

· 标准与规范 ·

中国痴呆与认知障碍诊治指南(三):神经心理评估的量表选择

贾建平 王荫华 张振馨 肖世富 周爱红 汪凯 丁新生 张晓君 张朝东 李焰生
杨莘 陈晓春 罗本燕 唐车尼 徐江涛 章军建 彭丹涛 蔡晓杰 魏翠柏

随着社会老龄化,认知障碍和痴呆患者日益增多,神经心理评估已经成为神经科临床和科研中的重要工具。认知障碍和痴呆的神经心理学表现可以分为认知功能障碍、社会和日常能力减退、精神行为症状三部分,临床和研究中,神经心理评估主要针对这三部分内容进行。写作组参考了国内外近期发表的相关临床研究、荟萃分析和系统性综述,以循证医学结果为依据,并结合我国实际情况,编写了神经心理评估的量表选择。文献证据级别和推荐强度标准参见本杂志刊载系列中的《中国痴呆与认知障碍指南:痴呆诊断流程》一文(见本刊 2011 年 91 卷第 9 期 577-581 页)。

一、认知功能评估

认知功能评估包括总体认知功能、记忆力、执行功能、语言、运用、视空间和结构能力等。

(一)总体认知功能评估的量表选择

总体认知功能的评估目的是全面了解患者的认知状态、认知特征,以对认知障碍和痴呆的诊断及病因分析提供依据。可选择以下量表:

简易精神状态检查(mini-mental state examination, MMSE)是国内外应用最广泛的认知筛查量表,内容覆盖定向力、记忆力、注意力、计算力、语言能力和视空间能力。Mitchell^[1]对近 10 年 34 个大样本痴呆

研究和 5 个 MCI 研究进行荟萃分析,发现在记忆或痴呆门诊等专业机构中,MMSE 区别正常老人和痴呆的敏感度和特异度分别达到 77.0% 和 89.9%,区别正常老人和 MCI 敏感度和特异度分别为 63.4% 和 65.4%,区别 MCI 和痴呆分别为 89.2% 和 45.1%;在社区或初级医院区别正常老人和痴呆的敏感度和特异度分别为 83.3% 和 86.6%。所以 MMSE 对识别正常老人和痴呆有较好的价值,但对识别正常老人和 MCI 以及 MCI 和痴呆作用有限(I 级证据)。

蒙特利尔认知评估(Montreal cognitive assessment, MoCA)覆盖注意力、执行功能、记忆、语言、视空间结构技能、抽象思维、计算力和定向力等认知域,旨在筛查 MCI 患者。国外研究发现以 26 分为分界值 MoCA 区别正常老人和 MCI 及正常老人和轻度阿尔茨海默病(Alzheimer's disease, AD)的敏感度分别为 90% 和 100%,明显优于 MMSE(分别为 18% 和 78%),而且有较好的特异度(87%)^[2](II 级证据)。MoCA 对识别帕金森病导致的认知障碍和痴呆也优于 MMSE^[3](II 级证据)。国内学者也证实 MoCA(以 26 分为分界值)识别 MCI 的敏感度显著优于 MMSE(92.4% VS 24.2%)^[4](II 级证据)。但该量表在国内尚缺乏公认的年龄和文化程度校正的常模。

Mattis 痴呆评估量表(Mattis dementia rating scale, DRS)包括 5 个因子:注意、启动与保持、概念形成、结构、记忆。该量表对额叶和额叶-皮质下功能障碍敏感,适用于帕金森病痴呆、路易体痴呆、额颞叶痴呆、小血管性痴呆等额叶-皮质下痴呆的诊断、评定和随访^[5]。研究发现 DRS 识别帕金森病痴呆的敏感度和特异度分别为 92.65% 和 91.4%^[5](II 级证据)。其启动保持和概念形成因子在额颞叶痴呆中损害更严重,而记忆和结构因子在 AD 中损害突出,这一特征能正确区别 85% 的 AD 和 76% 的额颞叶痴呆患者^[6](II 级证据)。

阿尔茨海默病评估量表认知部分(Alzheimer's

DOI:10.3760/cma.j.issn.0376-2491.2011.11.007

基金项目:“十一五”国家科技支撑计划基金(2006BAI02B01)

作者单位:100053 北京,首都医科大学宣武医院神经科(贾建平、周爱红、魏翠柏),护理部(杨莘);北京大学第一医院神经科(王荫华);北京协和医学院北京协和医院神经内科(张振馨);上海市精神卫生中心(肖世富);安徽医科大学第一附属医院神经内科(汪凯);南京医科大学第一附属医院神经内科(丁新生);北京同仁医院神经内科(张晓君);中国医科大学第一临床医学院神经内科(张朝东);上海交通大学医学院附属仁济医院神经内科(李焰生);福建医科大学附属协和医院神经内科(陈晓春);浙江大学医学院附属第一医院神经内科(罗本燕);广州脑科医院精神科(唐车尼);兰州军区乌鲁木齐总医院神经内科(徐江涛);武汉大学中南医院神经科(章军建);卫生部北京医院神经内科(彭丹涛、蔡晓杰)

