

Handbook of Neurologic Rating Scales

神经疾病分级评分量表

[原著第二版]

[美] 罗伯特·M. 赫登 (Robert M. Herndon) 主编

贾建平 陈海 闫欣 等译



化学工业出版社

Handbook of
Neurologic Rating Scales

神经疾病分级评分量表

[第2版]

主编 王世英 副主编 王世英 王世英 王世英 王世英

王世英 王世英 王世英 王世英

Handbook of Neurologic Rating Scales

神经疾病分级评分量表

[原著第二版]

[美] 罗伯特·M. 赫登 (Robert M. Herndon) 主编

贾建平 陈海 闫欣 等译

R74/
H327



化学工业出版社

· 北京 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

神经疾病分级评分量表: 原著第二版/[美] 赫登 (Herndon, R. M.) 主编; 贾建平, 陈海, 闫欣等译. —北京: 化学工业出版社, 2010. 1

书名原文: Handbook of Neurologic Rating Scales,
2nd edition

ISBN 978-7-122-06508-7

I. 神… II. ①赫…②贾…③陈…④闫… III. 神经系统疾病-诊疗
IV. R741

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2009) 第 149606 号

Handbook of Neurologic Rating Scales, 2nd edition/by Robert M. Herndon

ISBN 1-888799-92-7

Copyright© 2006 by Demos Medical Publishing, Inc. All rights reserved.

Authorized translation from the English language edition published by Demos Medical Publishing, Inc.

本书中文简体字版由 Demos Medical Publishing, Inc. 授权化学工业出版社独家出版发行。
未经许可, 不得以任何方式复制或抄袭本书的任何部分, 违者必究。

北京市版权局著作权合同登记号: 01-2007-3603

责任编辑: 赵玉欣

装帧设计: 关 飞

责任校对: 宋 夏

出版发行: 化学工业出版社 (北京市东城区青年湖南街 13 号 邮政编码 100011)

印 刷: 北京永鑫印刷有限责任公司

装 订: 三河市万龙印装有限公司

787mm×1092mm 1/16 印张 24¼ 字数 621 千字 2010 年 1 月北京第 1 版第 1 次印刷

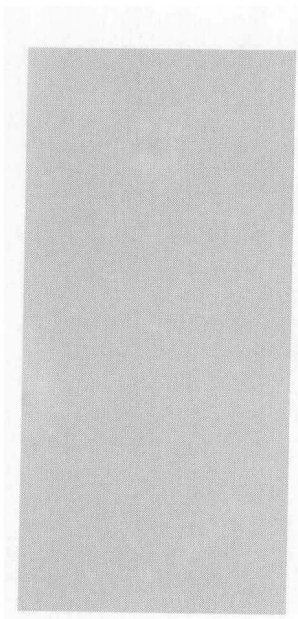
购书咨询: 010-64518888 (传真: 010-64519686) 售后服务: 010-64518899

网 址: <http://www.cip.com.cn>

凡购买本书, 如有缺损质量问题, 本社销售中心负责调换。

定 价: 89.00 元

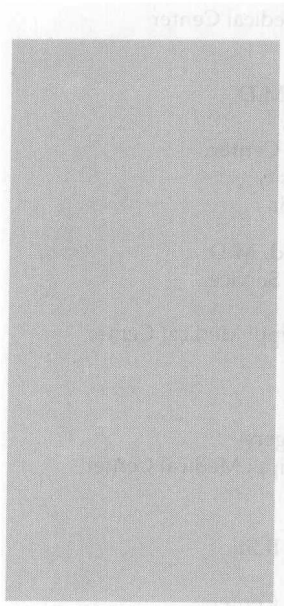
版权所有 违者必究



译者名单

(按汉语拼音排序)

陈	海	程	哲	丛	林	丁会玲	高	苗
贾建平	马中华	王	珊	邢	星	熊	静	
闫	欣	杨志强	袁	科				



原著作者

Benjamin Rix Brooks, M.D.

