	71
第十七章	积木测验	73
第十八章	Boston 命名	75
第十九章	词语流畅性测验	79
第二十章	连线测验	81
第二十一章	日常生活能力量表	85
第二十二章	社会活动功能量表	87
第二十三章	神经精神科问卷	89
第二十四章	汉密尔顿抑郁量表	94
第二十五章	康奈尔痴呆抑郁量表	95
第二十六章	老年抑郁量表	97
第二十七章	幸福指数自评量表	98
第二十八章	一般自我效能感量表	103

第一章

阿尔茨海默病国际诊断指南推荐量表

神经心理学检查为痴呆的筛查、诊断及疗效判定提供大脑功能损伤的症状学量化依据。根据国际痴呆诊断指南——2013年美国精神协会(American Psychiatric Association, APA)的《精神障碍诊断与统计手册(第5版)》(DSM-V)神经认知障碍诊断标准、2011年美国国立老年研究院及阿尔茨海默病协会(National Institute on Aging and the Alzheimer's Association workgroup)的阿尔茨海默病(Alzheimer's disease, AD)诊断标准(NIA-Alzheimer's Association criteria-Redefining AD)及2010年欧洲神经病协会联盟(European Federation of the Neurological Societies, EFNS)的AD诊断标准:患者认知障碍影响了生活、工作及社交能力,在意识清醒状态下,排除其他疾病导致认知障碍,即可诊断为痴呆。AD三大临床症状为认知障碍、日常生活能力下降及精神行为异常,神经心理量表检测主要围绕这三个方面进行功能评估,量表的规范化和量化等优点,能提供较为客观的依据,有利于诊断的统一,病程转归评估,疗效判定及多中心协作。

但没有也不可能具有敏感性和特异性均达100%的量表,量表往往只能检测认知的某一方面或某几方面,不能反映智能的全貌,故对认知功能水平的综合评估能力受到限制,至今任何痴呆量表都不能全面满足痴呆诊断的要求。我们需根据临床研究的不同目的来选择不同的量表,或多个量表配合使用。诊断时量表选择不同、量表内容(版本、汉语化)不同、量表分界值不同和操作不同均可导致临床痴呆诊断的分歧,量表的统一、规范化使用直接影响痴呆及其亚型诊断的准确性,因此,掌握量表的特性及规范操作是诊断痴呆的基础。

神经心理损害可出现在影像结构变化之前,量表可辅助痴呆早期诊断,痴呆的诊断需要有多领域认知损害的证据,各型痴呆破坏的解剖部位各异出现了特定的神经心理学损害表现。神经心理学测试包括对于记忆力、执行功能、语言能力、注意力、视空间结构、精神行为及日常生活能力的评估,根据量表评估出的不同神经心理学损害特点进行鉴别诊断。最常用的筛查测试是简易精神状态检查(mini-mental state examination, MMSE),其标准临界值为27分,AD早期患者主要为记忆力和定向力受损,额颞叶痴呆(FTD)患者早期表现为执行功能及语言能力障碍,路易体痴呆(DLB)患者则可能影响视空间结构(五边形)。下面我们介绍AD国际诊断指南推荐的神经心理检测量表。

1. 2010年欧洲神经病协会联盟(European Federation of the Neurological Societies, EFNS)的AD诊断标准推荐的量表,见表1-1。

