

现行NIHSS评分中文译版的勘误及建议正确译文

徐威¹, 赵玉莹¹, 朱俊颖¹, 王晓彤¹, 张琛¹, 王云甫^{2*}, 任传成^{3*}

摘要 美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)在中国的脑血管病临床实践、试验研究、医疗质控中已得到了广泛应用。NIHSS量表自身也在不断改良和完善中,对照NIHSS修订版原文与现在广泛使用的NIHSS中文量表,发现中文量表的13个项目中有6项需要修订、另外2项需要重译,及时更正并推广正确的中文译本是全体中国神经科学从业者的责任和义务,为此我们对照NIHSS网站原文逐词逐句进行了校对、对重要词汇根据神经病学英文原著进行了专业化的解释和翻译,在此基础上,详解了每个项目的检查要点、评分细则。为使中国神经病学医生更好地理解NIHSS的精髓以促进临床应用和医疗质控,本文同时也对NIHSS的发展演变和修订变化进行了简要介绍。

关键词 美国国立卫生研究院卒中量表;修订版;中文译本

中图分类号 R741;R741.04 **文献标识码** A **DOI** 10.16780/j.cnki.sjssgncj.20230013

本文引用格式:徐威, 赵玉莹, 朱俊颖, 王晓彤, 张琛, 王云甫, 任传成. 现行NIHSS评分中文译版的勘误及建议正确译文[J]. 神经损伤与功能重建, 2023, 18(3): 125-130.

The Suggestion of Chinese Translated Version of the Modified NIHSS XU Wei¹, ZHAO Yu-ying¹, ZHU Jun-ying¹, WANG Xiao-tong¹, ZHANG Chen¹, WANG Yun-fu², REN Chuan-cheng³. 1. Department of Neurology, East Hospital, Affiliated to Tongji University, Shanghai 200120, China; 2. Hubei University of Medicine, Hubei 442000, China; 3. Department of Neurology, The Second Affiliated Hospital, School of Medicine, The Chinese University of Hong Kong, Guangdong 518172, China
WANG Yun-fu and REN Chuan-cheng contributed equally to this paper.

Abstract NIHSS has been widely used in clinical practice, clinical trial and medical quality control for cerebrovascular diseases in China. Due to the mistranslation or incomprehension of specialized neurological terms such as Stuporous, Obtunded, Extinction, and Inattention etc, 6 of the 13 items in the current used NIHSS Chinese version need to be revised, and the other 2 items need to be retranslated. It is critical to correct and promote the right Chinese translation version of the NIHSS in a timely manner. To that end, we proofread the original NIHSS website word for word and professionalized the interpretation and translation of key vocabulary based on original English neurology. We detailed the examination points and scoring rules for each item based on this. This paper also briefly describes the development, evolution, and revision of NIHSS in order to help Chinese neurologists in better comprehending the essence of NIHSS to support clinical application and medical quality control.

Keywords National Institute of Health Stroke Scale; The Modified NIHSS; Chinese translated version

美国国立卫生研究院卒中量表(National Institute of Health Stroke Scale, NIHSS)在脑血管病的临床试验、病情评定、预后判断中有重要的作用^[1], NIHSS量表在中国神经病学临床实践和医疗质控已得到了广泛的应用。

现行的NIHSS中文译版最早是随着rt-PA静脉溶栓的临床推广被中国医生所熟知的,被广泛收录于网站和专业书籍中,影响颇大。由于对神经病学专业词汇如Stuporous、Obtunded、Extinction、Inattention等不能准确理解,导致出现一系列误译,部分网站中的百科或文库中所引用的词条甚至将英文作者的名Thomas误译成姓(NIHSS原始文献的第一作者全称为Thomas Brott,正确缩写为BroTT而非Thomas B)。尤其是NIHSS量表修订版(The Modified National Institutes of Health Stroke Scale)中应用了单词“extinction”,更是放大了非专

业人员的翻译缺陷。我们对照NIH-Stroke-Scale网站^[2]与中文译版,发现在NIHSS修订版评分表13个项目中,现行中文版有多达6项需要勘误、另外2项有重大错误需要重译。为帮助中国的脑血管病医生能正确理解每项赋值的准确含义,本文将详解现行英文版NIHSS量表的专业定义、勘误原中文译版的缺陷,并给出建议的正确译文。

