

## مقاله تحقیقی

# همخوانی آزمون شناختی مونترال و تشخیص نورولوژیست در بیماران با اختلالات شناختی

هژیر سیکارودی<sup>۱</sup>، علی مجیدی<sup>۲</sup>، ساره صمدی<sup>۳</sup>، هادی شیرزاد<sup>۴</sup>، حامد اقدم<sup>۵</sup>، عباس عظیمی کیا<sup>۶</sup>، لیلا محمدی بخش<sup>۷</sup>

۱. دانشیار گروه مغز و اعصاب، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲. متخصص جراحی مغز و اعصاب، بهداری کل ناجا، تهران، ایران

۳. کارشناس ارشد بهداشت، مرکز تحقیقات کاربردی بهداری کل ناجا، تهران، ایران

۴. دکترای تخصصی ژنتیک، پژوهشکده صنعت و فناوری انتظامی، سازمان تحقیقات و مطالعات ناجا، تهران، ایران

۵. پزشک و متخصص طب اورژانس، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

۶. پزشک عمومی، پژوهشکده جغرافیایی انتظامی، سازمان تحقیقات و مطالعات ناجا، تهران، ایران

۷. کارشناس ارشد زبان و ادبیات فارسی، سازمان تحقیقات و مطالعات ناجا، تهران، ایران

تاریخ دریافت: اردیبهشت ماه ۹۱ تاریخ پذیرش: تیرماه ۹۱

## چکیده

**هدف:** این بررسی با هدف مقایسه نتایج تشخیصی نورولوژیست‌ها با آزمون مونترال در بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک با شکایات اختلال شناختی انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** طی یک مطالعه توصیفی-تحلیلی ۲۱۳ بیمار با علائم مشکلات شناختی که به درمانگاه نورولوژی بیمارستان ولیعصر ناجا مراجعه کرده و به شیوه در دسترس انتخاب شدند و به تشخیص نورولوژیست مبتلا به اختلال شناختی بودند، به آزمون مونترال پاسخ داده و نتایج این آزمون به همراه مشخصات دموگرافیک بیماران به وسیله نرم افزار SPSS نسخه ۱۵ و شاخص‌های آماری فراوانی، میانگین، انحراف استاندارد و آزمون کای دو تجزیه و تحلیل شد.

**یافته‌ها:** براساس یافته‌ها بیشترین فراوانی افراد بیمار مربوط به گروه سنی ۳۹-۳۵ سال بود. ۵۴٪ از بیماران مذکر و ۴۶٪ بیماران افراد مؤنث بودند. اکثریت این افراد را متأهلین و با سطح تحصیلات زیر دیپلم و ترک زبان تشکیل می‌دادند و اغلب از نظر درجه نظامی، افسر جزء بودند و سابقه خدمتی اکثر آنان در محدوده ۱۴-۱۰ سال بود. ۱۲/۲٪ از این بیماران مورد مطالعه با کسب امتیاز کمتر از ۲۶ مبتلا به اختلال شناختی تشخیص داده شدند. همچنین بین نتیجه آزمون مونترال در رده‌های مختلف سنی، جنسی، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، قومیت، درجه نظامی و سابقه خدمت رابطه آماری معنی‌داری مشاهده نشد.

**نتیجه‌گیری:** پژوهش حاضر به منظور مقایسه همخوانی آزمون شناختی مونترال با تشخیص نورولوژیست در مراجعین با شکایات اختلالات شناختی انجام شده است. بر اساس این مطالعه آزمون مونترال به عنوان یک آزمون سریع برای ارزیابی اختلالات شناختی در بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک‌های درمانی است که به دلیل فراوانی جمعیت مراجعه‌کننده به این مراکز فرصت کافی برای استفاده از سایر آزمون‌های تشخیصی نیست. همچنین با توجه به اینکه جمعیت مورد بررسی نظامیان بوده‌اند نتایج باید با احتیاط تعمیم داده شود و پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده گروه‌های متفاوت اجتماعی بررسی شود.

