

• 专题研究 •

神经心理量表在痴呆研究中的应用

王荫华

[关键词] 神经心理量表;痴呆;综述

中图分类号:R749.1 文献标识码:A 文章编号:1006-9771(2002)07-0385-03

1 临床神经心理学检查的目的

临床神经心理学是一个新的学科分支,其研究核心是大脑和行为的联系,研究重点是大脑高级机能障碍的诊断、分型、鉴别诊断、预后和治疗。临床心理学家应用心理测验的方法测定大脑损伤患者的认知、知觉、感觉-运动技能、思维、记忆、注意、情绪、个性等方面的心理能力,不断形成一些有效的、专门的神经心理学测验。这不仅是进行大脑-行为相互关系的神经心理学理论研究所必不可少的手段,也给神经病学提供了一些客观的评定方法。临床神经心理学研究表明,患者的认知能力因损害部位和性质的不同,而出现不同方面的障碍,因此,测定某些认知功能障碍,能对损害部位的确定提供有价值的线索,为临床神经病学提供更精确的疾病定位、定性诊断。

临床神经心理学检查的目的^[1]:①为大脑损伤病例提供定侧、定位诊断的症状学依据;②提供病因诊断和鉴别诊断的依据;③提供疾病严重程度的依据;④提供疗效判定和预后评定的标准;⑤为制定高级神经机能的康复治疗程序和康复措施提供心理学依据;⑥测验方法本身也是一种康复训练手段。

2 痴呆的诊断

痴呆是有大脑多方面高级精神机能减退的综合征^[2],是一种获得性、持续性智能障碍,即在无意识障碍的情况下,在认知、记忆、语言、视空间技能、情感或人格等 5 项心理活动中,有认知和记忆功能障碍和后 3 项中至少 1 项功能缺损,且影响其社会、生活活动能力者。故诊断痴呆时要进行患者精神状态的全面检查,检查内容应包括:觉醒状态、心境和情感、行为举止和仪表、语言功能、视空间功能、有关的皮质功能(如失

认、失用)、记忆功能、认知功能、思想内容(幻觉、妄想等)等。在观察评定时把握痴呆症状的全貌很重要。

2.1 意识障碍的评定 根据痴呆的定义,痴呆是在无意识障碍时的智能缺损。判断患者有无意识障碍及意识障碍的程度是检查与诊断痴呆的前提。如果能对所给予的刺激性质和反应的特征加以描述,就能提供对意识水平的定量依据。国外已有多种评定意识障碍比较简单、可靠、易于判断和数量化的方法,如:Glasgow 昏迷量表(Glasgow Coma Scale)^[3]和 3-3-9 度意识障碍评定法^[4]。痴呆检查的第 2 个前提是排除患者注意力不集中的问题,可用数字矩(让患者顺背或倒背几位数字)或观察患者说话内容是否连贯等方法进行评定。

2.1.1 Glasgow 昏迷量表 Glasgow 于 1974 年创用此昏迷量表,其优点为简单实用,判断客观。客观指标有睁眼、语言、运动 3 项共 15 级。满分 15 分为正常,12—14 分为轻度异常,9—11 分为中度异常,3—8 分为重度异常(8 分以下为昏迷,3 分有的已属于脑死亡或预后不良)。具体内容为:①睁眼:自动睁眼(4 分),呼之睁眼(3 分),疼痛睁眼(2 分),从不睁眼(1 分);②回答:切题(5 分),不切题(4 分),答非所问(3 分),难辨之声(2 分),毫无反应(1 分);③动作:遵嘱动作(6 分),刺激时有定位动作(5 分),针刺时回缩躲避(4 分),针刺时上肢屈曲(3 分),针刺时上肢伸直(2 分),针刺时毫无反应(1 分)。

2.1.2 3-3-9 度意识障碍评定法:①I 类(无刺激也处于觉醒状态)3 级:0:意识清楚;1:意识清楚,有一过性意识模糊;2:有定向力障碍;3:不能说出自己的姓名、年龄和出生年、月、日。②II 类(无刺激时处于闭眼状态)3 级:10:一般的呼唤很快睁眼,可做有目的的动作,并能对话,但错误多;20:大声呼唤推动才睁眼,可执行指令做些简单动作;30:强痛刺激或反复呼唤,可勉强睁眼。③III 类(有疼痛刺激也不醒)3 级:100:对疼痛刺激有抗拒等防御性动作;200:对疼痛刺激手足有少许动作,面部有表情;300:对疼痛刺激完全无反应。

2.2 常用的有关痴呆的成套测验 临床神经心理学测定高级神经机能状况的成套测验,能为大脑疾患患者的诊断和治疗提供帮助,已成为临床神经病学的重要措施之一。它在理论上能从病理角度提供扎实的基

基金项目:北京市科学技术委员会老年疾病的预防治疗(No.