通信作者:贾建平,Email:jiajianwu@126.com

disease assessment scale-cog, ADAS-cog) 由 12 个条目组成,覆盖记忆力、定向力、语言、实践能力、注意力等,可评定 AD 认知症状的严重程度及治疗变化,常用于轻中度 AD 的疗效评估(通常将改善 4 分作为临床上药物显效的判断标准),是美国药品与食品管理局认可的疗效主要评估工具之一^[7]。

血管性痴呆评估量表(Vascular dementia assessment scale-cog, VaDAS-cog)是在 ADAS-cog 基础上建立的一种量表。由于 ADAS-cog 偏重于记忆和语言,非语言项目和执行功能项目少,不能够敏感的反映出血管性痴呆的认知变化,学者们在其基础上增加了数字删除、数字符号测验和走迷宫等执行功能测试,称为 VaDAS-cog。研究发现与 ADAS-cog 相比,VaDAS-cog 对脑白质病变具有更好的识别能力^[8](I 级证据),但该量表应用尚不广泛。

【推荐】

总体认知评估是痴呆诊疗的重要环节,尽可能对所有患者进行相应的认知评估【A 级推荐】。

推荐 MMSE 用于痴呆的筛查【A 级推荐】。

推荐 DRS 用于额叶-皮质下型痴呆的评定和随访【B 级推荐】。

推荐 ADAS-cog 用于 AD 和 VaD 药物的疗效评价【B 级推荐】。

(二)记忆力评估的量表选择

记忆指信息在脑内的储存和提取,包括编码、储存和提取 3 个基本过程。记忆可分为工作记忆(对信息进行暂时性加工储存)、情景记忆(有关生活情景的实况记忆)、语义记忆(对词语意义和一般知识的记忆)和内隐记忆(不需要有意识记而获得的技术、操作程序等)。记忆障碍是诊断痴呆的必须条件,还可帮助鉴别痴呆的类型和原因,应当对记忆力进行系统评估。

临床上,记忆评估主要集中于情景记忆。对情景记忆的检查主要通过学习和延迟回忆测验,如 Rey 听觉词语学习测验、California 词语学习测验、WHO-UCLA 词语学习测验、韦氏记忆量表逻辑记忆分测验等,检查内容包括瞬时回忆、短时延迟回忆、长时延迟回忆、长时延迟再认等,不同指标联合能够反映记忆的编码、储存和提取 3 个基本过程,揭示记忆障碍的特征,为鉴别诊断提供帮助。

抑郁患者可有反应迟缓、记忆力减退,易与痴呆混淆,荟萃分析发现词语延迟回忆如 Rey 听觉词语学习测验能够鉴别抑郁和痴呆^[9](I 级证据)。

AD 由于海马-内侧颞叶萎缩而损害信息的储

存,患者出现严重的情景记忆障碍,而且线索提示和再认不能够改善记忆成绩。研究发现延迟回忆对区别轻度 AD 和正常老人的正确率达 90% 以上^[10](II 级证据),而且能够预测临床前 AD 转化成 AD(敏感度 73%,特异度 70%)^[11](I 级证据)。在新的 AD 诊断标准中,情景记忆损害是诊断的核心症状。

与 AD 相比,VaD 和皮质下性痴呆(路易体痴呆、帕金森病痴呆等)记忆功能相对保留,而且主要累及信息的提取,线索提示和再认能够提高回忆成绩。研究发现 Mattis 痴呆评定量表的记忆因子联合淡漠量表区别 AD 和帕金森病痴呆的准确率为 86%^[12](II 级证据)。韦氏记忆量表逻辑记忆分测验的延迟回忆区别 AD 和 VaD 的准确率达 80.6%^[13](II 级证据)。韦氏记忆量表逻辑记忆分测验和图形拼凑分测验区别 AD 和路易体痴呆的敏感度和特异度为 81% 和 76%^[14](II 级证据)。

语义性痴呆患者在病程最初的数年内以语义记忆障碍为突出表现,所以,还应当重视对语义记忆的评估(评估词、物、概念、图片、动作的意义),评估方法包括语言流畅性、图片命名、词和图片的定义等。AD 患者也存在语义记忆障碍,但晚于情景记忆。

