

呆病（典型阿尔茨海默病）中医诊疗方案 (2018年版)

一、诊断

（一）疾病诊断

1. 中医诊断标准

参照国家“十三五”规划教材《中医内科学》痴呆诊断标准（2017年版）^[1]。

（1）主诉智能缺损。

（2）存在一项或以上明显的智能缺损，如善忘（短期记忆或长期记忆减退）、失语（如找词困难、语言不连贯、错语）、失认（如不能辨认熟人或物体）、失用（如动作笨拙、系错钮扣）、执行不能（如反应迟钝、或完成任务困难等）等。

（3）日常生活能力下降，部分受累甚至完全丧失。

（4）除外引起智能缺损的其他原因，如郁证、癫狂、谵妄等。

神经心理学检查、MRI 扫描或 PET 或脑脊液检查或基因测序等有助于本病的临床诊断和鉴别。

2. 西医诊断标准

参照中国阿尔茨海默病协会（ADC）制订的“阿尔茨海默病操作性诊断标准”（2017年版）^[2]（表1）。

表1 阿尔茨海默病操作性诊断标准

诊断标准	评估领域和分界值	调整值
核心特征	<ul style="list-style-type: none"> 病史：经询问、照料者报告或医生观察证实 	6个月以上
1. 早期显著的记忆减退，且逐渐进展病史	<ul style="list-style-type: none"> 记忆：DSR $\leq 10.5/56$ 分（年龄调整值）， 	年龄 50~64 ≤ 12.5 分 年龄 65~74 ≥ 9.5 分 年龄 75~84 ≤ 5.0 分
2. 存在早期显著的情景记忆损害和至少1个其他认知领域损害的客观证据	<ul style="list-style-type: none"> 或 HVLT $\leq 15.5/36$ 分（年龄调整值）； 视空间：TMT-A $\geq 98.5/150$ 秒（年龄调整值）； 执行：TMT-B $\geq 188.5/300$ 秒（年龄调整值）； 语言：BNT-30 $\leq 21.5/30$ 分（教育调整值）； 	年龄 50~64 ≤ 18.5 分 年龄 65~74 ≤ 15.5 分 年龄 75~84 ≤ 14.5 分 年龄 50~64 ≥ 80.5 分 年龄 65~74 ≥ 90.5 分 年龄 $\geq 75 \geq 101.5$ 分 年龄 50~64 ≥ 150.5 分 年龄 65~74 ≥ 165.5 分 年龄 $\geq 75 \geq 199.5$ 分
3. 伴有或不伴有总体认知功能损害	<ul style="list-style-type: none"> 综合认知：MMSE $\leq 26/30$ 分（教育调整值）； 	教育 ≤ 9 年 ≤ 19.5 分 教育 > 9 年 ≤ 21.5 分 大学 $\leq 26/30$ 分 中学 $\leq 24/30$ 分 小学 $\leq 23/30$ 分 文盲 $\leq 22/30$ 分

	4. 工作或日常活动能力下降	• 功能: ADL≥16/56 分。	轻度≥16/56 分 中度≥25/56 分 重度≥30/56 分
支持特征	5. 具备或不具备 AD 病理证据或其他生物标志之一	<ul style="list-style-type: none"> • MRI 内侧颞叶萎缩 (MTA≥1.5 分, 年龄调整值), 或海马体积缩小 (HV-MRI≤1.98cm³, 左右测定值) • PET 示 Aβ 沉积, 额、颞、顶叶和纹状体最突出, 或 • PET 示 FDG 代谢, 颞顶叶联合区域最突出, 或 • PET 示 tau 沉积, 广泛的新皮质 (顶叶、额叶) 最突出, 或 • CSF 或 Plas-Aβ₄₂ 降低或 tau 增加或 tau/Aβ₁₋₄₂ 比值异常, 或 • AD 常染色体显性突变 (如 APP/ PSEN1/ PSEN2) 	年龄 50~64≥1.0 分 年龄 65~74≥1.5 分 年龄 75~84≥2.0 分 左侧 HV≤2.28cm ³ 右侧 HV≤2.63cm ³ 参考表 4 和 5
排除标准	6. 痴呆的其他病因或伴随病变(血管病变)	<ul style="list-style-type: none"> • 其他病因: VaD 或 DLB 或 FTD/PPA, 其他精神障碍或重度情感障碍 • 可逆原因: 代谢、激素、感染、中毒及药物滥用 	

