

# **NIHSS 中風量表之介紹與應用**

神經內科 總醫師 廖年晨

**20150912**

# NIHSS

- National Institute of Health Stroke Scale.
- 為美國國家衛生研究院於1980年代所建立, 對於腦中風病患整體嚴重度的客觀評估量表.
- 非完整的神經學檢查, 但涵蓋重要的神經功能評估, 且可將評估結果做系統性的量化.
- 不只神經科醫師才能評估; 只要受過完整訓練, 非神經科醫師、護理人員及技術人員亦能評估, 且仍具有相當之可信度.

# NIHSS

- 總分由0-42分(但臨床上不可能評到最高的42分, 原因後述), 分數越高代表中風嚴重度越高, 反之則越低.
- 有時為了輸入電腦的方便, 部分無法檢查的項目常以"UN" (untestable)或"96"來記錄, 但這些項目病人實際得到的分數是以"0"分來計算.
- 可用於篩選適合接受靜脈血栓溶解劑治療的急性中風病患(4-25分).
- 對於接受靜脈血栓溶解劑治療的病患, 建議於治療前, 治療2小時後, 治療24小時後, 治療7至10天後, 及3個月後皆以NIHSS追蹤評估治療反應.
- 巴氏量表及Modified Rankin Scale則著重於日常生活功能上的評估.

# NIHSS 評估項目

項目	計分
意識程度 (1a)	0-3
意識程度 (1b)	0-2
意識程度 (1c)	0-2
眼球運動 (2)	0-2
視野 (3)	0-3
面部肌力 (4)	0-3
上肢運動 (5aL, 左上肢)	0-4
上肢運動 (5bR, 右上肢)	0-4
下肢運動 (6aL, 左下肢)	0-4
下肢運動 (6bR, 右下肢)	0-4
肢體運動失調 (7)	0-2
感覺功能 (8)	0-2
語言功能 (9)	0-3
構音困難 (10)	0-2
忽略 (11)	0-2



# NIHSS 施測說明

- 請依項目次序依序填寫(按步就班)
- 每個項目測試完立刻計分，請勿事後再回頭更改分數(莫回頭)
- 請依照受測者之實際表現計分，而不是施測者猜測受測者所能做到的程度(眼見為實)
- 不要反覆教導受測者或重新嘗試，以第一次表現計分(不強求)

# 意識程度 (1a)

## ※說明：

- 如果病人對疼痛刺激完全沒有動作（除了反射動作外），才計3分。

## ※分數定義：

- 0 = 警覺，反應敏銳
- 1 = 嗜睡，但稍刺激即可喚醒，回答問題、反應皆正常
- 2 = 木僵，需要重複刺激或強烈疼痛刺激才有動作反應
- 3 = 昏迷，只有反射性動作或完全沒有反應

# 意識程度 (1b)

## ※說明：

- 回答問題: 1. 月份, 2. 年齡
- 答案必須完全正確才得分
- 只依第一次的反應計分
- 請勿給予任何提示

## ※分數定義：

- 0 = 兩題都答對
- 1 = 答對一題
- 2 = 兩題都答錯

- 失語症和木僵的病人無法理解問題時計2分
- 昏迷的病人 (1a=3) 計2分
- 其他非失語症問題如因插管、口腔氣管外傷、嚴重構音困難、或語言問題 (外語、方言等) 而無法回答計1分

# 意識程度 (1c)

## ※說明：

- 執行命令，1. 閉、開眼，  
2. 握、鬆拳（好邊的手）
- 若病人嘗試做但因無力而做得不完全，仍給分
- 如果病人沒反應，就做給他學
- 只評估病人第一次的嘗試
- 若受測者因外傷、截肢或其它身體的問題無法執行上述命令時，可以用其它簡單命令取代。
- 昏迷的病人（1a=3）計2分。

## ※分數定義：

- 0 = 兩個命令都做對
- 1 = 作對一個命令
- 2 = 兩個命令都做錯



# 眼球運動 (2)

## ※說明：

- 只測水平方向的眼球運動，若受測者眼球無法自主運動時，可轉動受測者頭部來引發眼球運動(oculocephalic reflex)
- 若病人兩眼持續看向任一側 (conjugate deviation)，但仍有自主或反射性眼睛運動，計1分
- 若病人有單眼運動神經 (CN III, IV, VI) 病變，計1分