【推荐】

记忆力评估是痴呆诊断和鉴别诊断的重要环节,尽可能对所有患者进行记忆力评估【A 级推荐】。

记忆力评估应该包括情景记忆和语义记忆【B 级推荐】。

(三)执行功能评估的量表选择

执行功能指有效地启动并完成有目的活动的的能力,是一复杂的过程,涉及计划、启动、顺序、运行、反馈、决策和判断,其核心成分包括抽象思维、工作记忆、定势转移和反应抑制等。执行功能障碍常影响语言流畅性,使患者的语量减少、刻板语言,还导致思维固化、提取障碍、注意缺陷。前额叶皮质的破坏常导致执行功能损害。额叶皮质下性痴呆(VaD、额颞叶痴呆、路易体痴呆、帕金森病痴呆等)执行功能损害相对更突出,相关测验常用于这些痴呆的诊断、疗效评价以及与 AD 的鉴别。

虽然有研究发现血管性认知障碍或痴呆可以存在明显的记忆损害,但目前多认为执行功能障碍是血管性认知障碍或痴呆的突出症状。数字符号测验、语音流畅性测验、数字广度(倒背)和连线测验等执行功能检查识别小血管性认知障碍的敏感度和特异度达 88%,其中连线测验 B-A(B 部分所用的时

间减去 A 部分所用的时间,能更好的反映执行能力)的敏感度和特异度分别为 88% 和 76%^[15](Ⅲ级证据)。执行功能障碍是小血管性痴呆的诊断要点^[16]。2006 年美国神经病学和卒中协会/加拿大卒中网络制定的血管性认知障碍评估草案中优先纳入了执行功能检查,包括语义流畅性分类测验(动物)、语音流畅性(字母)测验、数字-符号转换测验和连线测验。

大量研究表明,帕金森病痴呆和路易体痴呆的注意执行功能损害突出,和 AD 患者比较,DRS 启动与保持因子得分明显降低^[17],韦氏成人智力量表的数字符号亚测验和连线测验也较差^[14]。在路易体痴呆和帕金森病痴呆的国际通用诊断标准中,执行功能损害均是诊断的要点。

有多项执行功能测验,侧重执行功能的不同环节:(1)抽象概括能力:韦氏成人智力量表相似性亚测验、图片完成亚测验;(2)精神灵活性:语音词语流畅性测验、语义词语流畅性测验、口语词语联想测验、 Mattis 痴呆量表的始动-保持分测验;(3)信息处理速度:连线测验 A、数字符号测验、Stroop 测验 A 部分、数字排序测验、字母或图形删除测验等;(4)判断力:韦氏成人智力量表领悟亚测验;(5)推理和转换能力:威斯康星卡片分类测验、连线测验 B、加利福尼亚卡片分类测验、数字-符号匹配;(6)对干扰的抑制能力:Stroop 测验 C 部分;(7)解决问题的能力: Rey 复杂图、伦敦塔测验和迷宫测验等。可根据侧重点的不同选用。

【推荐】

执行功能是鉴别皮质性痴呆和皮质下性痴呆的重要指标,尽可能对所有痴呆患者进行执行功能评估【专家共识】。

对皮质下性痴呆的认知评估应包括执行功能检查【C 级推荐】。

(四) 语言评估的量表选择

语言是进行交流的手段和工具,包括对文字的理解和运用,因脑部病变引起的语言能力受损或丧失称为失语。由于病变部位不同,失语可分为多种类型,有多种表现,患者的表达、理解、复述、命名、阅读和书写都可能受到损害。失语是痴呆的常见症状,但不同原因的痴呆其语言障碍的类型和严重程度不同,对痴呆的鉴别诊断有一定帮助。

AD 患者以情景记忆障碍为突出表现,但也存在语言障碍。早期患者出现寻找合适词语困难、语言空洞无物、理解能力轻度受损,出现书写障碍。随

病情进展,阅读和书写能力进一步减退。至重度,患者出现刻板语言,最后发展为缄默。VaD 患者由于梗死的部位不同,可以导致各种类型的失语,影像学可见相应的病灶。小血管性痴呆和其他皮质下性痴呆(如帕金森病痴呆等)患者的言语少,语音低弱,理解和表达较好。

左侧外侧裂周为主要病变的进行性非流利性失语和语义性痴呆以失语为突出症状,在发展为完全的痴呆前,单纯的失语可存在数年。进行性非流利性失语主要累及额叶和上颞叶,临床类似 Broca 失语,患者言语表达障碍,流利性减退,主要以实词为主,缺乏语法,理解能力相对保留。语义性痴呆主要损及颞叶结构,尤其是颞极,表现为语义记忆障碍,患者命名严重不能,语言空洞,缺乏实词,出现赘语。波士顿命名测验联合 MMSE 能正确区别 84.6% 的语义性痴呆患者和 98.6% 的 AD 患者,总正确率为 96.3%^[18](Ⅲ级证据)。波士顿命名测验联合其他检查区别语义性痴呆、额颞叶痴呆和 AD 的总正确率为 89.2%^[19](Ⅲ级证据)。在语义性痴呆的国际通用诊断标准中,语言障碍是诊断的核心。

