

Clinical Dementia Rating (CDR), Chinese Version

Ker-Neng Lin and Hsiu-Chih Liu

Summary

Due to the continuing increase in elder population in Taiwan, aging has become one of the major public health and socioeconomic problems nowadays. Dementia is a disease commonly seen in the elderly and Alzheimer's disease (AD) comprises almost 60% of the elderly demented patients. In addition to Mini-Mental Status Examination (MMSE) and Cognitive Abilities Screening Instrument (CASI), Clinical Dementia Rating (CDR) is a global rating scale in assessing the severity of AD. The CDR-Chinese version has been frequently used in the routine cognitive assessment of the suspected AD patients to assess the severity of AD. The results from several research projects demonstrate substantial reliability and validity of the CDR-Chinese version.

Key Words: Alzheimer's disease, CDR, CASI

From the Neurological Institute, Taipei Veterans General Hospital and National Yang-Ming University School of Medicine, Taipei, Taiwan.
Received May 28, 2003. Revised and Accepted June 12, 2003.

Reprint requests and correspondence to: Ker-Neng Lin, PhD.
The Neurological Institute, Taipei Veterans General Hospital, Taipei, Taiwan.
E-mail: knlin@vghtpe.gov.tw

臨床失智評量表

林克能 劉秀枝

摘要

隨著台灣地區衛生和醫療的進步，在未來的 30 年中，老年人比率將持續升高，人口老化成為目前台灣地區公共衛生及社會經濟上的主要課題之一。失智症是一種老年人常見的疾病，在失智症患者中約有六成是屬於阿茲海默症（亦稱老年失智症）(Alzheimer's Disease)。據估計 65 歲到 85 歲的族群中，有 5% 到 15% 的人會有阿茲海默症，且隨著年齡增加，患病的機會也明顯的增大。其主要症狀之一是記憶力有明顯的衰退，並影響到日常生活上的功能。阿茲海默症患者的認知功能檢查中，除了「簡短式智能評估」(MMSE) 與「知能篩檢測驗」(CASI) 外，「臨床失智評量表」(CDR) 對於失智症患者在「記憶」、「定向力」、「判斷與解決問題」、「社區事務」、「家居與嗜好」、與「個人照料」六個功能項目上，障礙的狀況分別作一評估，並根據 CDR 的判斷規則，可歸納得到最後的 CDR 分數，以代表阿茲海默症的嚴重程度。阿茲海默症是衛生署所公佈的重大傷病之一。患者可以根據「臨床失智評量表」所得到的 CDR 分數，作為身心障礙輕度、中度、重度、與極重度等級分類的依據。阿茲海默症的患者，CDR=1 或以上時，經醫師評估需人長期照護六個月以上者，家人可以向行政院勞委會提出外籍監護工的申請。內政部社會司針對失智症患者的居家服務補助，依 CDR 分數的輕度或中、重度失智者，有不同程度的居家照顧費用補助。「臨床失智評量表」的檢查結果，除了反映患者病程的情況外，對患者的權益也有實質影響。為了讓「臨床失智評量表」在使用上，能夠達到其設計的目的，並對阿茲海默症患者的病程，作客觀正確的掌握，本文將台北榮民總醫院神經醫學中心，中文版「臨床失智評量表」的使用方法作一介紹，並報告其相關的信度與效度資料，以供作參考。

關鍵字：阿茲海默症，中文版「臨床失智評量表」，知能篩檢測驗

Acta Neurol Taiwan 2003;12:155-165

「臨床失智評量表」簡介

「臨床失智評量表」(Clinical Dementia Rating;

CDR) 是由 Hughes 等人⁽¹⁾ 所發展出來，作為對阿茲海默症 (Alzheimer's disease) 患者，日常生活與認知功能整體性評估的量表。以區分老年人由正常到嚴

台北榮民總醫院神經醫學中心，國立陽明大學醫學院
受文日期：2003年5月28日。修改及接受日期：2003年6月12日。

通訊作者：林克能心理師。台北榮民總醫院神經醫學中心，台北市北投區石牌路二段201號。
E-mail: knlin@vghtpe.gov.tw

重的日常生活與認知功能障礙程度，作為阿茲海默症嚴重程度的依據⁽²⁻⁵⁾。

「臨床失智評量表」包含有六個功能項目：

記憶 (Memory) (M)

定向力 (Orientation) (O)

判斷與解決問題 (Judgment - problem solving) (JPS)

社區事務 (Community affairs) (CA)

家居與嗜好 (Home hobbies) (HH)

個人照料 (Personal care) (PC)

對上述的六個功能項目，分為 0 ~ 3 的五個不同功能程度：

0 代表 健康 (Health)

0.5 代表 疑似或輕微障礙 (Questionable impairment)

1 代表 輕度障礙 (Mild impairment)

2 代表 中度障礙 (Moderate impairment)

3 代表 重度障礙 (Severe impairment)

評估者根據患者目前的表現，並參考家屬提供患者在上述六個功能項目的能力，分別在六個項目上，圈選出其功能障礙的程度 (請注意，在“個人照料”上沒有疑似或輕微障礙 (CDR = 0.5))。再根據判斷規則 (見流程圖)，以“記憶”為主要項目分數，“定向力”、“判斷與解決問題”、“社區事務”、“家居與嗜好”、與“個人照料”為次要項目分數，歸納得到最後的CDR分數。其中