Department of Neurology
William S. Middleton Memorial VA Hospital
Madison, Wisconsin

Roger A. Brumback, M.D.

Departments of Pathology and Psychiatry
Creighton University Medical Center
Omaha, Nebraska

Richard Camicioli, M.D.

Department of Medicine
Division of Neurology
University of Alberta
Alberta, Edmonton
Canada

James J. Cereghino, M.D.

Department of Neurology
Oregon Health and Science University
Portland, Oregon

Wayne M. Clark, M.D.

Department of Neurology
Oregon Health Science and University
Portland, Oregon

Gary Cutter, Ph.D.

Department of Biostatistics
University of Alabama
School of Public Health
Birmingham, Alabama

Domenic Esposito, M.D.

Department of Neurosurgery
The University of Mississippi
Medical Center
Jackson, Mississippi

Stephen T. Gancher, M.D.

Department of Neurology
Kaiser Permanente
Portland, Oregon

Michelle D. Gaugh, M.A.

Department of Neurology
University of Rochester Medical Center
Rochester, New York

Samuel T. Gontkovsky, Psy.D.

Center for Neuroscience and
Neurological Recovery
Methodist Rehabilitation Center
Jackson, Mississippi

Jeffrey I. Greenstein, M.D.

Multiple Sclerosis Research Institute
Philadelphia, Pennsylvania

Cathy F. Hansen, M.S., P.T.

Department of Rehabilitation Services
The University of Mississippi
Medical Center
Jackson, Mississippi

Robert M. Herndon, M.D.
Department of Neurology
G.V.(Sonny) Montgomery VAMC
Jackson, Mississippi

J. Maurice Hourihane, M.B., M.R.C.P.I.
Dent Neurologic Institute
Amherst, New York

Edward L. Manning, Ph.D.
Department of Neurology
The University of Mississippi Medical Center
Jackson, Mississippi

Risa Nakase-Richardson, Ph.D.
Neuropsychology Department
Brain Injury Program
Methodist Rehabilitation Center
Jackson, Mississippi

Elcio J. Piovesan, M.D
Department of Internal Medicine
Division of Neurology
Hospital de Clinicas
da Universidade Federal do Parana
Curitiba, Brazil

Giovanni Schifitto, M.D.
Department of Neurology

University of Rochester Medical Center
Rochester, New York

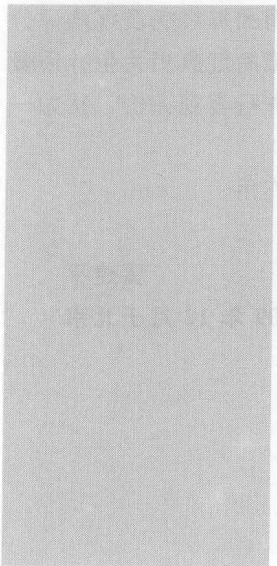
Stephen D. Silberstein, M.D.
Department of Neurology
and Jefferson Headache Center
Thomas Jefferson University
Philadelphia, Pennsylvania

Raphael Corcoran Sneed, M.D.
Children's Rehabilitation Service
Department of Pediatrics
The University of Mississippi Medical Center
Jackson, Mississippi

Frances Spinoso, R.N.
Department of Neurosurgery
The University of Mississippi Medical Center
Jackson, Mississippi

Charles F. Swearingen, B.S.
Brain Injury Program
Methodist Rehabilitation Center
Jackson, Mississippi

Katherine Wild, Ph.D.
Department of Neurology
and Layton Aging and Alzheimer's Disease Center
Oregon Health and Science University
Portland, Oregon



译者序

由罗伯特·M·赫登博士主编的《神经疾病分级评分量表》是一本具有极高临床实用价值的著作。10余年来，经过再版，受到了广泛的欢迎。本书的核心特点在于把临床内容进行量化，正如第1章所引用的 Lord Nelson 的一句话：“一个人的科学知识开始于他能把内容用数字表达出来。”