表 1-1 2010 年 EFNS 的 AD 诊断标准推荐量表

神经心理学工具		灵敏度	特异度	
筛查工具	简易精神状态检查 (mini-mental state examination, MMSE)	80%~85% (痴呆和非痴呆老年人)	76%~80%	
	7 分钟认知检测量表	93%	93% (AD 与各种形式的抑郁和痴呆相比)	
	Addenbrooke 认知检查 (Addenbrooke's cognitive examination, ACE)	94%	89% (AD 与 NC 及其他形式的痴呆相比)	
	蒙特利尔认知评估 (Montreal cognitive assessment, MOCA)	90%	90% (轻度 AD 与 MCI 和 NC 相比)	
	Mattis 痴呆评定量表 (Mattis dementia rating scale, Mattis DRS)	85%	85% (AD 与 FTD 相比)	
	画钟试验 (clock drawing)	67%	97% (极轻 AD 与 NC 相比)	
	AD 注册神经心理成套评估检查 (the consortium to establish a registry for Alzheimer's disease neuropsychological battery, CERAD)	80%	81% (轻度 AD 与 MCI 和 NC 相比)	
	5 词测试 (5 words test)	91%	87% (AD 与功能性记忆障碍相比)	
	特定认知区域的评估工具			
	A 情节记忆	逻辑记忆 (logical memory)	89% (自由回忆)	87% (极轻 AD 与 NC 相比)
自由和线索选择性回忆测试 (free and cued selective reminding test, FCSRT)		80% (自由和线索回忆)	90% (MCI 转化与无转化相比)	
加利福尼亚语言学习测试 (California verbal learning test, CVLT)		50% (自由和线索回忆)	98% (轻度 AD 与 MCI 和 NC 相比)	
分类线索回忆 (category cued recall)		88%	89% (极轻 AD 与 NC 相比)	
Rey 听觉语言学习测试 (Rey auditory verbal learning test, RAVLT)		50% (0 分) (自由回忆和认知)	97% (AD 与其他类型痴呆相比)	
B 语义记忆 (分类流畅性)	语言 (命名) 等级命名 (graded naming)			
	Boston 命名 (Boston naming)		整体准确度: 77% (AD 与 NC 相比)	
视空间知觉 及执行功能	Benton 视觉保留测试 (Benton visual retention test, BVRT)			
	语言流畅测试 (verbal fluency tests)			
	威斯康星卡片分类测试 (Wisconsin card sorting test, WCST)			
	线索标记测试 (trail making test, TMT)			
	Stroop 测试 (stroop test)			

2. 2013年美国精神协会(American Psychiatric Association, APA)的《精神障碍诊断与统计手册(第5版)》(DSM-V)神经认知障碍诊断标准推荐量表,见表1-2。

DSM-V提出新的诊断名称:神经认知障碍(neurocognitive disorder, NCD)取代了DSM-IV中的痴呆(dementia)。

表 1-2 DSM-V 神经认知障碍诊断标准推荐量表

认知领域	认知障碍症状	认知评估
复合性注意 (complex attention) [持续注意, 分配性注意 (divided attention), 选择性注意, 处理速度]	显著: 复杂环境中(电视、广播、谈话)注意的困难增加, 易被环境中事件所分散。除非信息有限和简单, 否则不能给予注意。难于保持近记忆, 如回忆刚刚告知的电话号码或地址, 或回述刚说过的话。无法进行心算。所有思考都要花费多于平时的时间, 处理的信息要素必须简化到一个或几个 轻度: 常规任务需要比以往更长的时间。在经常处理的任务中开始发现错误; 发现工作需要比以往更多的双重核查。发现在不被其他事情(广播、电视、其他人的谈话、手机、驾驶)干扰时, 思考更加容易	持续注意: 敲 A 试验, 长时间注意的保持——每次听到一个音调, 按一个按键。选择性注意: 尽管有程度相当的其他刺激和(或)干扰, 仍能保持注意——倾听所读的数字和字母, 要求在任务结束时, 只数出字母的数目。分配性注意: 同时注意两个任务——学习所读故事的同时快速轻拍。处理速度: 通过计时能够在任何一项任务中量化——计时搭积木, 计时将符号与数字配对
执行能力(计划、决策、工作记忆、对反馈/纠错的回应、习惯抑制、灵活性)	显著: 放弃复杂方案。需要一次集中于一个任务。需要依赖其他人来计划预约或做决策 轻度: 需要更大努力来完成多阶段项目。在多重任务处理中存在更多困难, 或在重新开始被访客或电话中断的任务时存在更多困难。可能因需要额外的努力来组织、计划和决策时抱怨疲劳感增加。可能因需要更多努力来跟上不断转变的交谈内容, 而诉说大型社交聚会更加令人疲惫或者没有乐趣	计划: 寻找迷宫出口。决策: 模拟赌博。 <u>工作记忆</u> : 保存和处理系列事件的能力——一组数字连续相加或倒背数。 <u>反馈/纠错</u> : 反应是否正确——5个形状正确转变为下5个布局正确。 <u>习惯抑制</u> : 选择一种更加复杂和费力的解决办法为正确, 例如, 不看箭头所指的方向, 命名字的颜色。 <u>灵活性</u> : 在两项任务或反应规则之间转换的能力, 例如, 从口头反应到按键反应, 从数字相加到数字排序, 从按大小排序到按颜色排序
学习与记忆 [即刻记忆、近记忆(包括自由回忆、线索回忆和再认)]	显著: 交谈中重复, 通常不超出同一交谈内容, 购物时不能记住简短的清单条目或者不能记住当天的计划。需要经常提醒以关注手头的任务 轻度: 回忆近期事件困难, 并越来越依赖于列清单或日历。偶尔需要提示或重新阅读, 才能明了电影或小说中的人物。有时可能在几个星期里向同一个人重复相同的事, 可能记不清是否已经支付账单	即刻记忆广度: 数字广度试验。 <u>近记忆</u> : 单词回忆。 <u>自由回忆</u> : 让被试者说出尽可能多的词语(或讲述一个故事, 并要求被试回忆尽可能多的要点)。 <u>线索回忆</u> : 提供语义线索例如“列出清单中的所有食物”或者“说出故事中所有孩子的名字”。对于 <u>再认</u> , 询问具体条目——例如, 清单中有“苹果”吗? 或者“故事中那个男人叫比尔吗”