CDR = 0 代表 正常或無失智

CDR = 0.5 代表 疑似或輕微失智

CDR = 1 代表 輕度失智

CDR = 2 代表 中度失智

CDR = 3 代表 重度失智

另外對於較嚴重的患者，已經無法作有意義的溝通或接受指示作動作時，有

CDR = 4 代表 極重度失智

(患者呈現說話無法理解或不相關，無法理解或遵照簡單指示；偶而認得配偶或照顧者；吃飯只會用手指頭，不太會用餐具且需要人幫忙；大小便經常失禁；大部份時間無法行動，在扶助下可走幾步，甚少外出；常有無目的動作。)

CDR = 5 代表 末期失智

(患者呈現說話無法理解或沒有反應；無法辨識家人；需人餵食，可能會有吞嚥困難而需使用鼻管餵食；大小便失禁；臥床，無法坐立，站立，肢體萎縮。)

「臨床失智評量表」相關應用

阿茲海默症是屬於衛生署所公佈的重大傷病之一，患者也可以申請殘障手冊。「身心障礙等級」可分為輕度、中度、重度、與極重度四類，阿茲海默症患者可以根據「臨床失智評量表」所得到 CDR 的分數，作為身心障礙等級分類的依據。

由於照顧阿茲海默症患者，是一件 24 小時全天候的工作，患者家人往往因過度疲憊而無法勝任。特別是在中、重度失智階段，而患者仍可以自由行動時，因為缺乏照顧而造成患者意外，甚至於危害到生命安全，如患者自己燒煮食物忘了關火，或是自行外出走丟。經過國內醫療專業人員與團體，向政府相關部門爭取，終於獲准將阿茲海默症納入聘僱家庭外籍監護工對象之一，希望藉此讓患者得到更好的照護，且家人的壓力得以減輕。阿茲海默症的患者，若 CDR = 1 時，須要有兩位專科醫師認定同意，若是 CDR = 2 或以上時，只須一位醫師評估，需人長期照護六個月以上者，出具「雇主申請聘僱家庭外籍監護工專用診斷證明書」，家人可以向行政院勞委會提出申請。

內政部社會司對失智症患者，也規劃了居家服務、社區服務、機構服務、與家庭照顧者支持性服務等照護措施。針對老年失智症患者的居家服務補助，隨 CDR 分數不同，政府補助的程度也不一樣，藉此希望患者能夠得到較完善的照顧，且減輕家屬經濟負擔。

使用方法

目前台北榮民總醫院神經醫學中心所使用的中文版「臨床失智評量表」(見附錄一~四)，主要包括兩個部份：

一、受試者部份（見附錄一）

主試者針對下列的認知功能範圍，瞭解受試者目前的表現為何：

1· 近期記憶

包括有三項東西的記憶與回憶、重述一個五位數字、最近的重大事件與新聞、現任的總統與副總統、與自認記憶力為何? 等問題。

2· 時間與方位定向感

包括有“今天是幾月幾日?”“星期幾?”“今年是民國幾年或西元幾年?”“目前所在的地方是那裡?”“看那一科?”“這邊是幾樓?”等問題。

3· 相似與相異的抽象能力

包括對兩樣物品有那些相似的地方? 兩樣物品有那些不同的地方? 等問題。

4· 判斷力

早上八點有一重要約會，醒來已是7點50分，要如何是好?

5· 失動症評估

請受試者作出揮手再見、刷牙、與吹蠟燭的動作。

6· 失語症評估

評估受試者說話流暢度、理解能力、物品命名、抄繪、與覆誦能力。

7· 失認症評估

包括有視覺失認與觸覺失認的評估。

8· 執行功能

包括有語言流暢程度、抄繪、與畫時鐘等問題。

由於「臨床失智評量表」不像「簡短式智能評估」(MMSE)⁽⁶⁻⁹⁾ 與「知能篩檢測驗」(CASI)⁽¹⁰⁻¹²⁾，以受試者在一標準化測驗上的得分高低 (MMSE: 0~30; CASI: 0~100)，由分數來代表受試者認知功能退化的程度。「臨床失智評量表」中對受試者的檢測內容，是由與受試者互動的過程中，主試者去判定是否受試者有認知功能方面的問題，有些是“質”上的判斷，而不是“量”上的分數。甚至於如果受試者同時給於如「簡短式智能評估」或「知能篩檢測

驗」等的測試，則有些檢測的內容會重覆而可以省略，如三項東西的記憶與回憶、時間與方位定向感、物品命名等，在作「臨床失智評量表」時可以省略。

在檢查時，請受試者的家人或照顧者一起進入檢查室內，但請他們不要幫助受試者回答所面臨的問題，並對家人或照顧者說明，有關受試者詳細的日常生活狀況，會在稍後詳細的詢問他們。這樣做的目的有二：(1) 有些年長的受試者對於前來醫院接受檢查，或面對穿白色工作服的醫療人時，感到非常緊張。尤其是當面對無法回答的問題，顯得更為焦慮，甚至於拒絕回答或一直說“我不知道”。有親人陪伴在檢查室中，給於適當的安慰與鼓勵，往往可以緩和受試者的心情，使檢查的進行過程更為順利；(2) 家人可以藉由觀察受試者在檢查上的表現，進一步瞭解受試者的能力或可能退化的程度。且對受試者回答內容有錯誤時，如家裡住址、電話、個人的基本資料、家庭結構…等相關資料，稍後也可以補充更正。

