



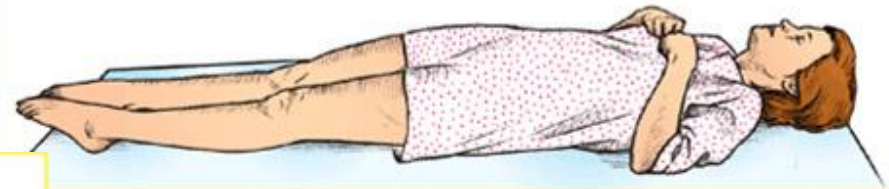
腦中風評估量表

- Glasgow Coma Scale
- NIHSS
- mRS
- Barthel index
- 其他

Glasgow Coma Scales

Eye		Verbal		Motor	
Spontaneous	4	Oriented	5	Obeys commands	6
Verbal stimuli	3	Confused	4	Localized	5
Pain only	2	Inappropriate words	3	Withdraw	4
No response	1	Incomprehensible speech	2	Flexion (decorticate)	3
		No response	1	Extension (decerebrate)	2
				No response	1

Decorticate (M3)



Decerebrate (M2)



NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale)

- 為缺血性腦中風治療之臨床研究計畫，所設計出來的一個標準化神經學檢查量表。

~ Goldstein LB, et al. Arch Neurol 1989

- Maximum score is 42, signifying severe stroke
- Minimum score is 0, a normal exam
- ✓ Evaluate the stroke severity
- ✓ Provide rationale ED use of t-PA and IA thrombectomy
- ✓ Predict outcome

1a. 意識清楚程度

0 = 敏捷(Alert)，反應敏銳。

1 = 嗜睡(Drowsy)，但可藉輕微的刺激喚醒而遵從指令，回答問題或反應。

2 = 木僵(Stuporous)，須要重複性的刺激才能引起注意，或是意識遲鈍且需要強大或疼痛刺激才有動作（非重複固定的動作）。

3 = 昏迷(Comatose)，反應僅限於反射動作或自主神經反射性表現，或完全無反應，弛緩，無反射。

說明

因為放置氣管內管、語言障礙或口咽氣管創傷 / 使用繃帶等阻礙而無法得致完整的評估，評估者還是必須選擇一個反應。只有當病患在疼痛刺激時無任何反應（非反射性姿勢），才給3分

1b. 回答問題之意識程度

- 問題一、請問今天是那一個月份？
或請問今天是幾月(幾日)？
- 問題二、請問您(今年)幾歲？

0 = 可正確回答兩個問題。

1 = 可正確回答一個問題。

2 = 兩個問題均不能正確回答。

說明

因為放置氣管內管、語言障礙或口咽氣管創傷 / 使用繃帶等阻礙而無法得致完整的評估，評估者還是必須選擇一個反應。

只有當病患在疼痛刺激時無任何反應（非反射性姿勢），才給3分

1c. 執行命令之意識程度

動作一、請您張開眼睛？請您閉上眼睛？

動作二、請您將好的手握拳？請您將拳頭放開？

0 = 可正確執行兩個命令

1 = 可正確執行一個命令

2 = 兩個命令均不能正確執行

說明

要求病人睜眼及閉眼，然後緊握及放鬆非麻痺的手部。

假如雙手不能使用，則以其他單一步驟指令取代。若有確實遵照指令的嘗試性動作出現，但由於無力而無法完成整個動作，則仍給予計分。若病人對要求沒有反應，檢測者應示範動作給他們看（默演）並計算結果（例如無法完成、或完成一個或兩個指令）。對於有創傷、截肢或有其他身體上之障礙的病人應給予一個合適的單一步驟指令。

只能憑最初的執行動作來計分。

2. 最佳的眼球運動

0 = 正常

1 = 部分凝視異常 (partial gaze palsy)

