

运动性失语症的有效语言康复方案综述

运动性失语症又名 Broca 失语症，其患病的神经学定位在左额下回后部，内囊前肢，尾状核头部，以及基底核，作为一种常见的脑病，运动性失语症的发病机制主要表现为语言功能区即 Broca 区血流量的减少（Janicek, 1993），等待患者康复后，语言功能区的血流量有明显增加（Kessler, 2000）。由于失语症最常见的急性原因是缺血性脑卒中，因此迅速评估患者以确定其是否适合静脉溶栓是很重要的。一旦病人的病情稳定下来，对急性中风的治疗已经做出决定，就可以对语言进行更详细的评估。一般而言，运动性失语症、感觉性失语症、整体失语症等彼此之间的区分和诊断（这项工作不仅仅是一项学术研究，它还有助于判断患者目前的语言能力，并预测他们未来的语言能力，对失语症进行正确的分类还可以安排患者与医护人员进行针对性的简单交流），包括但不限于检查以下要素：

1. 自发的言语产出
2. 理解能力
3. 重复
4. 对抗命名
5. 阅读，包括朗读和理解
6. 写作

需要澄清的是，无论何种临床特点描述和诊断，都不会涵盖不同类型失语症的所有发病特征，这也决定了虽然我们对以下典型的失语综合征的描述对于临床判断是有用的，但不可否认的是它们存在着几个重要的局限性。首先，它们主要是与特定血管区域缺血性中风相关的语言信息的集合。许多继发于创伤、肿瘤或出血的失语症患者则不符合这些模式，这种可能性的存在就要求，在临床诊断时必须详细询问患者的病史，必要时配合专业的仪器如 CT、fMRI 等检测。其次，即使是最基本的规律也有许多例外，比如，左侧的损伤会导致右利手者失语，后部的损伤会产生流利性失语，而精神障碍外性失语却不会影响重复功能的正常使用。最后，失语症可能会随着时间的推移而发生转变，例

如，最初出现时类似于整体失语症，几天后转变为韦尼克失语症。因此实时的跟进病情也是相当必要的。

目前，运动性失语症的康复程度主要参照以下检查方案：《汉语失语症检查法（草案）》、《汉语标准失语症检查表（CRRCAE）》、《汉语失语成套检测法（ABC）》、《Henry Head's Test》、《The Token Test》、《波士顿诊断失语症检查法（BDAE）》、《西部失语成套测验》、《日常生活交流能力检查》、《功能性语言沟通能力检查法》等。其中，尤以汉语标准失语症检查表（CRRCAE）》、《波士顿诊断失语症检查法（BDAE）》最受国内学者参照和依据。但是，不论以上哪种检测方案，都有其适用范围和优缺点，在实际诊断时应当对比使用多个量表，互相补充，避免实验设置的随意性、特设性，从而提高诊治方法的普适性和说服力。遗憾的是，在笔者所查找到的国内 30 余篇关于失语症治疗方案的论文中，并未有一位学者或医师采用多个量表进行比照和记录，这也解释了为何有些学者的治疗结果中所呈现的方案优先度是相互矛盾的。但至少值得庆幸的是，国内学者普遍都有使用统计学工具来对样本数据的代表性、可信度进行控制和筛选，这也相对而言稍微增加了研究效果的可信度。

运动性失语症与构音障碍、感觉性失语症等其他语言障碍具有可以辨别的特征。其识别关键在于，虽然患者可能在说出单词时遇到相当大的困难，但理解能力被保留了下来，他们讲话缓慢而生硬，停顿时间也较长，正常的旋律或说话的韵律往往丧失；在开始讲话时常会有一个延迟，病人可能会试图通过使用夸张的肢体语言来弥补他在口头交流方面的缺陷；有时单词发音不清楚，含糊不清。以上的症状在产生构音障碍时也可能发声，因此若要继续做出具体的诊断，可以记下患者所说的话来进行进一步的观察：如果句子结构和所用的单词正常，那么患者可能患有构音障碍；运动性失语症患者产出的句子不是自然的、正常的，而是电报式的，他们往往会省略一些没有实际意义的虚词，使得整个句子虽然大致意思可以为人所理解，但是并不符合母语者的真实语法习惯（关于这一点最著名的实验是让失语症患者复述 “No ifs, ands, or buts” 这句话，构音障碍患者虽然发音也会受损，但是其复述/重复的能力并未受到损害，而运动性失语症患者无论尝试多少次，都不能完整的、正确的复述）。此

外，运动性失语症患者与感觉性失语症患者还有一点不同，那就是这些患者普遍都对自己所发生的问题具备清楚的认知，也正因此，他们很容易变得沮丧，也会为自己较差的语言表现而哭泣。因此，在对运动性失语症患者进行语言康复训练时，一定要采用适当的方式缓解他们的负面情绪，对患者进行安抚和鼓励。