在與受試者簡短的問候後，請受試者在測驗紙上，寫下自己的名字，接著抄繪測驗紙上印有的一個圖。完成之後，把鉛筆收回，然後開始詢問受試者的相關背景資料，並記錄在測驗紙上，包括“今年幾歲?”“那一年生的?”“生日是幾月幾日?”“目前住什麼地方?”“家裡住址?”“電話幾號?”“有幾個孩子(幾個兒子,幾個女兒)?”“目前同住的是誰?”“陪伴前來的家人是誰? 叫什麼名字?”“以前年輕時候受教育到什麼程度?”“學校畢業後作什麼?”“後來又作過那些工作?”“到什麼時候退休?”上述的資料，除了提供主試者對於受試者的瞭解外，並可藉由其學歷與職業經歷，推估受試者先前的能力程度，作為與現階段受試者的日常生活與認知功能比較上的依據。若受試者在上述問題的回答上有錯誤或困難，如不記得自己的住址或電話；或說是與父母親同住，而父母事實上早已在大陸過世…等，這可能表示受試者的長期記憶都已有退化的現象。這些資料可作為稍後，整理評估受試者記憶退化的嚴重程度，重要的參考依據。特別是在“記憶”與“定向力”功能項目的圈選時，來判斷受試者目前能力退

化程度時，是不可缺少的參考資料。

二、家人部份（見附錄二、三）

主要是就受試者在日常生活上，是否有出現與記憶力有關的問題或困擾，由主試者就評量表上所條列出的問題，逐一詢問受試者家人或主要照顧者。當家人或照顧者回答在特定生活功能上，有問題或有困難時，如“在不熟悉的地方會迷路”或“大小便不能自理”，主試者要進一步詢問：“這些問題是什麼時候開始出現？”“到目前有多久了？”“當事人或家人如何處理或面對？”“狀況是否持續變壞或改善？”…等，並詳細記錄在評量表上，以便最後整理時供作參考依據。「臨床失智評量表」依“記憶”、“時間與方位定向力”、“判斷與解決問題”、“社區事務”、“家居嗜好”、“個人照料”、“個性與問題行為”、“語文能力”等方面，列出一些日常生活可能出現的狀況。主試者以逐一唸出給受訪者的方式，請家人或照顧者，評斷受試者是否有此一問題。若有，則要請家人告知這些症狀什麼時候開始顯露出來？症狀發生的速度多快？症狀進展情況如何？…等，作為病程變化的參考。

對於「臨床失智評量表」中所列的一些狀況，主試者儘可能以日常生活中會發生的實際情況方式來問家人，或請家人提供受試者，在實際生活上所面臨的困難與發生的錯誤，來說明受試者目前的能力，譬如說：“在外面買東西時，找錢會不會算？”“自己能否由家裡到醫院看病？”“吃過飯沒有會不會弄不清楚？”…等等。由於有些老年人較少出門或使用金錢，則主試者請家人或照顧者，依假設的情況去判斷受試者能否去執行某一種功能。譬如說：“如果不是因為行動上的限制，你認為父親可以自行搭車來醫院嗎？”“如果你帶母親到市場買東西共265元，她是否知道給一千元要找回多少錢？”…等等。主試者不要因為家人告訴說：“受試者過去這一年都沒有獨自外出”，就認定受試者不認得路或不會算錢。由家人或照顧者所作的推測，會比主試者沒進一步詢問家人，在資料不全的情況下，所作的推斷來的正確。透過家人或照顧者的協助與提供的訊息，對受試者真實狀況的掌握更佳。

根據上述兩個部份（受試者部份與家人部份）的檢測結果，將受試者目前功能的狀況，按「臨床失智評量表」中所列的“記憶”、“定向力”、“判斷與解決問題”、“社區事務”、“家居嗜好”、與“個人照料”六個功能項目，在健康 (Health)、疑似或輕微 (Questionable)、輕度 (Mild)、中度 (Moderate)、重度 (Severe) 五個不同障礙程度上，分別圈選出來。在「臨床失智評量表」的表格（見附錄四）中，綜合受試者目前在相關測試上的表現，與家人提供日常生活功能，圈選出最符合受試者現況的描述。若受試者的現況介於兩個相鄰程度間，無法決定那一格時，請圈選較嚴重程度。並請留意在個人照料項目中，沒有疑似或輕微 (0.5) 的程度。在記憶 (M) 功能項目上，為了區分健康程度的偶爾遺忘，與疑似或輕微障礙程度的輕微遺忘或良性遺忘，在附錄四右上方格子中列出 9 個要項（為附錄一～三中有*的項目），若受試者有三項或以上的問題存在，則記憶為 0.5（疑似或輕微障礙）或以上；若少於三項，則記憶為 0（健康）。