**کلید واژه‌ها:** آزمون ارزیابی شناختی مونترال، اختلال شناختی

## مقدمه

نقص حافظه مرتبط با سن یا فراموشی خوش خیم پیری به گروهی از سالمندان با نقص حافظه اطلاق می‌شود که

شاخص‌های بیماری‌های مرتبط با کاهش شناخت را ندارند [۱]. در اغلب افراد مسن بروز اختلالات شناختی منجر به از بین رفتن استقلال و کاهش کیفیت زندگی و افزایش هزینه‌های درمانی می‌شود [۲]. در حال حاضر در حدود ۳/۴ میلیون نفر از افراد

\* آدرس مکاتبه: تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان شریعی، گروه بیماری‌های مغز و اعصاب  
E-mail: hamedaghdam@gmail.com

تشخیص موارد خفیف آلزایمر را با حساسیت ۱۰۰٪ و اختصاصیت ۸۷٪ داراست. آزمون مونترال به‌عنوان مفیدترین آزمون برای ارزیابی اختلالات شناختی خفیف به شمار می‌رود و در حقیقت هدف از کشف این آزمون استفاده از آن برای تشخیص موارد خفیف اختلالات شناختی است [۱۱]. نصریدین (Nasreddine) و همکارانش اظهار داشتند که در حال حاضر آزمون مونترال به‌عنوان تنها ابزار غربالگری موجود برای افتراق بین اختلالات شناختی خفیف و افراد به ظاهر سالم است [۱۱]. منظور از انجام این طرح تحقیقاتی استفاده از آزمون شناختی مونترال در تعدادی از بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان ولی عصر ناجا با شکایت از اختلالات شناختی و مقایسه روند و نتیجه تشخیصی پزشکان نورولوژیست با نمرات حاصل از این آزمون شناختی است.

## مواد و روش‌ها

این مطالعه که از نوع توصیفی-تحلیلی بود، ۲۱۳ بیمار مبتلا به اختلالات شناختی مراجعه‌کننده به درمانگاه نورولوژی بیمارستان ولی عصر ناجا را در محدوده سنی ۲۰ تا ۵۰ سال و میانگین سنی ۳۷/۸ سال که با فرمول کوکران و به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، بررسی نموده است. این بیماران در هنگام مراجعه از اختلالات شناختی در حوزه‌های حافظه، تمرکز و توجه، اعمال اجرایی، برنامه‌ریزی و دیگر فعالیت‌های شناختی شکایت داشتند. پس از انتخاب بیماران بر اساس معیارهای ورود به مطالعه، بررسی و معاینات لازم توسط نورولوژیست و آزمون مونترال توسط روانشناس بالینی صورت گرفت و سپس تشخیص نورولوژیست با نتایج آزمون مونترال مقایسه شد. آزمون مونترال که به بررسی ابعاد مختلف عملکرد شناختی مؤثر بر فراموشی می‌پردازد توسط نصرالدین و همکاران برای تعیین MCI (Mild cognitive impairment) پایه‌گذاری شده است. نتایج نشان داد که MOCA (Montreal cognitive assessment) حساسیت بالایی برای تشخیص MCI بیماری آلزایمر دارد. پایایی این آزمون با توجه به مقدار آلفای کرونباخ ۹۲ درصد و میزان IC (Internal consistency) آن ۸۳ درصد بود [۱۰]. این آزمون یک صفحه‌ای دارای حداکثر امتیاز ۳۰ است و امتیاز ۲۶ یا بیشتر طبیعی محسوب می‌شود که طی ۱۰ دقیقه قابل اجرا است.

