

美国国立卫生研究院卒中量表（NIH Stroke Scale, NIHSS）叩诊锤翻译版



2007-08-25

按表中的顺序检查卒中量表的项目。每个项目查完要记录结果。不要返回前面改变得分。遵循每一项检查的指导。得分要反映患者做了什么，而不是临床医生认为患者能做什么。医生要一边检查一边记录，快速评定。除非特别说明，患者不应被辅导（也就是，重复要求患者以使其表现更好）。

项 目	评 分 标 准	得 分
<p>1a. 意识水平: 即使因气管插管、语言障碍、口腔气管创伤及绷带包扎等，不能全面评价，检查者也必须选择 1 个反应。只有在伤害性刺激不能引起患者的（除反射性体位以外的）任何活动时，才能记 3 分。</p>	<p>0= 清醒；反应灵敏。 1= 不清醒；轻微刺激能唤醒，可遵从命令、回答问题、做出反应。 2= 不清醒；需反复刺激才有注意，或者反应迟钝需要强烈或疼痛的刺激才有活动（非刻板的） 3= 仅有反射性活动或植物效应或完全无反应、软瘫、无反射</p>	——
<p>1b. 意识水平提问: 询问患者当前月份及其年龄。回答必须正确—不能按接近程度给予部分打分。不能理解问题的失语和昏睡者记 2 分。因气管插管、口腔气管创伤、任何原因引起的严重构音障碍、语言障碍或不是继发于失语的任何其他原因，导致不能言语，记 1 分。仅对最初回答评分。检查者不能给予其言语或非言语的提示。</p>	<p>0= 两个问题回答均正确。 1= 一个问题回答正确。 2= 两个问题回答均不正确。</p>	——
<p>1c. 意识水平指令: 先让患者睁眼和闭眼，再让患者非瘫痪侧握拳和伸掌。如果手不能使用，用另一种一步指令代替。有明确尝试但因为无力而不能完成的也算正确。若患者对指令无反应，检查者要给予演示（打手势），然后根据结果（如：遵从了 0 个、1 个或 2 个指令）打分。有创伤、截肢或其他生理障碍者，应予适当的一步指令。仅对最初反应评分。</p>	<p>0= 两项任务执行均正确。 1= 一项任务执行正确。 2= 两项任务执行均不正确。</p>	——
<p>2. 最佳凝视: 只测试水平眼球运动。对随意或反射性（眼头反射）眼球运动记分，但不要做冷热水试验。若患者的共轭性眼球偏斜能被随意或反射性活动克服，记 1 分。若为孤立的周围神经麻痹（III、IV、VI 颅神经），记 1 分。对所有失语者，凝视是可以检查的。有眼球创伤、绷带包扎、早已失明或有其他视力或视野损害者，应当检查其反射性运动，这由检查者来决定。与患者的目光接触，然后从一侧向另一侧移动，偶尔能发现部分性凝视麻痹。</p>	<p>0= 正常 1= 部分性凝视麻痹；单眼或双眼凝视异常，但无强迫偏斜或完全凝视麻痹。 2= 强迫偏斜，或不能被头眼反射克服的完全凝视麻痹。</p>	——