在評估時，較少會碰到 CDR=4 或 CDR=5 的患者，因為這個疾病階段的患者，行動不便，甚至於已經臥床，而較少被帶來醫院就診。由於相關認知與日常功能，嚴重退化，針對患者檢測的部份，甚至於因與患者溝通困難，或無法溝通，而無法進行。只能試著與病患作些簡單的對話，如“你叫什麼名字？”，“這是你的什麼人？”，或要求患者作幾個常用物品的命名，與簡單的動作，以便瞭解患者能夠溝通的程度。評估時，應該把重心放在家屬訪談的部份，詳細的瞭解患者病程的歷史，與目前日常生活功能障礙的狀況，再根據 CDR 的判斷規則，歸納出最後的 CDR 分數。

信度研究

國外對於「臨床失智評量表」的相關研究顯示，臨床工作者間使用「臨床失智評量表」時，彼此間達到不錯的一致性^(1,13)。若是由臨床工作者與患者家屬或主要照顧者來評估，彼此間的一致性達到 72%⁽¹⁴⁾。顯示臨床工作者與非臨床工作者，在使用「臨床失智評量表」時，有達到中等程度以上的一致

性。

台北榮民總醫院神經醫學中心，使用中文版「臨床失智評量表」於 70 位懷疑阿茲海默症的患者檢查⁽¹⁵⁾。爲了探討中文版「臨床失智評量表」的信度，每爲患者的檢查，由兩位受過中文版「臨床失智評量表」訓練的醫療人員一同進行。所有的訪談，由心理師負責進行，而另一位醫療人員則在旁觀察記錄。檢查結束後，兩位醫療人員獨自根據所收集到的資料，把患者在六個功能項目上，目前日常生活功能狀況，個別圈選出 0,0.5,1,2, 或 3 的障礙程度。然後再根據 CDR 的判斷規則，歸納出最後的 CDR 分數。結果顯示，兩位評估者有一致的 CDR 分數達 71% (50 位患者)，CDR 分數分佈見表一。兩位評估者的 CDR 分數相關性的 kappa 值達 0.63，六個功能項目的 kappa 值也都超過 0.62 (表二)。結果顯示中文版「臨床失智評量表」，在臨床使用上，具備有不錯的評估者間的可信度。

表一. 兩位評估者所評量不同 CDR 分數的患者人數

不同 CDR 分數 的患者人數	第一位評估者的 CDR 分數					總人數
	0	0.5	1	2	3	
第二位 評估者	0	10	3	—	—	13
	0.5	5	11	6	—	22
	1	—	—	18	2	20
的 CDR 分數	2	—	—	1	9	12
	3	—	—	—	1	2
總人數	15	14	25	12	4	70

表二. CDR 與六個功能項目分數的 Kendell tau-b 與 Cohen kappa 值

	Kendall tau-b	p 值	Cohen kappa	p 值
CDR 分數	0.85	<0.01	0.63	<0.01
記憶	0.89	<0.01	0.74	<0.01
定向力	0.92	<0.01	0.77	<0.01
判斷與解決問題	0.79	<0.01	0.62	<0.01
社區事務	0.91	<0.01	0.78	<0.01
家居與嗜好	0.87	<0.01	0.71	<0.01
個人照料	0.86	<0.01	0.79	<0.01

效度研究

台北榮民總醫院神經醫學中心，以自認記憶力衰退，或是家屬認為患者有記憶力衰退就診者爲對

象，安排認知功能評鑑及相關記憶力門診的常規檢查⁽⁵⁾。認知評鑑主要分成兩部份：一部份是由研究助理爲就診者施測「知能篩檢測驗」(CASI)。就診者的客觀記憶力能力，是以其在 CASI 上的得分爲主，CASI 總分 100 分，可分成長期記憶 (LTM)、短期記憶 (STM)、注意力 (ATTEN)、集中及心算力 (MENMA)、定向感 (ORIEN)、抽象推理 (ABSTR)、語文能力 (LANG)、空間概念 (DRAW)、及思考流暢度 (ANML)。另一部份是由心理師施以中文版「臨床失智評量表」。根據就診者的表現，與其家屬或照顧者所提供，有關其日常生活功能的資料，歸納出就診者的 CDR 分數。在 709 位就診者中，共有男性 405 位和女性 304 位。其年齡分佈是自 56 歲到 96 歲，受教育年數則是從 0 到 25。經過醫師最後診斷，67 人是正常 (CDR=0)，149 人有疑似失智症 (CDR=0.5)，493 人有失智症 (CDR≥1)。三組不同診斷者的平均年齡並無太大差異，但教育年數則是正常組顯著高於疑似失智症組，疑似失智症組顯著高於失智症組 (t-tests, $p<0.05$)。三組不同診斷者，在 CASI 各個分測驗上的得分、CASI 總分、及 MMSE 分數上，兩兩間都有顯著差異 (t-tests, $p<0.01$)。由於各組間教育年數有顯著差異，測驗分數上的差異，則進一步分成三種教育程度 (教育年數 0、1 到 5、6 及以上) 作分析。在這三種不同的教育程度中，三種診斷組在各種分數上，兩兩間的分數差異，仍然達到統計上的顯著程度 (t-tests, $p<0.05$)。顯示在客觀的認知能力測驗表現上，在正常、疑似失智症、及失智症三組人之間的分數差異確實存在。此研究結果顯示中文版「臨床失智評量表」具有效標效度。