1 NIHSS量表的出现及修订

1989年, Brott等^[3]在STROKE杂志首先介绍了该量表,共有13个大项,其中意识分为3个小项,共15个项目,每个项目按程度进行赋值。该表使用简便,能被护士和医生很快掌握,可在1 d内多次检查、重测信度一致性好,经与CT显示的病灶和3个月结局的相关性研究证实此表有很好的效度。随着t-PA溶栓研究的突破性贡献,在此项研究中所用

作者单位

1. 同济大学附属上海市东方医院神经内科

上海 200120

2. 湖北医药学院湖北 十堰 442000

3. 香港中文大学深圳附属二院神经内科

广东 深圳 518172

收稿日期

2023-01-08

通讯作者

任传成

rcnsf@sina.com

王云甫

wyfymc@163.com

注:*为共同通讯作者

的NIHSS量表逐渐成为现在脑卒中临床试验的主流量表^[4]。

该量表正式公布后,又进行了一系列修正和效度验证,并根据权重进行了重新赋值,与原始量表相比,NIHSS修订表(The Modified National Institute of Health stroke scale)主要有以下变化:①原15项已简化为13项(包括11个项目,其中意识项细分为3项),没再评估瞳孔光反射(Pupillary Response)和足跖反射(Plantar Reflex),也没有再进行动态变化的评估。②1a(意识水平)项中对每项分值直接给予定义,而不再采用原量表中的Alert、Drowsy、Stuporous、Coma等定性词汇,以免产生歧义。③对项目3——视野(偏盲)进行了重新赋值。④对项目5和项目6中运动功能的评价进行了重新赋值,每项评分的评定更精确,并要求对双上肢和双下肢运动功能分别进行评定。⑤修订了部分项目名称,其中最大的变化是将原量表中的第11项Neglect更改为修订表中的第11项Extinction and inattention。⑥无法评估项的记录方式修订:脑卒中患者由于意识水平、理解能力、瘫痪等导致功能受限,部分评定在某些情况下实际无法完成,如运动/肌力、共济运动、构音障碍等,原始表中将此记录为“9”以利于计算机的录入,但也容易引起歧义,部分人员将其理解为“9分”。而在修订量表中统一改为UN(Untestable),以免引起歧义。目前脑卒中试验和临床实践通用的量表即是该修订版本。

2 NIHSS 修订量表的建议中文译文

对照现行的NIHSS修订版,我们发现现在网络和中文专业书籍中广泛应用的中文版本13个项目中有6个项目(项目1b、

2、7、8、9、10)需要修订,另2个项目(项目3——视野和项目11——忽视和未注意)有重大错误需要重译。

为此我们对照NIHSS网站原文^[2]逐词逐句进行了校对、对重要词汇如Extinction and Inattention、Alert、Drowsy、Stuporous、Coma等根据神经病学英文原著进行了专业化的解释和翻译^[5-6]。在此基础上详解了每个项目的检查要点、评分细则,见表1。

3 NIHSS 评分注意事项

3.1 NIHSS评分总的要求(NIHSS评分总则中有以下几项说明)^[2]

3.1.1 进行NIHSS评分时,按量表顺序进行检查;每个项目检查完成后及时记录该项评分;检查后面项目时,不要返回重新检查前面项目和更改分数。

3.1.2 遵循每个项目所提供的技术说明进行检查,分数反映患者做了什么,而不是医生认为患者能做什么(Scores should reflect what the patient does, not what the clinician thinks the patient can do)。

3.1.3 快速检查同时记录结果。除非必要,不要训练患者(即无法理解或瘫痪的患者表现不出共济失调)。

3.2 患者不能完成某项评定时如何评分?

由于意识障碍、瘫痪、言语障碍、理解能力受损等原因,导致患者不能完成某项评定,此时如何评分?