失语常用的检查方法包括波士顿命名测验(Boston naming test)、词语流畅性测验(verbal fluency test),更详细的测验包括 Token 测验、北京医科大学第一医院汉语失语成套测验(aphasia battery of Chinese, ABC)和北京医院汉语失语症检查法(Chinese aphasia examination scale)等。此外,许多量表也都包括评估语言的项目,从 MMSE、ADAS-cog、韦氏智力量表中均可选用相关分测验作为测查语言的工具。其中 ABC 涵盖语言表达、理解、复述、命名、阅读和书写等 6 项功能,可对失语进行系统评价,根据表现可以确定失语类型,有助于医师进行定位和定性诊断,在国内失语症的临床和研究中广泛应用。

【推荐】

语言障碍是痴呆认知症状的主要表现之一,尽可能对所有痴呆患者进行语言功能评估【专家共识】。

对语义性痴呆和进行性非流利性失语的患者应进行语言评定【C 级推荐】。

(五) 运用评估的量表选择

失用症又称为运用不能症。在无理解困难、无运动障碍的情况下,患者不能准确执行其所了解的有目的的动作。其中观念性失用是指患者将任务概念化的能力发生障碍,患者不能理解该项任务的总

体概念,不能形成该任务所需的运动型式,临床上患者可以完成简单的动作,但是进行一系列复杂动作的能力下降;观念运动性失用是指概念与行动之间脱节,运动意念与运动的实施之间联系断开,患者不能遵嘱执行有目的的动作,但是可以自发完成;结构性失用是指空间分析和对某一操作进行概念化的能力障碍,导致患者不能将各个不同的部件按正常空间关系组合成一体化的结构。在痴呆初期结构性失用比较多见。

研究发现皮质性痴呆和皮质下性痴呆均存在失用,有失用的 AD 患者病情发展更快^[20]。失用是皮质基底节变性(corticobasal degeneration, CBD)的突出症状之一,是诊断该病的一个核心特征,患者可出现观念运动性失用、运动性失用和观念性失用等各种类型,临床表现为随意运动和模仿动作困难,如不能按指令伸舌、不能穿衣、使用工具困难等。

运用功能的检查方法:让患者做一些动作或模仿一些动作,或者使用一些道具来完成某些操作和指令。如 Alzheimer's 病评估量表认知部分中完成指令、结构性练习和意向性练习测验,韦氏智力量表的积木分测验,汉语失语成套测验中的听指令执行等分测验都可以用作失用的测查。

【推荐】

失用是痴呆的常见症状,尽可能对所有痴呆患者进行运用功能的评估【专家共识】。

对皮质基底节变性患者应进行运用功能的评定【C 级推荐】。

(六) 视空间和结构能力评估的量表选择

视空间结构技能包含两个方面,一是视知觉,二是空间结构能力。视空间结构功能损害与顶枕叶病变相关,是痴呆的常见症状,但不同原因的痴呆其严重程度不同。

AD 患者在早期即可出现视空间功能障碍,患者不能准确地临摹立体图形,不能正确的按照图示组装积木。至中期,患者临摹简单的二维图形错误,生活中不能判断物品的位置。

视空间功能损害在路易体痴呆中更为严重。研究发现路易体痴呆患者的视知觉和空间结构能力明显差于 AD 和帕金森病患者,而且和视幻觉有关。与匹配的 AD 患者比较,路易体痴呆患者临摹交叉五边形(简易精神状态检查中的一个项目)的能力明显下降,该测验鉴别二者的敏感度和特异度分别为 70%~88% 和 57%~59%^[21-22](文献[21]为 II 级证据,文献[22]为 III 级证据)。在路易体痴呆的

国际通用诊断标准中,显著的注意力、执行功能和视空间能力损害是其痴呆的特征表现。

与路易体痴呆不同,额颞叶痴呆的视空间技能损害较轻,患者的积木测验、画钟测验、交叉五边形临摹、Mattis 痴呆评估量表的结构因子成绩均好于 AD 患者^[23]。积木测验联合记忆测验、词语流畅性测验可正确区别 77% 的额颞叶痴呆和 91% 的 AD 患者^[23](III 级证据);结构因子联合记忆因子、启动保持及概念形成因子能正确区别 85% 的 AD 和 76% 的额颞叶痴呆患者^[6](II 级证据)。与此对应,临床上即使到疾病的后期,患者也没有典型的“顶叶”型缺陷的表现,对物体定位无困难,一般不会迷路。在国际通用诊断标准中,感知觉、视空间能力相对保留是额颞叶痴呆的临床特征。

