

## Beyond the Psychometric Assessments: the Evaluation of Patients with Alzheimer's Disease

Wen-Fu Wang, Chuan-Ju Wang, and Yao-Ting Huang

---

**Abstract-** Alzheimer's disease is a neurodegenerative illness. The Mini Mental State Examination (MMSE), Cognitive Abilities Screening Instrument (CASI) and Clinical Dementia Rating (CDR) are applied to assess whether a person suffers Alzheimer's disease and determine its severity. There are many confounding factors within those assessments, medical professionals need to bear in mind the pitfalls when evaluating the data and the patient.

**Key Words:** Alzheimer's disease, mini mental state examination (MMSE), cognitive abilities screening Instrument (CASI), clinical dementia rating (CDR)

---

From the Department of Neurology, Changhua Christian hospital, Changhua, Taiwan.  
Received February 17, 2009. Revised April 6, 2009.  
Accepted July 9, 2009.

Reprint requests and correspondence to: Yao-Ting Huang, clinical psychologist. The Department of Neurology, Changhua Christian hospital, Changhua, Taiwan.  
E-mail: 111704@cch.org.tw

# 心理衡鑑之外—談阿茲海默氏病患者的評估

王文甫 王釗如 黃耀庭

## 摘要

阿茲海默氏病是一種大腦逐漸退化的疾病，目前臨床上是以前短式智能評估(Mini Mental State examination, MMSE)、知能篩檢測驗(Cognitive Abilities Screening Instrument, CASI)以及臨床失智評量表(Clinical Dementia Rating, CDR)，作為衡鑑工具以當作臨床診斷時，評估患者認知功能及判斷失智症嚴重程度的依據。由於測驗過程中有許多干擾因素，所以評估者需要藉由不同的技巧，解析病患及其家屬的反應，以便進一步釐清確定患者目前的認知功能狀況。

**關鍵字：**阿茲海默氏病，簡短式智能評估，知能篩檢測驗，臨床失智評量表

*Acta Neurol Taiwan 2010;19:70-75*

## 前言

在國內臨床上評估失智症病程的嚴重度，廣泛的使用簡短式智能評估(Mini Mental State Examination, MMSE)、知能篩檢測驗(Cognitive Abilities Screening Instrument, CASI)及臨床失智評量表(Clinical Dementia Rating, CDR)。前兩者有標準化的測驗題目，主試者只要遵循施測流程以及注意事項，便可以在短時間內，了解患者的知能分數，並且已經有相當嚴謹的切點分數，能夠客觀的釐清患者失智與否<sup>(1-4)</sup>。而臨床失智評量表則藉由評估患者及詢問其家屬的相關困擾問題，並加以評

分，作為失智症嚴重度的依據<sup>(5,6)</sup>。

傳統上，大部分第一線阿茲海默氏病的主試者，認為MMSE、CASI都有一個切點分數，可以用來區分正常老人與阿茲海默氏病患者。然而在施測時面臨許多潛在的因素，有可能會讓主試者誤判患者的能力，而給予失智的診斷，例如當臨床上出現相同年齡與教育程度的兩病患，一為憂鬱病，一為失智病，兩者MMSE 或CASI都呈現出相同的分數，兩者在記憶力也同樣出現缺損，主試者無法藉由測驗的分數去區分失智病與憂鬱病。由上述的例子可以發現在患者身上至少出現兩種問題，可能會導致記憶力不佳或是測驗分數不佳，首先為動機問

彰化基督教醫院，神經醫學部。  
受文日期：2009年2月17日。修改日期：2009年4月6日。  
接受日期：2009年7月19日。

通訊作者：黃耀庭臨床心理師，彰化基督教醫院神經醫學部，彰化市南校街135號。  
E-mail: 111704@cch.org.tw

題 (受試者不願意答覆)，其次是能力問題 (受試者無法答覆或答錯)。

我們下列將主試者可能影響診斷的問題，針對評估時受試者的表現、可能造成的原因以及進一步的確認作詳細的說明。

### 記憶力問題

針對阿茲海默氏病的患者記憶力缺陷是主要的核心問題，大部分患者來診的原因也是為此，若無法區分記憶的問題是源自於動機亦或能力的問題，評估者將無法認清病患問題的癥結，以致於低估病患的能力。