按NIHSS评分原则:不能评定该项目则不给评分(0分)。如在对共济失调的评定说明中提到:“Ataxia is absent in the patient who cannot understand or is paralyzed”(无法理解或瘫痪

表1 NIHSS 评分中文版详解

项目	检查说明	评分
1a.意识水平 Level of Consciousness	评估患者觉醒状态。 给予言语、疼痛刺激。 即使不能全面评价(如气管插管、语言障碍、气管创伤、绷带包扎等),检查者也必须选择一个反应。 只有患者对伤害刺激没有任何反应/动作时(除了反射性姿势),才给予3分。	0=清醒,反应灵敏 1=不清醒,但给予很小的刺激能唤醒病人完成指令、回答问题或有反应 2=不清醒,需要反复刺激才有反应,或反应迟钝并需要强烈或疼痛刺激才能做出动作(非刻板的) 3=仅有反射活动或自发反应,或完全没反应、软瘫、无反射
1b.意识-提问 LOC Questions	询问月份和年龄。 答案必须是正确的(没有近似正确)。 失语和无法理解问题的昏睡患者记2分。 因气管插管、口/气管外伤、任何原因造成的严重构音障碍、语言障碍或任何其他不继发于失语症的问题而无法说话的患者记1分。 只对最初的答案进行评分,检查中不要用语言或非语言提示“帮助”患者。	0=都正确 1=正确回答一个 2=两个都不正确 注:LOC 是Level of Consciousness的缩写
1c.意识-命令 LOC Commands	要求患者睁眼/闭眼和握拳/张手(非麻痹侧);若手不能检查,替换一个简单命令。 若有明确的尝试但由于力弱而未完成,也给予评分。如果患者对命令没有反应,可以向患者演示该任务(哑剧形式),并记录结果(即遵循一个或两个命令、或两个都不遵循)。 应给予患有创伤、截肢或其他身体障碍的患者合适的简单指令。 仅对第一次尝试评分。	0=正确完成两个任务 1=正确完成一个任务 2=两个任务都不能正确完成

表1 NIHSS评分中文版详解(续)

项目	检查说明	评分
2. 注视 Best Gaze	测试水平眼球运动。 对自主或反射性(头眼)眼球运动记分,但不做变温试验。 如果患者有眼同向运动障碍但可以通过自发或反射活动纠正,记1分。 若为孤立性周围神经麻痹(即Ⅲ、Ⅳ、Ⅵ颅神经麻痹),记1分。 所有失语者都需要检查凝视。 对眼球创伤、绷带包扎、盲人或有视觉或视野疾病的患者,由检查者选择一种反射性运动来测试。 与患者建立眼神交流,然后从患者一侧移动至另一侧,偶尔会发现部分注视麻痹。	0=正常 1=部分注视麻痹;一只或两只眼睛的注视异常,但不存在强迫偏离或完全注视麻痹 2=强迫偏离或完全注视麻痹且不能被头眼反射克服
3. 视野 Visual	视野检查:视情况用指数或视威胁方法检测上、下象限视野。 如果患者能看到侧面移动的手指,记录正常。 如果单眼盲或眼球摘除,检查另一只眼。 明确的非对称盲(包括象限盲),记1分。 患者全盲(任何原因)记3分。 同时刺激双眼,若有忽视记1分。	0=无视野缺失 1=部分偏盲 2=完全偏盲 3=双侧全盲(包括皮质盲)
4. 面瘫 Facial Palsy	要求或示意患者示齿、扬眉和睁闭眼。 对反应差或不能理解的患者,根据伤害刺激时表情的对称情况评分。 有面部创伤/绷带、经口气管插管、胶布或其他物理障碍影响面部检查时,应尽可能移至可评估的状态。	0= 正常对称运动 1=轻微麻痹(鼻唇沟变浅,微笑时不对称) 2=部分瘫痪(下面部完全或接近完全瘫痪) 3=一侧或两侧完全瘫痪(上下面部均无面部运动)
5. 上肢运动 Motor Arm	上肢伸展(掌心向下):要求在坐位90度,或卧位时45度,坚持10 s。	0=上肢于要求位置坚持10 s,无掉落 1=上肢能抬起,但不能坚持10 s,下落时不撞击床或其他支持物
5a 左上肢	对失语的患者用语言或动作鼓励,不用伤害刺激。	2=上肢不能达到或维持坐位90度/或卧位45度,掉落到床上,但经努力可对抗重力。
5b 右上肢	依次测试每个肢体,从非瘫痪侧的上肢开始。 只有在截肢或肩关节融合的情况下,才记录为无法测试(UN),并清楚地写下该选择的原因。	3=不能对抗重力,上肢坠落 4=无运动 UN=截肢或关节融合,说明
6. 运动-下肢 Motor Leg	下肢卧位抬高30度持续5 s。	0=于要求位置坚持5 s,不掉落 1=在5 s末期下落,不撞击床
6a 左下肢	对失语的患者用语言或动作鼓励,不用伤害刺激。	2=5 s内下落到床上,但可抗重力
6b 右下肢	依次测试每个肢体,从非瘫痪侧下肢开始。 只有在截肢或髋关节融合的情况下,才记录为无法测试(UN),并清楚地写下该选择的原因。	3=不能抗重力,腿立即落到床上。 4=无运动 UN=截肢或关节融合,说明
7. 肢体共济失调 Limb Ataxia	本项是为了找到单侧小脑损害的证据。 睁眼测试,如果出现视觉缺陷,确保在完整的视野中进行测试。 对两侧进行指-鼻-指和跟膝胫试验,只有当出现与无力不成比例的共济失调时才计分。 无法理解或瘫痪的患者表现不出共济失调。在失明的情况下,让患者从伸出的手臂位置触摸鼻子进行测试。 只有在截肢或关节融合的情况下,才记录为无法测试(UN),并清楚地写下该选择的原因。	0=没有共济失调 1=一个肢体出现共济失调 2=两个肢体出现共济失调 UN=截肢或关节融合,说明