续表

认知领域	认知障碍症状	认知评估
语言 [运动性语言 (包括命名、流畅性、语法和句法) 和感觉性语言]	<p>显著: 表达性或感受性语言存在重大困难。通常使用通用术语例如“那个东西”和“你知道我的意思”, 更喜欢用一般性代词而不是名字。严重损害时, 甚至亲密的朋友和家人的名字都可能不记得。出现个人特异的词语用法、语法错误、自发性言语表达和表达简单。出现刻板言语, 模仿言语和自动言语通常发生于缄默之前</p> <p>轻度: 明显的找词困难。可能用一般性词语替代特殊术语。可能回避使用熟人具体的名字。语法错误包括细微的遗漏或者冠词、介词、助动词等的不正确使用, 言语稍显急促, 符合社交礼仪的停顿可能变少</p>	<p><u>运动性语言</u>: 命名 (confrontational naming): 识别物品或图片 (注: 命名常见物品不足以识别轻微损害)。<u>流畅性</u>: 在 1 分钟内按语义 (例如动物) 分类或语音 (例如以 f 开头) 说出尽可能多的词语。<u>语法和句法</u>: 遗漏或错误使用冠词、介词、助动词等 (在命名与流畅性测验中观察到的错误, 评定错误的频率, 并与正常口误相比较)。<u>感觉性语言</u>: <u>理解</u>: 词语定义和指出物品有生命和无生命</p>
视结构 - 知觉能力 (视结构、视知觉)	<p>显著: 使用工具、在熟悉的环境中定向存在重大困难; 通常在黄昏时分更加混浊, 那时阴影和光线昏暗改变感知</p> <p>轻度: 需要更多依赖于地图或其他工具来确定方向。使用提示或跟随他人以到达新的场所。如果未集中注意力, 可能发现自己迷路或转向。停车时准确性不够。从事空间任务例如木工、组装、缝纫或针织时需要更多努力</p>	<p><u>结构</u>: 手眼协同能力。<u>视知觉</u>: 测查基本视知觉缺陷或注意忽视。无需运动的 (motor-free) 感知任务 (包括面孔再认) 要求辨认和 (或) 匹配图形, 判断定图形是否“真实”</p>
社会认知 (情绪识别, 心理推测, 行为调控)	<p>显著: 行为明显超出社会可接受的范围; 衣着、政治、宗教或交谈的话题不符社会标准, 尽管团体成员并不感兴趣或不予直接反馈, 仍过度关注于一个话题, 行为目的不顾家人或朋友, 决策不考虑安全性 (穿不适合天气或社交环境的服装)。通常对这些变化无知力</p> <p>轻度: 行为或态度细微变化, 人格改变: 如不能识别社交线索或面部表情, 共鸣能力下降, 更加外向或内向, 抑制能力下降, 或者细微或短暂的淡漠或不安</p>	<p><u>情绪识别</u>: 辨别面部图像中的情绪, 这些面部图像表现各种积极或消极的情绪。<u>心理推测</u>: 能够考虑他人心境或经历的能力: 利用带有问题的故事卡引出关于所描绘人物心理状态的信息, 例如“女孩会在哪儿寻找丢失的包?” 或“男孩为什么悲伤?” <u>行为调控</u>: 使用以上测试, 加上对脱抑制和冲动的评定 (如, 指导在一串字母中按键“Ht”, 而按“H x”可能说明脱抑制)</p>

