

# 康复评定常用量表

张玉梅 宋鲁平 © 主编



科学技术文献出版社  
SCIENTIFIC AND TECHNICAL DOCUMENTATION PRESS

# 康复评定常用量表

张玉梅 宋鲁平 主编



科学技术文献出版社  
SCIENTIFIC AND TECHNICAL DOCUMENTATION PRESS

· 北京 ·

## 图书在版编目 (CIP) 数据

康复评定常用量表 / 张玉梅, 宋鲁平主编. —北京: 科学技术文献出版社, 2018. 5  
(2018.11重印)

ISBN 978-7-5189-4192-6

I. ①康… II. ①张… ②宋… III. ①康复评定 IV. ①R49

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2018) 第 071871 号

## 康复评定常用量表

策划编辑: 帅莎莎 责任编辑: 戚红丹 责任校对: 文浩 责任出版: 张志平

---

出 版 者 科学技术文献出版社  
地 址 北京市复兴路15号 邮编 100038  
编 务 部 (010) 58882938, 58882087 (传真)  
发 行 部 (010) 58882868, 58882870 (传真)  
邮 购 部 (010) 58882873  
官 方 网 址 [www.stdp.com.cn](http://www.stdp.com.cn)  
发 行 者 科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销  
印 刷 者 北京教图印刷有限公司  
版 次 2018年6月第1版 2018年11月第2次印刷  
开 本 787×1092 1/16  
字 数 570千  
印 张 30.25 彩插8面  
书 号 ISBN 978-7-5189-4192-6  
定 价 118.00元

---

版权所有 违法必究

购买本社图书, 凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者, 本社发行部负责调换

# 《康复评定常用量表》

## 编委会

- 主 审：王拥军 首都医科大学附属北京天坛医院
- 主 编：张玉梅 首都医科大学附属北京天坛医院  
宋鲁平 中国康复研究中心
- 副 主 编：孙海欣 首都医科大学附属北京天坛医院  
武 亮 北京小汤山医院
- 编 委：袁俊亮 首都医科大学附属北京朝阳医院  
薛 勇 中日友好医院  
赵建功 首都医科大学附属复兴医院  
吕春梅 北京小汤山医院  
韩利坤 无锡市第三人民医院  
贾伟丽 首都医科大学附属北京天坛医院  
王金芳 长江航运总医院·武汉脑科医院  
刘鑫鑫 首都医科大学附属北京天坛医院  
叶 娜 首都医科大学附属北京天坛医院  
冯 丽 承德市中心医院  
马艳玲 首都医科大学附属北京天坛医院  
刘艳君 首都医科大学附属北京天坛医院  
李婷婷 河北燕达医院  
王诗男 河北燕达医院  
姚婧璠 首都医科大学附属北京天坛医院  
石庆丽 北京市平谷区医院  
徐浩明 北京小汤山医院  
雷幸幸 首都医科大学康复医学院  
陶媛媛 首都医科大学康复医学院  
顾 彬 中国康复研究中心

# 前 言

康复医学包括康复评价 (rehabilitation evaluation) 和康复治疗 (rehabilitation treatment) 两大部分内容, 康复评价又称为康复评估, 贯穿于康复治疗的全过程, 是康复治疗的必要基础, 没有科学、客观的评价, 就没有正确、合理、有效的康复治疗。康复评价主要包括收集病史和相关资料, 进行相应的检查和测量, 通过全面综合分析, 确定各种功能障碍的部位、性质、程度以及原因, 制定明确的康复目标和针对性的康复计划。其中, 应用量表或仪器等方法对具体功能障碍进行定性、定量或半定量分析的过程称为康复评定 (rehabilitation assessment)。

应用对功能障碍进行评定的方法称为半定量评定方法, 是康复评定中最常用的方法。尤其各种信度效度好、灵敏度高的标准化量表是康复医师和康复治疗师手边最实用的“工具”。工欲善其事, 必先利其器, 《康复评定常用量表》的编写旨在提供系统、全面的康复评定量表, 完善康复医师、康复治疗师的“工具箱”。

康复量表包括等级量表和总结量表。等级量表 (ordinal scale) 是将功能按某种标准排成顺序, 又称为顺序量表, 常采用数字或字母将功能情况进行定性分级, 其主要缺点是无法确切地将等级间隔均等地划分, 即等级之间没有相等单位。总结量表 (summary scale) 又称累加量表 (additive scale), 其内容由一系列技能或功能活动组成, 根据被试者的表现, 对每一项技能或功能活动进行评分 (小分)。其优点是能量化地反映被试者的功能障碍水平和特点; 其不足之处常表现为, 两名功能障碍不同的患者, 在不同活动中的小分不同, 但由于总分相同, 他们之间功能活动的差异可能被掩盖。