神经系统疾病有着不同于其他系统疾病的特点：①疾病症状复杂。神经系统 and 肌肉组织的构造都非常复杂，不同部位病变所表现的症状不同，如果病灶同时累及几个部位，临床症状也会互相重叠，给分析评定带来很大困难。②疾病症状覆盖广泛。神经系统的症状既可由神经疾病引起，也可由其他系统疾病产生，如昏迷这一症状，原发病可为脑出血，也可为内科疾病的糖尿病。有时一种疾病在某一阶段是内科疾病，另一阶段是神经科疾病，如一氧化碳中毒，急性发生时属内科疾病，到了迟发性脑病时即归为神经科疾病。③疾病治疗效果评定困难。神经系统炎症、肿瘤、血管病和变性病等，有的可根治，有的可缓解，但何种方法和何种药物更为有效，目前还缺少良好的评定方法。

神经系统疾病的临床评价是我们面临的一个很重要的科学问题。过去我们多靠经验来描述疾病的轻重程度，以及治疗效果。但问题在于临床医师各自临床经验不同，认识问题也有着自己的标准，对一种情况的评价会产生千差万别的结果，尤其不利于临床效果的评价。神经系统疾病的高水平治疗取决于对治疗结果的仔细评估。例如，新药和新的治疗方法需要与以往的治疗方法进行比较，要比安慰剂对照试验需要更加精密和准确的方法，因为差异可能很小。《神经疾病分级评分量表》针对这种情况，提供了大量的检查工具，介绍了大量的新量表，可以满足比较不同治疗方法对神经科疾病治疗结果的细微差异。如果能在临床中广泛应用，将会对临床诊断和治疗水平的提高产生有益的影响。临床试验越来越需要循证作为基础，临床经验越来越需要循证作为证明，所以《神经疾病分级评分量表》很有必要译出，为国内神经科医生提供临床参考。

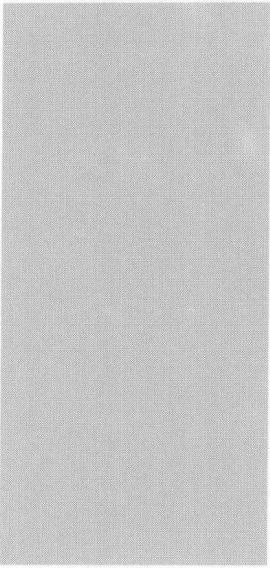
本书主要对临床神经科量表进行了介绍，包括普通量表、儿童发育量表、儿科神经和康复评分量表、肌萎缩侧索硬化临床计量量表-管理和评分指南、运动障碍病评估量表、多发

硬化和脱髓鞘疾病评估量表、老年痴呆的评估量表、临床卒中量表、周围神经病及疼痛评分量表、头痛诊断原则及量表、共济失调评估量表、脑外伤评价量表、癫痫健康相关生存质量量表和康复结局量表等，围绕神经科常见疾病，介绍了如何运用量表进行客观评价，犹如一把尺子，对临床中的症状进行量化，值得为临床推荐。

相信这本书的出版，能为神经病学临床分级评分的推广起到积极作用

贾建平

2009 年 12 月于北京



原著序

早期，神经科医生用自己的方法检查患者的变化。这些临床医生不但有自己的方法，而且揭示了神经科疾病的本质和过程，他们感到非常自豪。他们的学生可以学习这些方法，并应用到临床和教学工作中。过去神经科没有统一的标准和规范，一些以临床医生的名字命名的方法广为人知。

第二次世界大战后，大样本调查和临床试验越来越多，并且逐渐有组织性。人们逐渐认识到在检查工具的应用上应该有统一的规范 and 标准。例如，北美医生要研究多发硬化、肌萎缩侧索硬化或者是痴呆的进展，他们需要知道自己的研究结果，与瑞典或者澳大利亚医生在相同条件下应用其他检查方法研究结果的相似性和不同。例如针对痴呆的进展程度就有许多不同的量表，其结果也会因检查的时间和环境的不同而有所差异。这并不意味着我们不需要这么多的量表，但是我们必须知道哪一种用来评价哪个方面是最好的、它们各自的优点和缺点，以及在何种情况下是有效的。

