



康复治疗技术专业创新型精品教材
“互联网+教育”新形态一体化教材

言语治疗技术

YANYU ZHILIAO JISHU

主 编 肖品圆 吴肖洁

北京出版社



扫描二维码
共享立体资源



中南大学出版社
www.csupress.com.cn



言语治疗技术

主 编 肖品圆 吴肖洁



中南大学出版社
www.csupress.com.cn

图书在版编目 (CIP) 数据

言语治疗技术 / 肖品圆, 吴肖洁主编. — 长沙:
中南大学出版社, 2019.8 (2024 重印)
全国医药卫生类院校精品教材
ISBN 978-7-5487-3717-9

I. ①言… II. ①肖… ②吴… III. ①言语障碍—治
疗—医学院校—教材 IV. ① R767.92

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2019) 第 173878 号

言语治疗技术

肖品圆 吴肖洁 主编

- 责任编辑 谢新元
 责任印制 易红卫
 出版发行 中南大学出版社
社址: 长沙市麓山南路 邮编: 410083
发行科电话: 0731-88876770 传真: 0731-88710482
 印 装 定州启航印刷有限公司

- 开 本 787×1092 1/16 印张 9 字数 206 千字
 版 次 2019 年 8 月第 1 版 2024 年 3 月修订 2024 年 3 月第 3 次印刷
 书 号 ISBN 978-7-5487-3717-9
 定 价 35.00 元

图书出现印装问题, 请与经销商调换

目录

项目一	言语治疗学	1
	任务一 言语治疗的基本概念	1
	任务二 言语交流的医学基础	3
	任务三 言语交流过程的神经机制	9
	任务四 言语障碍的治疗	11
项目二	失语症	16
	任务一 失语症	16
	任务二 失语症分类	20
	任务三 失语症的康复评定	25
	任务四 失语症的康复治疗	27
项目三	语言发育迟缓	35
	任务一 语言发育迟缓	35
	任务二 语言发育迟缓的康复评定	37
	任务三 语言发育迟缓的康复	41
项目四	构音障碍	46
	任务一 构音障碍	46
	任务二 构音障碍的康复评定	49
项目五	听力障碍	61
	任务一 听力障碍	61
	任务二 听力障碍的康复评定	64
	任务三 听力障碍的康复治疗	67

项目六	腭裂	73
任务一	腭裂的定义和语音表现	73
任务二	腭裂的康复评定	79
任务三	腭裂的构音训练	88
项目七	口吃	93
任务一	口吃的定义、原因和症状	93
任务二	口吃的康复评定	97
任务三	口吃的康复治疗	99
项目八	吞咽障碍	105
任务一	吞咽障碍的概述	105
任务二	吞咽障碍的评定	115
任务三	吞咽障碍的治疗	124
参考文献		137

北京出版社

项目二

失语症

学习目标

1. 能说出失语症的常见病因，常用评定量表和康复治疗机制。
2. 会区别各种失语症的临床表现。
3. 具有应用失语症评定方法与训练方法的能力，对常见失语症进行评定与训练。

失语症的学习是言语治疗学中最主要的内容，主要包括失语症的类型、诊断与鉴别诊断、常用的评估及训练方法。需掌握失语症的概念、症状、鉴别诊断。通过临床的实践教学，能独立完成失语症的评定，掌握失语症的各种训练方法，尤其是 Schuell 刺激疗法，根据不同患者的情况，制定个体训练计划。

■ 任务一 失语症

案例导入 ◆

患者，男，55岁，突发右侧肢体活动无力并不能言语1个月余来就诊，发病以来患者无吞咽困难，CT检查示“左侧大面积脑梗死”。失语症检查听理解、表达、复述、读理解、朗读、书写完全不能。

思考

患者可能是哪种语言障碍？主要表现在哪些方面？



一、失语症的定义与病因

（一）失语症的定义

失语症 Benson 的定义有很多种，由于大脑功能受损所引起的已习得的语言功能丧失或受损，这是临床上比较常用的失语症的定义。而且，这种障碍与其他智力水平不一致，除了痴呆、言语错乱、感觉缺失或者运动功能障碍，并且在词汇使用上减少，语法规则能力低下，听觉记忆度降低以及在语言输入和输出通路选择能力上的障碍。根据美国失语症协会定义，失语症是一种因大脑损伤引起的获得性语言障碍，患者主要表现为口语表达、听觉理解和阅读、书写能力损失。

（二）失语症的病因和发生率

失语症常见病因有脑血管病、颅脑外伤、脑肿瘤、脑组织炎症等因素，脑血管病是最常见的病因，包括脑血栓形成、脑栓塞、脑出血、脑血管瘤等。关于脑卒中所致失语症的发病率，国外曾做过一些统计，Brust 曾观察了 850 名急性期患者发现 21% 有失语症，我国的研究资料显示至少 1/3 以上的脑卒中患者可产生各种语言障碍。失语症总的表现为似乎失去语言或语言功能不能发挥的状态，应与以下障碍相鉴别：意识障碍、痴呆、运动性构音障碍及其他高级脑功能障碍等。

二、失语症的语言症状

（一）听觉理解障碍

听觉理解障碍是失语症患者常见的症状，是指患者对口语的理解能力下降或丧失。根据失语症的类型和程度不同而表现出在字词、短句和文章不同水平的理解障碍。

1. 语义理解障碍 在失语症最多见，患者能正确辨认语音，但存在着连续的音义连续的中断以致部分或全部不能理解词意。常见于重症情况下，对日常生活的常用物品名称或简单的问候语也不能理解。中等程度时患者可以理解常用的名词无困难，对不常用的词有困难，或者对名词无困难，但对动词不能理解。轻症患者往往在句子较长、内容和结构复杂时不能完全理解。

2. 语音辨识障碍 临床上偶见的接受障碍，患者听对方讲话时，对所听到的声音不能辨认，给人一种似乎听不见的感觉，患者可能会说听不懂你的话或不断地让对方重复或反问。经纯音听力检查听力正常或仅有语言频率外的高频听力的减弱，可通过简单的音叉检测筛查。典型的情况称为纯词聋。

3. 听觉记忆跨度和句法障碍 听觉记忆跨度是言语听觉痕迹系列的保持能力，患者常常能理解单纯的、简单的单句，但对理解句法和复合句困难。汉语的听觉记忆广度的单位容量为 7 ± 2 字。如为患者下指令“请从这些图片中，指出苹果”，患者可以完成；继续检查，“请指出火车头”患者仍然可以完成，但当检查者指令变为“请从这些图片中，找出苹果和火车头”时，或找出一种或无法完成。