مسن‌تر از ۷۱ سال در آمریکا مبتلا به فراموشی بوده و ۵/۴ میلیون نفر دیگر نیز به فرم‌های خفیف اختلالات شناختی مبتلا هستند [۳]. با وجود مشخص شدن تأثیرات اختلالات شناختی بر سلامت عمومی، این اختلال معمولاً ناشناخته باقی مانده است [۴]؛ بنابراین استفاده از یک ابزار ارزیابی شناختی ساده و سریع به‌عنوان یک روش ارزشمند در بخش درمان و تحقیقات به شمار می‌رود [۵]. بررسی معمول عملکرد شناختی منجر به تسهیل تشخیص فراموشی، ارزیابی شدت بیماری و تعیین افراد در معرض خطر برای شرایطی نظیر دلیریوم و نقص در عملکرد (مانند رانندگی) می‌شود [۶]. از دیگر کاربردهای ارزیابی شناختی در بخش تحقیقات به منظور تشخیص افراد واجد شرایط، طبقه‌بندی خطرات و نتایج بیماری است. این ابزار باید وضعیت ذهنی افراد مختلف از زیر گروه‌های اجتماعی و با مشخصات دموگرافیک مختلف را تعیین نماید. در نهایت یک ابزار اندازه‌گیری که به وسایل جانبی نظیر خودکار و کاغذ یا نمودار نیاز نداشته باشد در اغلب موارد استفاده مانند بیمارستان‌ها و مؤسساتی که بیماران به دلیل وجود آنژیوکت یا استراحت مطلق در بستر دارای محدودیت بوده یا امکان فراهم نمودن این ابزارهای جانبی امکان‌پذیر نیست، کارایی بالاتری دارد [۵]. به دلیل محدودیت زمان ویزیت بیماران در مطب، اغلب پزشکان سطح اول ارایه خدمات قادر به تشخیص اختلالات شناختی نیستند؛ به‌گونه‌ای که بر اساس مطالعات مختلف در حدود ۲۹٪ تا ۷۶٪ از موارد قطعی یا احتمالی فراموشی به وسیله پزشکان سطح اول ارایه خدمات تشخیص داده نمی‌شود [۷ و ۸]. هنگامی که پیشگیری یا تعویق عواقب بیماری زمینه‌ای به وسیله مداخلات درمانی امکان‌پذیر باشد، غربالگری بیماری در مراحل که از نظر بالینی قابل تشخیص نیست یا در مراحل اولیه بیماری امری معقول به‌نظر می‌رسد [۹]. بدین منظور روانپزشکان امکان استفاده از آزمون‌های مختلفی در مطب خود دارند که فرصت زیادی برای تکمیل آن‌ها نیاز نیست اما همچنان حساسیت و اختصاصیت خود را حفظ نموده‌اند [۱۰]؛ یکی از انواع این آزمون‌ها آزمون ارزیابی شناختی مونترال نامیده می‌شود که از جدیدترین آزمون‌های شناخته شده در این حیطه است و مدت زمانی برابر ۱۰ دقیقه برای تکمیل آن لازم بوده و دارای ۳۰ امتیاز برای ارزیابی اختلالات شناختی است. این آزمون قابلیت

جدول ۱. اطلاعات دموگرافیک بیماران

متغیر	فراوانی (درصد)
جنس	زن ۹۸ (۴۶)
	مرد ۱۱۵ (۵۴)
وضعیت تأهل	مجرد ۵۴ (۲۵/۴)
	متاهل ۱۵۹ (۷۴/۶)
تحصیلات	زیر دیپلم ۴۳ (۲۰/۲)
	دیپلم ۱۰۶ (۴۹/۸)
	فوق دیپلم ۴۸ (۲۲/۵)
	لیسانس ۱۶ (۷/۵)
قومیت	فارس ۲۱ (۹/۹)
	آذری ۷۶ (۳۵/۷)
	کرد ۲۵ (۱۱/۷)
	لر ۲۶ (۱۲/۲)
	بلوچ ۱۷ (۸)
	عرب ۲۳ (۱۰/۸)
	ترکمن ۲۵ (۱۱/۷)
درجه	درجه دار ۴۸ (۲۲/۵)
	افسر جز ۸۹ (۴۱/۸)
	افسر ارشد ۳۴ (۱۶)
	تیمسار و بالاتر ۲ (۰/۹)
	سایر ۴۰ (۱۸/۸)
سابقه خدمت	زیر ۵ سال ۱۱ (۵/۲)
	۵ تا ۹ سال ۴۳ (۲۰/۲)
	۱۰ تا ۱۴ ۸۱ (۳۸)
	۱۵ تا ۱۹ ۴۳ (۲۰/۲)
	۲۰ سال و بیشتر ۳۵ (۱۶/۴)

