

汉语失语症失语类型的鉴别诊断流程^{*}(二)

北京医科大学第一附属医院神经心理研究室 王荫华^{**}

4 汉语失语症失语类型鉴别诊断的几个要素:

根据笔者 10 年来进行脑卒中后汉语失语症患者失语类型诊断与鉴别诊断的经验,总结出汉语失语症类型鉴别诊断的 4 个要素,这 4 个要素以口语表达和听理解能力为主,它们是:口语复述能力和流利性,口语听理解能力和是“口头”言语障碍还是“书面(文字)”言语障碍。根据这 4 个要素总结出汉语失语症失语类型的鉴别诊断流程图(见后文图 3)。

4.1 口语复述能力 即要求患者重复检查者说的词和句,内容包括常用和不常用词,具体和抽象词,短句、长句、超长复合句和无意义词组。将复述完成 90% 以上定为正常。复述功能是否保留是诊断失语类型的一个重要依据。根据复述较好与差可将汉语失语症类型分为两大组,并可提示脑卒中患者病灶的定位信息:口语复述差提示病变在优势半球外侧裂周区(即“言语区”内),属大脑中动脉供血区,主要包括外侧裂周失语综合征(Broca 失语、Wernicke 失语、传导性失语),其次还有完全性失语、纯词哑、纯词聋;口语复述较好提示病变在优势半球外侧裂周以外(“言语区”之外)的区域,主要包括分水岭区失语综合征(经皮质运动性失语、经皮质感觉性失语、混合性经皮质失语),其次还有命名性失语、皮质下失语。分水岭区是指大脑前、中动脉和大脑中、后动脉交界区。

4.2 口语的流利性 通过回答提问,自发叙述,看图说话(如图 1)和系列语言来检

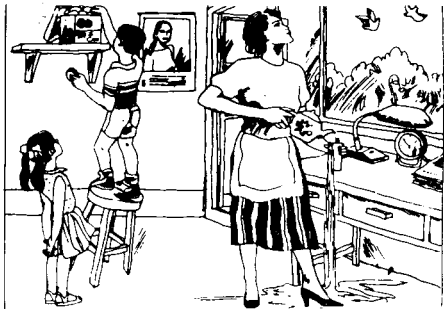


图 1

查患者的口语表达能力。汉语失语症患者口语根据流利性可分为两大类:非流利型口语和流利型口语,并可提示脑卒中患者病灶的定位信息。非流利型失语口语的特点为语量少,有语调障碍,有构音障碍,短语短,说话费力,无强迫言语,有实质词,无文法,信息量较多。非流利型失语提示病变多位于优势半球中央沟前部,即所谓前部失语,主要包括经皮质运动性失语, Broca 失语等。流利型失语口语的特点为语量多,语调正常,发音清晰,短语长短正常,说话不费力,有强迫语言,缺实质词,有文法结构,有错语,信息量少。流利型失语提示病变部位多位于优势半球中央沟后部,即所谓后部失语,主要包括 Wernicke 失语和经皮质感觉性失语等。根据口语的流利性将失语症口语分为非流利型和流利型的二分法对临床有实用价值,因多数病例约 2/3

• 国家自然科学基金资助项目
• 邮政编码:100034 北京
收稿日期:1996-07-22

可归入此二分法,此二分法可提供大脑病变定位信息,并且是失语症分型的重要依据之一。语量、语调、发音、短语长短、用力程度、强迫言语、用词、文法和错语等 9 项内容每项分为 1,2,3 分 3 个等级记分,根据每例失语症患者口语的 9 项特点得分之和,将口语分为非流利型(9~13 分),中间

型(14~20 分)和流利型(21~27 分)3 型(详见附表)。表中左侧 9 项各评为“1”分,代表非流利型口语特点;右侧 9 项各评为“3”分,代表流利型口语特点;中间 9 项各评为“2”分,代表中间型口语特点。正常谈话不按 9 项评分而人为地拟定为 30 分,便于统计时比较。

附表 汉语失语症口语的流利性特征

口语特征	1 分	2 分	3 分
语量	<50 字/分	51—99 字/分	>100 字/分
语调	不正常	不完全正常	正常
发音	构音困难	不完全正常	正常
短语长短	短(1—2 字,电报式)	部分短语短	正常(每句 4 个字以上)
用力程度	明显费力	中度费力	不费力
强迫言语	无	有强迫倾向	有
用词	有实质词	实质词少	缺实质词,说话空洞
文法	无	有部分文法	有文法
错语	无	偶有	常有

患者上述 9 项分数之和,9~13 分为非流利型;14~20 分为中间型;21~27 分为流利型。

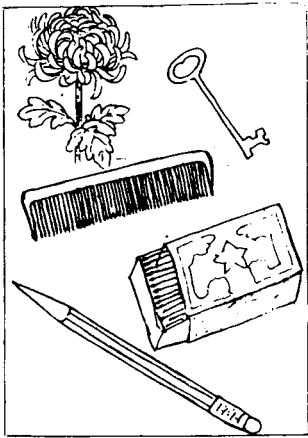


图 2 口语听理解能力检查中听辨认的图画图

4.3 口语听理解能力 检查内容包括是/否题、听辨认和口头指令执行 3 部分。如听辨认是让学生听到名称后指出物或图,从一组实物、图形、图画(见图 2),或从室内家俱和身体部位选出正确者。值得注意的是各种类型的失语症均有听理解障碍,且