在另一研究中，把經過醫師最後診斷爲阿茲海默症的 475 位患者，與一位年齡 (差距在 2 歲之內)、教育 (差距在 1 年之內)、性別相符合的正常者，相對應比較，探討不同嚴重的失智程度，其在「知能篩檢測驗」(CASI)上，總分與各個分測驗上表現變化的情況⁽¹⁶⁾。對照正常組是由以往的流行病學社區研究與臨床研究資料庫中，同時有「臨床失智評量表」與「知能篩檢測驗」資料的個案爲對象，依失智症患者的年齡、教育、與性別，選出符合對照條件

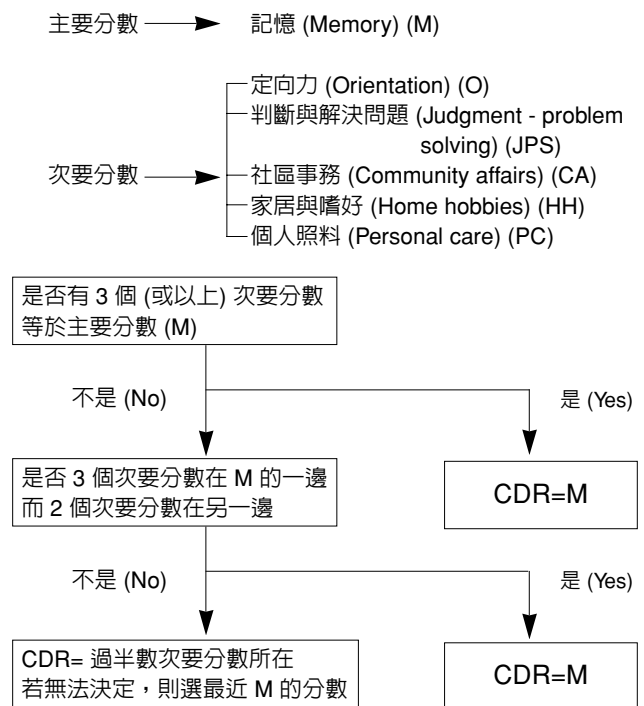
者。在 475 位阿茲海默症者中，輕度失智症有 238 人 (CDR=1)，中度失智症有 155 人 (CDR=2)，重度失智症有 82 人 (CDR=3)。三組不同嚴重程度者的平均年齡與所受的教育程度並無太大差異 (t -tests, $p>0.05$)。每位阿茲海默症者在 CASI 與各分測驗上的得分，以其對照正常組的 CASI 分數的平均數和標準差作 Z 分數的轉換。隨著失智嚴重程度的增加，在 CASI 上的得分偏離正常者得分的平均數越明顯。這也顯示了中文版「臨床失智評量表」，在評量阿茲海默症患者實際功能表現時的有效區辨程度。

結 論

中文版「臨床失智評量表」在台北榮民總醫院神經醫學中心已使用多年，相關的研究結果顯示，中文版「臨床失智評量表」具有不錯的信度與效度，是對瞭解阿茲海默症患者的功能退化上，一個值得使用的檢測工具。「臨床失智評量表」不像「簡短式智能評估」或「知能篩檢測驗」等的測試，是一種“量”上的分數，而是以正常或無失智 (CDR=0)，疑似或輕微失智 (CDR=0.5)，輕度失智 (CDR=1)，中度失智 (CDR=2)，重度失智 (CDR=3)，極重度失智 (CDR=4)，或末期失智 (CDR=5) 來代表患者目前功能退化的情況。

「臨床失智評量表」除了患者在相關測試上的反應外，並透過家人或照顧者，提供患者目前日常生活功能狀況，使臨床醫療人員，在有限的時間內，同時綜合“量”與“質”上的結果作判斷，對阿茲海默症患者的功能退化程度，作最好的掌握，是阿茲海默症檢測過程中不可或缺的工具。在臨床上，有些失智症，如血管型失智症，常因腦血管病變，造成患者肢體動作上的困難。進而影響到“社區事務”、“家居與嗜好”、與“個人照料”等的功能，使得 CDR 分數趨向較嚴重程度。「臨床失智評量表」當初設計者 Hughes 等人⁽¹⁾，在介紹此量表時，特別強調是作為阿茲海默症患者的整體評估之用。「臨床失智評量表」中所針對的是因為認知功能的變化，引起的功能障礙，而不是因為醫學、社會、或情緒問題，所引發的功能障礙^(1,17)，因此「臨床失智

CDR 分數判斷規則流程圖



特殊案例

M=0	2 個或以上次要分數大於 0	CDR=0.5
M=0.5	3 個或以上次要分數大於或等於 1	CDR=1
M>0	過半數次要分數等於 0	CDR=M
	兩個次要分數小於 M; 兩個大於 M; 一個等於 M	CDR=M

評量表」在臨床使用上的對象，是需要選擇的。

致 謝

本文部份的相關研究是由台北榮民總醫院研究計畫 V313 號計畫所贊助。

參考文獻

1. Hughes CP, Berg L, Danziger WL, et al. A new clinical scale for the staging of dementia. *Br J Psychiatry* 1982; 140:566-72.
2. Carr DB, Gary S, Baty J, et al. The value of informant versus individual's complaints of memory impairment in early dementia. *Neurology* 2000;55:1724-6.