《康复评定常用量表》是在参考大量国内外教材及参考资料的基础上, 将康复医学中成熟的常用评定量表引进本书中, 使得本书具有如下两个特点: ①全面系统: 本书涵盖了运动、平衡、认知、言语、吞咽、日常生活活动能力、社会生活、精神健康、情绪、睡眠、脑功能、尿便和疼痛 13 个领域, 可提供综合性、多层次的评定方法。②详细实用: 每一章包括量表介绍和使用指南, 图文并茂, 通俗易懂, 侧重于临床实施, 操作性



## 康复评定常用量表

强，方便读者在临床中应用。

本书的完成是各位参编作者共同努力的结果和智慧的结晶，他们将自己深厚的专业知识和丰富的临床经验浓缩到这本专业书中，毫无保留地馈赠给读者；本书在编写过程中也得到了多位专家热情而慷慨的支持，对此深表感谢。

康复医学是一个成长中的学科，康复评定量表在其发展过程中将得到不断的补充和深化，因此本书在今后尚需不断的增补或修订。将近一年的时间，全体编委虽毫不懈怠地投入编写工作，但因自身水平所限，不足之处在所难免，诚请同行和读者在临床应用中提出改进意见和建议。

宋鲁平 张玉梅

2018年4月26日

# 目 录

<b>第一章 运动功能评定</b> .....	<b>1</b>
第一节 脊髓损伤神经功能评定.....	1
第二节 肌肉功能评定.....	4
第三节 关节活动度.....	11
第四节 Brunnstrom 评定.....	14
第五节 Bobath 评定.....	15
第六节 上田敏评价法.....	19
第七节 Fugl-Meyer 评定法.....	25
第八节 运动评定量表.....	29
第九节 中文版 GMFM 量表 88 项.....	32
第十节 功能性步行分级.....	55
第十一节 威斯康星步态量表.....	56
第十二节 行走能力.....	58
第十三节 Hauser 步行指数.....	60
<b>第二章 平衡功能</b> .....	<b>62</b>
第一节 Berg 平衡量表.....	62
第二节 Brunel 平衡量表.....	65
第三节 动态步态指数.....	66
第四节 功能性步态评价.....	69
第五节 特异性活动平衡自信量表.....	72
第六节 Lindmark 平衡量表.....	73



第七节 计时起立 - 步行试验	74
第八节 Fugl-Meyer 平衡量表	75
第九节 Tinetti 平衡与步态量表	77
第十节 脑卒中患者姿势控制量表	79
第十一节 Semans 平衡功能评定	80
<b>第三章 认知损害的神经心理测验</b>	<b>82</b>
第一节 简易智力状态量表	82
第二节 蒙特利尔认知评估量表	86
第三节 简易智力状态评估量表 (Mini-cog)	95
第四节 智能筛查测验	96
第五节 AD8 记忆障碍自评量表	98
第六节 老年认知功能减退知情者问卷短版	99
第七节 临床记忆量表	102
第八节 临床总体印象 - 变化量表和临床医师访谈时对病情变化的印象补充量表	103
第九节 听觉词语学习测验 (华山版)	106
第十节 Rivermead 行为记忆测验	108
第十一节 Benton 视觉保持测验	110
第十二节 画钟测验	112
第十三节 数字广度测验	113
第十四节 数符号转换测验	116
第十五节 Rey-Osterrieth 复杂图形测验	117
第十六节 斯特鲁色词测验	120
第十七节 威斯康辛卡片分类测验	122
第十八节 神经精神科问卷	124
第十九节 阿尔茨海默病评定量表 - 认知	126
第二十节 临床痴呆评定	132
第二十一节 总体衰退量表	141
第二十二节 严重损害量表	143
第二十三节 主观认知下降自测表	150