<p>3. 视野: 用对诊法检查视野（上下象限），要正确选用指数或视威胁。可引导患者。但若正确地看向有手指活动的那一侧，记为正常。若单眼盲或眼球摘除，按剩余的那一只眼评分。如发现明确的不对称，包括象限盲，记 1 分。若全盲，无论什么原因导致，记 3 分。此时做双侧同时刺激，如果有视觉消退，记 1 分，结果用于问题 11。</p>	<p>0= 无视野缺损。 1= 部分偏盲。 2= 完全偏盲。 3= 双侧偏盲（盲，包括皮质盲）。</p>	<p>——</p>
<p>4. 面瘫: 言语指令或动作示意，要求患者示齿或扬眉和闭眼。对反应差或不能理解的患者，根据伤害性刺激时表情的对称性评分。有面部创伤/绷带、经口气管插管、胶带或其他物理障碍影响面部检查时，应尽可能移开。</p>	<p>0= 正常对称运动 1= 轻微瘫痪（鼻唇沟变平，微笑时不对称）。 2= 部分瘫痪（下面部完全或几乎完全瘫痪）。 3= 一侧或双侧完全瘫痪（上下面部运动消失）。</p>	<p>——</p>
<p>5. 上肢运动: 将肢体置于合适的位置：伸臂（掌心向下）90°（坐位）或 45°（仰卧）。根据上肢是否在 10 秒内落下，给漂移评分。对失语者用声音或手势引导，不用伤害性刺激。依次检查每个肢体，从非瘫痪侧上肢开始。只有在截肢或肩关节融和时，才记为无法测（UN），要写明原因。</p>	<p>0= 无漂移；肢体置于 90°（或 45°）能坚持 10 秒。 1= 漂移；肢体置于 90°（或 45°），但不到 10 秒即向下漂移；不碰到床或其他支持物。 2= 部分抵抗重力；肢体不能伸到或维持在（引导下 90°（或 45°），向下漂移到床，但能部分抵抗重力。 3= 不能抵抗重力；肢体落下 4= 无运动 UN= 截肢或关节融合，解释： 5a 左上肢； 5b 右上肢</p>	<p>—— ——</p>
<p>6. 下肢运动: 将肢体置于合适的位置：抬腿 30°（一定是仰卧位）。根据下肢是否在 5 秒内落下，给漂移评分。对失语者用声音或手势引导，不用伤害性刺激。依次检查每个肢体，从非瘫痪侧下肢开始。只有在截肢或髋关节融和时，才记为无法测（UN），要写明原因。</p>	<p>0= 无漂移；下肢置于 30°能坚持 5 秒。 1= 漂移；下肢在接近 5 秒时落下，但不碰到床。 2= 部分抵抗重力；下肢在 5 秒内落到床上，但能部分抵抗重力。 3= 不能抵抗重力；下肢立即落到床上。 4= 无运动 UN= 截肢或关节融合，解释： 6a 左下肢； 6b 右下肢</p>	<p>—— ——</p>
<p>7. 肢体共济失调: 目的是发现单侧小脑病变的证据。检查时睁眼。若有视力缺陷，应确保检查在未受损的视野中进行。进行双侧指鼻试验和跟膝胫试验。共济失调与无力明显不成比例时记分。若患者不能理解或肢体瘫痪，记为 0 分。只有在截肢或关节融和时，才记为无法测（UN），要写明原因。盲人用伸展的上肢摸鼻。</p>	<p>0= 无共济失调。 1= 一个肢体有。 2= 两个肢体有。 UN= 截肢或关节融合，解释：</p>	<p>——</p>
<p>8. 感觉: 检查针刺引起的感觉和表情，昏睡及失语者对伤害性刺激的躲避。只有脑卒中引起的感觉缺失才记为异常。为精确检查偏身感觉缺失，应涉及尽可能多的身体区域[上肢（不是手）、下肢、躯干、面部]。“严重或完全的感觉缺失”记 2 分，只能在严重或完全的感觉缺失得到明确证实的情况下给予。因此，昏睡和失语者也有可能被记 1 或 0 分。脑干卒中导致双侧感觉缺失者记 2 分。无反应或四肢瘫者记 2 分。昏迷者（1a=3）记 2 分。</p>	<p>0= 正常；无感觉缺失。 1= 轻到中度感觉缺失；患侧感觉针刺不尖锐或钝；或针刺的表浅疼痛感缺失但有触觉。 2= 重度到完全感觉缺失；面、上肢、下肢触觉丧失。</p>	<p>——</p>

<p>9. 最佳语言:</p> <p>在上述检查中已经获得大量的关于患者理解力的信息。本项检查中, 让患者看图片说话, 命名卡片上的物体, 读语句表上的句子。根据上述全面神经系统检查中患者对所有指令的反应判断其理解力。如果视觉缺损干扰测试, 重复句子和自发言语。气管插管者手写。昏迷者(1a=3)记3分。必须给昏睡或不合作者选择一个记分, 但3分仅给不能说话且不能执行一步指令者。</p>	<p>0= 无失语; 正常。</p> <p>1= 轻到中度失语; 流利性或理解能力有一定程度的下降, 但表达形式及思想的表达无明显受限。然而, 言语和/或理解的减少使关于所提供材料的会话困难或不能进行。例如, 在提供材料会话中, 检查者可以从患者的反应中识别图片或命名卡片的内容。</p> <p>2= 重度失语; 所有交流是通过破碎的语言表达; 听者需很多推理、询问、猜测。信息交流的范围受限; 听者感觉交流困难。检查者不能识别患者反应中提供的材料。</p> <p>3= 不能说话或者完全失语, 无言语或听理解能力。</p>	<p>——</p>
<p>10. 构音障碍:</p> <p>如果患者被认为是正常的, 必须通过让患者读或重复附表上的单词。若有严重的失语, 根据自发语言中发音的清晰度评分。只有当气管插管或其他物理障碍不能讲话时, 才记为无法测(UN), 要写明原因。不要告诉患者为什么做测试。</p>	<p>0= 正常。</p> <p>1= 轻到中度; 患者至少能含糊地念一些词, 并且虽稍有困难但至少能被理解。</p> <p>2= 重度构音障碍; 患者言语含糊以致无法理解, 但无失语或与失语不成比例, 或失音。</p> <p>UN=气管插管或其他物理障碍, 解释:</p>	<p>——</p>
<p>11. 消退和不注意(以前为忽视):</p> <p>在上述检查中已经充分获取了关于忽视的信息。若患者有严重视觉缺失以致无法进行视觉双侧同时刺激, 并且皮肤刺激正常, 记为正常。若失语, 但确实注意到双侧, 记分正常。视空间忽视或疾病失认也可被做为异常的证据。因为只有表现异常时才记录异常, 所以此项一定是可测的。</p>	<p>0= 无异常。</p> <p>1= 视觉、触觉、听觉、空间觉或自身的不注意或者双侧同步刺激时一种感觉形式的消退。</p> <p>2= 严重的偏侧不注意或一种以上感觉形式的消退; 不认识自己的手或只对一侧空间有定向力。</p>	<p>——</p>