运动性失语症的特点是说话不流畅，理解力相对保留，重复能力受损。典型的运动性失语症表现为，其自发的输出局限于由一两个词构成的短语，这些短语的产生伴随着糟糕的、不自然的语调，即使失语症患者已经付诸了很大的努力。虽然患者能理解简单的句子并能遵循命令，但较长的、或句法复杂的句子却显示出明显的理解局限性。已有临床调查表明，病人或许能够重复单个单词，但若换为稍长一些的短语则具有更大的挑战性。伴随发生的病变还包括对侧手臂和面部衰弱。运动性失语症一般是由额盖和皮层下白质梗死引起的，当然患者在这些区域既可能出现单独的病变，也可能表现为部分综合症，而非全面病发性的运动性失语症。

急性失语症最常见的原因是缺血性或出血性中风。急性失语症的其他来源还包括头部创伤、颅内肿块、癫痫等。在急性情况下，对语言的综合评估必须被放在次要地位，因为引起急性失语症的病理要求必须立即进行治疗，特别是静脉溶栓治疗。所以在得到其他证据进一步做出诊断之前，临床诊治医师一般都会假设所有出现急性发作的失语症的患者都是缺血性中风，需要立即作出评估和治疗。

关于运动性失语症的治疗方案，无论中医还是西医都已经进行了相当多的探索。中医认为，针灸可畅通经络，增加血液流动性和血流量，改善器官和组织的血液供应，使病灶尽早获得所需营养和氧气，从而获得良好的治疗效果。至于针灸的具体部位，以及各个部位的治疗效果和具体疗程则有或大或小的区别。通观国内学者所设置的对比治疗方案，目前暂时可以得到如下发现：针灸配合语言康复训练以及中药、西药的治疗效果要远远好于单纯的针灸或其他任何一项，其中，计算机断层扫描定位围针的治疗效果要优于头针¹，针刺廉泉穴+梅花针/靳三针的“舌三针”的治疗效果也要优于单纯的头针，舌针+体针的

¹ 此处的“优于”在方案结果中呈现为具有统计学意义，但这并不意味着结果就一定可靠并具有重复实验价值的参考度，原因上文已经详细表述，此处不再赘述。下同。

治疗效果优于单纯的体针，语言康复训练+中药+通督开窍针法也要优于康复训练+药物治疗，针刺五泉穴相较于常规针法也能取得不错的治疗效果。中医方面除此之外还有其他一些非常规疗法，比如刺络放血，该诊治方案的治疗效果优于体针，而穴位埋线、穴位注射的治疗手段效果也优于传统体针+理疗，艾灸配合舌尖梅花针、西医治疗效果远远优于单纯的西医常规疗法，五音疗法以及特定穴位的按摩（如，启音开窍按摩法）对于运动性失语症病人语言能力的恢复也具有一定的效果。但是这里的舌针和体针，不同学者和医师有不同的穴位针灸设定，因此也无法再行做出进一步的对比，这一点也反映出国内目前针对运动性失语症的诊疗方案虽然热热闹闹方兴未艾，但基本都属于各自为政、一盘散沙的不良状态，只关注自己所想要选定的课题方案，而不考虑或欠考虑对前人表层的研究结果进行深度挖掘、对比和补充，这也使得针灸界一直未能拿出相当有力的证据来确切的证明到底怎样的方案可以真正给患者带来相当不错的治疗效果。

西医治疗手段方面，也同样存在这一问题。目前西医关于运动性失语症的恢复机理普遍接受的观点有二：①使原发病灶受损区域的颅内出血的血肿吸收，水肿减轻或消退，血循环灌注逐渐恢复正常，前神经递质活性修复重建，从而使病灶附近的残留言语区域被激活并重新愈合；②镜像学说：未受累半球的镜像言语功能区被激活，健侧大脑半球替代其功能，令言语神经功能重组。所采用的具体诊治方案同样照顾到了统计学意义的考量，但是既都没有使用多个康复指标进行对比参照，也都画地为牢，自娱自乐，不对前人研究进行开拓和修正，不对同类方案做出借鉴和验证，结果就是各种治疗手法辈出，但是依然不知道到底哪种方案治疗效果最好。只是根据目前的研究结果而言，神经调节药物配合提高多巴胺和乙酰胆碱等含量的处方药的治疗效果优于单纯施用控制血压、血糖、血脂及改善脑灌注的药物，电刺激配合磁刺激以及高压氧治疗也可以取得不错的治疗效果，此外，还有旋律音调疗法也不失为一个有效的辅助手段。

值得注意的是，大多数失语症的恢复发生在症状出现后的第 3-6 个月内²，症状发生一年后一般就很难再完全恢复，即使现存有失语症病人在一年后接受

² Kertesz A, McCabe P. Recovery patterns and prognosis in aphasia. Brain. 1977, 100: 1-18.