音叉检测



（二）口语表达障碍

1. **发音障碍** 失语症的发音障碍与周围神经、肌肉结构损害时的构音障碍不同，发音错误往往多变，这种错误大多由于言语失用所致。重症时仅可以发声，在中度时可见到随意说话和有意表达的分离现象，即刻意表达明显不如随便说出，模仿语言发音不如自发语言且发音错误常不一致，有韵律失调和四声错误。

2. **说话费力** 一般常与发音障碍有关，表现为面部表情和身体姿势费力、说话时语言不流畅，患者常伴有叹气的表现。

3. **错语** 常见有语音错语、词意错语和新语三种情况。语音错语是音素之间的置换，如将“行么”说成“信佛”；词意错语是词与词之间的置换，如将“桌子”说成“椅子”；新词则是用无意义的词或新创造的词代替说不出的词，如将“铅笔”说成“磨小”。

4. **杂乱语** 又称奇特语，在表达时，大量错语混有新词，缺乏实质词，以致说出的话使对方难以理解。

5. **找词困难和命名障碍** 找词困难是指患者在谈话过程中，欲说出恰当词时有困难或不能，多见于名词、动语和形容词。在询问中因找词困难常出现停顿现象，甚至表现出重复结尾词、介词或其他功能词。所有患者都有不同程度的找词困难。当面对实物或图片时，不能说出物品或图片名称时称命名障碍。

6. **刻板语言** 常见于重症患者，可以是刻板单音，如“嘟”“嘟”“嗯……嗯”，也可以是单词如“妈妈”“妈地”“人啊”，这类患者仅限于刻板语言。即任何回答都以刻板语言回答。有时会出现无意义的声音。

7. **模仿语言** 一种强制的复述检查者的话，称模仿语言，如检查者询问患者“你多大岁数了”，患者重复“你多大岁数了”。多数有模仿语言的患者还有语言的补完现象，例如：检查者说“1, 2”患者可接下去数数，检查者说：“锄禾日当午”，患者接下去说：“汗滴禾下土”。有时补完现象只是自动反应，实际患者并不一定了解内容。

8. **语法障碍** 表现为失语法和语法错乱。①失语法是指表达时多是名词和动词的罗列，缺乏语法结构，不能很完整的表达意思，类似电报文体，称电报式语言。②语法错乱是指句子中的实义词、虚词等存在，但用词错误，结构及关系紊乱。

9. **语言的流畅性与非流畅性** 一般根据患者谈话的特点将失语的口语分为流利性和非流利性。Benson 的语言流畅性与非流畅性改变。

10. **复述** 在要求患者重复检查者说的词句时，有复述障碍者，不能准确复述检查者说出的内容，如完全性失语患者，几乎完全不能复述。Broca 失语患者表现为较长语句不能准确复述。有些类型失语症可以较好地复述，如经皮质性运动性失语，经皮质感觉性失语等。

（三）阅读障碍

因大脑病变致阅读能力受损称失读症。阅读包括朗读和文字的理解，这两种可以出现分离现象。



1. **形、音、义失读** 患者既不能正确朗读文字，也不理解文字的意义，表现为词与图的匹配错误，或完全不能用词与图或实物配对。

2. **形、音失读** 表现为不能正确朗读的文字，但却理解其意义，可以按字词与图或实物配对。

3. **形、义失读** 能正确朗读，却不理解文字的意义。失读患者对文字的阅读理解也表现在语句的层级上，能正确朗读文字，文字与图匹配也正确，但组成句后不理解。

（四）书写障碍

书写不仅涉及语言本身，而且还有视觉、听觉、运动觉、视空间功能和运动参与其中，所以在分析书写障碍时，要判断书写障碍是否是失语性质，检查项目包括自发性书写、列名书写、看图书写、写句、描述书写、听写和抄写。失语症的书写常见于以下几种表现（图 2-1）：

1. **书写不能** 完全性书写障碍，可简单画一划或两划，构不成字形。
2. **构字障碍** 写出的字看起来像改字，但有笔画增添或减少，或者写出字的笔画全错。
3. **镜像书写** 见于右侧偏瘫用左手写字者，即笔画正确，但方向相反，可见写出的字与镜中所见相同。
4. **书写过多** 类似口语表达中的语言过多，书写中混杂一些无关字、词或造句。
5. **惰性书写** 写出一字词后，让其写其他词时，仍不停地写前面的字词，与口语的语言保持现象相似。
6. **象形书写** 不能写字，以图表示。
7. **错误语法** 书写句子出现语法错误，常与口语中的语法障碍相同。

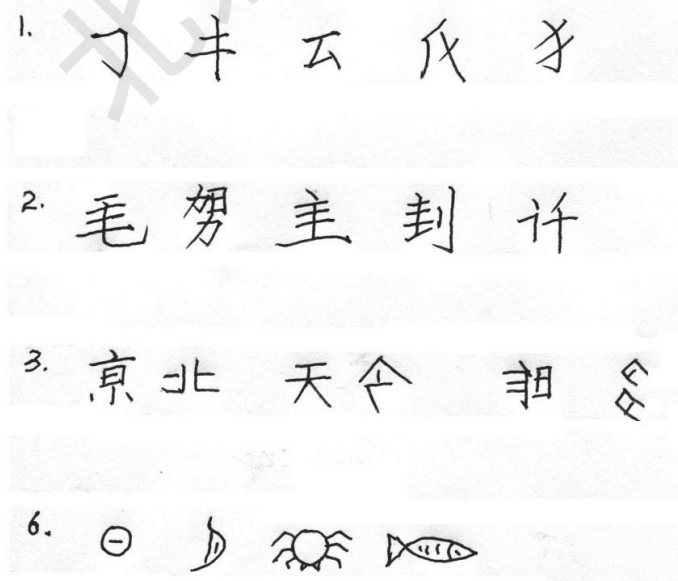


图 2-1 书写障碍



【知识链接】



Ryan 给失语的定义是：失语症是由于脑损伤所引起的组织语言能力的丧失或低下，可以在以下方面出现困难：口语和书面语言；识别图片或物体；口语、书面语和手势的交流。Darley 认为失语症是由于脑的损伤所致的语言符号形成和解释能力的障碍，在语言学成分编码和译码效能方面多种语言的丧失或障碍（词形和较大语法单位）。