當單眼或雙眼眼球凝視異常，但並無強迫性的偏移(forced deviation)，或完全癱瘓(total gaze paresis)時仍可給予分數。

2 = 強直性的偏移，或完全的癱瘓而無法用頭眼運動手法(oculocephalic maneuver)來矯正。

說明

僅測試眼睛水平的運動。

以意識或反射性（頭眼運動反應）眼球運動來計分，但是不作眼前庭反射測試。若病患眼睛的共軛偏向可以用意識或是反射性運動來矯正，則給1分。若病患有單一性周邊神經麻痺（第三、四或六對腦神經），則得分為1。

所有失語症病患都可以測試其眼球運動的功能。眼球創傷、使用繃帶、之前失明或視力與視野異常之病患，應以反射性運動測試，此可由評估者來做選擇。與病患做眼光接觸，然後從病患一側移到另一側，有時可澄清是否有部分注視功能麻痺。

3. 視覺

0 = 無視覺喪失

1 = 部分的偏盲 (hemianopia)

2 = 完全的偏盲 (hemianopia)

3 = 兩側的偏盲 (全盲，包括皮質性全盲)

說明

以面對面試驗法(confrontation test) (上及下象限)，可用算手指數或適度的視覺驚嚇法。

病患必須被引導，若病患眼睛能適當的注視動作中手指的方向，則以正常來計分。若有單眼盲或眼球摘除，則以正常眼的視野計分。只有在發現有清楚的不對稱—包括象限偏盲—的情況下，才算1分。若病患由於任何原因所引起之失明，則給3分。此時進行雙邊同時刺激，若病人有單側忽略得1分，此結果可用來回答第11題的問題。

4. 顏面麻痺

0 = 正常，對稱的動作

1 = 輕微的癱瘓（鼻唇間皺摺變平，微笑時不對稱）

2 = 部分癱瘓（下半部的臉完全或近乎癱瘓）

3 = 單側或雙側完全癱瘓（上半部及下半部的臉均無法運動）。

說明

要求或以肢體語言的方式引導病患露出牙齒或揚眉及閉眼。

對於反應不良或是無法理解問題的病人，則施予疼痛刺激並依照面部的痛苦表情是否對稱來計分。

假使顏面有創傷/繃帶、放置氣管內管或其它障礙，導致看不清楚臉部表情，則應該盡可能予以移除障礙物後再測量。

5. 手臂運動 (5a 左 ; 5b 右)

- 0** = 無下垂，肢體可維持90度（或45度）完整10秒鐘。
- 1** = 晃動，肢體可維持90度（或45度），但在10秒鐘內會下垂，但不會撞到床上或其他支持物。
- 2** = 可稍抗重力，肢體不能達到或維持90度（或45度），會下垂至床上，但仍有些許抗重力的力量。
- 3** = 無法抗拒重力，肢體下落。
- 4** = 無任何移動。

說明

讓雙手保持一個適當的姿勢：伸展手臂（掌心向下）舉手（坐著90度，躺臥45度）。

假使手臂在十秒內下垂，則以晃動來計分。

對於失語症的病患則使用急促的語氣或以肢體動作來引導，但不可使用疼痛的刺激。雙手分開輪流測試，從沒有麻痺之手臂開始。

只有在肩膀有做過截肢或關節粘合手術之個案才可以以“ 9” 計分，且評估者必須清楚的填寫說明給“ 9” 的理由。

6. 腿部運動 (6a 左 ; 6b 右)