治疗并且完全恢复的案例，但是其诊治效果和判断标准也广泛被学界质疑。一般病灶较小、患者年龄较小以及“左撇子”患者治疗效果普遍较好。但无论是由语言治疗师进行正式的干预还是使患者与家人、朋友有规律、有目的地进行日常交流，对于失语症病情恢复而言，都是越早越有利。

参考文献:

- [1]Kertesz A, McCabe P. Recovery patterns and prognosis in aphasia. Brain. 1977, 100: 1 - 18.
- [2] Lewis P. Shapiro, Cynthia K. Thompson. Treating Language Deficits in Broca' s Aphasia. Broca' s Region. 2006
- [3]Michael Petrides. Broca' s Area in the Human and the Nonhuman Primate Brain. Broca' s Region. 2006
- [4]郭思伶. 针刺膻中、间使穴治疗中风后运动性失语症的临床研究. 广州中医药大学博士学位论文, 2019 年 6 月
- [5]廖军芳. 点刺金津玉液穴治疗中风后运动性失语症 52 例. 针灸临床杂志, 2007 年第 23 卷第 5 期
- [6]江钢辉, 李湘力. 靳氏舌三针治疗中风运动性失语症疗效观察. 上海针灸杂志, 2008 年 7 月第 27 卷第 7 期
- [7]赵妍妍, 马建军. 脑卒中后运动性失语症的研究进展. 中国实用神经疾病杂志, 2016 年 6 月第 19 卷第 12 期
- [8]李滋平, 符文彬. 舌针治疗中风后运动性失语症 46 例疗效观察. 新中医, 2005 年 11 月第 37 卷第 11 期
- [9]汪洁, 方琴. 运动性失语症动作命名困难的语言治疗.
- [10]严友凤, 冯灵, 王颖莉. 运动性失语症康复护理的进展. 护士进修杂志, 2014 年 6 月第 29 卷第 11 期
- [11]李海宁, 孙忠人, 赵宇辉, 钟建兵, 张殿全, 常学胜. 针灸配合康复治疗脑卒中后运动性失语症的临床研究. 吉林中医药, 2011 年 8 月第 31 卷第 8 期
- [12]易咏希, 杨万章, 张敏, 吴芳. 针药合并语言训练治疗中风后运动性失语症的临床研究. 中国中医药现代远程教育, 2011 年 4 月第 9 卷第 8 期

- [13]杨瑞峰. 中西医结合治疗脑梗死恢复期后运动失语症 43 例. 光明中医, 2012 年 10 月第 27 卷第 10 期
- [14]易幼儒. 中药抗瘫健脑胶囊治疗运动性失语症 300 例回顾性分析. 医药论坛杂志, 2019 年 1 月第 40 卷第 1 期
- [15]李海舟, 应志国, 蒋功达, 张晓晓. 高压氧早期介入结合言语治疗对脑外伤运动性失语症的改善作用. 嗓音言语障碍与治疗专题, 2016 年 5 月第 4 期
- [16]曹宁芬, 刘晋川, 侯岚, 白秋蓉, 匡爱华. 高压氧治疗运动性失语症 76 例疗效观察. 宁夏医学院学报, 2000 年 6 月第 22 卷第 3 期
- [17]雷娜. 经颅磁刺激仪联合言语训练对脑梗死后运动性失语症的治疗价值分析. 临床医学工程
- [18]王成秀, 杨凤翔, 邹伟庚. 经颅直流电刺激联合常规康复治疗在脑卒中偏瘫上肢运动功能和失语症康复中的作用. 中国实用神经疾病杂志, 2016 年 2 月第 19 卷第 4 期
- [19]王锐, 史尊基, 岳亚敏, 徐大伟. 神经肌肉电刺激治疗运动性失语症的可行性分析. 临床医学, 2020 年 1 月上
- [20]宦宇. 盐酸多奈哌齐治疗脑卒中患者运动性失语症的疗效及安全性分析. 中国医药指南, 2015 年 6 月第 13 卷第 18 期
- [21]李昭辉, 赵彦平, 任彩丽, 蔡德亮, 武曙苑, 房辉. 应用定量脑电图探讨低频重复经颅磁刺激干预亚急性期运动性失语症机制的研究. 临床研究, 2018 年第 33 卷第 7 期
- [22]王艳珊. 语言康复训练、经颅磁刺激联合针灸疗法治疗早期脑梗死后运动性失语症的效果. 当代医药论丛, 2019 年第 17 卷第 6 期