## ※分數定義：

0 = 正常

1 = 部分輕癱

2 = 完全偏向一側，無法以反射性頭眼運動矯正

# 視野 (3)

## ※說明：

- 上1/4和下1/4視野分別以數手指或視覺威脅測試之，若受測者會自行看向手指，則該側視野可認定為正常
- 若有明顯的不對稱，包括1/4偏盲，才計1分
- 若病人因任何原因兩眼眼盲，計3分
- 單眼全盲，以另一眼計分，兩眼不一致時，以較佳者計分。
- 此時可測同時給予兩側刺激，若有忽略現象，計1分，並且在第11項計分

## ※分數定義：

0 = 正常

1 = 部分偏盲

2 = 完全偏盲

3 = 兩側全盲 (含皮質盲)

# 面部肌力 (4)

## ※說明：

- 展示牙齒，提高眉毛，閉眼睛，請病人做動作或跟著學
- 無法合作的病人可用疼痛刺激，由臉上的表情是否對稱來判斷
- 儘量除去臉上的膠帶
- 昏迷的病人 (1a=3) 計3分

## ※分數定義：

- 0 = 正常
- 1 = 輕癱 (鼻唇溝消失，微笑不對稱)
- 2 = 部分癱瘓 (下臉面幾乎/完全癱瘓)
- 3 = 完全癱瘓 (上下臉面完全癱瘓)

# 上肢運動 (5aL, 5bR)

## ※說明:

- 5aL:左上肢, 5bR:右上肢
- 上肢前舉, 手掌朝下, 坐姿時上抬90度, 平躺時上抬45度
- 請病人做動作或跟著學
- 昏迷的病人 (1a=3) 計4分

## ※分數定義:

- 0 = 正常:持續10秒不墜
- 1 = 輕癱:10秒內手臂下滑, 但未完全落下
- 2 = 能抬起, 但無法抬至90(或45)度
- 3 = 僅能水平移動, 無法抬起
- 4 = 完全癱瘓

UN或96:截肢或關節融合, 請額外說明



# 下肢運動 (6aL, 6bR)

## ※說明:

- 6aL:左下肢, 6bR:右下肢
- 平躺時腳抬高30度, 分別測之
- 請病人做動作或跟著學
- 昏迷的病人 (1a=3) 計4分

## ※分數定義:

- 0 = 正常:持續5秒不墜
- 1. = 輕癱:5秒內腿下滑, 但未完全落下
- 2. = 僅能抬起對抗重力, 無法抬至30度
- 3. = 僅能水平移動, 無法抬起
- 4 = 完全癱瘓

UN或96:截肢或關節融合, 請額外說明

# 肢體運動失調 (7)

## ※說明：

- 以指—鼻—指測試及足跟脛測試兩種方法檢查，須兩側分別測試
- 眼盲時測法：手臂伸直，手指返回觸摸鼻尖
- 只有當病人運動失調的程度無法以無力的嚴重度解釋時才計分
- 若病人無法瞭解配合或完全癱瘓，則計0分
- 昏迷的病人（1a=3）一律計0分

