

汉语失语症失语类型的鉴别诊断流程* (一)

北京医科大学第一医院神经心理研究室 王荫华**

摘要 本文介绍了北医大汉语失语成套测验(ABC)。根据 10 年失语症研究的经验总结出汉语失语症的主要类型及其鉴别诊断要点,并根据复述、流利性、听理解及口头还是书面语言障碍这 4 个要素总结出鉴别各型汉语失语症的鉴别诊断流程图。指出失语症分型可为语言康复提供可靠依据,4 个鉴别要素尚可提供大脑病灶定位信息。

关键词 汉语失语成套测验;复述;流利性;听理解;语言康复

1 北医大一院汉语失语成套测验(ABC)简介

语言是人类独有的复杂认知心理活动,失语症是因大脑损伤所致的语言障碍。脑卒中是我国常见病之一,至少 1/3 以上脑卒中患者可产生各种言语障碍。研究大脑不同部位病变后所造成的各种病态语言行为,是研究大脑结构和语言行为关系的重要途径之一^[1]。病态语言行为的测试是开展神经语言学研究的重要手段。标准的失语检查法不仅可为研究探索语言在脑内加工过程的神经机制提供重要资料,也可对制定语言康复计划提供可靠的依据。

在对失语症患者进行语言功能的评定时,应对其大脑功能进行全面测定,即除对语言功能本身进行评定外,还应应对与语言功能有关的大脑某些非语言功能进行评定,对大脑各种神经心理学功能进行评定,如:智能、记忆、运用、计算、结构与视空间技能、额叶功能等。失语症的语言功能评定和非语言功能评定相结合的方法,是目前较系统、较全面地观测病态语言行为的正确方法^[1]。

为使语言康复计划更有针对性,必须强调使用正规定量的失语症检查法,对患者的语言功能各方面进行详细的测查,作

出正确评估,并尽可能作出定量的评价:失语症严重程度及与正常人相比,听、说、读、写等各亚项检查功能损失的百分数(%)。根据检查结果,有针对性地作出每个失语症患者的失语症类型和严重程度的综合诊断,就可对失语症患者制订因人而异的语言康复计划^[1]。

北医大一院神经心理研究室的汉语失语成套测验(Aphasia Battery of Chinese, ABC)是严格按照失语检查的基本原则编制的,主要参考西方失语成套测验(WAB),结合我国国情和我们的临床经验,经探索、修改而拟定的。本检查法按规范化要求制定统一指导语、统一评分标准、统一图片及文字卡片及统一失语症分类标准,已通过标准化研究,客观有效,便于交流。自 1988 年初开始应用于临床,并逐步推广至全国多个省市。

1.1 检查内容包括五大项:

①口语表达 包括谈话、复述和命名。

②听理解 包括是/非题,听辨认和执行口头指令。

③阅读 包括视读、听字辨认、朗读词并配画、朗读指令并执行、选词填空。

④书写 包括写姓名地址、抄写、系列写数、听写、看图写、写病史。

* 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

⑤其它神经心理学检查 包括意识、注意力、定向力、记忆力、视空间功能、运用、计算、额叶运动功能及利手测定等。

1.2 失语检查总结 根据患者语言功能和非语言功能的测查结果,将患者听、说、读、写各分测验的得分除以各分测验的最高分,得出患者各种功能占正常人的百分数(%)。将百分数在总结表座标上的点连线即可绘制该患者语言功能测查结果的曲线,参考我们在“失语症”一书中绘出的各型失语症的直方图,根据各型失语症鉴别流程图,并结合患者头颅CT病灶所在部位,即可作出失语症类型的诊断。根据功能损失百分数还可估计失语症严重程度。失语指数(AQ,计算方法同WAB)也可作为失语症严重程度的指标。

下面再介绍一种6级分法。

1.3 失语症严重程度分级标准^[2]