3. Juva K, Sulkava R, Erkinjuntti T, et al. Staging the severity of dementia: comparison of clinical (CDR, DSM-III-R), functional (ADL, IADL) and cognitive (MMSE) scales. *Acta Neurol Scand* 1994;90:293-8.
4. Juva K, Sulkava R, Erkinjuntti T, et al. Usefulness of the Clinical Dementia Rating scale in screening for dementia. *Int Psychogeriatr* 1995;7:17-24.
5. Lin KN, Teng EL, Wang PN, et al. Patients' versus caregivers' report of poor memory in relation to dementia and tested abilities. *Neurology* 2000;55:1758-9.
6. Folstein M, Folstein S, McHugh P. "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-98.
7. 郭乃文, 劉秀枝, 王珮芳等。 「簡短式智能評估」之中文施測與常模建立。 *復健醫學雜誌*。 1988;16:52-9.
8. 郭乃文, 劉秀枝, 王珮芳等。 中文版「簡短式智能評估」(MMSE)之簡介。 *臨床醫學月刊* 1989;23:39-42.
9. Liu HC, Teng EL, Lin KN, et al. Performance on a dementia screening test in relation to demographic variable: study of 5297 community residents in Taiwan. *Arch Neurol* 1994;51:910-5.
10. Teng EL, Hasegawa K, Homma A, et al. The Cognitive Abilities Screening Instrument (CASI): a practical test for cross-cultural epidemiological studies of dementia. *Int Psychogeriatr* 1994;6:45-58.
11. Liu HC, Chou P, Lin KN, et al. Assessing cognitive abilities and dementia in a predominantly illiterate population of older individuals in Kinmen. *Psychol Med* 1994;24:763-70.
12. Lin KN, Wang PN, Liu CY, et al. Cutoff scores of the Cognitive Abilities Screening Instrument, Chinese version in screening of dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2002;14:176-82.
13. Morris JC, Ernesto C, Schafer K, et al. Clinical dementia rating training and reliability in multicenter studies: The Alzheimer's Disease Cooperative study experience. *Neurology* 1997;48:1508-10.
14. Waite L, Grayson D, Jorm AF, et al. Informant-based staging of dementia using the clinical dementia rating. *Alzheimer Disease and Associated Disorders* 1999;13:34-7.
15. 林克能, 郭啓中, 王培寧等。 中文版臨床失智評量評量者間信度研究。 壁報論文發表於花蓮慈濟醫院所舉行的神經醫學會年會, 2002。
16. Liu HC, Teng EL, Lin KN, et al. Performance on the cognitive abilities screening instrument at different stages of Alzheimer's disease. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2002;13:244-8.
17. Morris JC. The Clinical Dementia Rating (CDR): current version and scoring rules. *Neurology* 1993;43:2412-4.

《附錄一》

Standardized Semi-Structured Interview for Dementia -- according to CDR and DSM-IV

※Subject 職業：_____ 施測者：_____
 教育：_____ 日 期：_____

I. Recent memory：

1. 三樣東西 recall _____
- *2. 注意力不集中 ☐ 是 ☐ 否，請唸 29683 _____可 _____不可
3. 最近有那些重要大事？_____
4. 現在的總統是何人？_____
5. 自認記憶力？
☐ 好 ☐ 不好不壞 ☐ 壞 _____年 ☐ 其它（請註明：_____）