评价视空间结构技能的测验包括 2 大类:一种为图形的临摹或自画,一种为三维图案的拼接。临摹主要反映视空间能力,反应非优势侧大脑半球的功能。而自画和三维图案拼接还需要很多其他认知成分的参与,如对测验的理解、计划性、视觉记忆和图形重建、运动和操作能力、数字记忆、排列能力、抽象思维能力、抗干扰能力、注意力的集中和持久等,这些测验在一定程度上也能够反应执行功能。常用的测验包括:临摹交叉五边形或立方体、画钟测验、Rey-Osterreith 复杂图形测验、韦氏成人智力量表(WAIS)积木测验和重叠图形测试等。

【推荐】

视空间结构功能是痴呆的常见症状,尽可能对所有痴呆患者进行该项功能的评估【C 级推荐】。

二、精神和行为症状评估的量表选择

精神行为症状指痴呆患者经常出现的紊乱的知觉、思维内容、心境及行为等,称为痴呆的精神行为症状(behavioral and psychological symptoms of dementia, BPSD)。常见的表现有焦虑、抑郁、淡漠、激越、妄想、幻觉、睡眠障碍、冲动攻击、怪异行为、饮食障碍、性行为异常等。按症状群可分为神经症性、情感性、精神病性、人格改变和谵妄症状等。BPSD 给患者、家属和照料者造成许多心理痛苦,影响他们的生活质量;加重患者的认知和社会生活功能障碍;使患者提早进入住院治疗阶段;增加医疗费用和护理负担。几乎所有痴呆患者在病程某一阶段都表现有精神行为症状,但在某些痴呆类型中 BPSD 更突出。正确评估 BPSD 不仅对痴呆的诊断及指导治疗有重要意义,而且有利于对痴呆患者的综合管理。

AD 患者最常见的精神行为症状为淡漠(72%)、

激越(60%)、抑郁焦虑(48%)和易怒(42%)^[24]。其中淡漠、抑郁和焦虑出现较早,而幻觉和激越出现在病程的中晚期。

人格改变和社会行为异常是额颞叶痴呆最早、最突出的症状,而且贯穿于疾病的全程,是该病的核心诊断特征。研究发现额叶行为问卷区别额颞叶痴呆和其他类型痴呆(AD、VaD)的敏感度和特异度分别为 97% 和 95%^[25](Ⅲ级证据),刻板行为、饮食习惯改变、社会规范意识丧失区别额颞叶痴呆和 AD 的准确率为 71.4%^[26](Ⅲ级证据),神经精神问卷也有助于区别额颞叶痴呆和 AD^[27](Ⅲ级证据)。

反复发作的详细成形的视幻觉是路易体痴呆的核心特征之一,见于 44.1%~73.0% 的患者^[28,29],其他精神行为症状如淡漠、抑郁、焦虑、睡眠障碍、妄想,激越也常见。视幻觉对区别路易体痴呆和 AD 的特异度达 99%^[30](Ⅱ级证据)。视幻觉还见于 50% 的帕金森病患者。综合分析,视幻觉诊断路易体病(包括路易体痴呆和帕金森病)的特异度达 92.9%,但敏感度偏低(51.7%)^[29](Ⅱ级证据)。研究还发现视幻觉只见于 7% 的非路易体帕金森综合征,所以,该症状有助于鉴别帕金森病和非路易体的帕金森综合征^[29](Ⅱ级证据)。

痴呆伴随的躯体疾病可能引起或加重 BPSD,如肺部或泌尿系感染,肝肾疾病等,应当注意寻找相关原因。另外,某些药物引发的不良反应也是 BPSD 的原因之一,如苯海拉明、一些抗心律失常药(磷酸双异丙吡胺)、组织胺受体阻断剂(雷尼替丁)、镇静催眠药等都可能会导致痴呆患者产生精神症状^[31-32]。避免不必要的用药、小剂量使用、及早发现精神症状并予以恰当的评估及干预可能是降低 BPSD 的有效方法。

评估 BPSD 常用阿尔茨海默病行为病理评定量表(the behavioral pathology in Alzheimer's disease rating scale, BEHAVE-AD),Cohen-Mansfield 激越问卷(Cohen-Mansfield agitation inventory, CMAI)和神经精神症状问卷(neuropsychiatric inventory, NPI),通常需要依赖知情者提供的信息进行评测。这些量表不仅能够发现症状的有无,还能够评价症状的频率、严重程度以及对照料者造成的负担,重复评估还能监测治疗和干预的效果。应该注意,评定抑郁情绪不要依赖于体重减轻、食欲改变、睡眠障碍和精神迟缓,因为这些症状均可以由痴呆导致,应该询问抑郁的核心症状:悲观忧愁、无用感、绝望感、希望死亡或自杀等。

【推荐】

评估精神行为症状有利于痴呆的鉴别诊断和疗效评价,推荐对所有的患者进行【B 级推荐】。

应尽可能询问患者本人及照料者相关的精神行为症状【专家共识】。

应当考虑到伴随的躯体疾病或药物副作用可能是导致 BPSD 的原因【专家共识】。

三、日常能力评估的量表选择

日常能力包括 2 个方面:基本日常能力(basic activities of daily living, BADL)和工具性日常生活能力(instrumental activities of daily living, IADL),前者指独立生活所必须的基本功能,如穿衣、吃饭、如厕等,后者包括复杂的日常或社会活动能力,如出访、工作、家务能力等,需要更多认知功能的参与。