0分:无有意义言语或听理解能力。

1分:所有言语交流,通过不连续的言语表达;大部分需要听话人推测、询问和猜测,可交流的信息范围有限,听话人在言语交流中感到困难。

2分:在听话人的帮助下,可能进行熟悉话题的交谈。病人常常不能表达出自己的思想,病人与检查者都感到进行言语交流的困难。

3分:在极少的帮助或无帮助下,病人可以讨论几乎所有的日常问题。但由于言语或理解能力较弱,某些谈话出现困难或不可能。

4分:言语流利和可观察到的理解障碍,在思想表达和表达语言的形成上无明显限制。

5分:极小的、可分辨得出的言语障碍;病人主观上可能感到有些困难,但听话人不能明显觉察到。

1.4 利手 人的一些日常活动常习惯用一只手来进行,于是就有了人手的优势

——“利手”的概念。世上大约有90%的人是用右手执行高度技巧性操作的,称之为“右利手”。利手在哪一只手与语言优势在哪一侧大脑半球有关。故失语症检查法首先应确定病人的利手。本检查法以12个日常动作项目进行利手测定:写字、拿筷、剪刀、切菜、刷牙、提物、穿针、洗脸、划火柴、炒菜、持钉锤、扫地。如果12个项目全部或前7项都习用右手(或左手),而后5项中任何1至5项用另一手,则称为右利(或左利);如果前7项中有1至6项习用一只手,其余6至1项用另一手,则称为混合利。

根据北医大一院神经科资料^[1]:在408名语言正常对照与508名脑卒中患者共916人中,右利手847人,占92.46%,非右利手(包括左利手与混合利手)69人,占7.54%。语言机能与利手的关系是:右利手者出现失语症的患者,其损伤90%以上都是在左侧大脑半球,只有少数其病变在右侧大脑半球(称交叉性失语症,crossed aphasia);左利手者出现失语症的患者约有2/3其损伤部位仍在左侧大脑半球,仅有1/3的损伤部位在右侧大脑半球。故不论左右利手,大部分人的语言中枢都在左侧大脑半球。北医大一院神经科从对257例脑血管病失语症患者的语言检查中,确定语言中枢在左侧大脑半球者占全部失语症患者的96.88%,确定语言中枢在右侧大脑半球者占全部失语症患者的2.34%,其中6例为右利手者,即为交叉性失语。

2 汉语失语症主要类型 (见表1)

3 各型汉语失语症的鉴别诊断 根据对汉语失语症患者的语言功能评估:口语流利性及信息量、听理解、复述、命名、朗读及阅读理解、书写能力,参考脑卒中患者的病灶部位,进行各型汉语失语症的鉴别诊断。根据对139例汉语失语症患者的失语症状总结出各型汉语失语症的鉴别诊断表,详

见表 2:

表 1 汉语失语症主要类型(中英文对照)

Broca 失语	Broca Aphasia, BA
Wernicke 失语	Wernicke Aphasia, WA
传导性失语	Conduction Aphasia, CA
完全性失语	Global Aphasia, GA
纯词聋	Pure Word Deafness
纯词哑	Pure Word Dumbness
经皮质运动性失语	Transcortical Motor Aphasia, TCMA
经皮质感觉性失语	Transcortical Sensory Aphasia, TCSA
混合性经皮质失语	Mixed Transcortical Aphasia, MTCA
命名性失语	Anomic Aphasia, AA
皮质下失语	Subcortical Aphasia, SCA
失读症	Alexia
失写症	Agraphia

表 2 几种主要类型汉语失语症鉴别表

失语症类型	病灶部位	口 语		听理解	复述	命名	阅 读		书 写
		流利性	信息量				朗读	理解	
Broca 失语(BA)	左额下回后部	<13, 非	1~2	+~++	+++	+++	+++	+~++	+++
Wernicke 失语(WA)	左额上回后部	>21, 流	1~2	+++	+++	+++	+++	+++	+++
传导性失语(CA)	左弓状束及缘上回	20±, 流	3~4	+	++~+++	++	++	+	++
经皮质运动性失语(TCMA)	左 Broca 区前上部	14±, 非或中间	4±	+	-~+	+	+	-~+	+++
经皮质感觉性失语(TCSA)	左额顶分水岭区	>21, 流	3±	++	+	++	+~++	+~++	++~+++
混合性经皮质失语(MTCA)	左分水岭区大灶	<13, 非	1~2	+++	+	+++	+++	+++	+++
完全性失语(GA)	左额顶颞叶大灶	刻板~<13, 非	0~1	+++	+++	+++	+++	+++	+++
命名性失语(AA)	左额顶枕结合区	>21, 流	3~4	+	+	++~+++	-~+	-~+	+
皮质下失语(SCA)	丘脑或基底节内囊	14~16, 中间	4±	+~++	+	++	+	+	++

注:非:非流利型;中间:中间型;流:流利型。—:正常;+:轻度障碍;++:中度障碍;+++ :重度障碍。

(待续)