在众多的神经科疾病检查量表中，Robert M. Herndon 编写的第一版《神经疾病分级评分量表》是非常有价值的参考书。当 Herndon 和他的合作者一起带来这本收集了最有用、有效的量表时，临床医生就有了设计神经科临床试验和理解文献的好帮手。

在 1997 年第一版的基础上，他们增加了对现有量表使用的经验和新的理解，修改了一些陈旧量表和适用范围。

Herndon 博士在设计、组织和处理神经科临床试验方面有很多经验。他带领儿科、成人神经科专家以及症状治疗和康复专家，扩展了神经科领域中的有用量表。

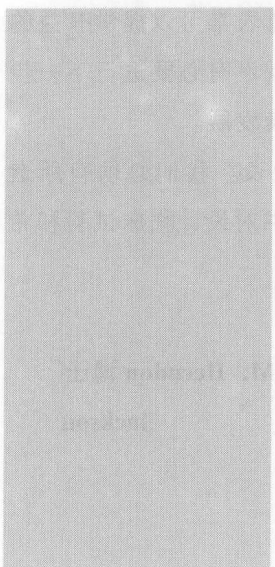
本书第一版主要作为神经科研究文献使用，而第二版有助于提高临床工作人员和研究者对神经科疾病的认识以及治疗、护理水平，因此第二版对神经科医师、护士及研究人员更实用、更有帮助。

Joch Murray 博士

加拿大新斯科舍 Halifax

Dalhousie 大学

内科教授（神经科）、医学人类学教授



原著前言

神经系统疾病的高水平治疗取决于对治疗结果的仔细评估。半个世纪以来，临床试验数量已经稳步提高。检查工具的数量和质量需要快速前进，以适应临床试验的持续发展。自从这本书第一版出版8年以来，出现了大量的新量表。根据这些发展，我增加了新的章节，包括普通量表、共济失调量表和周围神经量表，并对大多数章节进行了更新、扩展。

治疗神经科疾病的大多数药物仅仅是部分有效。随着治疗的改善，新药和先进的治疗方法需要与以往的治疗方法进行比较。这比安慰剂对照试验需要更加精密和准确的方法，因为组间的差异可能是非常小的。这本书提供了一些工具，可以比较不同治疗方法对神经科疾病治疗结果的差异。

神经科疾病的患病率和经济负担持续增长。神经科疾病的治疗只是部分有效，并且需要更长的时间——数年甚至数十年，这加重了治疗的经济负担。此外，慢性神经科疾病的患病率随年龄的增长逐渐提高而我们的人口正逐渐老龄化。因此，可以预料神经科医疗护理的费用将逐渐增加。有利的一面是，许多慢性神经科疾病患者能够工作的时间比以前更长了。

无论是临床试验，还是希望解释临床试验的医生，以及想要应用不同量表比较治疗方法的医生，理解一个量表的质量都是很重要的。各个量表在复杂性、准确性和可靠性方面的差异很大。准确性和可靠性决定了试验中所需患者的数量，这对于解释试验结果非常重要。极高的准确性可以找出治疗方法的统计学差异，而如果准确性很低，则不能发现重要的差异。

临床试验是循证医学的基础。尽管许多医疗仍需要经验，但是医疗护理越来越需要循证。随着新的、更好和更加准确的有目的的治疗方法的出现，证据的质量需要获得美国食品与药品管理局的同意和其他相关组织的批准。开发新药物必然需要更多的研究、更广泛的试验和更好的文献结果。现在研究新治疗方法的费用是十亿美元。另一方面，我们对于新的治疗方法及其副作用和危害有了更多的了解，但是我们也看到相应的费用升高。

控制费用的一个因素是更好、更准确的量表。在探索性试验中，量表常可以提供有益的证据来保证进一步研究的必要性；反之，当量表提供的证据不足时，就没有必要进行下一步试验，以节约研究费用。我们看到神经科有更好和更有效的量表在持续发展。