H010210550113)

作者单位:100034 北京市,北京大学第一医院神经内科。作者简介:

王荫华(1942-),女,硕士,教授,博士生导师,中国阿尔茨海默病协会副主席,中国老年性痴呆科学家协会理事会理事,中国药理学会抗衰老与老年痴呆专业委员会理事。曾获国家教委科技进步一等奖、卫生部科技进步二等奖、北京市科技进步二等奖,主要研究方向:临床神经心理学、认知神经心理学、老年期痴呆的临床与基础研究。

本资料,以说明心理行为与大脑的关系;在实践上,能为临床神经病学医师提供更精确的疾病定位、定性诊断依据。常用的测验有:Halstead-Reitan 神经心理成套测验(H. R.)^[5]、Luria-Nebraska 神经心理成套测验(LNNB)^[11]、韦氏成人智力量表(Wechsler Adult Intelligence Scale, WAIS)^[6]、韦氏记忆量表(Wechsler Memory Scale, WMS)^[7]、临床记忆量表^[8]、波士顿诊断性失语检查(Boston Diagnostic Aphasia Examination)^[9]、西方失语成套测验(Western Aphasia Battery)^[10]、北医大汉语失语检查法(Aphasia Battery of Chinese, ABC)^[11]、北京医院汉语失语症检查法^[12]、波士顿命名测验(Boston Naming Test)、本德尔格式塔测验(Bender Gestalt Test)^[13]、瑞文测验(Raven's Progressive Matrices)^[14]、Rey 复杂图(Rey's Complex Figure Test)、老年画线追踪测验(Trail Marking Test)、卡片分类测验(Wisconsin Card Sorting Test)、符号数字模式测验(Symbol Digit Modalities Test)^[15]、明尼苏达多相人格调查表(Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI)^[16]、老年抑郁量表(The Geriatric Depression Scale, GDS)^[17]等。

2.3 痴呆量表的目的和局限性^[18] 传统的认知功能评估手段,如成套的神经心理学测验、智力测验和记忆测验等,由于结构较复杂,测验技术要求高,花费时间较多等原因,在临床应用中受到限制。近年来出现了一类结构简单、检查及评分方便、花费时间少的量表,在国内外有关痴呆的研究和临床工作中,越来越广泛地得到应用。

2.3.1 目的:①有助于建立痴呆的诊断:量表中的一类属于认知功能量表,另一类属于因智能减退而影响社会生活功能的量表,两方面均有缺陷时,有助于建立痴呆的诊断;②有助于在临床诊断中鉴别血管性痴呆和 Alzheimer 病(AD);可用 Hachinski 缺血积分表、天平法、Alzheimer 型痴呆诊断性临床特征调查表(DAT)等,诊断正确率甚高;③有助于量化评定痴呆的严重程度,便于交流和比较;④有助于检测痴呆的附加症状,如情感障碍、人格障碍和行为障碍等(如幻觉、妄想、睡眠障碍、焦虑、抑郁等),情感或人格的改变也是痴呆的诊断依据之一;⑤有助于与假性痴呆鉴别,如抑郁量表可有助于排除“抑郁性假性痴呆”。

2.3.2 局限性 痴呆量表是测查痴呆的有力工具,它除了简便、易行、省时、易推广等优点外,还有规范化和数量化的两大优点。不但可以作出患者有或无痴呆的定性诊断,还有助于早期定量诊断痴呆的严重程度,并可作治疗前后的疗效判断标准,有利于资料的交流和比较,对于临床教学和研究,都是很有用的工具。

痴呆量表虽有上述许多优点,但它也有局限性的。首先,没有也不可能具有敏感性和特异性均达 100% 的量

表。另外,由于这类量表侧重于简易,必然只能侧重于智能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。因此,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^[19-21]。例如:诊断痴呆应在认知功能量表和社会/生活功能量表中各选其一进行评定,因为痴呆的诊断需要有智力障碍及其所致的社会/生活功能障碍两方面的证据才能成立;如患者已不能接受检查,则应使用知情人的观察测评类量表;如需鉴别 AD 和多梗死性痴呆(MID),则应使用 Hachinski 缺血积分^[22]、天平法^[22]或 DAT 诊断性临床特征调查表^[23];如需鉴别真、假性痴呆,可用抑郁量表,可与谵妄、角回综合征等鉴别^[24];痴呆的筛选和痴呆的研究应选用不同的量表。

痴呆量表的最大局限性是不能代替临床医师的思维和判断,不能取代临床诊断。他们是诊断的重要参考资料,必须结合临床才能下结论,即使是正规的智能量表(如 WAIS)也不能仅靠智商(IQ)诊断痴呆。这一点是我们临床神经病学医师必须加以注意的。

3 老年性痴呆的诊断与鉴别诊断

痴呆可根据很多方法进行分类,如:依病因可分为原发性痴呆和继发性痴呆;依基本病理可分为变性性痴呆、代谢性痴呆和血管性痴呆;依解剖定位可分为皮质性痴呆、额叶-皮质下痴呆、中线痴呆和混合型痴呆。

痴呆的病因很多,不同的痴呆病变累及大脑不同部位的组织结构,因此产生不同的痴呆神经心理学缺陷模式,并根据主要的有关神经解剖学的部位命名,如皮质性痴呆和皮质下痴呆。皮质性痴呆典型地首先侵犯大脑皮质,其痴呆特点为以认知缺陷为特征,可有失语、失算、失用、失认,如 AD;皮质下痴呆病变在基底神经节、丘脑和脑干;多梗死性痴呆同时累及大脑皮质和皮质下结构,故称为混合型痴呆。

根据下列步骤可使大多数表现为进行性智能衰退的痴呆找到病因:有无皮质性特征(失语、失认、失用、失算等)? → 有无多发性缺血发作特征? → 有无运动障碍? → 有无明显的情感障碍? → 有无脑积水?