0 = 無下垂，肢體可維持30度，完整5秒鐘。

1 = 晃動，肢體可維持30度，但在5秒鐘內會下垂，但不會撞到床上或其他支持物。

2 = 可稍抗重力，肢體不能達到或維持90度（或45度），會下垂至床上，但仍有些許抗重力的力量。

3 = 無法抗拒重力，肢體下落。

4 = 無任何移動。

說明

讓雙腳保持一個適當的姿勢：先測單腳呈30度（通常是以仰臥的姿勢來做測試）。假使腿在五秒內下垂，則以晃動來計分。

對於失語症的病患則使用急促的語氣或以肢體動作來引導，但不可使用疼痛的刺激。四肢分開輪流測試，從沒有麻痺之肢體開始。

只有在臀部有做過截肢或關節粘合手術之個案才可以以“ 9” 計分，且評估者必須清楚的填寫說明給“ 9” 的理由。

7. 肢體運動失調

0 = 無此現象

1 = 出現於一肢體

2 = 出現於二肢體

說明

這個項目主要目的是測試是否有單邊小腦的病變。

測試時病患必需睜眼。假若病人有視覺缺損，確定測試是在病人良好的視野內進行，指到鼻子試驗及跟脛試驗須測試兩側，只有在運動失調超過肢體無力時才計分為運動失調。

不能理解指令或是癱瘓的病人不能算是運動失調。

只有病患有截肢或關節粘合，此項目可評分為 '9'，且評估者必須清楚填寫不計分之說明。眼盲的病人可以以伸展的上臂來碰觸鼻頭的方式進行測試。

8. 感覺功能 (Sensory)

0 = 正常，沒有感覺喪失

1 = 輕度至中度感覺喪失

(患側對針刺感覺得沒有那麼尖銳或覺得較鈍；或對針刺的表淺性疼痛感覺喪失，但病人仍能感受到被觸摸的感覺。)

2 = 重度到完全感覺喪失

(病人臉部、手腳皆無法感受到被觸摸的感覺。)

說明

如為遲鈍或失語症病人，可以針刺試驗觀察病人的感覺或皺眉頭反應，或給予痛刺激觀察病人對痛刺激的退縮反應。

- 只有因腦中風所造成的感覺喪失，才能記錄為異常。
- 感覺功能測試的區域包括：手臂(不是手)、腳、軀幹及臉部。
- 只有在可以明確的確認病人是重度或完全感覺喪失時，其分數才能計為“2”分；所以木僵或失語症病人，其分數只能計為“0”或“1”分。
- 腦幹中風併雙側感覺喪失、沒有反應且四肢癱瘓或昏迷(1a = 3)之病人，其分數計為“2”分。

9. 最佳的語言功能

0 = 無失語症，正常

1 = 輕微或中等程度的失語症

2 = 嚴重的失語症

3 = 靜默的(mute)，完全失語症(global aphasia)

說明

病人必須依所附圖片解說發生的事情並且說出圖片中物品的名稱及讀出所附的句子，理解語言的能力可由病人對這個檢查所做的反應以及上列的神經檢查中所下的所有指令裡判斷出來。

輕微的失語症，有一點明顯的喪失流暢表達或理解的能力，但在表達出來的想法或表達的形式上並無顯著的侷限性。然而，因為語言及（或）理解能力的降低，使得關於提供材料（附圖片）的對話變得困難或不可能。例如：在做所提供圖表的對話時，檢查者可以從病人的回應中找到對應的圖形或名稱的內容。

嚴重的失語症；所有溝通都是透過零碎、片段的表達來完成，在很大的程度上，聽者需要推論、詢問及猜測。可提供交換的資訊範圍有限；在溝通上聽者承受相當大的負擔。測試者無從辨認病人的反應從所提供的材料（附圖片）。

插管的病人可以要求用寫的方式表達。昏迷（1a=3）的病患，這項目的分數為3。

9. 最佳的語言功能 (圖1)