【案例分析】

根据患者的临床表现：听觉理解障碍，口语表达障碍，阅读障碍，书写障碍。经过评定，符合完全性失语症的症状，患者为完全性失语症。

■ 任务二 失语症分类

案例导入

患者，男，56岁，右利手，中专文化程度，职工。以左侧肢体无力、语言不流利1个月入院。1个月前，安静状态下，突发晕倒，而后送入医院做CT检查显示：右侧额页下回脑梗死。经治疗后，患者左侧肢体无力，言语不流畅。经评定患者神志清楚，答题切题，自发语为非流畅，存在语音错误，在少量帮助下可与人讨论日常问题。

思考

患者患的是哪种失语症？

一、失语症的分类

大脑某一部位的损害，会造成一组完全或不完整的语言临床症状较高频率的出现，如果损伤较局限，多表现为典型的失语症状，如果范围较广，会呈现出非典型的失语症状。因此，Benson 提出失语综合征的概念，他对失语症的分类得到了世界范围的广泛使用。我国学者以 Benson 失语症分类为基础，根据失语症临床特点以及病灶部位，结合我国汉字的特点，制定了汉语的失语症分类方法，将失语症分为：外侧裂周失语、分水岭区失语综合征、完全性失语、命名性失语、皮质下失语、纯词聋、纯词哑、交叉性失语、儿童获得性失语、原发性进行性失语（表 2-1）。失语症的病灶位置及预后（表 2-2）。



表 2-1 失语症的分类

Broca 失语	(broca aphasia, BA)
Wernicke 失语	(wernicke aphasia, WA)
传导性失语	(conduction aphasia, CA)
经皮质运动性失语	(transcortical motor aphasia, TMA)
经皮质感觉性失语	(transcortical sensory aphasia, TSA)
经皮质混合性失语	(mixed transcortical aphasia, MTA)
完全性失语	(global aphasia, GA)
命名性失语	(snomic aphasia, AA)
皮质下失语	(subcortical aphasia, SA)
纯词聋	(pure word deafness, PWD)
交叉性失语	(crossed aphasia, CA)
纯词哑	(pure word dumbness. PWD)
原发性进行性失语	(primary progressive aphasia, PPA)
儿童获得性失语	(acquired childhood aphasia, ACA)

表 2-2 失语症的病灶位置及预后

分 类		病 灶	预后
外侧裂周失语	Broca 失语	优势半球额下回后部 (Broca 区)	较好
	Wernicke 失语	优势半球颞上回后部 (Wernicke 区)	较差
	传导性失语	优势半球缘上回或者深部白质内的弓状纤维	较好
分水岭区失语综合征	经皮质运动性失语	优势半球 Broca 区的前、上部	较好
	经皮质感觉性失语	优势半球颞、顶叶分水岭区	较差
	经皮质混合性失语	优势半球分水岭区, 病灶较大	较差
完全性失语		优势半球外侧裂周围的语言区域	较差
命名性失语		优势半球颞中回后部或颞枕交界区	较好
皮质下失语		优势半球皮质下结构 (如丘脑和基底节) 受损	较好
纯词聋		双侧颞叶或单侧颞叶深部	较好
交叉性失语		右侧大脑半球者, 较少见	较差
纯词哑		中央前回下部或其下的传出纤维受损	较好
原发性进行性失语		优势半球额颞叶	较差
儿童获得性失语		多由发育不良或脑外伤	较好

二、各类失语症的临床特征与病灶

(一) 外侧裂周失语

病灶位于外侧裂周围, 语言复述困难, 这是所有失语症中了解最多, 并且得到广泛承认的一大类失语。

1. Broca 失语 过去称运动性失语, 以口语表达障碍最为突出, 自发语言呈非流利性, 语量少, 找词困难, 讲话费力, 语言呈电报文样, 严重的时候表现为无言状态。尽管患者说话时语量较少, 但是常为实质词, 虽然存在失语法情况, 但交谈时仍可基本达意。命名有困难, 患者往往知道是什么, 却无法说出名称, 但可以接受语音提示, 如检查者



提示“铅……”（指铅笔时），患者可以说出“铅笔”。语言复述困难，特别是对音节数较长的句子复述有困难。发音和语调障碍，错语常见，特别是音韵性错语。口语理解相对较好，简单的句子可以理解，复杂的语言或命令的理解较为困难。阅读以及书写均不同程度受到损害。另外，Broca失语常常伴有颜面失用，即颜面部自主运动不能听从命令随意进行。病灶累及优势半球额下回后部（Broca区）。

2. Wernicke失语 答非所问、口语理解障碍为其突出特点，过去称其为感觉性失语。自发语言呈流利性，无构音和韵律异常，口语表达有适当的语法结构但缺乏实质词，表现为语量多，讲话不费力，患者自己在很流利地说，却不知在说些什么，因为有较多的错语或者不易被别人理解的、且缺乏实质词而表现为语言空洞，难以理解。患者对语音的理解和语义的理解都受到损害，对别人和自己讲的话均不理解，或者仅理解个别词和短语。复述及听写障碍与理解障碍大体一致。命名、朗读及文字理解存在不同程度障碍。病变部位在优势半球颞上回后部（Wernicke区）。



Wernicke
失语损害大

3. 传导性失语 复述不成比例的受损为此型失语的特点。患者的自发语言表现为流利性，找词困难是突出的表现，谈话常因此出现犹豫、停顿；错语是另外的特点，常常以语音错语为主，词义错语和新语较少。口语理解有轻度障碍，命名及朗读中出现明显的语音错语，伴有不同程度的书写障碍。病灶位于优势半球缘上回或者深部白质内的弓状纤维。

（二）分水岭区失语综合征

1. 经皮质运动性失语 非流畅性失语，自发语言较少，但对刺激往往会做出相应的简单反应，不能说有组织性的语言，复述功能保留很好，命名、阅读和书写能力不正常，但存在个体差异。口语理解和文字理解方面能力保留较好。该型失语症与Broca失语的最大区别在于可以复述较长的句子，另外，自发语虽少，但构音失用现象较少。病灶位于优势半球Broca区的前、上部。

2. 经皮质感觉性失语 自发语言流畅，错语较多，命名严重障碍，复述能力较好，但有学语现象。虽然不理解对方在说什么，却反复重复对方所说的语言。语言理解和文字理解都出现障碍，与Wernicke失语的最大区别在于复述保留。可以朗读但不理解其真正意义。听写能力差。病灶位于优势半球颞、顶叶分水岭区。