的患者表现不出共济失调)——即是这一精神的体现。

同理,在患者昏迷时,显然不可能完成视野、共济运动、构音障碍和忽视等项目的检查,此时正确的评定方法是不给予评

分(赋0分,解释见后)。

3.3 无法评定时如何评分?

项目5/6运动、项目7共济运动,在患者截肢时无法进行评

表1 NIHSS评分中文版详解(续)

项目	检查说明	评分
8.感觉 Sensory	用针检查,询问感觉或观察表情或躲避伤害刺激(反应迟钝或失语患者)。 只对与卒中有关的感觉缺失评分。 偏身感觉缺失者需要精确检查,应尽可能测试身体多处部位:上肢(而非手)、下肢、躯干、面部。 严重或完全的感觉缺失,记2分。 昏睡或失语者可记1或0分。 脑干卒中并双侧感觉缺失者记2分。 无反应及四肢瘫痪者记2分。 昏迷患者(1a=3)记2分。	0=正常,没有感觉缺失 1=轻度至中度感觉丧失,患者感觉患侧针刺不尖锐或钝;或针刺后表面疼痛消失,但患者意识到被触摸 2=严重至完全感觉丧失,患者不知道面部、上肢和腿部被触摸
9.言语 Best Language	在前面的检查项目中可获得有关理解的大量信息。 该项中,要求患者描写附图中的事件、叫出附图中物品名称、读所列的句子。 理解是根据该项检查以及对前面总体神经检查中的所有命令的反应来进行判断。 若视觉缺损影响测试,可让患者识别放在手上的物品,重复和发音。 气管插管者手写回答。 昏迷患者(1a=3)给3分。 给昏睡或合作困难者选择一个记分,但3分仅给哑或一步都不能执行指令的人。	0=正常,无失语 1=轻到中度失语:流利程度或理解能力明显下降,但表达想法或表达形式无明显受限;言语或理解力的减少会使对话变得困难或不可能。例如,在所提供材料的交流中,检查者可以通过患者的反应来识别图片或命名卡片内容 2=严重失语,所有的交流表达都是碎片化的,听者须推理、询问、猜测,能交换的信息范围有限,交流困难,检查者不能通过患者的反应来识别所提供的材料 3=哑或完全失语,不能讲或无法理解
10.构音障碍 Dysarthria	要求患者阅读或重复附表中的单词以获得足够的语音样本量来判断患者是否正常。 如果患者有严重的失语,可以对自发言语的清晰度进行评分。 只有当插管或有其他身体障碍无法产生言语时,才可以记录为不可测试(UN)并清楚地写出对此选择的解释。 不要告诉患者他/她正在被测试的原因。	0=正常 1=轻到中度构音障碍,能发一些含糊不清的词,虽有困难但能被理解 2=严重构音障碍;患者的言语含糊不清难以理解,或者是哑/无声 UN=插管或其他身体障碍,解释
11.忽视和未注意 Extinction and inattention(formerly Neglect)	在之前的测试中可以获得足够的信息来识别忽略。 如果患者有严重的视力丧失而无法进行视觉同时双重刺激,同时皮肤刺激正常,则评分正常。 如果患者有失语但确实注意到两侧,评分为正常。 视觉空间忽略或失认的存在也可作为异常的证据。 由于仅在有异常表现才进行评分,该项目从不会是不可测试的。	0=无异常 1=双侧同时给予刺激(视觉、触觉、听觉、空间)之一时,患者未注意、或对一侧的忽视 2=对以上一种以上感知的严重偏侧忽略或未注意;不认识自己的手或仅定向到一侧