媽 媽

踢 踏

飛 機 飛 了

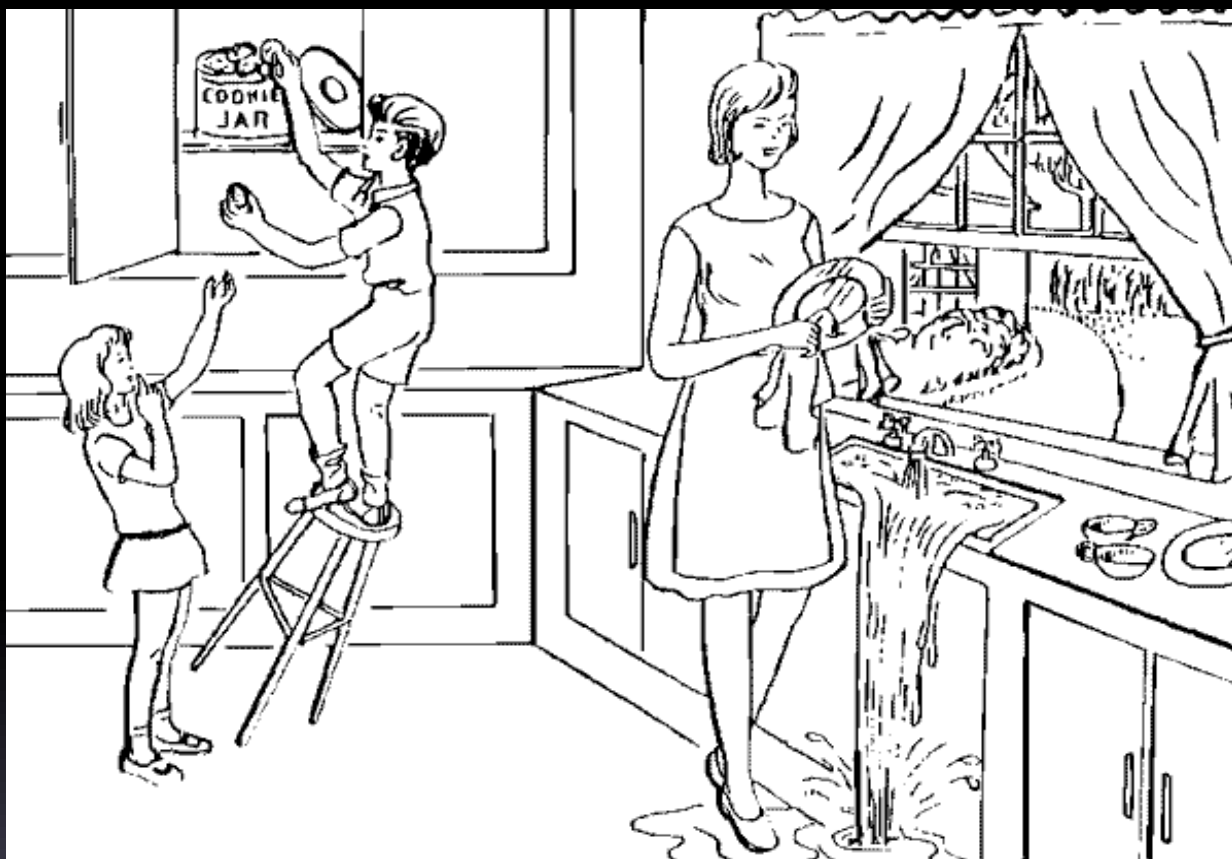
小 心

司 馬 相 如

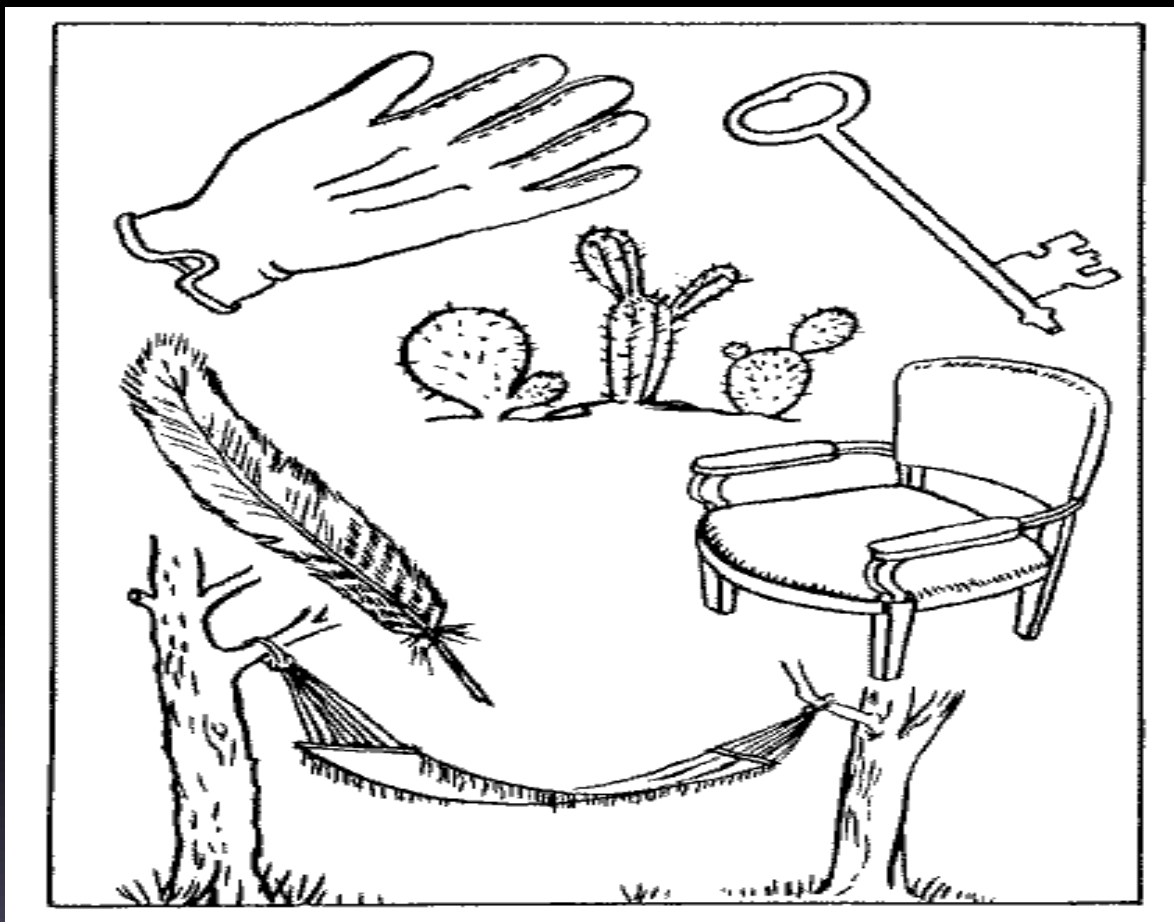
吃 葡 萄 不 吐 葡 萄 皮

可 口 可 樂

9. 最佳的語言功能 (圖2)



9. 最佳的語言功能 (圖3)



10. 構音障礙

0 = 正常

1 = 輕微至中等程度（病人至少在有些字的發音上模糊含混，甚至，要理解這些字會有一些困難。）

2 = 嚴重（在沒有失語、或與失語程度不成比例的情況下，病人的言語模糊到難以理解的程度，或者是靜默／無法發音。）

說明

正常指病患能讀出或重覆所附列表中的字、並從中獲得一個恰當的言談樣本是絕對必要的。

若病患有嚴重失語症，其自發性言談之發音清晰與否仍可評量。只有當病患有插管或有其他障礙導致說話困難時，此項目才可以以“9”來計分，且評估者必須清楚的填寫不能計分原因。