II. Orientation：

時、地之定向力 _____年 _____月 _____日 星期 _____
香港還給大陸了嗎？_____ 端午（中秋、春節）過了嗎？_____

III. Similarity & Difference：

您覺得腳踏車與摩托車有那裡相似嗎？_____

您覺得小孩和矮冬瓜有那裡不同呢？_____

IV. Judgement：

早上八點有一重要約會，醒來已是 7 點 50 分，要如何是好？_____

V. Apraxia：

請病人作下列動作：

1. 再見 _____
2. 刷牙 _____
3. 吹蠟燭 _____

VI. Aphasia：

1. 說話流暢度 _____
2. 命名（錶、筆、眼鏡）_____
3. 覆誦 _____
4. 理解力 _____
5. 讀 _____
6. 寫 _____

VII. Agnosia：

1. Visual agnosia（同命名）_____
2. Tactile agnosia 給病人硬幣 _____

VIII. Executive function：

1. Verbal fluency: 四隻腳動物 _____
2. 畫 _____
3. 畫時鐘 _____



《附錄二》

※Family：或本人（請圈選，請儘量問家屬，十分不得已才問本人，可以打電話）

I. Memory：

- | | | |
|------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| 1. 記憶不好 | ☐ 1. 同意 | ☐ 2. 不同意 |
| *2. 工作表現或家事能力變差 | ☐ 1. 同意 | ☐ 2. 不同意 |
| *3. 使用字或命名上有困難 | ☐ 1. 同意 | ☐ 2. 不同意 |
| *4. 對讀過或看過的書報或電視內容記得很少 | ☐ 1. 同意 | ☐ 2. 不同意 |
| *5. 對剛介紹過的人記不起名字 | ☐ 1. 同意 | ☐ 2. 不同意 |
| *6. 遺失或找不到貴重東西（錢、重要證件） | ☐ 1. 同意 | ☐ 2. 不同意 |
| *7. 不能記住幾天前的談話 | ☐ 1. 同意 | ☐ 2. 不同意 |
| 8. 不能記住或學習新事物（如使用新電器） | ☐ 1. 同意 | ☐ 2. 不同意 |
| 9. 對很熟的事（如籍貫？住址？作過什麼工作？）也不記得 | ☐ 1. 同意 | ☐ 2. 不同意 |
| 10. 不太容易記起最近才發生的事情 | ☐ 1. 同意 | ☐ 2. 不同意 |
| 11. 重複問相同的問題 | ☐ 1. 同意 | ☐ 2. 不同意 |
| 12. 常忘記關瓦斯爐的火 | ☐ 1. 同意 | ☐ 2. 不同意 |
| 13. 常讓人有不知所云的感覺 | ☐ 1. 同意 | ☐ 2. 不同意 |
| 14. 傳達電話留言有誤 | ☐ 1. 同意 | ☐ 2. 不同意 |

II. Orientation：

- | | | |
|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| 1. 迷路過好多次 | ☐ 1. 同意 | ☐ 2. 不同意 |
| *2. 在不熟悉的地方會迷路 | ☐ 1. 同意 | ☐ 2. 不同意 |
| 3. 不記得家人或親友 | ☐ 1. 同意 | ☐ 2. 不同意 |
| 4. 不太容易記得日期或月份 | ☐ 1. 同意 | ☐ 2. 不同意 |
| 5. 將一天中發生的事情前後時間順序混淆 | ☐ 1. 同意 | ☐ 2. 不同意 |
| 6. 搞不清楚他（她）在那裡 | ☐ 1. 同意 | ☐ 2. 不同意 |

III. Judgement：

- | | | |
|-----------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| 1. 當親朋好友婚喪喜慶，病人處理不合宜 | ☐ 1. 同意 | ☐ 2. 不同意 |
| 2. 有人來家中拜訪，病人反應不合宜 | ☐ 1. 同意 | ☐ 2. 不同意 |
| 3. 不能處理太複雜的事物（如選舉、拜拜） | ☐ 1. 同意 | ☐ 2. 不同意 |

IV. Community affairs：

- | | | | |
|---------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| 1. 外出買東西 | ☐ 完全不能 | ☐ 大部份不行，偶爾可以 | ☐ 有人陪伴即可 |
| | ☐ 正常 | | |
| *2. 財物處理能力 | ☐ 完全不能 | ☐ 大部份不行，偶爾可以 | ☐ 有人陪伴即可 |
| | ☐ 正常 | | |
| 3. 簡單的家電用品，如電視、電鍋或收音機，操作上 | | | |
| | ☐ 1. 有困難 | ☐ 2. 無困難 | |
| 4. 簡單的家事如泡茶、擺碗筷 | ☐ 1. 有困難 | ☐ 2. 無困難 | |
| 5. 獨立勝任家庭外的事物 | ☐ 1. 有困難 | ☐ 2. 無困難 | |
| 如有困難，病人是否外表看起來好像正常 | ☐ 1. 同意 | ☐ 2. 不同意 | |

《附錄三》

V. Home hobbies :

1. 從前有何嗜好（如看電視、報紙、聊天、打牌、散步、與孫子女玩或 _____，
現在 ☐ 整天在自己房間 ☐ 只保留簡單外務 ☐ 放棄複雜外務、嗜好、興趣
☐ 輕微障礙 ☐ 如常

VI. Personal care :

1. 自己洗澡 ☐ 1. 無法自理 ☐ 2. 需人協助 ☐ 3. 需人提醒 ☐ 4. 可自理
2. 選擇合適衣服（如天氣冷暖加減衣物）
☐ 1. 無法自理 ☐ 2. 需人協助 ☐ 3. 需人提醒 ☐ 4. 可自理
3. 穿衣 ☐ 1. 無法自理 ☐ 2. 需人協助 ☐ 3. 需人提醒 ☐ 4. 可自理
4. 吃東西（如掉了滿地或需人餵食）
☐ 1. 無法自理 ☐ 2. 需人協助 ☐ 3. 需人提醒 ☐ 4. 可自理
5. 大小便 ☐ 1. 失禁 ☐ 2. 需協助 ☐ 3. 正常