## ※分數定義：

0 = 無

1 = 一上肢或一下肢

2 = 兩肢體

UN或96:截肢或關節融合，請額外說明

# 感覺功能 (8)

## ※說明：

- 對針刺有感覺，或出現疼痛表情縮回反應；只有因為中風引起的感覺喪失才算異常。測試多處【手臂（不是手），小腿，軀幹，臉】
- 只有明顯及嚴重的感覺喪失才計2分

- 木僵或失語症病人計1或0分
- 腦幹中風造成兩側感覺喪失計2分
- 若病人沒有反應且四肢癱瘓，計2分
- 昏迷的病人（1a=3）一律計2分

## ※分數定義：

0 = 正常

1. = 輕中度喪失：針刺患側有感覺但較正常側遲鈍

2 = 重度喪失：完全無感覺

# 語言功能 (9)

## ※說明：

- 測試內容需包括自發說話、命名、閱讀、複誦、理解
- 讓病人描述一張圖片，讀一段句子，說出圖片物品名稱
- 眼盲者描述手中物品特徵，插管的病人測書寫

- 昏迷的病人(item 1a =3) 一律計3分。
- 對木僵或不合作的病人，必須決定一個分數，但只有當完全不說話和對簡單的要求沒有反應時才記3分

## ※分數定義：

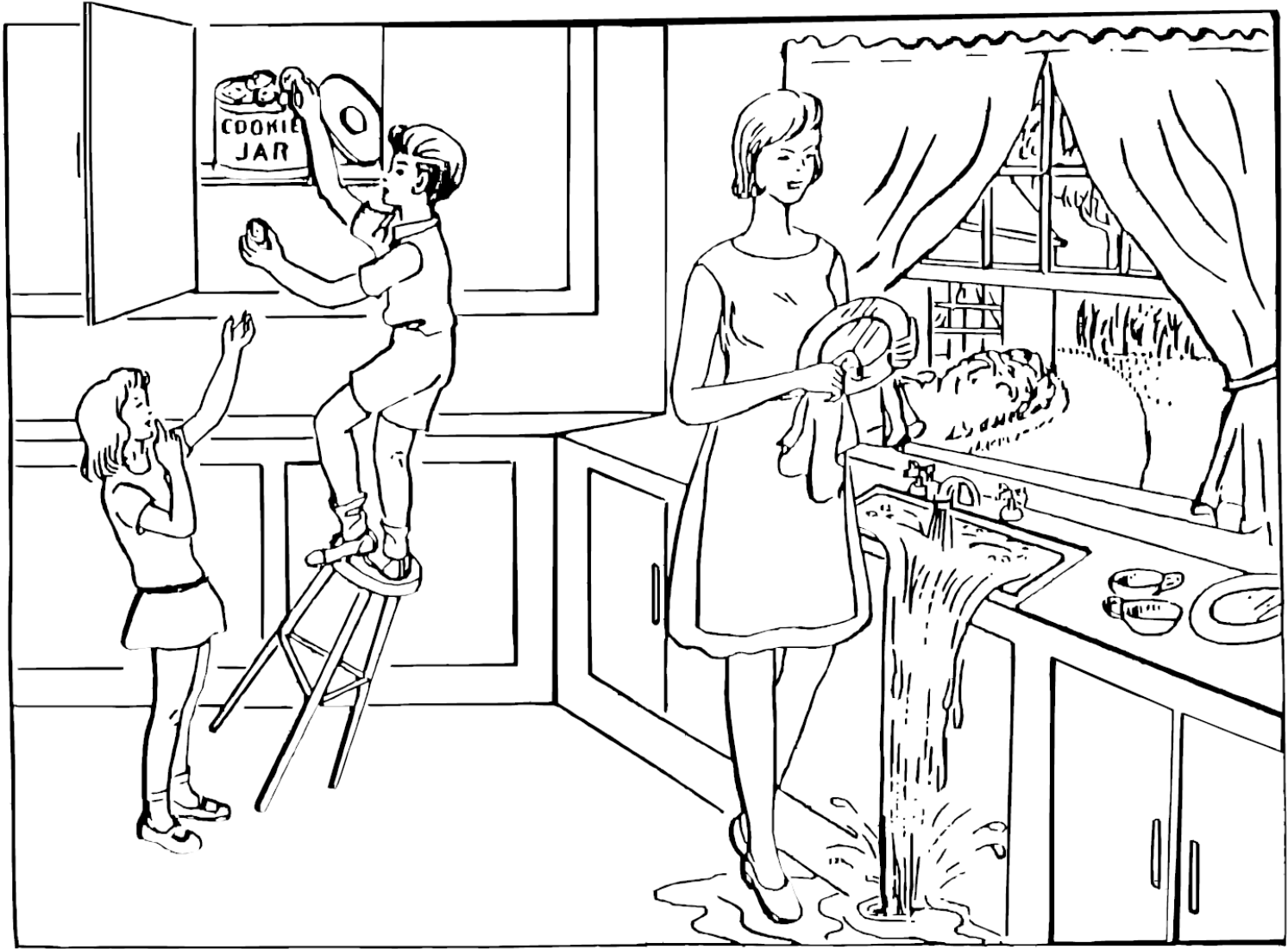
0 = 正常

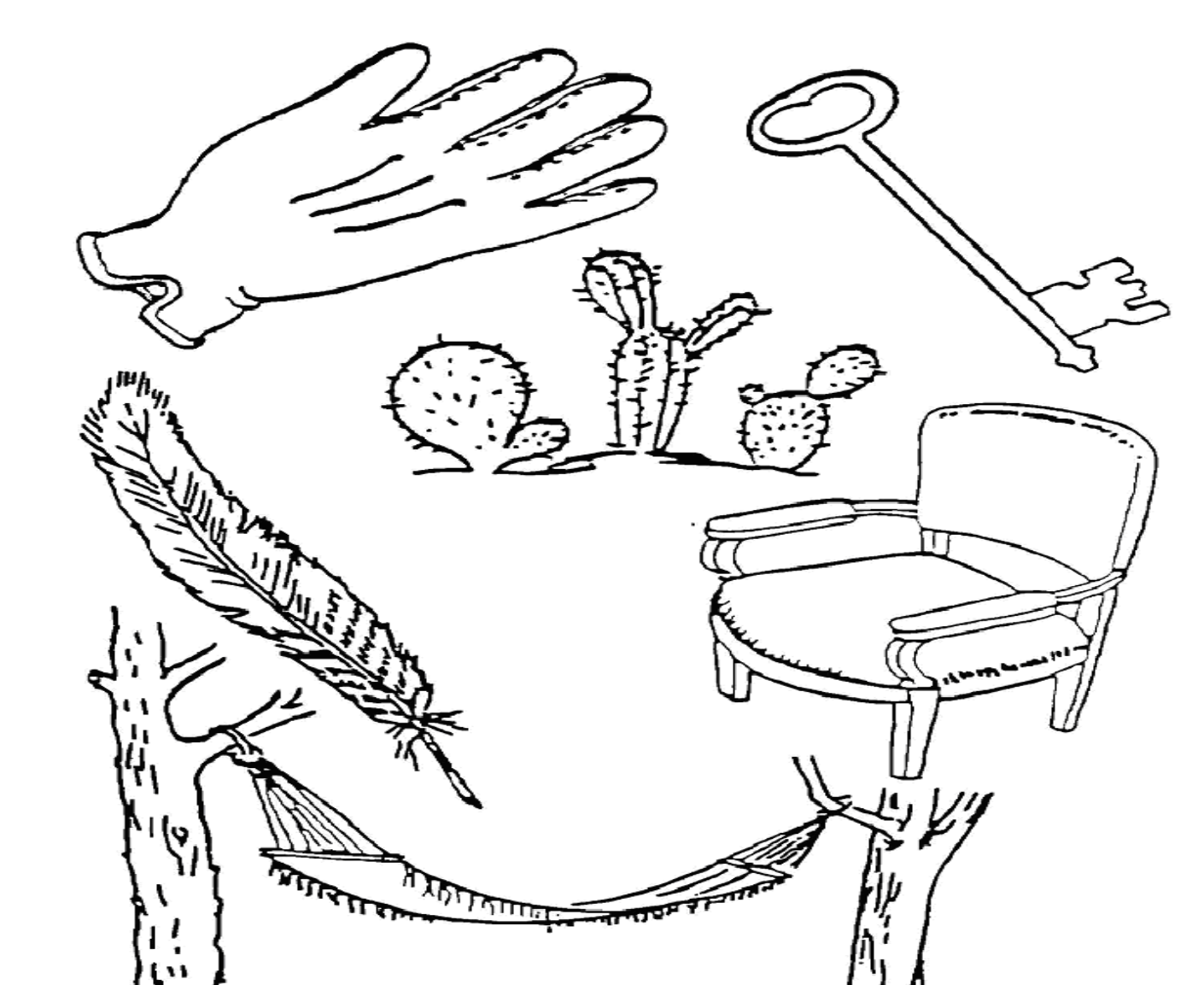
1 = 輕中度失語症：言語不流暢或理解有困難，但仍可表達意思

2 = 重度失語症：與人溝通有困難，施測者須反覆詢問及猜測其意思，包括木僵、不合作、完全運動性失語症或完全感覺性失語症

3 = 完全失語症







**You know how.**

**Down to earth.**

**I got home from work.**

**Near the table in the dining room.**

**They heard him speak on the radio  
last night.**