注:NIHSS评分表中另有两个附图用于项目9和项目10的评定,已为中国医生所熟悉,本文不再列出,可参阅NIHSS网站^[2]

定;项目10遇到气管插管患者无法发声时也无法评定构音障碍,此时按NIHSS评分规则,可记录为无法评定。在过去的部分NIHSS中文版中译为“无法评定记9”的情况,注意不是记9分,而是一种录入方式,“9”意味着无法评定、需要说明原因。NIHSS修订版中已正式采用UN(Untestable)并要求详细注明原因,而不再采用“9”的记录方式,建议未来中文NIHSS评分表格采用UN而不再用“9”这种记录方式,以免引起歧义。

3.4 记录格式

建议NIHSS评分记录时采用总分加单项分并辅以检查时间的记录格式,以方便不同患者之间、同一患者不同时期的对比,如一个患者评分为14分,建议的标准记录格式为: NIHSS=

14(1a=1,1b=1,5b=4,6b=4,I8=1,I9=3),同时标注评分时间(如2022-10-2)。该患者2周后评分为:NIHSS=7(5b=2,6b=2,I8=1,I9=2)。通过该患者前后对比,可知患者2周后在神志、瘫痪程度、言语功能等方面有好转,也可进行单项对比(注I8为Item 8的简称,下同)。

3.5 对第11项“Extinction and inattention”如何理解和操作?

由于对“Extinction”等多个神经病学词汇的专业含义不能准确理解和翻译,对现行NIHSS中文版的部分内容产生了误导,以讹传讹,尤其是在“项目3---视野检查项中出现了:若患者濒死则记1分”的重大误解,实际上是对“Extinction”这一单词的重大误译:Extinction的通用翻译为“灭绝、消亡”,而在神经专科

术语该词为“忽视”^[6]。

迄今为止,对NIHSS修订版上出现的“Extinction and inattention”,国内尚无专业书籍给予恰当的解释,为此,我们查阅了有关原始文献,对其准确定义进行了诠释^[5]:

原文:For hemi-inattention or sensory neglect to be tested, somesthetic, visual, and auditory stimuli should be presented in a random order to the sides ipsilateral and contralateral to the lesion…….

Extinction to Simultaneous Stimulation:Most patients improve after initial sensory neglect. At first they ignore stimuli presented to the side opposite the lesion, but they eventually become able to detect and lateralize these stimuli correctly. When given bilateral stimulation, however, they often fail to report the stimulus presented to the side contralateral to the lesion. This phenomenon, first noted by Loeb to occur in the tactile modality, has been termed "extinction to double simultaneous stimulation." It may also occur in the auditory and visual modalities.

Hemi-inattention or sensory neglect的正确理解是:当给予患者体感、视觉、听觉刺激时,给予刺激时是随机的(而不是固定顺序的)分别刺激脑病灶同侧和对侧(病侧肢体),患者只感到刺激同侧(健侧)、而对病侧的感觉刺激缺失/未注意(Inattention)。视觉和体感测试很好理解,听觉测试如何评判?通常情况下,单侧中枢神经系统损伤不会产生对侧听力损失,当患者对单侧听觉刺激无反应时,即认为存在听觉的Inattention。

Extinction:大多数患者在最初的Hemi-inattention or sensory neglect后会有所改善,起初他们未注意到病变侧的刺激,但他们最终能够正确识别并区分两侧的刺激。此时,当给予双侧同时刺激时(如同时针刺双下肢痛觉),患者常常感觉不到病灶对侧(即病侧肢体)的刺激,被称为“extinction to double simultaneous stimulation”。这种现象同样可以发生在视空间和听觉检查上。