جدول ۲. جدول توافقی نتیجه آزمون مونترال و اطلاعات دموگرافیک

آزمون کای دو	مقدار آماره	درجه آزادی	P
سن-نتیجه آزمون	۱۰/۹۸	۵	۰/۰۵۲
جنسیت-نتیجه آزمون	۰/۰۰۰۱	۱	۰/۹۸
وضعیت تأهل-نتیجه آزمون	۰/۵۸	۱	۰/۴۴
تحصیلات-نتیجه آزمون	۱/۲۴	۳	۰/۷۴
قومیت-نتیجه آزمون	۱۱/۴۱	۶	۰/۰۷
درجه-نتیجه آزمون	۵/۵۷	۴	۰/۲۳
سابقه خدمت-نتیجه آزمون	۶/۴۹	۴	۰/۱۶

## بمٹ و نتیجہ گیری

پژوهش حاضر به منظور مقایسه همخوانی آزمون شناختی

بخش‌های مختلف این آزمون بدین شرح است: حافظه کوتاه مدت که دارای حداکثر ۵ امتیاز است، تجسم فضایی با حداکثر امتیاز ۴، قدرت تصمیم‌گیری با حداکثر ۴ امتیاز، توجه و تمرکز و حافظه رفتاری که حداکثر ۶ امتیاز دارد، زبان با حداکثر ۵ امتیاز و توجه به زمان و مکان که حداکثر ۶ امتیاز دارد.

بیمارانی که از این آزمون امتیاز ۲۶ یا بیشتر دریافت کنند مبتلا به اختلال شناختی نبوده (طبیعی بودن آزمون مونترال) در حالی که کسب امتیاز کمتر از ۲۶ (غیر طبیعی بودن آزمون مونترال) مطرح‌کننده ابتلا به اختلالات شناختی است. اطلاعات جمع‌آوری شده به وسیله پرسشنامه توسط SPSS نسخه 15 و با استفاده از آماره‌های توصیفی فراوانی، میانگین، انحراف استاندارد و آزمون کای دو تجزیه و تحلیل شد.

## یافته‌ها

این مطالعه روی ۲۱۳ بیمار مبتلا به اختلال شناختی انجام گرفت. کلیه افراد مورد بررسی در گروه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال قرار داشتند و گروه سنی ۳۵ تا ۳۹/۹ سال با فراوانی ۶۷ نفر (۳۱/۵٪) بیشترین درصد را به خود اختصاص می‌داد. همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود ۵۴٪ بیماران مذکر و ۴۶٪ مؤنث بودند. همچنین تقریباً ۷۵ درصد از بیماران متأهل و ۴۹/۸٪ دارای سطح تحصیلاتی معادل دیپلم بودند. بیشترین فراوانی از نظر قومیت مربوط به آذری‌زبانان با ۳۵/۷٪ و از نظر رتبه نظامی مربوط به افسران جزء با ۴۱/۸٪ بود. سابقه خدمت اکثریت (۳۸٪) در حدود ۱۰ تا ۱۴ سال بود.

این مطالعه نشان داد ۲۶ نفر از بیماران (۱۲/۲٪) از آزمون مونترال امتیاز کمتر از ۲۶ (غیرطبیعی بودن نتیجه آزمون مونترال) دریافت نمودند در حالی که ۱۸۷ نفر (۸۷/۸٪) دارای امتیازی معادل ۲۶ یا بالاتر از آن (طبیعی بودن نتیجه آزمون مونترال) داشتند و این بدین معنی است که نتیجه آزمون مونترال با تشخیصی که صورت گرفته بود، همخوانی ندارد.