你吃飯了嗎

請猜猜看，我是誰

再見，下星期三這裏見

星期六，我們約好要去逛街

大頭、大頭，下雨不愁，人家有傘、  
我有大頭



# 構音困難 (10)

## ※說明：

- 請病人讀或複誦。不要告訴病人測試的目的
- 如果病人有嚴重的失語症，依其自發的言語清晰度加以評分
- 昏迷的病人 (1a=3) 計2分。

## ※分數定義：

- 0 = 正常
- 1 = 輕中度：某些字發音不清楚，但可以理解
- 2 = 重度：發音皆不清楚且無法理解，含完全無法發音者

UN或96:當插管時或其他器官障礙導致不能發音，請額外說明

**MAMA**

**TIP-TOP**

**FIFTY-FIFTY**

**THANKS**

**HUCKLEBERRY**

**BASEBALL PLAYER**

爸爸媽媽

啦啦隊

踢踏舞

負負得正

絲絲入扣

可口可樂

# 忽略 (11)

## ※說明：

- 從前面的檢查可以得知是否有忽略
- 若病人有失語症，但表現出可以注意兩側，計正常
- 若病人出現視覺空間感忽略或無病識感，計不正常
- 昏迷的病人 (1a=3) 計0分

## ※分數定義：

- 0 = 無
- 1 = 部分忽略：患側的視覺、聽覺、觸覺、空間感覺、注意力其中任一項對刺激反應消失
- 2 = 完全忽略：上述患側知覺感官反應消失二項以上，無法辨識自己的手，或只注意一邊者



# Barthel ADL Index

<p>1. 進食</p> <p>0 = 完全依賴他人</p> <p>5 = 需要協助，如夾菜、盛湯等</p> <p>10 = 獨立</p>	<p>6. 行動</p> <p>0 = 不動</p> <p>5 = 輪椅自行行動50碼，包括轉彎</p> <p>10 = 步行50碼，一人言語或行動幫助</p> <p>15 = 獨立50碼(但可施用任何輔助;如拐杖)</p>