VII. Personality & Behavioral Problem :

- | | | |
|------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| 1. 常無端生氣或萌生敵意 | ☐ 1. 同意 | ☐ 2. 不同意 |
| 2. 曾聽到或看到當時並不存在的物 | ☐ 1. 同意 | ☐ 2. 不同意 |
| 3. 有妄想或疑心病 | ☐ 1. 同意 | ☐ 2. 不同意 |
| 4. 怯於社交活動或與人日常交談中有退怯傾向 | ☐ 1. 同意 | ☐ 2. 不同意 |
| 5. 失去同情心 | ☐ 1. 同意 | ☐ 2. 不同意 |
| 6. 不再注意儀表衛生 | ☐ 1. 同意 | ☐ 2. 不同意 |
| 7. 有藏東西的習慣 | ☐ 1. 同意 | ☐ 2. 不同意 |
| 8. 嗜吃甜食或將不可吃的東西放入口內 | ☐ 1. 同意 | ☐ 2. 不同意 |
| 9. 對任何事情均漠不關心 | ☐ 1. 同意 | ☐ 2. 不同意 |

VIII. Language :

- | | | |
|---------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| 1. 有溝通上的困難 | ☐ 1. 同意 | ☐ 2. 不同意 |
| 2. 常用錯字 | ☐ 1. 同意 | ☐ 2. 不同意 |
| 3. 喜歡重覆用同樣的字 | ☐ 1. 同意 | ☐ 2. 不同意 |
| 4. 說話變得不流利 | ☐ 1. 同意 | ☐ 2. 不同意 |
| 5. 說話變得很多或很少 | ☐ 1. 同意 | ☐ 2. 不同意 |
| 6. 讀或寫有困難（指原本可讀寫的人） | ☐ 1. 同意 | ☐ 2. 不同意 |

若上述 I-VIII 有問題，請繼續回答下列問題：

1. 這些症狀什麼時候開始顯露出來？ 大約日期 _____ 年 _____ 月
☐ (1) 不到 6 個月前 ☐ (2) 6 到 12 個月前
☐ (3) 1 到 2 年前 ☐ (4) 超過 2 年前
2. 症狀發生（進行）的速度有多快？
☐ (1) 很慢 ☐ (2) 1 到 3 個月前（亞急性）
☐ (3) 突然（在 1 個月內） ☐ (4) 其它（說明 _____）
3. 症狀進展情況如何？
☐ (1) 逐漸惡化 ☐ (2) 階梯式惡化
☐ (3) 突然，然後維持情況 ☐ (4) 其它（說明 _____）

《附錄四》

Clinical Dementia Rating (CDR)

資料來源：_____

	0	0.5	1	2	3
M					
O					
JPS					
CA					
HH					
PC					

一、在不熟悉的地方會迷路

二、工作表現或家事能力變差

三、使用字或命名上有困難

四、對讀過或看過的書報或電視內容記得很少

五、對剛介紹過的人記不起名字

六、遺失或找不到貴重東西（錢、重要證件）

七、在檢查時顯得注意力無法集中

八、不能記住幾天前的談話

九、財物處理能力減退

	Health CDR 0	Questionable CDR 0.5	Mild CDR 1	Moderate CDR 2	Severe CDR 3
Memory	*無記憶喪失 *偶爾遺忘	*輕微的遺忘 *回憶片段 *良性的遺忘	*對最近事物 時常遺忘 *影響日常活動	*嚴重記憶喪失 *只記得很熟的事物 *無法記得新事物	*嚴重記憶喪失 *只有片段記憶
Orientation	*人、事、地 定位正常	*除了對時間 順序稍微有困難外，均正常	*時間順序有問題 *對人地定位正常 *有時會找不到路	*對時、地定位 經常有問題	*只有人的定位 正常
Judgment & Problem solving	*處理日常事物 合宜 *判斷合宜	*對解決問題和 事物之異同似乎 有障礙	*處理複雜事物有 困難 *社交判斷仍合宜	*解決問題和事物 之異同有明顯 困難 *社交判斷障礙	*無法做判斷 或解決問題
Community affairs	*獨立處理工作， 購物，生意，財務， 正常生活	*對上述活動有 疑似或輕度障礙	*雖參與上述活動 但無法獨立，偶 而仍有正常表現	*無法獨立勝任家庭 外的事物 但外表看來正常	*無法勝任家庭 外的事物 但外表看來即 有病態
Home & hobbies	*家庭生活， 嗜好及智力 興趣仍維持	*對上述活動偶 而有障礙	*家中功能有輕微 但確實障礙 *放棄複雜外務， 嗜好，興趣	*只保留簡單外 務 *侷限的興趣 勉強維持	*整天在自己 房間
Personal care	*有自我照顧 的能力		*需要時常的提醒	*在穿衣，個人 衛生及個人情 緒需要協助	*個人衛生失禁 需要專人協助
CDR 4 Profound	說話無法理解或不相關；無法理解或遵照簡單指示；偶爾認得配偶或照顧者。用手而較少使用器具進食，須人幫忙；大小便經常失禁，在扶助下可走幾步；大部分時間無法行動；甚少外出；常有無目的的動作。				
CDR 5 Terminal	無法理解或沒有反應。無法辨認家人，需人餵食，可能會有吞嚥困難而需使用鼻管餵食。大小便失禁。臥床，無法坐立，站立，肢體收縮。				

註：如於兩格中無法決定選哪一格，請圈嚴重者