#### 評估時受試者的表現：

CASI中有一題「請問你今年幾歲！」，無論是失智病患者或是正常老人常常會出現「我不知道。」的答案。

#### 可能造成的原因：

在中、重度患者通常會因為長期記憶 (過去的記憶) 仍然保留著，所以常常會回答二、三十歲 (答案會穩定且逐漸減少)，而輕度患者則可能會因為有時仍保存著部份的短期記憶，所以病患的答案不見得會十分一致 (反應出來有時正確，有時錯誤)。反觀正常老人，他們則有能力回答現在實際的年齡，但是他們不願意去想。

#### 進一步的確認：

當患者回覆「我不知道」或「我忘記了」的時候，應運用不同的問法，給予選擇性的答案，如「你現在是二十幾歲、三十幾歲、還是四十幾歲等...」。便可以讓患者較有動機說出自己所覺知的年齡。阿茲海默氏病患者在短期記憶經常會遺忘；也意味著病患無法隨著時間更新記憶，持續停留在過去的年齡。當主試者懷疑患者處於輕度阿茲海默氏病階段，可以在測驗結束前可再問一次，以便確定患者的狀態。

### 認人問題

#### 評估時受試者的表現：

阿茲海默患者常常會出現，無法回答帶自己來診的家人是誰，可能只能回答是家人或是鄰居。

#### 可能造成的原因：

正常的老人家屬常常也會抱怨長輩會叫錯兒孫的名字。然而，這些長輩叫錯名字的方式卻不若阿茲海默氏病患者，他們即使叫錯也會在同一個輩份裡面搜尋，孫子的名字只會在孫子輩裡面找，兒子只會在子女輩裡面找，如果患者記得每一個兒孫的名字，最後一定會被找到。但不會稱呼已經過世的人，他們不會有輩份上的混淆。反觀阿茲海默氏病患者，已經沒有近期記憶，所以不會有兒孫的稱謂。

#### 進一步的確認：

此問題為排除動機問題的方法之一，由於阿茲海默氏病患者無法更新記憶，我們可以藉此詢問患者長孫的名字、長孫的年紀、長孫在工作或是唸書以及長孫的居住地，原因在於：在台灣多數的長輩，都較為疼愛長孫，所以動機影響的因素便可以減至最低。(2)誠如前述，當患者年紀活在20、30歲時，患者未有孫子甚至兒女，所以腦中不可能會有兒、孫子名字的印象，故即使天天見面，或自小便由患者照顧的子孫，仍然無法記得他(由於患者沒有這一部份的記憶，所以對患者而言是不存在的，此外患者缺乏短期記憶，所以也無法藉由天天見面而記得兒孫的名字)。(3)若勉強叫得出對方為何人時，大部分皆為自己的兄弟姊妹、父母親或是患者年輕時的親友，可能因為患者目前記憶中已無現今的人，所以在稱謂提取時，提取的是患者年輕時所熟識人的資料 (因為長期記憶依然存在)，所以常會遇到患者的兒女被當成父母親的窘態；然而隨著疾病日益惡化，到最後患者只能知道這是家裡面的人或是鄰居。

## 迷路問題

迷路常常令家屬懊惱的一件事。家屬大部分都在上班，無暇能24小時陪伴病患，使得患者迷路的機會大增。

### 評估時受試者的表現：

當主試者遇到患者或家屬描述曾經走失的問題時，可能出現 (1) 在原本熟悉的地方迷路。(2) 在天氣陰或是天黑的時候迷路。(3) 在不熟悉的地方迷路。(4) 發生過1~2次，但沒再出現。