注: AD: 阿尔茨海默病; ADL: 日常生活活动量表; ApoE: 载脂蛋白 E; APP: 淀粉样前体蛋白基因; BNT: 波士顿命名测试; CDR: 临床痴呆评定量表; CSF: 脑脊液; DLB: 路易体痴呆; DSR: 延迟故事回忆; FDG-PET: 使用 [F-18F]-氟脱氧葡萄糖检测脑内葡萄糖代谢和血流量的变化; FTD: 额颞叶痴呆; HV: 海马体积; HVL: 霍普金斯词语学习测试; MMSE: 简易精神状态检查; MRI: 核磁共振成像, 结构 MRI 检测灰质、白质和脑脊液中的组织变化。这种技术对于由于神经元损失和萎缩引起的灰质体积变化特别敏感; MTA: 内侧颞叶萎缩; Plasma: 血浆; PPA: 原发性进行性失语; PSEN: 早老素基因; TMT: 连线测试; VaD: 血管性痴呆。

典型 AD 临床诊断应以病史和检查证实有早期显著的情景记忆损害且 MRI 显示内侧颞叶萎缩或海马萎缩为核心临床特征, 并采用本土化诊断性参数, 以减少因语言、文化和种族不同而产生的偏差。非典型 AD 不具备早期显著的情景记忆损害和内侧颞叶萎缩的特征, 以此鉴别。虽然 AD 生物标志物检测有助于提高诊断的确证性水平, 但检测技术及其分界值还缺乏本土化的统一标准。

(二) 病程分期

采用阿尔茨海默病中医诊疗共识联合小组 (JCG) 制订的“阿尔茨海默病临床分期标准” (2017 年版) [3], 判断阿尔茨海默病早期 (启动期)、中期 (进展期) 和晚期 (恶化期), 指导临床辨证施治 (见表 2)。

表 2 阿尔茨海默病临床分期标准

病期	在任何阶段, 1+2 或 3 或 4
早期 (启动期) 病程约 6 年	1 存在记忆和(或)其他认知领域症状之一: 忘失前后/混淆时空; 不识熟人/难辨常物; 欲言无词/指物难名; 迟疑退缩/性格改变; 2 临床痴呆评定为轻度(CDR 0.5~1.0), 或缺字? 3 认知功能轻微损害(MMSE21~26), 或缺字?

中期 (进展期) 病程约4年	4 日常生活活动轻微损伤(ADL16~20), 或缺字 ?
	1 存在情绪和精神症状之一: 急躁易怒/抑郁淡漠; 妄闻妄见/妄思离奇; 夜寐早醒/睡眠颠倒; 迷路走失/言辞不清; 和
	2 临床痴呆评定为中度(CDR 2.0), 或缺字 ?
	3 认知功能明显损害(MMSE11~20), 或缺字 ?
晚期 (恶化期) 病程约3年	4 日常生活活动明显下降(ADL21~30), 或缺字 ?
	1 存在较重的精神、行为和生理机能症状之一: 神昏如寐(迷蒙昏睡/无欲无语); 形神失控(激越攻击/躁扰不宁); 知动失司(便溺失禁/心身失用); 虚极风动(躯体蜷缩/肢颤痲症); 和
	2 临床痴呆评定为重度(CDR 3.0), 或
	3 认知功能严重损害(MMSE≤10), 或
	4 日常生活活动严重丧失(ADL>30), 或

注释: ADL: 日常生活活动量表; MMSE: 简易精神状态检查; CDR: 临床痴呆评定量表。

(三) 证候诊断

采用阿尔茨海默病中医诊疗共识联合小组(JCG)制订的“阿尔茨海默病辨证规范”(2017年版)进行辨证(每个证候名目下具备一个或以上症状组合,参考舌脉,即可做出判断)^[3]。