Extinction and inattention(忽视和未注意)与皮质-纹状体-丘脑-网状结构环路有关,也就是说这些通路上的结构受损都可出现此征,包括左右侧病变,当然多见于右侧。该项还包括失认(anosagnosia/agnosia):视觉失认、听觉失认、触觉失认、体象障碍(偏侧忽视、病觉缺失、手指失认、肢体失认、幻肢)等^[7]。因此建议在以后的NIHSS中文正式版中采用:“忽视和失认”,可以更好地让中国神经科医生理解。本文为更贴近原文,仍采用“忽视和未注意”。

由于通用词典上将Extinction译为“灭绝、消亡”,而现行NIHSS中文版中“项目3-视野”将其译为“濒死”,对此蔡必扬等^[8]也提出过疑虑,但其给出的解释也并不符合专业术语的原意。在NIHSS新修订的英文版中有一个注释是:Extinction and Inattention (formerly Neglect),已经恰当地解释了这个项目的演变。

需要说明的是:多数中文神经病学书籍中将同时刺激患者双侧而患者感知到一侧的刺激称为“忽视”,这实际上是

“Extinction”而不是“Neglect”,神经病学英文原著中的“Neglect”指随机顺序(而不是固定模式)分别单独刺激两侧的感觉时,病侧感知不到刺激^[6]。另外,部分中文神经病学专业书籍将“Extinction”译为“忽消”也不妥当,“Extinction”在神经病学中的专业翻译就是“忽视”。至于NIHSS修订版中的“项目11-Extinction and Inattention (formerly Neglect)”是直译为“忽视和未注意”、或是译为“忽视和失认”,或者用其他术语,有待更多的神经病学同仁一起贡献智慧。

3.6 完全失语患者如何评分?

失语后患者某些项目完成困难,NIHSS评分中要求可以给予模仿动作(pantomime)以指导患者完成评定。其中1b项检查说明中对失语患者直接评2分,项目8感觉检查可应用针刺痛觉检查(根据对痛觉的反应程度分别给予0、1或2分),1c及其他检查可以要求患者模仿医生示意动作进行评定。不能评定者记0分并予说明,而不是按医生的想法给予一个分值。

3.7 昏迷患者如何评分?

昏迷患者的NIHSS评分一直是临床困惑的地方,因为有许多检查无法进行而不能评定。NIHSS评分总则中强调:Scores should reflect what the patient does, not what the clinician thinks the patient can do(评分反映的是患者做了什么,而不是医生认为患者能做什么)。按此原则,昏迷患者无法完成的检查就属于不能评定而不给予评分、而不是检查者想当然地认为患者应当不能完成什么而给予一个臆想评分。深昏迷患者评分参考如下:1a记3分;1b记2分,1c记2分;第2项注视,若有凝视记2分,无凝视有眼球运动记0分,眼球运动受限记1分;第3项视野不能查,不给评分;第4项面瘫给予痛刺激,根据面部反应判断面瘫程度进行评分,全瘫记3分;第5项和第6项运动评定,给予痛刺激进行评分,昏迷患者需两侧均检查评分,脑干受损出现双侧全瘫时最大评分为16分(左上、右上、左下、右下各评4分);第7项共济运动不能查,不给评分;第8项感觉检查记2分;第9项失语记3分;第10项构音障碍不能检查,不给评分;第11项忽视不能检查,不给评分。深昏迷患者最大记分为:NIHSS=33(1a=3, 1b=2, 1c=2, I2=2, I4=3, 5a=4, 5b=4, 6a=4, 6b=4, I8=2, I9=3分)。

需要说明的是:尽管NIHSS总分为42分,但NIHSS评分不是一个连续的0~42的评分,而是不同患者神经缺损程度的横向对比评分,比如一个患者评分为7分,可以是因运动受损、也可以是感觉受损或言语障碍或兼而有之。临床上不可能出现患者的NIHSS评分为42分的情况,因为不可能在一个患者身上同时发现所有神经系统阳性体征,从脑血管病专业角度也很好理解,不可能患者供应全脑的前后循环同时发生脑梗死。

最后需要强调的是:NIHSS是专用于评定急性脑血管病神经功能缺损的评分量表,而不是昏迷评分量表,昏迷程度的评定采用Glasgow昏迷量表。此外它只是一个脑卒中评分量表(Stroke Scale),而不是其它神经系统疾病的评分量表,在临床应用和临床试验设计时需注意这些基本常识。