3. 经皮质混合性失语 自发语言严重障碍，完全不能组织构成表达自我意思。理解障碍也较明显，文字理解和口语理解都有困难，书写也存在困难。但是复述能力被很好地保留下来。病灶位于优势半球分水岭区，病灶较大。

（三）完全性失语

完全性失语是一种严重的获得性的全部语言功能的损害，是听、说、读、写所有语言模式受到严重损害的一种失语。主要表现为自发性语言极少，命名、复述、读词不能。听觉理解、文字理解严重障碍，即使能理解也是极少数单词。有的患者能说出部分系列语，如数出部分数和唱出部分歌曲和歌词。病灶位于优势半球外侧裂周围的语言区域。



（四）命名性失语

命名性失语是以命名障碍为主要表现的流畅性失语。在口语表达中主要表现为找词困难，对人的名字也有严重的命名困难。对于说不出的词，患者多以迂回语言和描述物品功能的方式进行表达，因此语言表现为赘语和空话较多。除了命名以外的其他语言功能均被保留下来。病灶位于优势半球颞中回后部或颞枕交界区。

（五）皮质下失语

优势半球皮质下结构（如丘脑和基底节）受损能引起失语。主侧半球丘脑受损出现丘脑性失语，表现为音量较小、语调低，可有语音性错语，找词困难，语言扩展能力差，呼名有障碍。复述保留相对较好。听理解和阅读理解有障碍，书写大多数有障碍。基底节受损特别是尾状核和壳核受损，可以引发基底节性失语，多表现为非流利性，语音障碍，复述相对保留。听理解和阅读理解可能不正常，容易出现复合句子的理解障碍。

（六）纯词聋

纯词聋患者听力正常，口语理解严重障碍，症状持久，简单的测试也会产生错误。患者虽然不能完成对词的辨认，但是可能在犹豫后完成简单的指令，这是此症的典型表现。纯词聋存在对语音和非语音的辨识障碍，即患者可以不理解词语的信息，但是对非语音的自然音仍能辨识，如鸟鸣声、电话声等。复述严重障碍，但口语表达正常或仅有轻度障碍。命名、朗读和抄写正常。

（七）交叉性失语

交叉性失语是指任何与惯用手同侧的大脑半球病变引起的失语，但现在一般仅指右利手右侧半球病变后发生的失语。交叉性失语发生率很低，多出现于脑外伤累及右侧大脑半球者。语言表现为听理解轻度障碍，阅读理解轻度障碍和表达、自发性书写明显障碍，命名及复述轻度障碍。

（八）纯词哑

临床上真正的纯词哑是一种相当罕见且独特的语言障碍临床综合征，此类患者口语表达能力严重障碍，而文字表达及理解等其他功能均正常。起病急，早期常表现为哑，或者仅有少量构音不清和低语调的口语，恢复后说话慢、费力、声调较低。在纯词哑并不是 Broca 失语的最轻型，两者的差别在于，Broca 失语有失语法、听理解障碍和命名障碍，而纯词哑则是单纯的发音障碍。中央前回下部或其下的传出纤维受损，可以产生纯词哑。

（九）原发性进行性失语

原发性进行性失语是一种由不同的神经病理学改变引起的临床综合征。隐匿性发病，早期阶段有突出、孤立的语言缺陷，语言产生、物品命名、句法或单词理解等损害逐渐进展，复述、朗读能力下降相对较轻，除与语言相关的功能活动以外，患者的日常生活活动能力维持正常。病灶位于优势半球额颞叶。



(十) 儿童获得性失语

获得性失语是指儿童在部分获得或者已经获得口语能力以后所造成的失语症。主要病因是脑外伤，多数儿童初期表现为缄默，缄默消失后表现为发音异常，语言速度慢，说话量少，声音低弱以及韵律失常。另外，几乎所有儿童失语症患者的口语表达均为非流畅性，很少出现杂乱语。

三、失语症的鉴别诊断

(一) 言语的流畅度

失语症可根据言语的流畅与否分为流利性和非流利性。治疗师可根据患者会话言语的流畅与否进行分类，最好将患者的谈话录音并仔细分析，以此进行正确的诊断与治疗。流畅性与非流畅性失语的特点见表 2-3。

表 2-3 流畅性与非流畅性失语的特点

性质	言语量	顺畅性	韵律	信息量	疾病
非流畅性失语	语量减少（50 字以下每分钟）	说话费力、句子较短、电报语	失去言语的韵律性、	信息量较多、错语少见	Broca 失语、经皮质运动性失语、完全性失语、经皮质混合性失语
流畅性失语	语量多（100 字以上每分钟）	说话不费力、句子长度正常	韵律正常	信息量少、错语多见	Wernicke 失语、经皮质感觉性失语、命名性失语、传导性失语

(二) 口语的听理解

如果患者可以理解检查中的句子或简单指令，则听理解较好，反之较差。非流利性失语中听理解较好的是 Broca 失语、经皮质运动性失语；听理解较差的是完全性失语、经皮质混合性失语。流利性失语中理解较好的是命名性失语、传导性失语；流利性失语中理解较差的是 Wernicke 失语、经皮质感觉性失语。

(三) 复述

失语症患者的复述能力根据能否复述句子分为相对保留或损害。能够较好复述句子可认为复述好的类型。非流利性失语听理解较好的一组中，复述好的是经皮质运动性失语，复述差的是 Broca 失语；听理解差的一组中，复述好的是经皮质混合性失语，复述差的是完全性失语。流利性失语听理解较好的一组中，复述好的是命名性失语，复述差的是传导性失语；听理解差的一组中，复述好的是经皮质感觉性失语，复述差的是 Wernicke 失语。

四、与言语症有关的言语障碍

(一) 言语失用

言语失用是一种言语运动性疾病，患者不能通过自主运动来进行发音和模仿等言语活动，同时没有与发音器官有关的肌肉麻痹、肌张力异常、或运动不协调来解释。可单独发生但较少，也可伴随其他言语障碍，如 Broca 失语。通过观察患者在执行表中的指令进行评定，有无器官的摸索动作，有无元音的发音错误，有无元音顺序的错误；判断



是否有言语失用：一般以元音顺序为主（重复5遍），a—u—i，复述“爸爸、妈妈、弟弟”，复述“啪嗒洗手、你们打球、不吐葡萄皮”。一般这样患者都有言语的复杂性增加，发音的错误率也增加，辅音的开始词发音错误多，重复朗读时出现同样的发音错误，模仿言语比自发言语错误多等特点。