第二章

痴呆的筛查与评估

简易智能精神状态量表

一、量表概述

简易智能精神状态量表 (mini-mental state examination, MMSE) 是 1975 年 Folstein 编制的, 1991 年 Molloy 等发表了标准的简易精神状态量表版本 (sMMSE), 规范了指导用语, 便于多中心研究。由于文化背景的关系, 我国仍采用 Folstein 的中文修订版。该表是目前运用最广泛的认知筛查量表, 它包括对定向能力 (10 分)、即刻回忆 (3 分)、注意力和计算能力 (5 分)、延迟回忆 (3 分)、语言功能 (8 分) (命名、复述、阅读、书写、理解)、视空间知觉 (1 分) 的评估。量表总分 30 分, 得分愈高表示认知功能愈好。Folstein 设计时以 $MMSE < 24 \sim 25$ 分为可疑痴呆。而目前国际及我国研究显示: $MMSE \geq 27$ 分为正常, $21 \sim 26$ 分为轻度痴呆, $10 \sim 20$ 分为中度痴呆, < 10 分为重度痴呆。

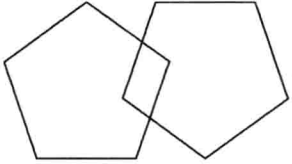
MMSE 的分析指标为总分, 不能把单项分值视为相应的认知功能表现, 也不能仅依据低于 MMSE 总分的划界分作出痴呆诊断, 必须结合其他多种测试工具以及神经影像学表现和生化表现等等。

MMSE 检查没有时间限制, 对患者感到困难的项目, 避免给予过多的压力, 对被试的成功要进行表扬, 建立亲善的关系, 使患者感到舒适。本量表的优点在于操作简便, 整个检查耗时 $5 \sim 10$ 分钟, 特别适用于老年人群, 可作为大样本流行病学调查的筛查工具。它在评估中、重度认知损害时假阴性率极低; 另外, MMSE 的低分及其下降速度可以作为痴呆预后的预测因素, 5 年随访研究表明正常衰老时 MMSE 减少约 0.25 分/年, 病理衰老约 4 分/年, 也有研究报道, AD 患者 $MMSE > 18$ 分时, 约下降 2.5 分/年, $MMSE < 15$ 分时, 下降 5 分/年。

MMSE 缺点是易受教育程度的影响, 文化程度较高的老年人可能有假阴性, 文化程度低的可能假阳性。此外, 量表的语言功能主要测查左半球病变所致的认知功能缺陷, 对右半球和额叶病变引起的认知功能障碍不够敏感, 不能用于不同病因的鉴别诊断, 作为认知减退的随访工具也不够敏感。

二、我国目前应用的修订版简易智能精神状态量表(表 2-1)

表 2-1 简易智能精神状态量表 (mini-mental state examination, MMSE)