日常能力减退是痴呆的核心症状之一。轻度痴呆患者可造成复杂日常能力损害;中度患者基本日常能力亦衰退,不能完全自理;重度患者日常能力完全丧失。日常能力减退是诊断痴呆的必须条件,对其评估能够帮助识别痴呆患者。工具性日常能力是人群中痴呆筛查的有效工具,敏感度和特异度分别达 87.2%~95.1% 和 74.7%~90.3%,荟萃后分别为 90.2% 和 78.8%^[33-34](Ⅰ级证据)。与认知测验相比,日常能力评估受被试文化程度的影响较小,更适用于农村及低教育程度人群中痴呆的筛查^[35](Ⅰ级证据)。

MCI 患者的复杂社会功能也存在一定程度的损害,而且患者完成相同日常活动所耗的时间明显长于正常老年人^[36],国际 MCI 工作组和欧洲阿尔茨海默病联合会 MCI 工作组的诊断标准中均认为患者有复杂日常能力的减退。研究发现阿尔茨海默病协作研究组 MCI 日常活动量表(Alzheimer's disease cooperative study scale for ADL in MCI, ADCS-MCI-ADL)对诊断 MCI 的敏感度和特异度分别达 89% 和 97%,提示复杂日常功能评估能够帮助识别和诊断 MCI 患者^[37](Ⅱ级证据)。另外,日常能力评估还有助于预测 MCI 的转归,随访研究发现复杂的工具性能力或社会功能损害预示 MCI 患者向痴呆转化,尤其当知情者报告患者功能减退,而患者本人否认时这种预测作用更强^[38-39](Ⅱ级证据)。

日常活动能力的改变与认知的改变密切相关,能够敏感的反应患者病情的变化,相关量表是评估 MCI 和痴呆患者病情发展的有力工具。

日常活动能力是抗痴呆药物疗效评估指标之一。抗痴呆药物疗效评估一般包括 4 个方面:认知

能力、总体评估、日常功能和精神行为症状,越来越多的研究纳入对日常功能的评估,以全面的反映药物的治疗效果。目前,日常能力仍多作为次要疗效指标,但学者建议在新的研究中,应使用效度好、国际通用的日常活动力量表作为抗痴呆药物的首要疗效指标^[40]。

日常能力减退的领域和程度直接决定患者需要的照料措施和数量,日常能力评估能够帮助护理人员对周围环境进行适当调整(如环境的安全性),能够帮助制定合适的护理目标和策略,而且能帮助医生判断患者是否需要专人照料或者入住专业护理机构。

综上,日常能力评估在认知障碍和痴呆的诊疗中具有重要的作用,能够帮助:(1)确定患者有无认知障碍或者痴呆;(2)监测病情的进展;(3)评价治疗效果;(4)制定或调整护理计划;(5)了解患者的残存能力,通过促进残余能力提高生活质量。

由于认知下降,大部分痴呆患者不能客观的评价自己的日常能力,MCI 患者对自己日常功能的评价和照料者间也不一致,应当根据患者本人和知情者的报告综合评估患者的日常能力。评价日常能力应用标准的量表,常用的量表包括阿尔茨海默病协作研究日常力量表(Alzheimer disease cooperative study ADL, ADCS-ADL)、Lawton 工具性日常活动力量表(instrumental ADL scale of Lawton)、社会功能问卷(functional activities questionnaire, FAQ)、进行性恶化评分(progressive deterioration scale, PDS)和痴呆残疾评估(disability assessment for dementia, DAD)等。其中 FAQ 和工具性日常活动力量表涉及复杂的社会功能和日常活动,适用于较轻患者的评价。重度痴呆患者应该另选相应的评定量表,如阿尔茨海默病协作研究重度患者日常力量表(ADCS-ADL-severe)。

【推荐】

由认知障碍导致的日常能力减退是诊断痴呆的必须条件,复杂日常能力的减退亦有助于 MCI 的诊断,应当对所有患者进行日常能力的评定【A 级推荐】。

临床医师应当会晤患者本人和知情者,综合评价患者日常活动能力【专家共识】。

对日常能力的评估应当使用标准的量表,并定期复查(6 个月),以了解病情的进展及评价干预效果【专家共识】。

志谢 本指南由中华医学会神经病学分会痴呆与认知障碍学组和中

国阿尔茨海默病协会(ADC)组织撰写

(《中国痴呆与认知障碍诊治指南(四):辅助检查及其选择》见本刊 2011 年 91 卷第 13 期 867-875 页)