<p>2. 移位(床至椅/椅至床)</p> <p>0 = 無法，坐不平衡</p> <p>5 = 需大量幫助(一或二人行動)，可坐起</p> <p>10 = 需少量幫助(言語指導或行動)</p> <p>15 = 獨立</p>	<p>7. 上下樓梯</p> <p>0 = 無法</p> <p>5 = 需要幫助(言語，行動，器械輔助)</p> <p>10 = 獨立</p>
<p>3. 個人修飾</p> <p>0 = 需要協助</p> <p>5 = 獨立 洗臉/梳頭/刷牙</p>	<p>8. 穿/脫衣</p> <p>0 = 無法</p> <p>5 = 一半需要幫助</p> <p>10 = 獨立(包括鈕釦，拉鍊，打結)</p>
<p>4. 上廁所</p> <p>0 = 完全依賴</p> <p>5 = 需要協助保持平衡，整理衣褲或便後擦拭</p> <p>10 = 不需幫助(解衣/穿衣/擦拭)</p>	<p>9. 大便控制</p> <p>0 = 失禁(或需要通便)</p> <p>5 = 偶爾失禁(一星期一次)</p> <p>10 = 無失禁</p>
<p>5. 洗澡</p> <p>0 = 依賴幫助</p> <p>5 = 獨立</p>	<p>10. 小便控制</p> <p>0 = 失禁，或插尿管且無法自行處理</p> <p>5 = 偶爾失禁(最多一天一次)</p> <p>10 = 無失禁</p>

# Modified Rankin Scale

0. 無任何症狀
1. 有症狀但無明顯障礙，不影響日常生活及工作能力
2. 輕度障礙: 影響工作能力，但日常生活起居能完全自理
3. 中度障礙: 日常生活起居需要他人協助，但能自行走動
4. 中重度障礙: 日常生活起居和走動完全需要他人協助
5. 重度障礙: 臥床，大小便失禁，完全需要他人照護
6. 死亡