（二）口颜面失用

口颜面失用是指舌、唇、喉、咽、颊执行自主运动困难，但在非言语状态下，与言语有关的肌肉自发的活动依然存在。患者可在自主动作或表情下，完成吸气、呼气、吹口哨等动作，但不能在命令或模仿下，执行口部的随意运动。评定是通过观察患者能否依次完成表2~3的动作，以及有无摸索动作，来判断有无口颜面的失用。鼓腮、呼气、露齿、咂唇、缩唇、摆舌、吹口哨等动作。

【案例分析】

CT检查显示：右侧额叶下回脑梗死。经治疗后，患者左侧肢体无力，言语不流畅。经评定患者神志清楚，答题切题，自发语为非流畅，存在语音错语，在少量帮助下可与人讨论日常问题。根据患者的这些表现与评定结果，判定患者患的是 Broca 失语症。

任务三 失语症的康复评定

案例导入

患者，女，72岁，因“语言不能、右侧肢体无力2个月”入院。经做CT检查大脑半球大面积脑梗死，伴有右侧肢体无力，言语不清，经治疗后神志转清，直呼其名有目光对视，但仍言语不能。将为患者进行康复训练，在此之前进行康复评定。

思考

应该为患者做哪些康复评定？

失语症患者的评定的目的是通过全面系统地评定，了解患者言语障碍的程度，是一项系统、全面而又广泛的工作。判断患者是否有失语症，以及失语症的种类。了解影响患者的言语功能的因素及残存的交流能力。预测患者的康复进程。制定相应治疗的计划和训练方案。

国际常用的失语症评定方法有：波士顿诊断性失语症检查（Boston diagnostic aphasia examination, BDAE）、日本标准失语症检查（standard language test of aphasia,



SLTA)、西方失语症成套检测(western aphasia battery, WAB)。西方失语症成套检测是BDAE的缩短版,克服了BDAE检查时间过长的缺点,大约需1个小时可完成检查。该测验提供一个总分称为失语商(AQ),可以通过具体分数分辨出患者言语功能是否正常。WAB还可以测出操作商(PQ)和皮质商(CQ),PQ可了解大脑的阅读、书写、运用、结构、计算、推理等功能;CQ可了解大脑认知功能。此检查还可对一些言语障碍患者提供解释标准误差和图形描记。

根据中国汉字的特点和中国人的文化习俗,国内常用的失语症评定方法包括:汉语标准失语症检查及汉语失语成套测验(aphasia battery of chinese, ABC)和中国康复研究中心失语症检查表(CRRCAE),此表由李胜利等在1990年完成,适用于我国不同地区使用汉语的成人失语症检查。此检查由30个分测验组成,分为9个大项目,包括听理解、复述、说、出声读、阅读理解、抄写、描写、听写和计算。在大多数项目中采用了6等级评分标准,在患者的反应时间和提示方法上都有比较严格的要求,并且有严格的终止标准。本检查方法适用于我国不同地区使用汉语的成人失语症患者。

言语治疗师可以有针对性地为较重或较轻的言语障碍患者设计一些附属于综合性的某一单项言语功能检查,以便更加细致地了解患者的言语功能。其中有听理解检查、口语表达检查、阅读检查、书写检查、复述检查、日常生活交流能力检查、Porch交流能力指数、功能性交流图等。

通过言语障碍评测和资料进行总结,根据资料整理的结果,明确患者是否为失语症及类型、失语症的严重程度。失语症严重程度的评定,国际上多采用波士顿诊断性失语症检查法(BDAE)中的失语症严重程度分级(表2-4),并书写、评价、整理出重点内容。

表 2-4 BDAE 中失语症严重程度分级标准

等级	评定标准
0级	无有意义的言语或听觉理解能力
1级	言语交流中有不连续的言语表达,但大部分需要听者去推测、询问或猜测;可交流的信息范围有限,听者在言语交流中感到困难
2级	在听者的帮助下,可进行熟悉话题的交谈,但对陌生话题常常不能表达出自己的思想,使患者与检查者都感到进行言语交流有困难
3级	在仅需少量帮助下或无帮助下,患者可以讨论几乎所有的日常问题,但由于言语和(或)理解能力的减弱,使某些谈话出现困难或不大可能
4级	言语流利,但可观察到有理解障碍,但思想和言语表达尚无明显限制
5级	有极少可分辨得出的言语障碍,患者主观上可能有点困难,但听者不一定能明显觉察到

判断预后:根据患者失语症的类型、严重程度及其他因素综合考虑,确定康复目标并判断患者的预后。根据患者失语症严重程度分级(BDAE分级),评估预后及确定长期康复目标(表2-5)。

表 2-5 不同程度失语症的长期目标

程度	BDAE 分级	整体长期目标	言语训练的长期目标
轻度	4、5	恢复职业	改善言语和心理障碍,适应职业需要
中度	2、3	日常生活自理	发挥残存能力及改善功能,交流基本自如,适应社区内交流需要
重度	1、2	回归家庭	尽可能利用残存功能和代偿方法,进行简单的日常交流,减轻家庭介助



近期目标, 将达到最终目标的过程, 分成若干阶段, 逐次设定具体细致的目标, 即根据患者具体情况选择各种言语形式的训练课题, 设定可能达到的水平及预测所需时间。即由现有的言语功能提高一个阶段, 15 天为一次作为短期目标。并制定相应治疗计划, 在上述基础上制定患者的训练计划、长短期训练目标。

【知识链接】



要保证治疗过程记录, 在实施中认真记录患者的治疗过程、定型反应等。以此判断治疗效果, 进行阶段性的言语训练后, 及时进行总结, 根据中、末期评估结果, 判断是否需要修改训练目标和训练计划。

【案例分析】

国际常用的失语症评定方法有: 波士顿诊断性失语症检查、日本标准失语症检查、西方失语症成套检测。根据中国汉字的特点和中国人的文化习俗, 国内常用的失语症评定方法包括: 汉语标准失语症检查及汉语失语成套测验和中国康复研究中心失语症检查表, 此表由李胜利等在 1990 年完成, 适用于我国不同地区使用汉语的成人失语症检查。

■ 任务四 失语症的康复治疗

案例导入

李某, 男, 34 岁, 司机, 右利手, 初中文化程度, 汉族, 北方口音。车祸造成脑挫裂伤、脑出血。入院 MRI 显示: 左颞顶脑软化, 局限性脑萎缩。入院临床诊断: 脑外伤, 右侧偏瘫, 语言障碍。经评定具体表现为: 言语流利、但听不懂他人的话, 听力是正常的。

思考

针对这个患者诊断是什么? 最佳的治疗时间是什么时候? 言语训练的重点是什么?