### 可能造成的原因：

(1) 即使是熟悉的環境中，患者出現迷路現象，需是否每次外出時，都有人陪同並協助導引，如此一來患者無須記得自己往何處去。(2) 天色陰霾、昏暗，亦有可能導致患者出現迷路的情形。(3) 搬新家或是在小孩的家輪著住。

### 進一步的確認：

主試者應詢問患者及其家屬迷路的經過情形，包括人、時、地、事、物，以及迷路的結果，是由自己找到路還是由他人協助才能找到以便瞭解迷路問題的本質。正常人了解自己身處於迷路的狀況下，會適當的尋求協助，譬如路人、警察等，在事後亦能清楚描述自己在何處發生什麼事。相對的，阿茲海默氏病患者由於迷路時正值神智恍惚，無法覺知自己的問題，所以不會主動尋求協助，以致於患者往往是“被”找到，而且主試者在測驗時詢問患者當時的狀況時，患者常常無法描述。

## 失禁問題

### 評估時受試者的表現：

失禁在患者身上常常出現，包括行動不便，阿茲海默氏病患者均有可能發生。

### 可能造成的原因：

(1) 行動不便導致走路緩慢或需要以助行器協助

行走。(2) 重度阿茲海默氏病亦會產生失禁的問題。

### 進一步的確認：

(1) 患者會主動前往廁所，但來不及而失禁。即使在這種情形下，患者所排泄出來的量並不會太多。(2) 當行動不便並且語言表達困難之患者則會用，行動(拍打，發出怪聲等)通知家人或外勞，以便幫忙自己如廁。(3) 少量的排泄物黏到內褲裡，可能是因為清潔不乾淨。

這些是屬於正常長者會發生的現象。反觀重度的失智症患者，則表現出 (1) 坐立不安，但不會主動要求幫忙。(2) 出現大量排泄物沾到內褲上，可以依此觀察是否患者完全都未清潔便穿上褲子，甚至連褲子都沒脫就直接排出。(3) 更嚴重的則直接坐在椅子上方便，即使家人指責他，患者也不承認是自己的排泄物。

## 日落症候群與正常人的譫妄現象

### 評估時受試者的表現：

在數個小時到數週之內，出現不知道現在處於何地，無法認識家人，情緒驟變，具攻擊性等等。

### 可能造成的原因：

主試者不容易區分患者的問題到底是失智症所產生的日落症候群或是因身體其他疾病所產生的譫妄現象。

### 進一步的確認：

在衡鑑時主試者所擔憂的不是患者在譫妄期間發生了什麼事情，反而是譫妄之後患者是否恢復至過去的能力。保守的診斷阿茲海默氏病的症狀需持續半年以上，方可給予診斷。然而住院期間出現的譫妄現象，若只是短暫的幾天，無法滿足診斷的需要，應該請家屬持續觀察。若阿茲海默氏病患者發生日落症候群(譫妄)的現象，即使譫妄原因已經解決，患者仍會持續出現認知功能的衰退，相反的正常患者則可以恢復成譫妄之前的能力。

## 聽力、視力問題

### 評估時受試者的表現：

患者因視力與聽力問題產生答非所問，看到或聽到一些不存在的人事物。

### 可能造成的原因：

聽力問題：(1) 家屬說話速度太快，患者訊息處理的速度無法跟上說話的速度，導致患者可能只擷取話中的一、兩個字，反應出來的結果必然不正確。(2) 這類患者耳朵會有雜音干擾，可能會讓患者誤認有聲音跟他說話，這也可能被認為聽幻覺。(3) 聽力不佳，會使患者重複問相同的問題。(4) 阿茲海默氏病患者會出現答非所問的情形。