11. 感覺喪失或注意力喪失

0 = 正常

1 = 視覺、觸覺、聽覺、空間感覺或本體感覺注意力下降，或對兩側同時刺激時有任一種感覺的消失。

2 = 對超過一種以上的感覺測試有嚴重的半側注意力喪失。無法辨認自己的一隻手或身體僅能對一邊的空間有定向感。

說明

由先前檢測過程中，以有充分的資料來確認病患是可能有忽視的問題。

若病患有嚴重的視覺喪失因而無法進行雙邊視野同時刺激性測試、但表面感覺刺激是正常的话，則記錄為正常。

若病患有失語症但仍對兩側的刺激有反應，則記錄為正常。

但視覺空間忽略或病患無病識感可視為異常的證據。只有在異常的狀況出現時才會記錄為異常，因此此項目沒有不適用者。

	Brain death	Coma	Stupor	Global aphasia
LOC 1a	3	3	2	0
LOC 1b	2	2	2	2
LOC 1c	2	2	2	0
Gaze 2	2	2	2,1,0	
Visual 3	3	3	3	
Facial palsy 4	3	3	3	
Motor L arm 5a	4	4	4	
Motor R arm 5b	4	4	4	
Motor L leg 6a	4	4	4	
Motor R leg 6b	4	4	4	
Ataxia 7	2	0	0	0
Sensory 8	2	2	1 or 0	1 or 0
Language 9	3	3	3	3
Dysarthria 10	2	2	2	2
Extinction 11	2	2	2	
Score	42	40	33-37	



腦中風評估量表

- NIHSS
- **mRS**
- Barthel index

Modified Rankin Scale (mRS)

- 0 - 無症狀
- 1 - 有症狀，但無顯著殘障，可以自己執行日常生活活動者
- 2 - 稍有殘障，不能執行所有發病前能從事的活動,但未經協助也可以照顧自己生活。
- 3 - 中度殘障，日常生活需要一些幫忙，但不經協助也可以獨自行走。
- 4 - 中度嚴重殘障，若不經協助,則不能行走，也不能執行日常生活。
- 5 - 重度殘障，臥床，失禁，需要護工長期照顧者。
- 6 - 死亡



腦中風評估量表

- NIHSS
- mRS
- **Barthel index**

日常生活活動功能量表 - 巴氏量表

- 巴氏量表(Barthel index)為一種日常生活的評估量表，為目前長期照護上最常運用來評估個案身體功能狀況之量表。
- 巴氏量表評分總分為100分，分為5個等及分數及距
 1. 完全依賴 0-20分
 2. 嚴重依賴 21-60分
 3. 中度依賴 61-90分
 4. 輕度依賴 91-99分
 5. 完全獨立 100分

日常生活活動功能量表 - 巴氏量表

項目	分數	內容
1. 進食	0	無法自行取食
	5	須別人協助取用或切好食物或穿脫進食輔具
	10	自己在合理的時間內(約10秒鐘吃一口). 可用筷子取食眼前食物. 若須使用進食輔具, 會自行取用穿脫, 不須協助
2. 移位	0	須別人協助才能坐起, 或須兩人幫忙方可移位
	5	可自行坐起但須別人協助才能移位至椅子。
	10	在上述移位過程中, 須些微協助(例如: 予以輕扶以保持平衡)或提醒。或有安全上的顧慮
	15	可自行坐起, 且由床移位至椅子或輪椅, 不須協助, 包括輪椅煞車及移開腳踏板, 且沒有安全上的顧慮
3. 個人衛生	0	須別人協助才能完成上述盥洗項目
	5	可自行刷牙、洗臉、洗手及梳頭髮和刮鬍子
4. 如廁	0	無法自行完成如廁過程
	5	在上述如廁過程中須協助保持平衡。整理衣物或使用衛生紙
	10	可自行上下馬桶, 便後清潔, 不會弄髒衣褲, 且沒有安全上的顧慮。倘使用便盆, 可自行取放並清洗乾淨
5. 洗澡	0	須別人協助才能完成盆浴或淋浴
	5	可自行完成盆浴或淋浴