第二十四节	长谷川痴呆量表	152
第二十五节	改良长谷川式简易智能量表	153
第二十六节	痴呆风险评分量表	155
第二十七节	伦敦塔测验	157
第二十八节	迷宫测验	159
第二十九节	单侧忽略的评价	160
<b>第四章</b>	<b>言语</b>	<b>167</b>
第一节	西部失语成套测验	167
第二节	波士顿诊断性失语症严重程度分级	179
第三节	汉语失语症检查表 (ABC 法)	180
第四节	中国康复研究中心失语症检查法	200
第五节	改良波士顿诊断性失语症检查	224
第六节	波士顿命名测验	241
第七节	波士顿命名测验修订版	244
第八节	词语流畅性测试	245
第九节	改良的 Frenchay 构音障碍评定表	248
第十节	洛文斯顿认知功能评定量表 (第二版)	258
第十一节	非语言性认知功能评定量表	268
<b>第五章</b>	<b>吞咽</b>	<b>282</b>
第一节	洼田饮水试验	282
第二节	洼田吞咽功能障碍评价	283
第三节	才藤吞咽功能分级	284
第四节	GUSS 吞咽功能评估表	285
第五节	标准吞咽功能评价量表	287
第六节	吞咽生存质量量表	289
<b>第六章</b>	<b>生活能力量表</b>	<b>296</b>
第一节	日常生活活动能力量表	296
第二节	Barthel 指数评定量表	298



## 康复评定常用量表

第三节	Katz 日常生活活动能力	300
第四节	PULSES 评定量表	302
第五节	社会功能调查表	303
第六节	功能独立性量表	304
第七节	家庭功能评定量表	306
第八节	生活质量评价量表	309
<b>第七章</b>	<b>社会生活</b>	<b>314</b>
第一节	生活满意度量表	314
第二节	总体幸福感量表	318
第三节	主观幸福感量表	323
第四节	生活事件量表 (湖南版)	325
第五节	青少年生活事件量表	329
第六节	家庭环境量表中文版	331
第七节	九项患者健康问卷 (PHQ-9)	337
第八节	情商测验量表	339
<b>第八章</b>	<b>精神健康</b>	<b>343</b>
第一节	心理身体紧张松弛测试表	343
第二节	心理健康诊断测验	346
第三节	UCLA 孤独量表 (第三版)	350
第四节	杨氏躁狂评定量表	352
第五节	创伤后应激障碍症状清单 (平民版)	355
第六节	简明精神病评定量表	358
第七节	简明国际神经精神访谈	361
第八节	惧怕否定评价量表	376
第九节	Piers-Harris 儿童自我意识量表	379
第十节	卡特尔 16 项人格因素测验	384
第十一节	耶鲁 - 布朗强迫量表	402



<b>第九章 焦虑抑郁</b> .....	<b>408</b>
第一节 汉密尔顿焦虑量表.....	408
第二节 汉密尔顿抑郁量表.....	409
第三节 Beck 抑郁问卷.....	413
第四节 老年抑郁量表.....	417
第五节 抑郁自评量表.....	419
第六节 医院焦虑抑郁量表.....	420
第七节 广泛性焦虑自评量表.....	422
第八节 贝克焦虑量表.....	423
第九节 卒中后失语患者抑郁问卷（医院版）.....	426
<b>第十章 睡眠</b> .....	<b>429</b>
第一节 Epworth 嗜睡量表.....	429
第二节 阿森斯失眠量表.....	430
第三节 匹兹堡睡眠质量指数.....	431
第四节 香港中文大学快速眼动睡眠期行为障碍量表.....	434
<b>第十一章 脑功能</b> .....	<b>437</b>
第一节 大脑功能.....	437
第二节 小脑功能.....	439
第三节 锥体功能.....	441
第四节 感觉功能.....	446
<b>第十二章 尿便障碍</b> .....	<b>450</b>
第一节 国际尿失禁咨询委员会尿失禁问卷简表.....	450
第二节 尿失禁生活质量问卷.....	452
第三节 尿失禁影响问卷简版.....	455
第四节 大便失禁患者生活质量量表.....	456
第五节 肛门失禁 Wexner 评分量表.....	458
第六节 Heikkinen 评分标准表.....	459
第七节 Wexner 便秘评分（中文版）.....	460
第八节 肠和膀胱的功能.....	462



<b>第十三章 疼痛</b> .....	<b>464</b>
第一节 主诉疼痛程度分级法.....	464
第二节 视觉模拟法.....	465
第三节 数字分级法.....	466
第四节 疼痛强度评分 Wong-Baker 脸.....	467
第五节 简化 McGill 疼痛问卷.....	468

# 第一章 运动功能评定

## ▼▲ 第一节 脊髓损伤神经功能评定 ▲▼

目前，评价脊髓损伤造成的脊髓神经功能障碍的国际标准是由美国脊髓损伤学会（ASIA）制定的脊髓损伤神经功能分类标准。该标准主要内容包括以下两个方面：

### 一、脊髓损伤的水平判定

脊髓损伤水平是确定康复目标的主要依据。完全性脊髓损伤患者，脊髓损伤水平一旦确定，其康复目标基本确定（表 1-1-1）。不完全性脊髓损伤患者，应具体确定脊髓损伤水平以下的肌力评分。