1. 早期(启动期)

髓海渐空: 动作缓慢, 多忘不精; 脑转耳鸣, 胫酸眩冒; 两目昏花, 齿枯发焦; 舌瘦淡红、脉沉细。

脾肾两虚: 食少便溏, 好忘多虑; 腰膝酸软, 夜尿频多; 疑惑惊恐, 畏寒肢冷; 舌胖齿痕, 脉缓尺弱。

气血不足: 神疲倦怠, 少气懒言; 淡漠退缩, 多梦易惊; 善愁健忘, 心悸汗出; 舌淡苔白, 脉细无力。

2. 中期(进展期)

痰浊蒙窍: 痰多体胖, 迷惑善忘; 夜寐早醒, 睡眠倒错; 言辞颠倒, 举动不经; 苔粘腻浊, 脉弦而滑。

瘀阻脑络: 反应迟钝, 行走缓慢; 妄思离奇, 梦幻游离; 偏瘫麻木, 言蹇足软; 舌紫瘀斑, 脉细而涩。

心肝火旺: 急躁易怒, 烦躁不安; 妄闻妄见, 喊叫异动; 噩梦难寐, 便干尿赤; 舌红或绛, 脉弦而数。

3. 晚期(恶化期)

虚极毒盛: 迷蒙昏睡, 无欲无语; 便溺失禁, 心身失用; 激越攻击, 谵语妄言; 躯体蜷缩, 肢颤痲症; 舌绛, 脉数或沉。

二、治疗方案

(一) 分期辨证论治

参考阿尔茨海默病中医诊疗共识联合小组(JCG)制订的“阿尔茨海默病的序贯治疗方案”(2017年版)进行分期辨证论治^[3]。

1. 早期(启动期)



(1) 髓海渐空

治法：滋补肝肾、填精益髓

推荐方药：七福饮加味（《景岳全书·卷五十一》）。或具有同类功效的中成药。

本方由熟地黄、当归、酸枣仁、人参、白术、远志、炙甘草组成，常加鹿角胶、龟板胶、阿胶、山萸肉、肉苁蓉、知母等，以增加七福饮滋补肝肾、填精益髓之力。若心烦、溲赤、舌红少苔、脉细而弦数，可合用六味地黄丸或左归丸。若头晕、耳鸣、目眩或视物不清，加天麻、钩藤、珍珠母、煅牡蛎、菊花、生地黄、枸杞。

(2) 脾肾两虚

治法：温补脾肾、养元安神

推荐方药：还少丹加减（《洪氏集验方·卷一》）。或具有同类功效的中成药。

本方由熟地黄、山茱萸、枸杞、怀牛膝、杜仲、楮实子、肉苁蓉、巴戟天、茴香、茯苓、山药、大枣、石菖蒲、远志、五味子组成。若呃逆不食，口涎外溢，加炒白术、生黄芪、清半夏、炒麦芽；若夜尿频多，加菟丝子、蛇床子；若二便失禁，加益智仁、桑螵蛸。

(3) 气血不足

治法：益气健脾、养血安神

推荐方药：归脾汤加减（《正体类要·卷下方》）。或具有同类功效的中成药。

本方由人参、炙黄芪、麸炒白术、茯神、炙甘草、龙眼肉、酸枣仁、当归、大枣、远志、木香、生姜组成。若脾虚日重，加茯苓、山药；若入睡困难或夜间行为异常，加柏子仁、首乌藤、珍珠粉、煅牡蛎、莲子心。烦躁明显，减炙黄芪。

2. 中期（进展期）

(1) 痰浊蒙窍

治法：化痰开窍、通阳扶正

推荐方药：洗心汤加减（《辨证录·卷四》）。或具有同类功效的中成药。

本方由半夏、陈皮、茯神、甘草、人参、附子、石菖蒲、酸枣仁、神曲组成，常加郁金、制远志以增加化痰益智之力。有热象，则减附子；若舌红苔黄腻，可加清心滚痰丸；若言语颠倒，歌笑不休，甚至反喜污秽，或喜食炭，可改用转呆丹。