一、失语症的治疗原则及适应证

(一) 治疗时机

首先把握治疗时机, 患者原发病症趋于稳定、不再进展, 生命体征稳定 48 小时以后、



意识清醒，即可逐渐开始接受治疗。介入的时机越早，训练效果越好。发病后3~6个月为失语症恢复的高峰期，因此需抓住这一关键时期进行有效的言语训练，以达到最佳效果。发病时间长的患者恢复的速度较早期明显减慢。在言语训练中患者如出现以下情况时，可停止言语训练，如患者全身状态不佳，有明显的意识障碍，重度痴呆，拒绝和无训练要求者，患者出现过度疲劳，注意力无法集中等。

（二）治疗时间

在治疗的时间安排上，治疗师所进行的训练，每周不少于3~4次，每日根据患者的情况可安排1~2次训练。每次训练30~60分钟为宜。初次接受言语训练的患者精神状态变差时，可适当减少训练时间。

（三）治疗工具

言语训练的工具具有录音机、录音笔、训练软件、镜子、秒表、压舌板、吸舌器、喉镜、电脑、手机、笔、卡片、故事书、患者感兴趣的文章等。

（四）训练方式

根据患者情况可以采用多种方式进行训练，一对一训练、自主训练、小组训练、家庭训练等。一对一训练，即一名治疗师单独环境、针对一名患者进行训练，是临床上最多采用的一种训练方式，是以刺激为中心内容进行训练。患者情绪稳定，注意力集中。刺激条件可控，针对性强，并根据具体情况及时进行调整。自主训练，患者在进行了一段时间的一对一训练之后，充分了解了言语训练的要求和方法，有一定的自我判断和自我纠正的能力，即可开始自我训练。治疗师可把需反复训练的内容教给患者进行自我训练。训练的内容和量由治疗师决定。多人小组训练，又称集体训练。通过相互接触，减少孤独感，学会将个人训练的成果在实际中有效地应用。治疗师可根据患者的不同情况，编成小组，开展多项活动，还可以达到减轻患者心理负担的目的。入户家庭训练，治疗师将评价及制定的治疗计划介绍和示范给亲属，并通过观摩、阅读指导手册等方法教会患者亲属训练技术；再逐步过渡到患者回家进行训练，也可以编成视频让患者及亲属反复观看、学习。然后治疗师定期评估并调整训练课题及告知注意事项。

二、失语症康复治疗机制及治疗过程

（一）治疗机制

失语症康复的主要机制，一是功能代偿学说，通过其他非特定的脑区及起次要作用神经的代偿、基本脑结构和高层脑结构功能的动员来取代受损的大脑病区的功能；二是功能重组学说，利用其他神经通路，用不同的方法来完成被破坏的神经结构所承担的功能，失语症的恢复可以是神经系统的重组，反复的刺激可以促进这种重组；三是再生学说，在受损的神经元中出现了新的神经生长物。

（二）治疗过程

1. 原始期 生命体征稳定后48小时后，意识清楚，即可开始训练，是指原发疾病不再进展，患者和家属要充分了解言语障碍的严重性和训练的目的。



2. **进行期** 治疗师每日给患者进行训练 30 ~ 60 分钟, 但此时间是有限的, 因此要让亲属在家中或病房内配合患者每日通过听、读、学、说的训练内容帮助患者进行巩固。在治疗中, 要根据定期评估的结果, 若结果不佳则启动简化模式, 重新调整训练目标和训练计划。

3. **结束期** 经过一段时间的训练之后, 患者的改善不再进展或缓慢, 此时就进入了平台期。可暂停在医院的言语训练, 向亲属介绍之前训练的内容和方法, 进行家庭或社区训练, 并可通过随诊给予一定的指导。

课程思政

我们要以党的二十大精神为引领, 坚持“人民至上, 生命至上”的理念, 为人民群众的生命健康保驾护航, 为在中国特色社会主义道路上坚定不移推进中华民族伟大复兴历史进程贡献自己的微薄力量。在临床工作中积极思考, 提高医疗服务质量, 积极为病患服务, 对于失语症患者, 要多关爱他们, 鼓励他们不要放弃希望, 帮助他们克服困难。

三、失语症康复治疗的预后

(一) 疗效

首先要考虑自然恢复问题, 据资料显示, 失语症患者的言语障碍在最初几个月有一定程度的自然恢复能力, 其病理基础主要是: 未损伤的部分大脑在局部大脑损伤后获得功能。因此, 在考虑疗效时, 需兼顾自然恢复的部分, 一般出现在 1 个月内。现在经过大量的临床研究证实了言语治疗的积极作用, 其言语功能的恢复不只是自然恢复的结果, 更重要的是由专业人员进行专门方式进行系统的言语治疗才能有更好的疗效。

(二) 预后

失语症的预后一般与原发病的预后一致, 根据现有的资料显示, 有影响的因素主要有:

1. **康复介入时间** 越早期言语治疗介入效果越好。
2. **病因与病灶部位** 不同病因所导致的失语症, 其恢复速度与程度均不同。一般来说, 颅脑外伤比脑卒中患者的预后好, 初发病者较复发者预后好, 病灶小者预后好, 单一病灶预后较多发病灶好。
3. **发病年龄** 许多研究结果表明, 发病年龄越小预后越好。
4. **文化程度** 智力和言语功能改善程度之间成正比关系。智商越高的患者其治疗效果越佳; 文化程度越高, 预后越好。
5. **利手** 双利手和左利手较右利手预后好。
6. **失语症的类型及严重程度** 失语症的严重程度与其预后有密切关系。起病时, 失语症轻者预后较好; 完全性失语的预后最差。
7. **是否有合并症** 失语症患者如同时合并构音障碍、言语失用或其他高级神经功能障碍等时; 预后相对比单纯失语症患者要差。