国立卫生研究院卒中量表（NIHSS）的补充说明

下面的资料来自 NIHSS 培训资料并稍作修改。当时用于 NIH 资助的 tPA 卒中试验。

概述

国立卫生研究院卒中量表是一种标准化的神经科检查，用于参加试验治疗的大批卒中患者的神经功能缺损的描述。这些说明用来解答人们最关心的重现性问题。目标是使不同地点的不同检查者能用同样的标准给患者评分。对于量表的亚项可能会有异议。神经学家在测试个别患者的一些项目时采用的“最好”方法会不一致。不过，我们最感兴趣的是大型多中心试验的众多观察者中的重现性。为此，所有中心的所有检查者必须使用统一的尺度。我们认识到，对一些检查者来说，这意味着一些检查在本研究中采用的是某一种方法，而在平常的临床实践中采用的是另外一种方法。虽然有差异，但令人欣慰的是，检查者使用此量表的重现性（希望）极高。

目前的量表，依据四个基本原则：

1. 最具重现性的反应都是第一反应。

举例说，在意识水平提问项，让患者说出其年龄和当前的月份。患者最初回答错误，但后来纠正了，要记为错误反应。这一点是关键。因为我们没有办法规范旨在促进患者矫正初期错误反应的各种言语和非言语的线索。

2. 不容许在任何项目上对患者进行辅导，除非有特别说明。

这与神经病学教学相矛盾，因为我们一般都对患者的最佳表现感兴趣。再次强调，规范化的辅导是不可能的，要观察重现性就必须避免辅导。

3. 有些项目只有绝对存在时才能打分。

举例来说，偏瘫患者的共济失调记为“无”。因为检查时它并不一定绝对存在。虽然与有些医生的观点相悖，这个项目必须这样打分，以避免歧义，并确保可重现性。

4. 最重要的是，记录患者所做的，而不是你认为患者可以做的，即使结果看起来矛盾。

一个合格的检查者对患者的功能水平形成印象，但这种印象一定不能影响打分。除感觉项目外，打分应当包括以前的缺陷。（见说明）

5. 患者的分数应当在检查后立即记录，最好每一个项目随着量表的检查而打分。

这在基线检查是特别必要的。如果基线结果在患者接受治疗后记录，检查者可能会被患者的反应影响。

NIHSS 说明

1a. 意识水平：

询问患者 2 或 3 个关于住院环境的一般性问题。并且，在开始量表评定之前，假定检查者已经正式问过病史。根据回答，用 4 分表打分。不要训练。3 分只给予严重损害的患者。他们最好的反应是对伤害性刺激发生反射性姿势运动。如果在 1 和 2 之间难以决定，继续问患者病史，直到你认为足以评定意识水平。

1b. 意识水平提问：

问患者“你多大年纪了”并等待回答。再问“现在是几月”。记录错误回答的数目。如果“接近”，不能算对。不能说话的人可以书写。不要说出一些可能的答案让患者去选。这会“训练”患者。只能根据初次回答评分。这一项永远不能记为“无法查”（注意，在录像带中，一个气管插管患者被给予一系列答案做选择，但此人的得分仍然是 1）。深昏迷（1a=3）的患者得 2 分。