不可避免的，此书中会遗漏一些重要的进展。可能不包括部分量表。我们必须有所选择，但尽量包括最重要的、广泛应用的和有效的量表。我们相信这本书对设计临床试验和希望更好理解试验意义的医务工作者来说是非常有价值的。

Robert M. Herndon 博士

Jackson

目 录

1 临床神经科量表介绍/1

1.1 世界卫生组织分类：“功能、残疾和健康国际分类”/3

1.2 有量表的特点/4

1.2.1 量表应当对任务是恰当的/4

1.2.2 量表必须显示可靠性/4

1.2.3 量表结果应当可靠（准确）/5

1.2.4 量表结果应当可以重复（精确）/5

1.2.5 量表应当有效/5

1.2.6 量表应当对条件变化敏感，然而对每天的症状波动相对迟钝/6

1.3 量表的类型/6

1.4 量表的选择/6

参考文献/7

2 普通量表/8

2.1 生活质量量表/8

2.2 Ashworth 痉挛量表和修订的 Ashworth 痉挛量表/8

2.3 步行谈话量表/9

2.4 起立行走计时测试/10

2.5 情感不稳定/10

2.5.1 神经研究中心不稳定量表/11

2.5.2 强哭强笑量表/12

参考文献/15

3 儿童发育量表/16

3.1 美国智力迟滞协会编制的适应行为量表/16

3.2 Baley 婴儿发育量表 II /17

3.3 Bellevue 抑郁指数/17

3.4 新生儿行为评分/19

3.5 儿童抑郁清单/20

3.6 儿童抑郁量表（修订版）/20

3.7 Conners 家长量表/20

3.8 Conners 教师量表/22

3.9 Denver II（Denver 发育筛查量表）/23

3.10 视觉-运动整合发育检查/26

3.11 Dubowitz 量表/26

3.12 儿童 Kaufman 成套评估（K-ABC）/27

3.13 Kaufman 少年和成人智力测验/28

3.14 数学能力诊断测验（修订测验）/29

3.15 精细体征的神经科检查/29

3.16 Peabody 图片词汇试验（修订版）/29

3.17 Stanford-Binet 智力量表/30

3.18 Vineland 适应行为量表/30

3.19 Wechsler 智力测验/31

3.20 Weinberg 筛查情感量表/32

参考文献/35

4 儿科神经和康复评分量表/37

4.1 “儿童不是成人的缩小版本”/37

4.2 儿童量表的问题/38

4.3 现存的儿科神经评分量表/38

4.4 生长发育/61

4.5 运动/61

4.5.1 肌肉检查手册（MMT）/61

4.5.2 Brunnstorm 康复量表（偏瘫）/63

4.5.3 Bayley 婴儿发育量表-II（BSID-II）/64

- 4.5.4 Bruininks-Oseretsky 运动熟练程度测验 (BOT)/64
- 4.5.5 学校功能评估 (SFA)/65
- 4.5.6 Beals、Bleck 和 Molnar/Gordon 评分/65
- 4.5.7 粗大运动功能评估 (GMFM)/66
- 4.5.8 感觉整合/66
- 4.5.9 认知/66
- 4.5.10 高级认知/行为/68
- 4.6 生理学/72
- 4.6.1 肌张力/痉挛状态检查/72
- 4.6.2 功能/72
- 4.6.3 生活质量 (QOL)/74
- 4.7 其他/74
- 4.7.1 脊髓损伤 (SCI) /75
- 4.7.2 技术量表/75
- 4.7.3 运动清除/75
- 4.7.4 疼痛/76
- 参考文献/76

5 肌萎缩侧索硬化临床检查量表-管理和评分指南/84

- 5.1 Norris 肌萎缩侧索硬化评分管理/86
- 5.2 Appel 肌萎缩侧索硬化评分管理 (Appel ALS)/91
- 5.3 ACTS ALS 评估管理/96
- 5.4 肌萎缩侧索硬化功能评分量表管理 (ALS FRS)/105
- 5.5 肌萎缩侧索硬化临床检查量表的比较/106
- 参考文献/126