به منظور مشخص شدن رابطه هریک از متغیرهای دموگرافیک با نتیجه آزمون از کای اسکور استفاده شد. همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد از نظر نتیجه آزمون مونترال بین رده‌های مختلف سنی، جنسی، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، قومیت، درجه نظامی و سابقه خدمت رابطه آماری معنی‌داری مشاهده نشد.

آزمون ۳۰ امتیازی بر خلاف آزمون MMSE در مدت زمان ۱۰ دقیقه قابل استفاده است [۱۶].

در مطالعات انجام گرفته در زمینه بررسی اختلالات شناختی، سن به عنوان قوی ترین عامل پیش گویی کننده آلزایمر و دیگر اختلالات فراموشی در این مطالعه به شمار می رود؛ در حالی که در این مطالعه رابطه آماری معنی داری بین سن و غیر طبیعی بودن آزمون مونترال یافت نشد، البته شاید بتوان علت را در گروه سنی مورد بررسی جستجو کرد.

برخی مطالعات عقیده بر این دارد که افراد مؤنث در مقایسه با جنس مذکر در معرض خطر بالاتری برای اختلالات فراموشی هستند [۱۷]؛ در حالی که در برخی دیگر از مطالعات این نتیجه به دست نیامده است و در مطالعه پالس من و همکارانش نیز زنان در معرض خطر بالاتر ابتلا به آلزایمر و دیگر اختلالات فراموشی قرار نداشتند [۱۸]. اگرچه در مطالعه حاضر نیز تعداد افراد مذکر مبتلا به اختلال شناختی و آزمون غیرطبیعی مونترال بیشتر از جمعیت مؤنث بود اما رابطه آماری معنی داری بین این دو متغیر مشاهده نشد و شاید با افزایش تعداد افراد مورد مطالعه، نتیجه متفاوتی به دست آید.

بر اساس نتایج حاصل از تحقیقات مختلف، با افزایش سطح تحصیلات احتمال ابتلا به فراموشی کاهش می یابد [۱۹ و ۲۰] در حالی که بیرد (Burd) و همکارانش با این نظریه موافقت ندارند [۲۱]. همچنین در پژوهش حاضر بین افزایش سطح تحصیلات و کاهش ابتلا به فراموشی و در نتیجه، آزمون مونترال غیرطبیعی رابطه معنی دار آماری به دست نیامد.

طبق نتایج حاصل از مطالعه حاضر اگرچه در بین نژادهای مختلف، فراوانی اختلال شناختی ارزیابی شده توسط آزمون مونترال در میان نژاد لر بیشتر از سایر نژادها است (۳۰/۸٪) اما هیچ رابطه آماری معنی داری بین قومیت و میزان ابتلا به اختلال شناختی یافت نشد. بر اساس نتایج برخی از مطالعات که به بررسی تأثیر نژاد در میزان فراوانی آلزایمر و دیگر اختلالات شناختی پرداخته اند، فراوانی این اختلالات در نژاد آفریقایی آمریکایی بیشتر از نژاد آسیایی است [۲۲]؛ در حالی که در برخی از دیگر مطالعات به چنین تفاوتی دست نیافته اند [۲۲].