表 1-1-1 脊髓损伤康复基本目标

脊髓损伤水平	基本康复目标	需用支具轮椅种类
C5	桌上动作自理，其他依靠帮助	电动轮椅，平地可用手动轮椅
C6	ADL 部分自理，需中等量帮助	手动电动轮椅，可用多种自助具
C7	ADL 基本自理，移动需乘轮椅活动	手动轮椅，残疾人专用汽车
C8 ~ T4	ADL 自理，轮椅活动支具站立	同上，骨盆长支具，双拐
T5 ~ T8	同上，可应用支具治疗性步行	同上
T9 ~ T12	同上，长下肢支具治疗性步行	轮椅，长下肢支具，双拐
L1	同上，家庭内支具功能性步行	同上
L2	同上，社区内支具功能性步行	同上
L3	同上，肘拐社区内支具功能性步行	短下肢支具
L4	同上，可驾驶汽车，可不需轮椅	同上
L5 ~ S1	无拐足托功能步行及驾驶汽车	足托或短下肢支具

注：ADL：日常生活活动



由于脊髓节段与脊柱节段在解剖位置上不一致，脊髓损伤水平不能根据脊椎损伤水平判断，而需要根据各节段脊髓所支配肌肉的肌力检查及皮肤感觉检查来判定。神经平面指脊髓具有身体双侧正常感觉、运动功能的最低节段。感觉和运动平面可以不一致，左右两侧也可能不同。因此，神经平面就有4个，用右侧感觉节段、左侧感觉节段、左侧运动节段、右侧运动节段来表示神经平面。脊髓损伤平面通过如下神经学检查来确定：①检查身体两侧各自28个皮节的关键感觉点。②检查身体两侧各自10个肌节的关键肌，见表1-1-2和表1-1-3。

## 二、脊髓损伤程度判定

脊髓损伤严重程度的诊断是制订治疗方案和判断患者预后的重要依据，而且对客观评估各种治疗方法的实际价值有重要意义。

1. 完全性脊髓损伤：是指在脊髓损伤平面以下的最低位骶段的感觉、运动功能完全丧失的脊髓损伤。骶部的感觉功能包括肛门皮肤黏膜交界处感觉及肛门深感觉，运动功能是指肛门指检时肛门外括约肌的自主收缩。

2. 不完全性脊髓损伤：是指脊髓损伤后，损伤平面以下的最低位骶段仍有运动和（或）感觉功能存留的脊髓损伤。不完全性脊髓损伤有不同程度恢复的可能。

3. ASIA 残损分级：ASIA 残损分级反映脊髓损伤功能障碍的程度，应用运动评分及感觉评分（表1-1-4）。

表 1-1-2 相应节段神经支配的感觉关键点

椎体	感觉关键点
C2	枕骨粗隆
C3	锁骨上窝
C4	肩锁关节的顶部
C5	肘前窝外侧
C6	拇指近节背侧皮肤
C7	中指近节背侧皮肤
C8	小指近节背侧皮肤
T1	肘前窝内侧
T2	腋窝顶部
T3	第3肋间
T4	第4肋间（乳线）



续表

椎体	感觉关键点
T5	第5肋间(在T4~T6的中点)
T6	第6肋间(剑突水平)
T7	第7肋间(在T6~T8的中点)
T8	第8肋间(在T6~T10的中点)
T9	第9肋间(在T8~T10的中点)
T10	第10肋间(脐)
T11	第11肋间(在T10~T12的中点)
T12	腹股沟韧带中点
L1	T12与L2之间的1/2处
L2	大腿前中部
L3	股骨内髁
L4	内踝
L5	第3跖趾关节足背侧
S1	足跟外侧
S2	腘窝中点
S3	坐骨结节
S4~5	肛门周围(作为1个平面)

表 1-1-3 相应节段神经支配的关键肌

椎体	关键肌
C4	膈肌
C5	肘屈肌(肱二头肌、肱桡肌)
C6	腕伸肌(桡侧腕伸肌长、短头)
C7	肘伸肌(肱三头肌)
C8	中指末节指屈肌(指深屈肌)
T1	小指外展肌
L2	髋屈肌(髂腰肌)
L3	膝伸肌(股四头肌)
L4	踝背屈肌(胫前肌)
L5	拇长伸肌
S1	踝跖屈肌(腓肠肌与比目鱼肌)