6 运动障碍病评估量表/128

- 6.1 帕金森病/128
- 6.1.1 统一帕金森病评分量表 (UPDRS)/128
- 6.1.2 脑内移植的核心评估项目和外科干预治疗评定系统的核心评估项目/135
- 6.2 异动症/137
- 6.3 肌张力障碍/138
- 6.4 Tourette 综合征/142
- 6.5 迟发性运动障碍/145
- 6.6 Huntington 病评定量表/147
- 参考文献/148

7 多发硬化和脱髓鞘疾病/150

- 7.1 诊断标准/152
- 7.1.1 华盛顿会议 (Poser) 标准/152
- 7.1.2 国际专门小组诊断标准/153
- 7.2 评估多发硬化患者的量表和检查/155

- 7.2.1 发作和发作频率/155
- 7.2.2 Kurtzke 扩展残疾状态量表 (EDSS)/155
- 7.2.3 Scripps 神经系统评定量表/160
- 7.2.4 Hauser 行走指数/161
- 7.2.5 箱子和木块测验和九孔插板测验/162
- 7.2.6 多发硬化功能复合量表/162
- 7.2.7 比较字母分辨能力 (MSFC)/164
- 7.2.8 剑桥多发硬化基本量表/164
- 7.2.9 多发硬化神经心理筛查调查问卷/165
- 7.3 多发硬化生活质量检查/166
- 7.3.1 多发硬化生活质量-54 (MSQOL-54)/166
- 7.3.2 多发硬化生活质量清单 (MSQLI)/167
- 7.3.3 多发硬化影响量表/167
- 7.4 多发硬化疲劳/169
- 7.4.1 疲劳严重性量表 (FIS)/169
- 7.4.2 修订的疲劳影响量表 (MFIS)/170
- 参考文献/171

8 老年痴呆的评估/174

- 8.1 认知评估工具/175
- 8.1.1 简易精神状态检查和修订的简易精神状态检查 (MMSE)/176
- 8.1.2 简短定向力-记忆力-注意力测验 (简短-OMC) 和 Blessed 信息-记忆力-注意力测验 (BIMC)/180
- 8.1.3 Alzheimer 病评估量表 (ADAS)/184
- 8.2 功能状态工具/185
- 8.2.1 修订的美国老年资源和服务过程工具 (OARS)/187
- 8.2.2 功能评估量表 (FAST)/188
- 8.2.3 痴呆残疾评估 (DAD)/190
- 8.2.4 Alzheimer 病合作研究——日常活动清单 (ADCS-ADLI)/192
- 8.3 全面评估工具/196
- 8.3.1 临床痴呆评定 (CDR)/196
- 8.3.2 全面恶化量表 (GDS)/200
- 8.3.3 基于印象变化的临床医生会诊 (CIBIC-加)/202
- 8.4 行为/心理病理学评估/203
- 8.4.1 Alzheimer 病行为病理学评定量表 (BE-HAVE-AD)/203
- 8.4.2 联合建立 Alzheimer 病注册处痴呆行为评定量表 (CERAD-B)/208
- 8.4.3 神经精神清单 (NPI)/212
- 8.4.4 Cohen-Mansfield 激动清单 (CMAI)/217
- 8.4.5 痴呆抑郁 Cornell 量表 (CSDD)/219
- 8.4.6 老年抑郁量表/221