参 考 文 献

- [1] Mitchell AJ. A meta-analysis of the accuracy of the mini-mental state examination in the detection of dementia and mild cognitive impairment. *J Psychiatr Res*, 2009, 43:411-431.
- [2] Nasreddine ZS, Phillips NA, Bedirian V, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc*, 2005, 53:695-699.
- [3] Hoops S, Nazem S, Siderowf AD, et al. Validity of the MoCA and MMSE in the detection of MCI and dementia in Parkinson disease. *Neurology*, 2009, 73:1738-1745.
- [4] 温洪波, 张振馨, 牛富生, 等. 北京地区蒙特利尔认知量表的应用研究. *中华内科杂志*, 2008, 47:36-39.
- [5] Dujardin K, Devos D, Duhem S, et al. Utility of the Mattis dementia rating scale to assess the efficacy of rivastigmine in dementia associated with Parkinson's disease. *J Neurol*, 2006, 253:1154-1159.
- [6] Rascovsky K, Salmon DP, Hansen LA, et al. Distinct cognitive profiles and rates of decline on the Mattis Dementia Rating Scale in autopsy-confirmed frontotemporal dementia and Alzheimer's disease. *J Int Neuropsychol Soc*, 2008, 14:373-383.
- [7] Food and Drug Administration. Peripheral and Central Nervous System Drugs Advisory Committee Meeting. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, Public Health Service, 1989:227.
- [8] Ylikoski R, Jokinen H, Andersen P, et al. Comparison of the Alzheimer's Disease Assessment Scale Cognitive Subscale and the Vascular Dementia Assessment Scale in differentiating elderly individuals with different degrees of white matter changes. *The LADIS Study. Dement Geriatr Cogn Disord*, 2007, 24:73-81.
- [9] Lachner G, Engel RR. Differentiation of dementia and depression by memory tests. A meta-analysis. *J Nerv Ment Dis*, 1994, 182:34-39.
- [10] Welsh K, Butters N, Hughes J, et al. Detection of abnormal memory decline in mild cases of Alzheimer's disease using CERAD neuropsychological measures. *Arch Neurol*, 1991, 48:278-281.
- [11] Tierney MC, Yao C, Kiss A, et al. Neuropsychological tests accurately predict incident Alzheimer disease after 5 and 10 years. *Neurology*, 2005, 64:1853-1859.
- [12] Cahn-Weiner DA, Grace J, Ott BR, et al. Cognitive and behavioral features discriminate between Alzheimer's and Parkinson's disease. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol*, 2002, 15:79-87.
- [13] Graham NL, Emery T, Hodges JR. Distinctive cognitive profiles in Alzheimer's disease and subcortical vascular dementia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2004, 75:61-71.
- [14] Oda H, Yamamoto Y, Maeda K. The neuropsychological profile in dementia with Lewy bodies and Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2009, 24:125-131.
- [15] O'Sullivan M, Morris RC, Markus HS. Brief cognitive assessment for patients with cerebral small vessel disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2005, 76:1140-1145.
- [16] Roman GC, Erkinjuntti T, Wallin A, et al. Subcortical ischaemic vascular dementia. *Lancet Neurol*, 2002, 1:426-436.
- [17] Aarsland D, Litvan I, Salmon D, et al. Performance on the dementia rating scale in Parkinson's disease with dementia and dementia with Lewy bodies: comparison with progressive supranuclear palsy and Alzheimer's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2003, 74:1215-1220.