بر اساس این مطالعه آزمون مونترال به عنوان یک آزمون سریع برای ارزیابی اختلالات شناختی در بیماران مراجعه کننده

مونترال با تشخیص نورولوژیست در مراجعین با شکایات اختلالات شناختی انجام شده است. همان طور که نتایج نشان داد در مطالعه حاضر که از آزمون مونترال برای ارزیابی بیماران مبتلا به اختلال شناختی استفاده شده است. تنها ۲۶ نفر از بیماران (۱۲/۲٪) دارای آزمون مونترال غیرطبیعی بودند. چهار مطالعه مختلف که در بیماران مبتلا به پارکینسون با استفاده از آزمون مونترال صورت گرفت نشانگر آن است که آزمون مونترال برای تشخیص اختلالات شناختی خفیف در بیماران مبتلا به پارکینسون دارای حساسیت است. اخیراً در مطالعه ای روی بیماران مبتلا به پارکینسون به منظور مقایسه آزمون مونترال و MMSE (Mini mental state exam) در تشخیص اختلالات خفیف شناختی و فراموشی در مجموعه نوروسایکولوژیک نشان داده شد که آزمون مونترال برای تشخیص فراموشی با نقطه برش ۲۴ تا ۲۵ دارای حساسیت (۰/۸۲) و ویژگی (۰/۷۵) قابل قبول بوده و نیز حساسیت (۰/۸۳) این آزمون برای تشخیص اختلالات شناختی خفیف با نقطه برش ۲۵ تا ۲۶ مورد پذیرش است؛ در حالی که این آزمون برای تشخیص اختلالات شناختی خفیف دارای ویژگی پایینی (۰/۵۳) است، همچنین ارزش اخباری آزمون مونترال برای تشخیص هر نوع اختلال شناختی با نقطه برش ۲۶ تا ۲۷ پایین است. در هر حال مهم ترین ویژگی های آزمون مونترال کاربرد سریع و آسان این آزمون، ارزیابی طیف وسیعی از اختلالات شناختی، حساسیت در تشخیص نقایص شناختی خفیف تر و اختلالات تصمیم گیری در بیماران مبتلا به پارکینسون است [۱۲ و ۱۳].

مطالعات مختلفی در زمینه افزایش سن و بروز فراموشی صورت گرفته که این مطالعات عواقب بروز اختلالات شناختی را در بیماران بررسی کرده است [۱۳ و ۱۴]. همچنین برخی مطالعات دیگر به پیشرفت اختلالات شناختی در بیمارانی که در یک برهه زمانی به صورت طبیعی عمل کرده اما در نهایت مبتلا به اختلالات شناختی خفیف یا بیماری آلزایمر می شوند، اشاره نموده است [۱۵].

آزمون شناختی مونترال به منظور تشخیص اختلالات شناختی خفیف در جمعیت عادی معرفی شده است و به ۲۲ زبان مختلف ترجمه شده که ۹ مدل آن به صورت رایگان بدون حقوق و مزایا با داشتن مجوز قبلی، برای انجام تحقیقات در دسترس است. این

## تشکر و قدردانی

این مطالعه با حمایت مرکز تحقیقات کاربردی بهداری ناجا و همکاری صمیمانه مسؤولین و همکاران بیمارستان ولی عصر (عج)، به خصوص همکاران درمانگاه بیماری‌های مغز و اعصاب و جراحی اعصاب انجام شد که بدین وسیله نویسندگان مراتب تشکر و قدردانی خود را اعلام می‌دارند.

به کلینیک‌های درمانی است که به دلیل فراوانی جمعیت مراجعه‌کننده به این مراکز فرصت کافی برای استفاده از سایر آزمون‌های تشخیصی نیست. همچنین با توجه به اینکه جمعیت مورد بررسی نظامیان بودند نتایج باید با احتیاط تعمیم داده شود و پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آتی گروه‌های متفاوت اجتماعی بررسی شوند.