日常生活活動功能量表 - 巴氏量表

項目	分數	內容
6. 平地走動	0	需要別人幫忙
	5	雖無法行走，但可獨立操作輪椅或電動輪椅(包含轉彎、進門及 接近桌子、床沿)並可推行50公尺以上
	10	需要稍微扶持或口頭教導方向可行走50公尺以上
	15	使用或不使用輔具(包括穿支架義肢或無輪子之助行器)皆可獨立行走50公尺以上
7. 上下樓梯	0	無法上下樓梯
	5	需要稍微扶持或口頭指導
	10	可自行上下樓梯(可抓扶手或用拐杖)
8. 穿脫衣褲鞋襪	0	需要別人完全幫忙
	5	在別人幫忙下，可自行完成一半以上動作
	10	可自行穿脫衣褲鞋襪，必要時使用輔具
9. 大便控制	0	失禁或需要灌腸
	5	偶而會失禁(每週不超過一次)，使用塞劑時需要別人幫忙
	10	不會失禁，必要時會自行使用塞劑
10. 小便控制	0	失禁或需要導尿
	5	偶而會失禁(每週不超過一次)，使用尿布尿套時需要別人幫忙
	10	日夜皆不會尿失禁，必要時會自行使用並清理尿布尿套
總分	100分	巴氏量表評估 100 分(完全獨立)。



腦中風評估量表

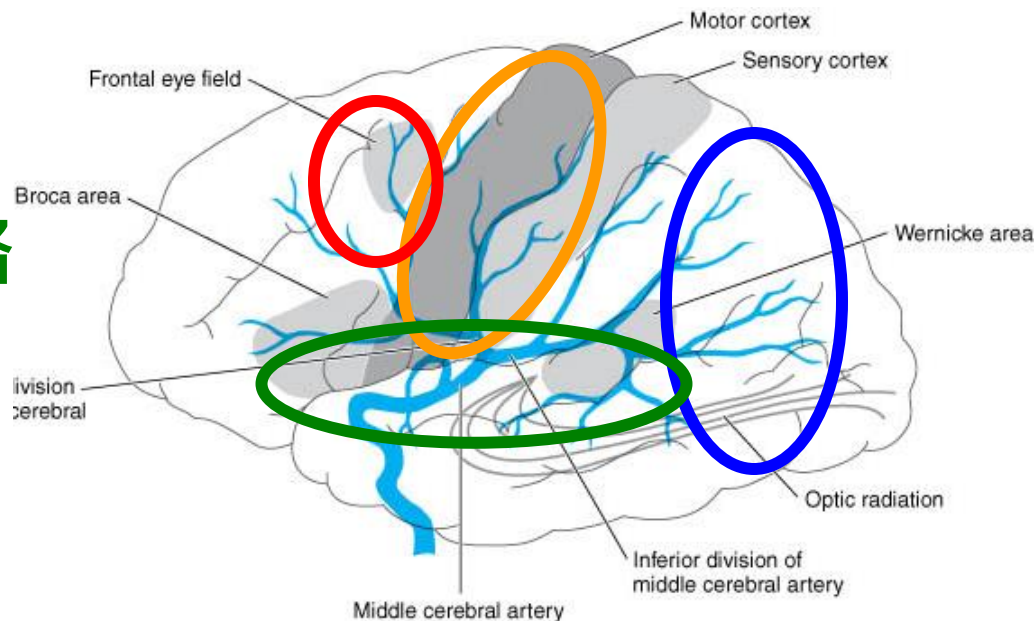
- NIHSS
- mRS
- Barthel index
- 其他

大範圍中風的臨床表現

- 意識不清
- 單側肢體明顯無力或癱瘓
- 單側視野偏盲
- 眼睛偏向一邊
- 失語症 或 單側忽略

(左腦)

(右腦)



辨別中風口訣 (FAST)

hehō

f Heho健康 🔍

Face



臉部表情
不對稱

Arm



一側手臂
無力垂下

Speech



說話含
糊不清

Time



立刻就醫並
記下發病時間



G

Gaze in
only one
direction



F

Face/
facial
droop



A

Arms/
legs weak



S

Speech
slurred,
confused



T

Time lost
is brain lost

Gaze 眼球運動

觀察病人眼球是否偏向一邊

(如果眼睛無法張開，請用手指將眼瞼打開觀察。)

Gaze(+) and G-FAST ≥ 2 可能為大血管阻塞



THE END