- [18] Diehl J, Monsch AU, Aebi C, et al. Frontotemporal dementia, semantic dementia, and Alzheimer's disease: the contribution of standard neuropsychological tests to differential diagnosis. *J Geriatr Psychiatry Neurol*, 2005, 18:39-44.
- [19] Kramer JH, Jurik J, Sha SJ, et al. Distinctive neuropsychological patterns in frontotemporal dementia, semantic dementia, and Alzheimer disease. *Cogn Behav Neurol*, 2003, 16:211-218.
- [20] Yesavage JA, Brooks JO 3rd, Taylor J, et al. Development of aphasia, apraxia, and agnosia and decline in Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry*, 1993, 150:742-747.
- [21] Cormack F, Aarsland D, Ballard C, et al. Pentagon drawing and neuropsychological performance in Dementia with Lewy Bodies, Alzheimer's disease, Parkinson's disease and Parkinson's disease with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2004, 19:371-377.
- [22] Ala TA, Hughes LF, Kyrkouac GA, et al. Pentagon copying is more impaired in dementia with Lewy bodies than in Alzheimer's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2001, 70:483-488.
- [23] Rascovsky K, Salmon DP, Ho CJ, et al. Cognitive profiles differ in autopsy-confirmed frontotemporal dementia and AD. *Neurology*, 2002, 58:1801-1808.
- [24] Mega MS, Cummings JL, Fiorello T, et al. The spectrum of behavioral changes in Alzheimer's disease. *Neurology*, 1996, 46:130-135.
- [25] Milan G, Lamenza F, Iavarone A, et al. Frontal Behavioural Inventory in the differential diagnosis of dementia. *Acta Neurol Scand*, 2008, 117:260-265.
- [26] Bozeat S, Gregory CA, Ralph MA, et al. Which neuropsychiatric and behavioural features distinguish frontal and temporal variants of frontotemporal dementia from Alzheimer's disease? *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2000, 69:178-186.
- [27] Perri R, Koch G, Carlesimo GA, et al. Alzheimer's disease and frontal variant of frontotemporal dementia-- a very brief battery for cognitive and behavioural distinction. *J Neurol*, 2005, 252:1238-1244.
- [28] Farina E, Baglio F, Caffarra P, et al. Frequency and clinical features of Lewy body dementia in Italian memory clinics. *Acta Bio Med*, 2009, 80:57-64.
- [29] Williams DR, Lees AJ. Visual hallucinations in the diagnosis of idiopathic Parkinson's disease: a retrospective autopsy study. *Lancet Neurol*, 2005, 4:605-610.
- [30] Tiraboschi P, Salmon DP, Hansen LA, et al. What best differentiates Lewy body from Alzheimer's disease in early-stage dementia? *Brain*, 2006, 129:729-735.
- [31] Cummings JL, Mega M, Gray K, et al. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, 1994, 44:2308-2314.
- [32] Gustavson AR, Cummings JL. Assessment and Treatment of Neuropsychiatric Symptoms in Alzheimer's disease//Richter RW, Richter ZR, eds. *Alzheimer's Disease. A Physician's Guide to Practical Management*. Totowa, NJ: Humana Press, 2004: 371-385.
- [33] Juva K, Makela M, Erkinjuntti T, et al. Functional assessment scales in detecting dementia. *Age Ageing*, 1997, 26:393-400.
- [34] Castilla-Rilo J, Lopez-Arrieta J, Bermejo-Pareja F, et al. Instrumental activities of daily living in the screening of dementia in population studies: a systematic review and meta-analysis. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2007, 22:829-836.
- [35] Iavarone A, Milan G, Vargas G, et al. Role of functional performance in diagnosis of dementia in elderly people with low educational level living in Southern Italy. *Aging Clin Exp Res*, 2007, 19:104-109.
- [36] Wadley VG, Okonkwo O, Crowe M, et al. Mild cognitive impairment and everyday function: evidence of reduced speed in performing instrumental activities of daily living. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2008, 16:416-424.
- [37] Pernecky R, Pohl C, Sorg C, et al. Complex activities of daily living in mild cognitive impairment: conceptual and diagnostic issues. *Age Ageing*, 2006, 35:240-245.
- [38] Hsiung CY, Alipour S, Jacova C, et al. Transition from cognitively impaired not demented to Alzheimer's disease: an analysis of changes in functional abilities in a dementia clinic cohort. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 2008, 25:483-490.
- [39] Tabert MH, Albert SM, Borukhova-Milov L, et al. Functional deficits in patients with mild cognitive impairment: prediction of AD. *Neurology*, 2002, 58:758-764.
- [40] Cummings JL, Schneider L, Tariot PN, et al. Reduction of behavioral disturbances and caregiver distress by galantamine in patients with Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry*, 2004, 161:532-538.

(收稿日期:2011-01-17)

(本文编辑:朱瑶)

中华医学会第十六次全国风湿病学术会议征文通知

中华医学会风湿病学分会定于 2010 年 6 月 15—17 日在湖南省长沙市召开第十六次全国风湿病学术会议。会议将邀请 10 余位国际知名风湿病相关专业学者作专题报告。同时欢迎国内其他相关专业的医师及研究者参会及投稿,包括:中医风湿病、中西医结合风湿病、肾脏病、呼吸病、皮肤病、神经内科、血液科、儿科、骨科及临床免疫等,共同探讨风湿病及其相关的临床问题。会议有关事项如下:(1)征文内容:风湿免疫性疾病的流行病学研究、病因病理、发病机制、临床诊断及治疗等。(2)征文要求:论文须未在杂志上发表

和未在全国学术会议上交流过;请寄 600~800 字电子版摘要;Email:guochunwang2005@yahoo.com.cn。摘要应包括目的、方法、结果和结论 4 部分。摘要中不要附图表。本次年会不接受纸质稿件。(3)征文截稿日期:2011 年 3 月 31 日。(4)会前培训研讨班:会前将举行面向年轻学者的培训研讨班,时间为 2011 年 6 月 15 日上午;免费报名,报名截止时间 2011 年 5 月 1 日;报名地址:guochunwang2005@yahoo.com.cn。有关大会的各项新通知将陆续在中华风湿网(<http://www.craweb.org>)和中华风湿病杂志上发布。