8. 障碍种类 表达障碍为主比理解障碍为主者预后好。

9. 性格 性格外向性格较内向性格患者预后好。

10. 其他因素 积极主动配合训练患者预后好；患者自身有错误自识能力及自我纠正能力者预后好；亲属对患者康复支持力度大的患者预后好。

四、失语症康复治疗的方法

(一) 刺激促通法

(1) Schuell 刺激疗法的原理是各种失语症治疗方法的基础，其原理很多，最主要的就是以下 6 点，也是目前临床上应用最多的方法，主要原理见表 2-6。

表 2-6 Schuell 刺激疗法的主要原理

刺激原理	说明
利用强的听觉刺激	是刺激疗法的基础，因为听觉模式在言语过程中居于首位，而且听觉模式的障碍在失语症中也很突出
适当的言语刺激	采用的刺激必须能输入大脑，因此，要根据失语症的类型和程度，选用适当的控制下的刺激，难度上要使患者感到有一定难度但尚能完成为宜
多途径的言语刺激	多途径输入，如给予听刺激的同时给予视、触、嗅等刺激（如实物），可以相互促进效果
反复利用感觉刺激	一次得不到正确反应时，反复刺激可能可以提高其反应性
刺激应引出反应	一项刺激应引出一个反应，这是评价刺激是否恰当的唯一方法，它能提供重要的反馈而使治疗师能调整下一步的刺激
正确反应要强化以及矫正刺激	当患者对刺激反应正确时，要鼓励和肯定（正强化），得不到正确反应的原因多是刺激方式不当或不充分，要修正刺激

(2) 治疗程序的设定。

1) 刺激条件：①刺激标准：要以患者的正确反应为标准，刺激要遵循由易到难的原则。要注意：如听刺激应考虑选词的长度、选择时刺激材料是否常用，以及备选答案的多寡和干扰性，要结合患者的障碍程度进行选择。②刺激方式：为听觉（音量）、触觉（粗大、精细）、视觉刺激等多种方式，以听觉刺激为主，重症患者应采取多种刺激相结合的方式，先触觉、再视觉、后听觉的刺激模式。③刺激强度：治疗师应考虑刺激强度的选择，重复刺激的次数、有无辅助刺激等。④材料选择：首先优先选择日常生活中常用的字、词、句，尤其是几乎每日都接触的、常用的，如起床、吃饭、睡觉、洗脸等。其次要结合患者的兴趣、职业、日常习惯等，选择患者感兴趣的刺激材料效果会更好。

2) 刺激提示：给患者一个刺激，患者如无反应、部分反应或错误反应时，应予以提示。提示需注意：①提示的前提：要根据刺激和课题的方式而定，如听理解、书写中出现错误，需规定在多少秒后患者错误反应才给予提示等。另需结合患者的具体情况考虑，如右利手患者右侧上肢偏瘫用左手写字时，刺激后等待的时间可以适当延长。②提示的方式：方式有语音提示、选词提示、描述提示、手势提示、文字提示、分类提示。重度患者提示的项目较多，如呼名提示，包括描述、手势、词头音等；而轻度的患者常只需用单一方式，如词头音或简单描述。

(3) 治疗课题评价：治疗师对患者进行治疗时，每一道课题都要对患者的反应进



行评价。如患者无反应时，要按规定的方法进行提示。正确反应包括在规定的时间内给出正确答案、延迟反应、自我更正，以(+)表示。无反应和错误答案以(-)表示。当患者连续无反应或误答时，要考虑预先设计的课题是否适合患者，题目难度应下降一个等级。如经治疗患者答题率逐渐增加，提示减少，连续三次正答率大于80%以上时，可以定为定型反应，即可进行下一个课题的治疗。

(4) 反馈：反馈可巩固患者的正确反应，减少错误反应。正强化：当患者回答正确时，应马上肯定重复患者的答案，并及时给予表扬，或将答案改变另外一种刺激方式进行解释，即为正强化。负强化：当患者出现错误的答案和反应时，应马上进行否定并指出正确答案，但注意言语技巧，或简化模式改变刺激条件，不应使得患者产生抵触情绪。

(5) 治疗课题的选择：失语症大多数会涉及听、说、读、写等方面的障碍，但不同患者每方面障碍的严重程度不可能是相同的。因此，可以按照评估结果，分析患者不同的功能障碍及其严重程度，设计治疗课题，重点突出，轻度功能障碍者以改善功能为主，重度者以激活残存功能及代偿、替代为主，详见表2-7。

表 2-7 不同言语症状其严重程度的训练课题

言语症状	程度	训练课题
听理解	重度	听是非反应，词与画或文字的匹配
	中度	执行口头命令，根据听短文做是非判断，正误判断
	轻度	听文章或句子（比中度的句子短文难度加大）做判断
口语表达	重度	复述（字、词、系列语、问候语），称呼（日常用词、单音节词、动词命名）
	中度	复述（短文），读短文，称呼，动作描述（情景画、动作说明、漫画说明）
	轻度	描述事物、日常交流
阅读理解	重度	图和字、词匹配（日常用品、简单动作）
	中度	执行简单的文字指令、情景画、动作、句子、文章配合，读短文回答问题
	轻度	执行较长、较复杂的指令，读长篇文章回答问题
书写	重度	抄写和听写简单的生活用品单词、自己的姓名等
	中度	听写其他单词或短文，书写说明
	轻度	听写长文章，描述书写，写日记，写信件
计算	重度	简单的加减计算（一位数）
	中度	进位加法，退位减法，简单的乘除计算
	轻度	较复杂的加、减、乘、除计算

要充分依据不同类型的失语症患者功能障碍不同，选择不同的言语训练课题，详见表2-8。

表 2-8 不同类型失语症的重点训练课题

失语症类型	训练重点
Broca 失语	构音训练、口语及文字表达
Wernicke 失语	听理解、复述、会话
命名性失语	口语命名、文字称呼、执行口头指令
传导性失语	复述、听写、看图说话
经皮质感觉性失语	以 Wernicke 失语训练为基础
经皮质运动性失语	以 Broca 失语训练为基础
完全性失语	听理解、视觉理解、口语表达、手势、交流板应用
经皮质混合性失语	以完全性失语训练为基础



（二）实用交流能力训练

实用交流能力训练的目的在于使失语症患者最大限度地利用残存的交流能力（言语和非言语），和别人建立有效的沟通，促进患者日常生活交流能力的恢复，早日回归社会。在言语训练时，一定要遵循重视实用性、传递性、沟通性和目的性（适宜性）为根本原则。

1. 交流效果促进法 交流效果促进法（promoting aphasics communication effectiveness, PACE）其目的是利用接近实用交流的途径来刺激患者。适用于各种类型和程度的失语症，尤其是重症失语症。此方法可以充分调动患者的残存的沟通能力，适用于小组训练和家庭训练、社区训练。