根据美国精神医学会“精神障碍诊断与统计手册第 4 版(DSM-IV)”^[25]及美国国立神经病语言障碍卒中研究所-Alzheimer 病及相关疾病协会(NINCDS-ADRDA)规定的 AD 诊断标准^[26],AD 的诊断与鉴别诊断步骤应为^[26]:①是否痴呆?即“是真性痴呆还是假性痴呆”?此时应与抑郁等假性痴呆、急性谵妄状态和局灶性认知缺损(如角回综合征)、甚至失语症等相鉴别,其中精神状态检查是诊断痴呆的关键;②是哪一种类型

的痴呆?即病因诊断;是否 AD?需要经过如下的鉴别诊断;是皮质性痴呆还是皮质下痴呆?是 AD 还是 Pick 病?是 AD 还是 MID?

参考文献

- [1]李心天.医学心理学[M].北京:人民卫生出版社,1991. 110—114.
- [2]戴三冬,高素荣.痴呆诊断标准的应用及评价[J].实用内科杂志,1993,13(6):371—373.
- [3]黄如训.急性脑衰竭(内部资料)[C].45—47.
- [4]郑建仲,田时雨.神经病诊断学[M].第2版.上海:上海科学技术出版社,1991.72—73.
- [5]龚耀先.修订 H.R. 神经心理成套测验手册[M].湖南医学院,1986.
- [6]龚耀先.修订韦氏成人智力量表手册[M].湖南医学院,1982.
- [7]龚耀先.修订韦氏记忆量表手册[M].湖南医科大学,1989.
- [8]许淑莲,吴振云,孙长华,等.临床记忆量表手册[M].中国科学院心理研究所,1984.
- [9]Naeser MA, Hayward RW. Lesion localization in aphasia with cranial computed tomography and Boston Diagnostic Aphasia Examination [J]. Neurology, 1979, 28: 545.
- [10]Kertesz A. Western Aphasia Battery [M]. New York: Grune & Stratton, 1982.
- [11]高素荣,栢月发,石舜琴,等.汉语失语检查法标准化的研究[J].中国心理卫生杂志,1992,6(3):125.
- [12]王新德,高素荣,汤慈美,等.汉语失语症检查法(草案)[J].中华神经精神杂志,1988,21(4):252—254.
- [13]加藤伸司,本间昭.各种知的机能テストについて(痴呆と关联して)[J]. Pharma Medica, 1987, 5(7): 72—77.
- [14]蔡晓杰,陈海波,王新德.瑞文测验在脑血管病患者中的应用及意义[J].脑与神经疾病杂志,1994,2(1):11—12.
- [15]王荫华.痴呆的神经心理学检查[A].见:高素荣,袁锦楣.痴呆诊疗学[C].北京:北京科学技术出版社,1998.253—266.
- [16]Rogerl. Greene: MMPI-2/ MMPI An Interpretive Manual[M]. Allyn and Bacon, 1991.
- [17]Brink TL, Yesavage JA, Lum O, et al. Screening tests for depression[J]. Clinical Gerontologist, 1982, 1: 37—43.
- [18]张明园.量表在痴呆诊断中的作用[J].实用内科杂志,1993,13(6):337—340.
- [19]王荫华,朱茜,贾纪荣. Kohs 立方体组合测验在脑卒中患者中的应用[J].中国心理卫生杂志,1995,9(1):22—23.
- [20]王荫华,朱茜. Token Test 与汉语失语症[J].北京医科大学学报,1995,27(1):50—52.
- [21]王荫华,陈清棠,赵玉宾,等.痴呆患者 423 例 MMSE 和 BBS 测试结果分析[J].中华神经精神科杂志,1996,29(3):160—163.
- [22]韩仲岩,杨任民.多梗塞性痴呆与 Alzheimer 病痴呆[J].国外医学内科学分册,1989,16(6):241—244.
- [23]王新德译.阿尔茨海默型痴呆诊断性临床特征调查表[J].国外医学老年医学分册,1987,8:113—117.
- [24]王荫华.老年性痴呆的神经心理学[A].见:盛树力.老年性痴呆:从分子生物学到临床诊治[C].北京:科学技术文献出版社,1998.23—42.
- [25]American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th (DSM-IV) [M]. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
- [26]McKhann G, Drachman D, Folstein M, et al. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: Report of the NINCDS-ADRDA work group under the auspices of department of health and an services taskhum force on Alzheimer's disease[J]. Neurol, 1984, 939—944.