现行NIHSS中文译文见于专业书籍和网站,有学者也进行

了NIHSS改良的研究^[9],但NIHSS中文译文全文迄今没有在中
文版杂志上正式发表过。本文从神经病学专业角度对NIHSS
中文译文进行了修订并在杂志正式发表,有利于国内神经病学
界同仁在临床实践、临床试验和医疗质控中更好地理解应用
NIHSS;本文同时对NIHSS的项目3(视野)和项目11(忽视和未
注意)进行了重译;对Extinction和Inattention对照原始文献进
行了诠释,将“Extinction”在神经病学中的定义正式译为“忽
视”。本译文同时也提出了一些需要注意的问题,相信随着
NIHSS^[2]本身的完善和国内同道的共同努力,未来的NIHSS中
文译文一定会更加完善和准确。

参考文献

[1] Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, et al. Guidelines for the
Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update
to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic

Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart
Association/American Stroke Association[J]. Stroke, 2019, 50: e344-e418.
[2] NINDS. NIH Stroke Scale [EB/OL]. [https://www.stroke.nih.gov/
documents/NIH_Stroke_Scale_Booklet_508C.pdf](https://www.stroke.nih.gov/documents/NIH_Stroke_Scale_Booklet_508C.pdf). 2003.1.10.
[3] Brott T, Adams HP Jr, Olinger CP, et al. Measurements of acute
cerebral infarction: a clinical examination scale[J]. Stroke, 1989, 20:
864-870.
[4] Lyden P, Brott T, Tilley B, et al. Improved reliability of the NIH Stroke
Scale using video training. NINDS TPA Stroke Study Group[J]. Stroke,
1994, 25: 2220-2226.
[5] Heilman KM, Bowers D, Valenstein E, et al. The right hemisphere:
neuropsychological functions[J]. J Neurosurg, 1986, 64: 693-704.
[6] Howard RS. Coma and stupor[J]. Handb Clin Neurol, 2008, 90: 57-78.
[7] Bogousslavsky J,oller F, Iwata M. A History of Neuropsychology[J].
Front Neurol Neurosci, 2019, 44: 89-99.
[8] 蔡必扬, 郭洪权, 李华. 关于美国国立卫生研究院卒中量表翻译的警
示[J]. 中华神经科杂志, 2017, 50: 712-712.
[9] 金迪, 李芹, 吴月霞, 等. 应用重庆卒中评分预测腔隙性卒中患者短
期不良预后风险[J]. 神经损伤与功能重建, 2022, 17: 571-574.

(本文编辑:王晶)

作者介绍

任传成,医学博士、主任医师、教授、博士生导师。现为香港中文大学深圳附属二院神经内科主任、脑卒中中
心主任。入选“上海市新百人计划(上海市卫生优秀学科带头人培养计划)”和“浦江人才计划”,先后担任“上海
市医学重点专科”、复旦大学“985优势学科建设”学科带头人。培养博士、硕士研究生17名,获复旦大学“优秀导
师”称号。从医35年余,积累了丰富的临床经验,在神经重症抢救和疑难病诊治方面尤为擅长。亚专业方向为脑
血管病,在卒中单元建设、脑卒中急救绿色通道建立、急诊影像、超急性期溶栓、急诊介入取栓等取得了很好的临
床效果。2005年后承担各类研究项目23项,包括国家自然科学基金、上海市战略性新兴产业重大项目、上海市科
委项目等。发表论文100余篇,其中SCI论文32篇(包括神经病学领域顶级杂志Neurology)。主编《健康物联网》
专著,参编书籍2部。先后担任上海市医学会神经病学专业委员会委员,脑卒中专业委员会研究组副组长,中国
医师协会中西医结合神经病学专业委员会委员,上海市中西医结合神经病学专委会常委,上海市医师协会神经
病学专委会委员等。

王云甫,华中科技大学同济医学院博士、美国弗吉尼亚理工大学博士后,二级教授/主任医师,博士生导师。
担任湖北医药学院临床医学、神经病学学科带头人,中国医师协会神经系统感染与免疫专业委员会委员、湖北省
医学会神经内科专业委员会常务委员、湖北省医学会医学教育专业委员会副主任委员等学术任职。主要从事神
经免疫性疾病、脑血管病的基础与临床研究。相继主持各级科研项目20余项,先后在Proc Natl Acad Sci USA,
Journal of Molecular Neuroscience,Frontiers in Neurology,Virology Journal等专业期刊发表学术论文30余篇。