参考文献/224

9 临床卒中量表/230

9.1 神经功能缺失卒中量表/230

9.1.1 国立卫生研究院卒中量表 (NIHSS)/230

9.1.2 Scandinavian 卒中量表 (SSS)/231

9.1.3 Orgogozo 量表/235

9.1.4 Canadian 神经功能量表/235

9.1.5 Toronto 卒中量表/236

9.1.6 半球卒中量表/238

9.1.7 Mathew 卒中量表/238

9.1.8 欧洲卒中量表/240

9.1.9 统一神经功能卒中量表/242

9.2 功能预后量表/243

9.2.1 全面预后量表/243

9.2.1.1 Glasgow 预后量表/243

9.2.1.2 修订 Rankin 量表/244

9.2.2 日常生活量表/244

9.2.2.1 Barthel 指数/244

9.2.2.2 活动指数/246

9.2.2.3 功能独立检查 (FIM)/247

参考文献/250

10 周围神经病及疼痛评分/252

10.1 McGill 疼痛问卷/252

10.2 McGill 疼痛问卷简表/253

10.3 周围神经病/254

10.4 神经症状评分/255

10.5 神经残疾评分/256

10.6 神经疼痛量表/258

10.7 神经病整体症状评分/259

10.8 感染性周围神经病原因及治疗组感觉评分/261

参考文献/263

11 头痛诊断原则及量表/264

11.1 如何使用国际头痛分类 (IHC)/267

11.2 头痛诊断原则/268

11.2.1 偏头痛/268

11.2.2 紧张性头痛及新发每日持续头痛/275

11.2.3 丛集性头痛及三叉神经自主疼痛/277

11.2.4 其他原发性头痛/278

11.3 头痛工具及量表/280

11.3.1 生活质量评定量表/281

11.3.2 评价头痛生活质量的普通量表/281

11.3.2.1 医疗结局研究 36-条目健康调查简表 (SF-36)/281

11.3.2.2 医疗结局研究 20-条目总体健康调查简表 (SF-36 缩减版)/282

11.3.2.3 医疗结局研究 12-条目健康调查简表 (SF-12)/284

11.3.3 评价头痛生活质量特异量表/285

11.3.3.1 偏头痛特异生活质量问卷 (MQOLQ)/285

11.3.3.2 偏头痛-特异生活质量问卷 (MSQ 2.1 版)/286

11.3.3.3 偏头痛-特异生活质量 (MSQOL)/286

11.4 评价头痛影响及残疾量表/290

11.4.1 头痛影响测验 (HIT)/290

11.4.2 头痛影响问卷调查 (HImQ)/291

11.4.3 头痛需要评估调查 (HANA)/293

11.4.4 Henry Ford 医院头痛负担评估表 (HDI)/294

11.4.5 偏头痛负担评估量表 (MIDAS)/295

11.4.6 儿童偏头痛负担评估量表 (PedMIDAS)/295

11.5 其他头痛评估量表/296

11.6 疼痛度量量表/296

11.6.1 言语描述量表/296

11.6.2 四级分类量表/297

11.6.3 数字评定量表/297

11.6.4 视觉模拟量表/297

11.6.5 触觉模拟量表/297

参考文献/297

12 共济失调评估量表/300

12.1 国际合作共济失调分级量表/300

12.2 Friedreich 共济失调评定量表/304

参考文献/311

13 脑外伤评价量表/312

13.1 意识障碍的特点/312

13.2 量表/314

13.2.1 格拉斯哥昏迷量表 (Glasgow Coma Scales, GCS)/314

13.2.2 GCS 扩展量表/315

13.2.3 简易损伤量表 (AIS)/316

13.2.4 损伤严重程度评分 (ISS)/316

13.2.5 创伤修订评分 (Revised Trauma Score, RTS)/317

13.2.6 昏迷恢复量表 (Coma Recovery Scales, CRS)/318

- 13.2.7 加尔维斯顿定向及遗忘测验 (Galveston Orientation and Amnesia, GOAT)/318
- 13.2.8 脑震荡标准化评定 (SAC)/320
- 13.2.9 激动行为量表 (Agitated Behavior Scales, ABS)/322
- 13.2.10 意识模糊评估法 (Confusion Assessment Method, CAM)/323
- 13.2.11 谵妄评定量表/谵妄评定修订量表 (Delirium Rating Scale, DRS) /325
- 13.2.12 谵妄评定量表-98 修订版 (DRS-98 修订版)/325
- 13.2.13 谵妄认知测验 (Cognitive Test for Delirium, CTD)/326
- 13.2.14 神经心理系列大全/326
- 参考文献/327