## References

- Chehrenezar N, Shams F, Zarshenas S, Kazemi F. Evaluating the reliability of the montreal cognitive assessment test and its agreement with mini mental state examination among healthy elderly. *Res Rehabil Sci* 2011; 7: 674-80. (persian)
- Association A. 2009 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimers Dement* 2009; 5: 234-70.
- Plassman BL, Langa KM, Fisher GG, Heeringa SG, Weir DR, Ofstedal MB, et al. Prevalence of cognitive impairment without dementia in the United States. *Ann Intern Med* 2008; 148: 427-34.
- Joray S, Wietlisbach V, Büla CJ. Cognitive impairment in elderly medical inpatients: detection and associated six-month outcomes. *Am J Geriatr Psychiatry* 2004; 12: 639-47.
- Fong TG, Jones RN, Rudolph JL, Yang FM, Tommet D, Habtemariam D, et al. Development and Validation of a Brief Cognitive Assessment Tool. *Arch Intern Med* 2011; 171: 432-7.
- Molnar FJ, Patel A, Marshall SC, Man-Son-Hing M, Wilson KG. Clinical utility of office-based cognitive predictors of fitness to drive in persons with dementia: a systematic review. *J Am Geriatr Soc* 2006; 54: 1809-24.
- Chodosh J, Petitti DB, Elliott M, Hays RD, Crooks VC, Reuben DB, et al. Physician recognition of cognitive impairment: evaluating the need for improvement. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52: 1051-9.
- Valcour VG, Masaki KH, Curb JD, Blanchette PL. The detection of dementia in the primary care setting. *Arch Intern Med* 2000; 160: 2964-8.
- Boustani M, Peterson B, Hanson L, Harris R, Lohr KN. Screening for dementia in primary care: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2003; 138: 927-37.
- Howe E. Initial screening of patients for Alzheimer's disease and minimal cognitive impairment. *Psychiatry (Edgmont)* 2007; 4: 24-7.
- Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, et al. The Montreal Cognitive assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53: 695-9.
- Gill DJ, Freshman A, Blender JA, Ravina B. The Montreal cognitive assessment as a screening tool for cognitive impairment in Parkinson's disease. *Mov Disord* 2008; 23: 1043-6.
- Petersen RC, Smith GE, Waring SC, Ivnik RJ, Tangalos EG, Kokmen E. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. *Arch Neurol* 1999; 56: 303-8.
- Bowen J, Teri L, Kukull W, McCormick W, McCurry SM, Larson EB. Progression to dementia in patients with isolated memory loss. *Lancet* 1997; 349: 763-76.
- Dartigues JF, Commenges D, Letenneur L, Barberger-Gateau P, Gilleron V, Fabrigoule C, et al. Cognitive predictors of dementia in elderly community residents. *Neuroepidemiology* 1997; 16: 29-39.

16. Hoops S, Nazem S, Siderowf AD, Duda JE, Xie SX, Stern MB, et al. Utility of the MoCA and MMSE in the detection of MCI and dementia in Parkinson disease. *Neurology* 2009; 73: 1738-45.
17. Launer LJ, Andersen K, Dewey ME, Letenneur L, Ott A, Amaducci LA, et al. Rates and risk factors for dementia and Alzheimer's disease. *Neurology* 1999; 52: 78-84.
18. Hebert LE, Scherr PA, McCann JJ, Beckett LA, Evans DA. Is the risk of developing Alzheimer's disease greater for women than for men?. *Am J Epidemiol* 2001; 153: 132-6.
19. Plassman BL, Langa KM, Fisher GG, Heeringa SG, Weir DR, Ofstedal MB, et al. Prevalence of Dementia in the United States: The Aging, Demographics, and Memory Study. *Neuroepidemiology* 2007; 29: 125-32.
20. Tang MX, Cross P, Andrews H, Jacobs DM, Small S, Bell K, et al. Incidence of AD in African-Americans, Caribbean Hispanics, and Caucasians in northern Manhattan. *Neurology* 2001; 56: 49-56.
21. Perkins P, Annegers JF, Doody RS, Cooke N, Aday L, Vernon SW. Incidence and prevalence of dementia in a multiethnic cohort of municipal retirees. *Neurology* 1997; 49: 44-50.
22. Fillenbaum GG, Heyman A, Huber MS, Woodbury MA, Schmader KE, Bohannon A, et al. The prevalence and 3-year incidence of dementia in older Black and White community residents. *J Clin Epidemiol* 1998; 51: 587-95.