1c. 意识水平指令：

告诉患者“睁开眼”“闭上眼”，再让他用非瘫痪侧肢体“握拳”“伸开手掌”。如果截肢或其他生理残疾使其无法完成，用另一种适合的一步指令。不能使用有提示性的语句，这些只能用于把眼睛和手置于适合检查的位置。也就是说，检查时如果患者一开始是闭着眼睛的，就让他睁眼。打分是根据第二个语句“闭上眼”。计数错误反应的个数。如果患者明显尝试去完成操作任务，因为无力疼痛或其他障碍而不能完成，算对。只能给首次尝试打分，并且问题只能问一次。

2. 最佳凝视：

这一项的目的是观察水平性眼球运动并打分。为此，用主动性或反射性刺激。如果一眼或两眼有异常，记 1 分。只有当强迫性眼球偏斜不能被头眼动作克服时，记 2 分。不要做冷热水试验。在失语或意识模糊的患者，建立目光接触，绕床走，是有帮助的。

这一项是观察首次反应及不能训练原则的例外。如果患者不能主动凝视，头眼动作、眼球注视和追踪检查者的方法可用来提供更强的检查刺激。

3. 视野:

视野的检查,正如录像所示,用指数或手指活动对诊以分别评价上下象限。3分只用于任何原因导致的盲,包括皮质盲。2分只用于完全性偏盲。任何部分性视野缺损,包括象限盲,记1分。

4. 面瘫:

让患者“呲牙”、“扬眉”、“紧闭双眼”,失语或模糊的患者用伤害性刺激的反应评价。打分的一个有用办法是:任何明确的上运动神经元面瘫记2分。记0分时,必须功能完全正常。二者之间的状况,包括鼻唇沟变浅,打1分。严重昏睡或昏迷的患者,双侧瘫痪的患者,单侧下运动神经元面部无力的患者,记3分。

5. 上肢运动: 6. 下肢运动:

按录像中演示的无力测试。当测上臂时,手心必须向下。大声数,让患者听到,直到肢体确实碰到床或其他支持物。只有无任何力量的患者记3分,除外肢体放在床上可以在命令下稍微活动者。如果你先测非偏瘫侧肢体,失语患者可能会理解你想测什么。不要同时测双侧肢体。当释放肢体时,注意开始时有无上下摇晃。只有在摇晃后有漂移者,记为异常。

不要用语言训练患者。看着患者大声喊着计数,并用手指示意计数。释放肢体的瞬间开始计数(注意在一些录像中,检查者错误地在计数前延迟数秒)。

当检查运动下肢时,患者必须仰卧位以使重力效应完全标准化。注意检查者不再被要求识别偏瘫的上肢或下肢。检查者的卒中侧评价见治疗表。

7. 肢体共济失调:

共济失调必须明确地与任何无力不成比例。用指鼻试验和跟膝胫试验,计数共济失调的肢体数目。最大为2个。如果肢体最初被检查者被动移动,失语患者经常正确完成检查。否则,无共济失调,这一项记0分。如果无力患者有轻微共济失调,你又不能确定其是否与无力不成比例,记0分。只有当共济失调表现出来时,才算阳性。

8. 感觉:

不要测肢体末端,也就是手和足。因为可能会有无关的周围神经病。不要隔着衣服查。

9. 最佳语言:

估计大多数检查者将根据问病史和前面各项中的信息打分。所附图片和命名卡片用于证实你的印象。做完正规测试后常会发现意外的困难。所以,每个患者必须用图片、命名卡片和句子来测试。只有完全哑或者昏迷患者记3分。轻微失语记1分。用所有提供的材料决定选1分还是2分。估计患者漏掉了超过2/3命名物体和句子或执行了非常少和简单的一步指令者,记2分。

这一项是第一反应原则的例外。因为很多困难工具被用来测定语言。卒中量表每个打分都有大量缺损的例子。因为回答问题的变数很大。

10. 构音障碍:

用附录词表测试所有患者。不要告诉患者你是在测试语言清晰度。经常能发现一个或多个单词的含糊。否则这些患者会被记为正常。0只给予阅读所有单词都不含糊的患者。失语患者和不能读的患者打分是根据其自发言语和让他们重复你大声读出的单词。2分只给予任何有意义的方式都不能听懂的人或哑人。这个问题,正常语言记为0,无反应患者记2分。

11. 消退和不注意:

不同检查者差异很大。所有神经科医生测试忽视的方法稍有不同。所以,尽可能只检查视觉双侧同时刺激和皮肤刺激。如果一侧不能辨别两种形式,记2分。如果不能辨别一种,记1分。如果患者不会混淆,但有其他明确的忽视证据,记1分。