失语症患者对口语的理解能力罕见全或无现象。口语听理解较好提示病变靠前部(如 Broca 失语,经皮质运动性失语)或病变不以颞叶为主(如命名性失语和皮质下失语);听理解差提示病变靠后部(如 Wernicke 失语,经皮质感觉性失语)或病变范围较大(如完全性失语,混合性经皮质失语)。

4.4 是“口头”还是“书面(文字)”言语障碍?^[3]

仅有口头(谈话、听理解、复述、命名等)言语障碍时,病变通常在大脑中动脉或颈内动脉供血区;仅有书面文字(阅读、书写)言语障碍时(如失读症,失写症),病变通常在大脑后动脉供血区;若二者均有明显障碍时,其病变部位多在颈动脉供血区内。

5 汉语失语症失语类型鉴别流程图

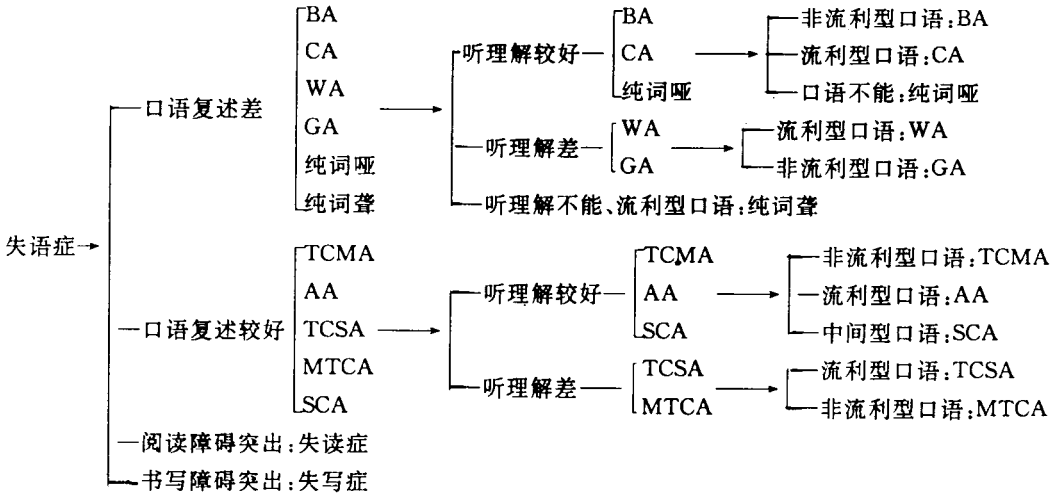


图 3 汉语失语症失语类型鉴别流程图

根据上述鉴别流程图即可对汉语失语症的失语类型进行诊断和鉴别诊断,这样,从临床失语综合征出发探讨与大脑病灶部位的关系,就为研究脑卒中后各型失语症患者的病态语言行为和研究探索语言在脑内加工过程的神经机制提供重要资料,是研究大脑结构和语言行为关系的重要途径之一;另一方面为脑卒中失语症患者制定有针对性的、因人而异的语言康复计划提供了可靠的依据。

6 参考文献

1 高素荣. 失语症. 北京:北京医科大学中国协和医科大学联合出版社,1993. 1~2,225~227,265~280,209~210,31~207

2 张清丽. 言语语言障碍的评测与治疗. 石家庄:河北科学技术出版社,1991. 126~127

3 王荪. 失语症学. 昆明:云南科技出版社,1994. 107~108

The Differential Diagnosis Flow Diagram of Aphasia Types in Chinese Aphasia/Wang Yinhua// Chinese Journal of Rehabilitation Theory & Practice • —1997,3(2):57~59

Abstract It was introduced that the Aphasia Battery of Chinese (ABC),proposed by neurology department of Beijing Medical University. According to the experience of aphasia research for 10 years,we summarized the main types of Chinese aphasia and the differential diagnostic principles for them,and the differential diagnosis flow diagram of all major Chinese aphasia types was advanced according to the four principles—— repetition,fluency,auditory comprehension and oral or written language disorders. It was pointed out the classification of aphasia will provide the reliable basis for language rehabilitation and the four principles offer the information for localized lesions of brain.

Key words Aphasia Battery of Chinese(ABC);repetition;fluency;auditory comprehension;language rehabilitation

值得注意的是:临床上完全符合理论的典型失语综合征是罕见的。患者的病变性质不同,病灶部位不同,病程不同,其临床表现也会有很大差异。有些病例的失语症不能明确归入哪一种类型。但总之,西方语系的失语症分类法基本上也适用于国内汉语失语症患者,中西方人的语言大脑优势侧亦无不同,绝大多数人均在左侧大脑半球。