定向力: 请被试说出下列各题答案	
1. 今年的年份? ____年	2. 现在是什么季节? ____季节
3. 现在是几月? ____月	4. 今天是几号? ____日(±1天)
5. 今天是星期几? ____	6. 您现在住在哪个城市? ____ (市)
7. 您现在住在什么区(县)? ____区(县)	8. 您现在住在什么街道(乡)? ____
9. 我们现在是第几层楼? ____楼层	10. 我们这儿是什么单位? ____单位(名称)
(每题 1 分, 共 10 分)	
即刻回忆:	
11. 现在我说三样东西的名称, 在我全部讲完之后, 请您重复说一遍, 并记住这三样东西, 因为等一下再问您: “皮球、国旗、树木”。(以第一次答案记分)	
皮球 ____ 国旗 ____ 树木 ____	(每词 1 分, 共 3 分)
计算和注意力:	
12. 现在请您计算 100 连续减去 7, 共计算 5 次, 说出每减一次得数(记录正确的次数)	
93 ____ 86 ____ 79 ____ 72 ____ 65 ____	(每题 1 分, 共 5 分)
命名:	
14. (主试出示手表) 请问这是什么? 手表 ____	
(出示铅笔) 请问这是什么? 铅笔 ____	
(每题 1 分, 共 2 分)	
复述:	
15. 现在我说一句话, 请您按照我说的话原样地重复一遍(只说一遍, 完全正确的记 1 分) “四十四只石狮子”	
(每题 1 分, 共 1 分)	
阅读:	
16. 请阅读这张卡片所写的句子并照着去做(主试出示写有“闭上您的眼睛”大字的卡片, 如果被试闭上眼睛, 记 1 分) “闭上您的眼睛”	
(每题 1 分, 共 1 分)	
理解:	
17. (主试出示一张纸, 说下面一段话后, 将纸给被试, 不要重复说明, 不要示范, 顺序需正确)	
请用右手拿这张纸 ____ 把纸对折 ____ 将纸放在地面上 ____	
(每题 1 分, 共 3 分)	
书写:	
18. 请您写一句完整的、有意义的句子(句子必须有主语、动词)	
记下句子 ____	
(每题 1 分, 共 1 分)	
视空间知觉:	
19. 请您按样子画图	
	
(每题 1 分, 共 1 分)	
延迟回忆:	
13. 现在请您告诉我, 刚才我要您记住的三样东西是什么?	
皮球 ____ 国旗 ____ 树木 ____	(每题 1 分, 共 3 分)

总分 = 30 分(正常筛查分界值 > 26 分)

三、量表使用的指导语与评分方法

(一) 神经心理测验的操作要点

1. 主试人员必须经过培训。

2. 面对被试,主试人员应态度和蔼、语气温和,以消除被试的不合作情绪,使其配合完成测试。检测环境应安静、通风、舒适、光线良好。室内一般只有主试和被试2人,即使在床边也要注意避免旁人及家属的干扰。

3. 严格按照各套量表的手册执行检测,使用统一的指导语,有时间限制的要严格执行,有规定可以给予一定范围内帮助的应按规定提供。同时,主试使用的语言应能让被试充分理解。要避免超过指导语和规定内容的暗示,也不要敷衍了事,减少应该告诉被试的信息。

4. 注意 向被试直接询问,不要让其他人干扰检查,老人易灰心或放弃,应注意鼓励。

(二) 指导用语及评分方法

总指导语:我现在要问您一些问题,来检查您的注意力和记忆力等,大多数问题很容易。

1. 定向力 包括时间定向5分、地点定向5分,每回答对一道小题给1分,其中日期加減一天均给分。

时间(年、月、日、星期、季节)

地点(被试住处的城市、区、街道,现测试地点的单位、楼层)

2. 即刻记忆

指导语:现在我要说三样东西的名称,在我全部讲完之后,您重复说一遍。请您记住这三样东西,因为几分钟后要再问您的。

皮球 国旗 树木

注意:说出三样东西的名字,每样东西一秒钟,“皮球”、“国旗”、“树木”,只允许主试讲一遍。要求被试重复一遍,不要求被试按物品次序回答,第一遍有错误先记分,纠正错误直至正确,但最多只能学习5次。每回答正确一个计1分,共3分。