視力問題：(1) 患者看到一些不存在的人事物。(2) 看到兒女不認得人的問題。

### 進一步的確認：

患者若為聽力不佳問題，可以減緩說話的速度，或改變說話的腔調以便讓患者能夠適應主試者的說話方式。如果是視力問題，需詢問家屬患者是否經常處於昏昏欲睡的階段，或是測驗時段內患者無法集中精神，許多問題都回答“我忘記了”或“不知道”。(因為長日期間睡覺的患者，作測驗的時間往往也是患者在家睡覺的時間，所以測驗當下並不會有特別好的表現)。睡眠常常使患者視力模糊，特別是在睡覺的前後一至兩個小時內會出現視幻覺或是不認得家人的問題，但過了這段時間患者沒有睡意後可請家屬再評估是否仍有相同的問題。若問題持續發生，而且在其他方面已經符合中重度的阿茲海默氏病的症狀，則應該考慮中重度阿茲海默氏病的診斷。若其他認知功能包括記憶力、推理、如廁、執行功能等並未達到如此嚴重的情況下，主試者便應該考慮到可能是其他原因所導致，如睡眠、譫妄等。

## 結 論

本文著重於阿茲海默氏病，非針對其他類型的

失智症，因為其他形式的失智症有其特徵，與阿茲海默氏病不相同。所以在本文的例子無法推及其他種類的失智症。

即使是正常的長者，經常有許多生理因素可能造成類似失智症的症狀，包括動作、視力、聽力。此外，環境因素，如天色問題，亦會讓人容易懷疑症狀是否是疾病所造成之結果。這些非認知因素所造成的低分效果，由於缺乏實證研究與訊息提供者資訊可能不精確，導致患者被低估的情形經常容易發生。有鑑於此，在診斷阿茲海默氏病時亟需經驗豐富的臨床醫師與臨床心理師彼此相互合作，共同釐清問題，才能形成較為嚴謹的診斷。

正如Easley與Wilcock<sup>(7)</sup> 在2000年發展利用病史、認知、動作、行為、功能性、疾病特徵等六個角度分析患者的失智的種類及嚴重度，如此臨床工作者更能完全的了解患者的疾病，有助於正確的診斷以及設定治療方針。此衡鑑的模式已不再拘泥於測驗分數，或是單一行為問題或是精神症狀，反而藉由瞭解病程、疾病的本質的方式，了解患者問題的所在，以便能夠進一步的協助患者及其家屬後續的醫療處置。文中所提的每一個問題，表面上都與阿茲海默氏病患者的行為反應類似，然而若不詳加詢問，經常會被誤導，反而會低估患者的能力。

依據臨床經驗阿茲海默氏病患者的問題行為(特別是精神問題)，常出現在記憶力缺陷之後，大部分的精神症狀是在阿茲海默氏病中、重度才會出現。根據此觀察，若干患者還未達輕度阿茲海默氏病，出現相似的問題必定有其他的原因所造成，主試者更應該仔細詢問相關的病史。

總而言之，主試者不應該只拘泥在測驗的分數或是只針對患者或家屬所提出的問題行為進行分析，而應斟酌患者所有的行為和功能綜合的評估以及分析是否這些問題是否相對應於阿茲海默氏病的嚴重度，以利於臨床上正確的診斷。

## 致 謝

本文感謝財團法人彰化基督教醫院研究計畫編號98-CCH-IRP-20贊助以及台北榮民總醫院神經醫學

中心林克能博士與台灣失智症協會湯麗玉秘書長協助。

### 參考文獻

1. 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.
2. 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.
3. Teng EL, Hasegawa K, Homma A. The Cognitive Abilities Screening Instrument (CASI): A practical test for cross-cultural epidemiological studies of dementia. *Int Psychogeriatr* 1994;6:45-58.
4. 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;14:176-182
5. Hughes CP, Berg L, Danziger WL, et al. A new clinical scale for the staging of dementia. *Br J Psychiatry* 1982; 140:566-72.
6. 林克能，劉秀枝。臨床失智評量表。台灣神經學雜誌。2003;12:154-65.
7. Easley R, Wilcock GK. Assessment and differential diagnosis of dementia. *Dementia*. New York: Oxford University Press, 2000:41-7.