表 1-1-4 国际脊髓功能损伤程度分级 (ASIA 病损指数)

级别	指标	
A	完全性损伤	骶段 (S4 ~ S5) 无感觉或运动功能
B	不完全性损伤	神经平面以下包括骶段有感觉功能, 但无运动功能
C	不完全性损伤	神经平面以下有运动功能, 大部分关键肌肌力 < 3 级
D	不完全性损伤	神经平面以下有运动功能, 大部分关键肌肌力 ≥ 3 级
E	正常	感觉和运动功能正常

根据脊髓损伤神经学分类国际标准 (2000 年 2 修订), 美国脊柱损伤协会 (ASIA) 制定的残损分级 (根据 Frankel 分级修订) 标准如下:

- (1) 完全性损害: 在骶段 S4 ~ S5 无任何感觉和运动功能保留。
- (2) 不完全性损害: 在神经平面以下包括 S4 ~ S5 存在感觉功能, 但无运动功能。
- (3) 不完全性损害: 在神经平面以下存在运动功能, 且平面以下至少一半以上的关键肌肌力 < 3 级。
- (4) 不完全性损害: 在神经平面以下存在运动功能, 且平面以下至少一半以上的关键肌肌力 ≥ 3 级。
- (5) 正常: 感觉和运动功能正常。

## ▼▲ 第二节 肌肉功能评定 ▲▼

### 一、肌张力分级评定

一般按对关节进行被动运动时所感受的阻力进行肌张力及肌痉挛状态的评价。通常将肌张力分为以下几种类型: 见表 1-2-1。

表 1-2-1 肌张力分级评定

等级	肌张力	标准
0	软瘫	被动活动肢体无反应
1	低张力	被动活动肢体反应减弱
2	正常	被动活动肢体反应正常
3	轻、中度增高	被动活动肢体有阻力反应
4	重度增高	被动活动肢体有持续阻力反应





## 二、痉挛评定

1. 肌张力增高：若患者出现肌张力增高，为了进一步评定痉挛程度，通常采用 Ashworth 痉挛量表和改良 Ashworth 量表（Modified Ashworth Scale, MAS）。

改良 Ashworth 量表由 Richard W. Bohannon 和 Melissa B. Smith 于 1987 年发表，两者由于其简单易用而成为目前临床应用最多的评定痉挛的量表，具有良好的效度和信度，二者的区别在改良 Ashworth 量表在等级 1 与 2 之间增加了一个等级 1+，其他完全相同（表 1-2-2）。

表 1-2-2 Ashworth 痉挛量表与改良 Ashworth 痉挛量表

等级	标准
0	肌张力不增加，被动活动患侧肢体在整个范围内均无阻力
1	肌张力稍增加，被动活动患侧肢体到终末端时有轻微的阻力
1+	肌张力稍增加，被动活动患侧肢体时在前 1/2 关节活动度中有轻微的“卡住”感觉，后 1/2 关节活动度中有轻微的阻力
2	肌张力轻度增加，被动活动患侧肢体在大部分关节活动度内均有阻力，但仍可以活动
3	肌张力中度增加，被动活动患侧肢体在整个关节活动度内均有阻力，活动比较困难
4	肌张力高度增加，患侧肢体僵硬，阻力更大，被动活动十分困难

注：没有 1+ 即是 Ashworth 痉挛量表

改良 Ashworth 量表介绍：①测评方式：由医师 / 康复师 / 有测试经验的人员施测；个体测试；②量表功能：通过徒手评估，主观评定痉挛严重程度并对其分级；③适用人群：痉挛患者；④临床上常用评估部位：上下肢肌群。

使用指南：见表 1-2-3。

结果记录：见表 1-2-4。

表 1-2-3 采用改良 Ashworth 量表评定患者肌肉张力的方法

肌肉	患者体位	评定者操作方法
屈肘肌	坐位，肩关节和前臂处于中立，手处于功能位；近端肢体水平放置于检查桌上	评定者一只手于患者胸部近侧，握住其前臂远端，在 1 秒左右使肘关节从完全屈肘位被动运动至完全伸肘位；整个过程保持用力均匀
屈腕肌	患者体位同上，远端肢体处于垂直位	评定者一手于患者腕关节近侧固定其前臂远端，另一只手于患者掌指关节近侧握住患者的手进行被动运动，伸腕和旋腕的力度不变。在 1 秒左右使患者腕关节从完全屈曲被动运动到完全伸展；整个过程保持用力均匀