(2) 瘀阻脑络

治法：活血化瘀、通窍醒神

推荐方药：通窍活血汤加减（《医林改错·卷上》）。或具有同类功效的中成药。

本方由桃仁、红花、赤芍、川芎、麝香、葱白、生姜、大枣、黄酒组成。通

血络非虫蚁所不能，常加全蝎、蜈蚣之类以助通络化瘀之力；化络瘀非天麻三七所不能，可加天麻、三七以助化瘀通络之力；病久气血不足，加当归、生地黄、党参、黄芪；久病血瘀化热，加钩藤、菊花、夏枯草、竹茹。酒精过敏者，减黄酒。

（3）心肝火旺

治法：清肝泻火、安神定志

推荐方药：天麻钩藤饮加减（《中医内科杂病证治新义·神精系统证治类》）。或具有同类功效的中成药。

本方由天麻、钩藤、石决明、栀子、黄芩、杜仲、桑寄生、川牛膝、益母草、首乌藤、茯神组成。若失眠多梦，减杜仲、桑寄生，加莲子心、丹参、酸枣仁、合欢皮；若妄闻妄见、妄思妄行，减杜仲、桑寄生，加生地黄、山茱萸、牡丹皮、珍珠粉；若苔黄黏腻，加天竺黄、郁金、胆南星；若便秘，加酒大黄、枳实、厚朴；若烦躁不安，加黄连解毒汤或口服安宫牛黄丸。

3.晚期（恶化期）

毒盛虚极

治法：解毒通络、补肾固元

推荐方药：黄连解毒汤加遗忘双痊丹（《外台秘要方·卷一》和《石室秘录·卷一》）。或具有同类功效的中成药。

本方由黄连，黄芩，黄柏，栀子，人参，莲须，芡实，山药，麦冬，五味子，生酸枣仁，远志，菖蒲，当归，柏子仁，熟地黄，山茱萸组成。若痰迷热闭，神昏如寐，加菖蒲、郁金、天竺黄，或合用至宝丹；若脾肾虚极，知动失司，合用还少丹；若火毒内盛，形神失控，合用安宫牛黄丸；若阴虚内热，虚极生风，合紫雪丹或生地黄、天麻、地龙、全蝎、蜈蚣等。

补肾是阿尔茨海默病最基本的治疗原则，应贯穿于疾病的全程。由于证候演变具有一定的规律性，治疗的一般原则是分期辨证施治。分期辨证施治意指随证候演变而变化治法的序贯疗法，早期病情初始，常以补肾为主；中期痰瘀火并现，应化痰、祛瘀、泻火交替或并行；晚期因痰、瘀、火而化生毒浊，毒浊内盛而元气极虚，常在清热解毒基础上，补肾固元，以增加协同效应。

（二）其他中医特色疗法

- 1.感觉刺激，如点压、香熏、触摸、光疗等。
- 2.认知刺激/情绪干预，如音乐疗法、舞蹈疗法、多感觉环境疗法、经皮神经电刺激、回忆疗法、确认疗法、情境模拟疗法。
- 3.其他疗法，如运动疗法、动物辅助、特殊护理单元和餐厅环境干预。

（三）西药治疗

参照中国阿尔茨海默病协会《中国痴呆诊疗指南》（2017年版），针对上述

疗法未能明显缓解且发展为中重度（MMSE≤15分）和重度痴呆患者（MMSE≤10分），可以联合胆碱酯酶抑制剂或/和谷氨酸受体拮抗剂治疗^[4]。伴幻觉、妄想、激越、攻击、躁扰不宁等较重的精神病性症状者，经过上述疗法仍不能缓解时，可以联合非典型抗精神病药物治疗，但以短期、少量和单用为原则。