14 癫痫健康相关生存质量量表/329

- 14.1 发展历史/329
- 14.2 社会心理结果测量/330
- 14.3 成人生存质量量表/331
- 参考文献/341

15 康复结局量表/345

- 15.1 国际功能、残疾和健康分类/345
- 15.2 结局量表/346
 - 15.2.1 Barthel 指数/346
 - 15.2.2 Berg 平衡量表/348
 - 15.2.3 Chedoke-McMaster 卒中评估/349
 - 15.2.4 社区整合问卷/350

- 15.2.5 健康损害及问题的应对/351
- 15.2.6 Craig 残障量表及报告技术/351
- 15.2.7 Davidson 外伤量表/354
- 15.2.8 残疾评定量表/354
- 15.2.9 Fugl-Meyer 卒中后感觉运动恢复评定量表/356
- 15.2.10 功能独立评分/356
- 15.2.11 Glenrose 行动量表/357
- 15.2.12 脑外伤语义识别量表/357
- 15.2.13 Mayo-Portland 适应性问卷/359
- 15.2.14 医疗结局研究 36 条目简表健康调查/359
- 15.2.15 多维健康控制量表/361
- 15.2.16 认知功能 Rancho 分级量表/362
- 15.2.17 生活满意度量表/363
- 15.2.18 服务障碍量表/364
- 15.2.19 监督评定量表/365
- 15.2.20 Tennessee 自我概念量表/366
- 参考文献/367

16 人类免疫缺陷病毒相关认知损害/371

- 16.1 AIDS 痴呆综合征 (ADC) 临床分期/371
- 16.2 HIV 相关 AIDS 痴呆综合征及细微认知 / 运动异常的 AAN 标准/373
- 16.3 人类免疫缺陷病毒痴呆量表 (HIV 痴呆量表)/376
- 参考文献/377

17 概要及总结/378

- 参考文献/379

1

临床神经科量表介绍

“一个人的科学知识开始于可以检查他所说的内容并用数字表达出来。”

Lord Nelson

临床试验常常需要确定治疗效果并监测疾病进展过程。因此需要适当的工具来检查神经科疾病的进展过程和治疗效果。一般来说，这些工具包括量表或者其他方法。应用量表检查神经科疾病大约开始于1950年，并且在20世纪80年代早期，神经科量表的数量迅速增加。在以信息为基础的20世纪，医学从经验科学逐渐发展为更加科学的学科。

虽然大量的治疗方法基于个人经验，但是循证医学正在加速变化。许多变化是由于美国食品与药品管理局（FDA）的要求，他们要求有效性和/或效果必须有可测量的证据，另外一些原因来自医疗费用持续升高、建立有效的医疗方法和费用的压力。医生的愿望和改善护理的愿望也推动了它的发展。以信息为基础的临床对照试验和结果研究是医学的核心。高血压和癌症患者的存活时间经常容易定义和测量，而神经科疾病常常集中在影响结果的因素。因此，在临床试验中神经科量表作为实用的工具，可以提供改善护理的信息。许多临床医生可能不喜欢这个理念，如果不能客观的证实治疗是有效的，那么治疗方法将不能应用到临床，即使是明知有效的治疗方法也不行。

James Lind 医生报道了最早的随机对照试验。1747年，他评价了皇家海军军舰上不同人种坏血病的治疗价值。他选择了12个坏血病水手并给他们相同的饮食，同时给予设计好的试验治疗。每两个1组进行以下治疗：

- 每天1.1L苹果汁；
- 每天3次25滴硫酸盐；
- 每天空腹3次2勺醋；
- 每天3次用两勺醋作为食物调料；
- 每天275mL海水；
- 每天两个橘子和一个柠檬。

结果是，6天后接受橘子和柠檬治疗组中的1个患者可以重返工作岗位，另一个患者有很大改善。接受苹果汁治疗的患者有一点好转，其他患者无改善。有人怀疑随机对照试验是否真的必要，尽管在皇家海军这个治疗方法明显有效，但是也是在数十年后才被广泛应用。