3. 计算力及注意力

指导语:现在请您计算100连续减去7,共计算5次,说出每减一次的得数。

93—86—79—72—65—

注意:记录答案,共5分。每次的差数是7计1分,若前次错了,但下一个计算是对的,对的那次计1分,同时检测被试注意力,不要重复被试答案,不能用笔算。

4. 命名

指导语:拿出手表,问这叫什么? 手表

拿出铅笔,问这叫什么? 铅笔

注意:每回答正确一个记1分,共2分。

5. 复述

指导语:现在我说一句话,请您按照我说的话原样地重复一遍。

四十四只石狮子

注意:错误=0,正确=1。要求患者重复一句话。只允许说一遍,完全正确的记1分。

6. 阅读及语言理解

指导语:请阅读这张卡片所写的句子并照着去做。

请闭上您的眼睛

注意: 出示卡片, 被试闭上眼睛记 1 分。如果被试不能读出句子, 主试可读出。

7. 语言理解

指导语: (出示一张纸) 请您用右手拿这张纸, 把纸对折, 再将纸放在地面上。

用右手拿纸 将纸对折 放在地面上

注意: 不要重复说明或示范, 当按正确的顺序做时, 每个动作才算正确。每个正确的动作记 1 分, 共 3 分。

8. 书写

指导语: 请您写一句完整的话。

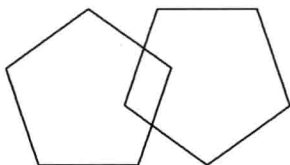
记录此句子的全文 _____

评分: 错误 = 0, 正确 = 1

注意: 句子必须完整, 有主语、动词、有意义。

9. 视空间知觉

指导语: (出示卡片), 这是一张图, 请您在空格中照原样把它画出来。



评分: 错误 = 0, 正确 = 1

注意: 五边形要有 5 个边和 5 个清楚的角, 两个五边形交叉处形成四边形。

10. 延迟回忆

指导语: 现在告诉我, 刚才我要您记住的三样东西是什么?

皮球 国旗 树木

注意: 每回答正确一个记 1 分, 共 3 分。不要求三样东西的回答顺序。因延迟回忆应与即刻回忆有一定间隔, 所以将延迟回忆调至最后测试。

参 考 文 献

1. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state." A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatry Res, 1975, 12: 189-198.
2. Cockrell JR, Folstein MF. Mini-mental state examination (MMSE). Psychopharm Bull, 1988, 24(4): 689-692.
3. 张明园. 中国老年期痴呆防治指南. 北京: 北京大学医学出版社, 2007.
4. 彭丹涛, 许贤豪, 刘江红, 等. 简易智能精神状态检查量表检测老年期痴呆被试的应用探讨. 中国神经免疫学和神经病学杂志, 2005, 12(4): 187-190.

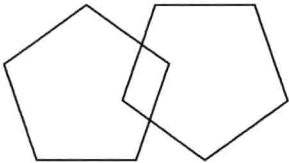
附: 1975 年 Folstein 编制的英文版 MMSE

Mini-mental state examination (MMSE), subject interview 10-minute assessment. Assessment of orientation, registration, attention and calculation, recall, language and visual

construction. 30 items, Range 0~30, Score<24~25 suggests dementia.

表 2-2 Mini-Mental State Examination (MMSE)

The Mini-Mental State Exam

Patient _____	Examiner _____	Date _____
Maximum	Score	
Orientation		
5	()	What is the (year) (season) (date) (day) (month)?
5	()	Where are we (state) (country) (town) (hospital)(floor)?
Registration		
3	()	Name 3 objects: 1second to say each. Then ask the patient all3after you have said them. Give1point for each correct answer. Then repeat them until he/she learns all 3.Count trials and record. Trials _____
Attention and Calculation		
5	()	Serial7' s. 1 point for each correct answer. Stop after 5 answers. Alternatively spell " world" backward.
Recall		
3	()	Ask for the 3 objects repeated above. Give 1 point for each correct answer.
Language		
2	()	Name a pencil and watch.
1	()	Repeat the following "NO ifs, ands or buts"
3	()	Follow a 3-stage command: "Take this paper in your right hand, , fold it in half and put it on the floor."
1	()	Read and obey the following: CLOSE YOUR EYES
1	()	Write a sentence.
1	()	Copy the design shown.
		
Total Score _____		
ASSESS level of consciousness along a continuum _____		
Alert Drowsy Stupor Coma		

"MINI-M ENTAL STATE" A PRACTICAL METHOD FOR GRADINCG THE COGNITIVE STATE OF PATIENTS FOR TIHE CLIN1CLAN.

Journal of Psychiatric Research, 1975, 12 (3): 189-198. Used by permission .