（1）原则：交流效果促进法的原则（表 2-9）。

表 2-9 交流效果促进法的原则

原则	内涵
交换新的未知信息	表达者将对方不知的信息传递对方。利用多张信息卡，患者和治疗者随机抽卡，然后尝试将卡上信息传递给对方
自由选择交往手段	不限于口语，如书面语、手势、绘画等手段
平等分担会话责任	表达者与接收者在交流时处于同等地位，会话任务应来回交替进行
根据信息传递的成 功度进行反馈	患者作为表达者，治疗师作为接受者时，要给予适当的反馈，促进患者表达方法修正和发展

（2）具体方法：将一叠图片正面扣下放在桌上，治疗师与患者交替摸取，不许让对方看见自己手中图片的内容，利用各种表达方式提示（如呼名、描述语、手势等）将图片内容的相关信息传递给对方。双方通过询问、猜测、重复确认、反复质问等方式，进行听理解和语言描述的适当反馈。

（3）评价：交流效果的评价（表 2-10）。

表 2-10 交流效果的评价

评价分	内容
5	首次即将信息传递成功
4	首次传递信息未能令接受者理解，再次传递获得成功
3	通过多次发问或借用手势、书写等代偿手段将信息传递成功
2	通过多种发问等方法，可将不完整的信息传递出来
1	虽经多方努力，但信息传递仍完全错误
0	不能传递信息
U	评价不能

2. 代偿手段的应用 可利用手势语言、姿势语言、图画训练、图画册、交流板以及其他高科技的电脑软件、电脑说话器等尽快建立患者与周围群体的沟通途径。部分患者言语、表达功能确实无法恢复，也可以通过此方法进行代偿。

3. 交流板的应用 交流板适用于重度表达障碍的患者。可用的有图画板、词板、句子板。图画板上有多种日常生活所需要的图画，可适用于文化水平低或阅读障碍的患者。治疗师可训练患者建立用沟通板的意识及交流中使用沟通板的技巧。



（三）失语症的对症治疗

失语症的对症治疗是失语症最常用的方法之一。

1. 听理解训练

（1）语音辨识：让患者从预先准备好的一段声音中（声音中有语音及自然音的混合）分辨出熟悉人的语音。

（2）听词指图：治疗师将几张图片或图册放在患者前，让患者指出其听到单词的图片。

（3）记忆广度扩展：将几张图片摆放在患者面前，治疗师每次说出两个或两个以上的单词，让患者按顺序指出所听到的内容。

（4）句子的理解：将几幅情景画放在患者面前，治疗师用简单的句子描述情景画中的内容，让患者指出相符合的图片。

（5）执行口头指令：从短句开始，如“请点头。”慢慢过渡到长句和复合句。

2. 口语表达训练

（1）以自动语为线索进行训练：如诵读诗词、数数、唱熟悉的歌曲等。通过这种机械、自动言语引导出口语的表达。

（2）使用反义词、关联词、惯用语。反义词：如男一女、上一下；关联词：饭一汤、盆一碗；常用的一些谚语、警句等。

（3）复述：根据患者障碍程度选择复述的内容。直接复述（字、词、词组、短句、复合句）、看图或实物复述、重复复述、延迟复述。

（4）命名训练：用图片或实物让患者进行命名训练，如有困难可给予词头音、选词等提示。

（5）叙述训练：对于轻度口语表达障碍的患者，可以进行情景画、提问叙述等训练。如患者在过程中出现错语、命名错误等，不要中断患者给予纠正，应在叙述完成后给予纠正。如患者出现叙述困难而中断时，可给予提示，让其继续。

（6）失语法的训练：在口语表达中，利用促进语法结构建立的技术（如刺激法），也可利用再教的方法，像初学汉语一样，先易后难，循序渐进。

（7）日常生活能力交流训练：需根据患者的实际情况进行，用患者所熟悉的人和事物进行训练。

3. 阅读与朗读训练

（1）视觉匹配作业：选择一些词卡，让患者选择字形相同的词。患者无须理解词的含义，只要有辨认相同、相似图形的能力即可完成。一般要求患者能完全正确完成，才可进行其他训练。

（2）单词的阅读理解：词卡与图匹配、听单词指出相应词卡、词汇分类、词义联系均可进行训练。

（3）单词的朗读：出示每张词卡，反复读给患者听，然后鼓励患者一起朗读，最后让患者自己朗读。



(4) 句子的理解：当患者可以阅读理解常见词汇后，可以通过执行文字指令、词语短语匹配作业、组句等进行训练。

(5) 句子的朗读：利用句子卡，按单词朗读的要领练习，由慢向快、由短到长增加难度。

(6) 篇章的理解：给患者准备短文，让患者默读，就其内容进行提问。

(7) 篇章的朗读：从报刊、小说等选择患者感兴趣的内容，同声朗读后鼓励患者自己朗读。每日均应坚持，反复练习。

4. 书写训练 书写不仅涉及言语，还涉及视觉、运动、本体感觉等多种功能。因此，在进行书写训练时，要综合考虑患者各方面的功能障碍。

(1) 抄写：适合重度书写障碍、非利手书写、失用症、智力障碍者等。通过书写可促进各器官的联合动作，并可促进对文字的理解。抄写的内容应从易到难，循序渐进。

(2) 提示书写阶段：适合中度书写障碍者。要求患者按照要求进行书写，便于向自发书写阶段过渡。例：时间____、地点____、人物____等。

(3) 自发性书写：适合轻度书写障碍。可要求患者看到物品写出单词、写出完整的句子、记日记、写信等。

【知识链接】

原则上，所有失语症患者，均是言语康复治疗的适应证。但如患者有明显的意识障碍，情感行为的异常或精神异常，以及全身状况差无法耐受及配合言语训练的，接受一段时间的训练，已达到静止状态的患者可以不进行治疗。

【案例分析】

王某诊断为感觉性失语。患者原发病症趋于稳定、不再进展，生命体征稳定48小时以后、意识清醒，即可逐渐开始接受治疗。介入的时机越早，训练效果越好。发病后3~6个月为失语症恢复的高峰期，因此需抓住这一关键时期进行有效的言语训练，以达到最佳效果。训练的重点为听理解、复述、会话。

学习检测

1. 失语症康复治疗的时机有哪些？
2. 失语症的四种训练方式具体是怎样的？