（四）护理调摄要点

1. 根据现有研究证据，鼓励和帮助患者做到每天“五个一”，有益于患者的认知、情绪和整体状态改善。

（1）每日1次阳光下快步行走（不少于3000m或5000步）或其他适宜运动如太极拳或八段锦（时间不少于30min）。

（2）每日1餐地中海饮食（以蔬菜、水果、豆类、全谷类、坚果、红酒、鱼类和饱和脂肪酸以及橄榄油为主的饮食结构）。

（3）每日1次亲友互动（家庭活动）和社交活动（每周不少于一次，如旅游、参加聚会、参观、访友、承担工作或担任志愿者等）。

（4）每日1次智力活动（如打牌、下棋、弹琴、书法、绘画、吟诗、诵文、记事或写日记等）。

（5）每日1杯绿茶（多次频饮，1000ml左右）。

2. 根据现有护理照料调摄经验，坚持并注意以下几点护理调摄措施，有益于缓解症状和防止发生意外。

（1）经常梳头，缓解头颈局部和心理精神紧张。（2）佩戴信息牌或手环，谨防走失。（3）多走平地，以防跌倒。（4）定时进食，维持基本营养摄入。（5）随时陪伴，减少独处。（6）定时询问和提醒大便小便，防止失禁或秘结。（7）提前摆好一天用药，防止漏服或误服药物。（8）鼓励和帮助下地活动和定时多次翻身，减少身体压伤或褥疮发生。

三、疗效评价

参照《中药新药用于痴呆的临床试验技术指导原则》（2017年版）和《阿尔茨海默病证候变化与认知结局的关联性》（2017年版）^[5]，拟订典型阿尔茨海默病临床疗效评价标准（按6个月疗程计算，可根据需要选择以下疗效评价指标1加第2项或第3项）。

1. 认知疗效标准：

显效：MMSE得分≥1.37分（终点得分较基线增加≥1.37分）；

有效：MMSE得分≥0.0分（终点得分不变或增加）；

恶化：MMSE得分≥-1.37分（终点得分较基线减少≥1.37分）。

2. 痴呆证候疗效标准：

显效：证候变化总体印象量表（CGIC-S）=1分（终点得分）；

有效：证候变化总体印象量表（CGIC-S） ≤ 3 分（终点得分）；

恶化：证候变化总体印象量表（CGIC-S） ≥ 5 分（终点得分）。

3. 总体印象疗效标准：

显效：总体印象变化量表（CIBIC-plus）=1分（终点得分）；

有效：总体印象变化量表（CIBIC-plus） ≤ 3 分（终点得分）；

恶化：总体印象变化量表（CIBIC-plus） ≥ 5 分（终点得分）。

参考文献

1. 张伯礼,吴勉华.国家十三五规划教材《中医内科学》[M].北京:中国中医药出版社,2017:122-128.
2. 田金洲,解恒革,秦斌,等.中国痴呆诊疗指南(2017年版)[M].北京:人民卫生出版社,2018:20-23.
3. 阿尔茨海默病中医诊疗共识联合小组.阿尔茨海默病的中医诊疗共识[J].中国中西医结合杂志, 2018, 5:1-7.
4. Shi J, Ni JN, Lu T, et al. Adding Chinese herbal medicine to conventional therapy brings cognitive benefits to patients with Alzheimer's disease: a retrospective analysis BMC Complementary and Alternative Medicine.刊名呢? 2017, 17(1):533-539.
5. 时晶,倪敬年,魏明清,等.阿尔茨海默病证候变化与认知结局的关联性[J].北京中医药大学学报,2017,40(4):339-343.

注：

诊疗方案和临床路径牵头分会：中华中医药学会脑病分会

诊疗方案和临床路径牵头单位：北京中医药大学东直门医院

参与诊疗方案和临床路径制定的主要专家：田金洲，时晶，黄燕，解恒革，秦斌

牵头分会：中华中医药学会脑病分会

牵头人：田金洲（北京中医药大学东直门医院）

主要完成人：

田金洲（北京中医药大学东直门医院）

时晶（北京中医药大学东直门医院）

黄燕（广东省中医院）

赵建军（长春中医药大学附属医院）

林亚明（云南中医药大学第一附属医院）

药源网
YAOPINNET.COM

附件 1:

简易精神状态检查 (MMSE)

项目	记录	评分
I 定向力 (10 分)		
今天是几号?		0 1
今年是哪一年?		0 1
现在是几月份?		0 1
今天是星期几?		0 1
现在是什么季节?		0 1
您能告诉我这家医院的名字吗?		0 1
我们在第几层?		0 1
我们在哪个城市?		0 1
我们在哪个区?		0 1
我们在哪个国家?		0 1
II 即刻回忆 (3 分)		
请您重复一遍下列单词, 每个单词允许有 1 秒钟思考, 可测试 6 次		
皮球		0 1
国旗		0 1
树木		0 1
测试次数 ()		
III 注意力和计算力 (5 分)		
请您计算从 100 依次减 7, 并将每减一个 7 后的答案告诉我, 直到我说“停”为止 共 5 次, 对一系列减 7 评分		
100-7		0 1
-7		0 1
-7		0 1
-7		0 1
-7		0 1
IV 延迟回忆 (3 分)		
你能回忆起我刚才说的单词吗?		
皮球		0 1
国旗		0 1
树木		0 1
V 语言能力 (9 分)		
(出示手表) 这是什么?	手表	0 1
(出示铅笔) 这是什么?	铅笔	0 1
请跟我说“不, 如果, 而且, 或者, 但是”	复述	0 1
“请用您的右手拿起纸,	右手	0 1
将它对折,	对折	0 1
放在您的膝盖上。”	纸在膝盖上	0 1
“闭上您的眼睛”	闭眼睛	0 1
请写一个完整的句子。	写出句子	0 1
(出示五角形图案) 请照这个样子画图。 	画出五角形	0 1
总分: 30 分 (每项 1 分)		

附件 2:

阿尔茨海默病证候疗效量表 (CGIC-S)

下表由医生与患者、长期照料者交谈后填写。根据过去 4 周的情况, 圈选最符合的选项。基线评估时, 1-7 分为症状严重程度评分, 随访评估时, 1-7 分为与基线比较的症状改变, 0=无症状, 1=极大改善, 2=中度改善, 3=轻度改善, 4=无变化, 5=轻度恶化, 6=中度恶化, 7=重度恶化。以《肾虚证候量表》为例, 其他参考文献 5。

1. 肾虚证 (基线)									
根据患者提供信息评估:		严重程度 (1=无, 7=最重)							
	二便失禁	1	2	3	4	5	6	7	
	小便失禁	1	2	3	4	5	6	7	
	夜尿频多	1	2	3	4	5	6	7	
	腰膝酸软	1	2	3	4	5	6	7	
	性欲减退	1	2	3	4	5	6	7	
	耳鸣耳聋	1	2	3	4	5	6	7	
根据照料者提供信息评估:									
	二便失禁	1	2	3	4	5	6	7	
	小便失禁	1	2	3	4	5	6	7	
	夜尿频多	1	2	3	4	5	6	7	
	腰膝酸软	1	2	3	4	5	6	7	
	性欲减退	1	2	3	4	5	6	7	
	耳鸣耳聋	1	2	3	4	5	6	7	
医生评估:									
	尺脉沉	1	2	3	4	5	6	7	
	总体印象	1	2	3	4	5	6	7	
肾虚证 (随访)									
根据患者提供信息评估:		病情改变 (1=极大改善, 4=无变化, 7=重度恶化)							
	二便失禁	0	1	2	3	4	5	6	7
	小便失禁	0	1	2	3	4	5	6	7
	夜尿频多	0	1	2	3	4	5	6	7
	腰膝酸软	0	1	2	3	4	5	6	7
	性欲减退	0	1	2	3	4	5	6	7
	耳鸣耳聋	0	1	2	3	4	5	6	7
根据照料者提供信息评估:									
	二便失禁	0	1	2	3	4	5	6	7
	小便失禁	0	1	2	3	4	5	6	7
	夜尿频多	0	1	2	3	4	5	6	7
	腰膝酸软	0	1	2	3	4	5	6	7
	性欲减退	0	1	2	3	4	5	6	7
	耳鸣耳聋	0	1	2	3	4	5	6	7
医生评估:									
	尺脉沉	0	1	2	3	4	5	6	7
	总体印象改变	1	2	3	4	5	6	7	

附件 3:

基于临床医生面试的总体印象量表 (CIBIC-plus)

1. 测试领域	访谈内容	记录
一般情况		
相关病史	近期相关的临床事件, 患者的疾病, 照料者或其它家庭成员, 重大的社会或个人事件。临床状态中主要的波动	受试者:
		照料者:
观察/评估	外观-总体的清洁程度和卫生状况, 穿着 (正确选择与季节相应的服装、整洁、颜色/式样协调、系好扣子)	受试者:
		照料者:

2. 测试领域	访谈内容	记录
---------	------	----

心理/认知状态——如果使用, 则为指定的结构性测试

觉醒/机警/注意力	意识模糊/意识清晰 兴奋性/反应性 意识状态 注意力分散	受试者:
		照料者:
定向力	时间 (日期, 年份) 地点 (城市, 国家, 诊所) 人物 是否知道与照料者之间的关系?	受试者:
		照料者:
记忆力	记录个人信息 回忆 长期/远期/过去的事情	受试者:
		照料者:
语言/言语	流畅性/表达性语言 理解力/可接受语言 命名 复述 遵循指令 (1 步指令, 2 步指令)	受试者:
		照料者:
运用能力	结构性能力 (如五边形, 圆圈) 观念性运用 观念运动/模仿 可描述的/观察到的步态失调	受试者:
		照料者:
判断/解决问题/洞察力	在一定的形势下受试者所需要的判断力 (如在家里电功率的损失, 被反锁在房子外面, 等) 自我感知 (如犯错误, 不恰当的	受试者:

	行为, 较差的判断力) 试图纠正错误的行为 (如关于判断力的, 错误)	照料者:
--	--	------

3. 测试领域	访谈内容	记录
行为		
思维内容	恰当的组织性 与当前形势相关	受试者:
		照料者:
幻觉/妄想/错觉	听觉的/视觉的 知觉错误 系统性的/形象的感知异常	受试者:
		照料者:
行为/情绪	情绪化/情绪不稳定; 罕见的/极不协调的不能控制; 刺激/精力旺盛/淡漠/攻击性; 敌意 抑郁 焦虑 恰当性 协同性	受试者:
		照料者:
睡眠/食欲	睡眠障碍 失眠 (类型?) 夜间活动 睡眠增多, 睡眠减少 食欲/体重改变 偏食 受试者是否意识到这些问题?	受试者:
		照料者:
神经/精神运动	整体运动活动 姿势/步态 运动障碍 罕见的运动行为/步距 日常活动模式 漫无目的的活动	受试者:
		照料者:

4. 测试领域	访谈内容	记录
日常生活能力		
基本的和复杂的功能活动(工具性)	行走能力 (步行, 在房间内和/或房间外到处走动) 保持卫生/整理内务 大便/小便控制	受试者:

	穿衣/选择衣服 自我进食，准备食物 做家务 个人兴趣爱好（如绘画，看电视） 打电话 受试者是否意识到这些问题？	照料者：
社会功能	参加： 人际关系 家庭活动（如家庭聚会） 户外活动（如拜访朋友，参加宴会） 社区活动（如宗教，日间中心） 观赏活动（如运动会，电影） 独立性 无助 受试者是否意识到这些活动？	受试者：
		照料者：

记录，注释，总结陈述：

其它来源的信息：

疾病的严重程度

鉴于您的临床经验，这个受试者目前的总体状况如何？

0=未评价

1=正常

2=临界

3=轻度

4=中度

5=中重度

6=重度

7=极重度

得分：

（与基线比较）总体印象量表疗效判断标准：

1分=显著改善

2分=中度改善

3分=轻度改善

4分=无变化

5分=轻度恶化

6分=中度恶化

7分=显著恶化

药源网
YAOPINNET.COM