

1 例慢性失语症患者词汇提取困难的循证康复实践

黄立^{1a}, Szu-Han Kay Chen², 万萍^{1b}, 吴佳佳^{1a}, 邬钰玮^{1a}, 单春雷^{1ab}

【关键词】 循证实践;失语症;临床康复

【中图分类号】 R49;R743.3 【DOI】 10.3870/zgkf.2021.03.012

失语症是脑卒中后最常见的功能障碍,相当部分失语症患者在发病一年后仍遗留语言功能障碍,其中最常见、最突出、最关键的症状是词汇提取困难^[1-3]。长期词汇提取困难不仅影响患者的日常交流、家庭生活和生存质量,也会给家庭、社会带来沉重的经济和心理负担^[4-5]。现有1例病程两年的失语症患者,经过持续语言康复治疗达到瓶颈。自述日常交流中常出现想说又说不出现象,希望语言康复师能结合日常交流需求,进行针对性的词汇提取训练,改善日常沟通交流。因此,运用循证实践的理念和步骤对患者进行系统评估,寻找患者当前的问题以进行针对性干预。循证实践(evidence-based practice, EBP)是收集不同的临床证据、相关研究证据、患者需求和考虑因素,并结合语言康复师的专业知识,为患者提供最佳的评估或治疗方案^[6]。证据主要包括三种:外部证据是指目前最佳的科学证据,即已发表的相关科学研究成果,借此可了解不同评估和治疗方法的成效及优缺点;内部证据是从患者训练或治疗过程中收集客观信息及数据来追踪治疗进展,在多数情况下要有量化数据进行治疗前后对比以检验治疗成效,有时也可增加质性数据(如访谈患者对治疗成效的感受);个人证据是指个案及家属对治疗方式的接受度、考虑因素等^[6]。本文旨在探讨基于循证实践理念,收集、分析、运用上述三种证据,为慢性失语症词汇提取困难患者做出准确诊断,并找到最佳康复治疗方

案,发病前熟练使用普通话、上海话、英语,会日常德语。脑出血后2年,头颅CT检查报告提示左侧基底节脑出血。既往无脑卒中病史。临床诊断为脑出血后遗症,功能诊断为失语症和右侧肢体偏瘫。发病后持续接受传统语言康复训练,训练内容包括语音构音、复述、看字朗读、命名、阅读理解训练^[7-8]。汉语失语成套测验(aphasia battery of Chinese, ABC)结果显示为Broca失语^[1],自发语言费力,只有部分实义词或词组,信息量为50%,非流利型;可完成五字复述,视命名、反应命名和列名均满分;单字、词组听理解无障碍,抽象字词(如交叉、方位等)和长句理解有困难;阅读理解无障碍,朗读有轻度障碍,字词朗读好于句子朗读;书写部分听写、看图书写和自发书写存在中度障碍,其他书写项目无障碍。语言康复师在交谈中发现语义提示无明显帮助,语音提示可显著提高词汇提取效率,并且观察到一个很特殊的现象:每当患者无法说出想要表达的字词时,都会尝试使用一种固定的自我辅助方法——拼音提示,即先用手指将目标字的对应拼音写在手上,然后通过拼读拼音将字词说出。多数情况下,患者能正确拼写拼音的词汇就能成功提取,而拼写错误或无法拼写的词汇基本无法提取。患者和家属均反映日常交流常需根据患者的肢体语言进行猜测、确认,常因交流不畅而沮丧。

1.2 方法

1.2.1 提出问题 根据基本信息提出问题:慢性失语症患者在接受拼音辅助词汇提取训练后,是否会比没有接受拼音辅助词汇提取训练有更多的口语信息量。

1.2.2 收集证据 ①外部证据:通过Cochrane Library、PubMed、谷歌学术、中国知网、万方数据库,检索关键词为“失语症(aphasia)”、“命名障碍(anomia)”、“词汇提取(word retrieval)”、“找词(word finding)/产词(word production)”的文献。最终纳入9篇文献,其中系统分析1篇,非随机对照研究1篇,病例系列报告5篇,病例报告1篇,综述1篇^[12-20]。②内

1 资料与方法

1.1 一般资料 患者,男,37岁,右利手,大学本科学

基金项目:上海市卫生健康委先进适宜技术推广项目(2019SY052);上海市卫生健康委项目(shslczdzk04601)

收稿日期:2020-06-28

作者单位:1. 上海中医药大学 a. 附属岳阳中西医结合医院康复医学科, 上海 200437; b. 康复医学院, 上海 201203; 2. 美国纽约州立大学佛雷多尼亚分校沟通障碍科学系, 美国 纽约州 14063

作者简介:黄立(1988-),女,主管技师,主要研究语言障碍的中西医结合康复治疗方向。

通讯作者:单春雷, shanchunlei@163.com

部证据:通过正式评估和非正式评估两种方式获得。正式评估指用一个或多个已出版的测验来评估患者的语言和认知能力,可量化患者的能力并做整体结论,但对治疗目标的制定和治疗手段、步骤的选择帮助有限。非正式评估是语言康复师运用各种不同的方法来陈述沟通障碍个案的临床症状表现,目的是通过分析患者的能力及行为,全面了解患者功能受损情况,找出最确切的临床目标^[3]。正式评估包括:运用汉语失语成套测验了解语言功能和言语失用症情况^[1];运用 Frenchay 构音评估量表和汉语构音语音能力评估表了解是否合并构音障碍^[8-9];运用蒙特利尔认知评估(Montreal cognitive assessment, MoCA)量表了解认知功能状况^[10]。非正式评估包括:语境任务检测(包括看图说话、叙述事件或流程),了解口语表达中使用的词汇和语句情况,以及沟通活动中参与情况和特定语言技巧。②单字字形-语音-语义检测,运用汉语构音语音能力评估字表中的 52 个字^[8-9],分别让患者完成看字解释字义、看字朗读、听写字、听字写拼音四项任务,了解患者单字理解、朗读、字形输出和拼音输出的具体表现和优劣势,以便找出合适的提示策略。③个人证据:通过访谈和观察,了解患者和家属对语言/沟通障碍的认识、对日常生活的影响、对语言康复的期望和其他考虑因素(交通、经济、时间等)。

1.2.3 评价证据 ①外部证据:按照 2011 年牛津证据分级与推荐意见对纳入的 9 篇文献进行质量评价和推荐分析。见表 1。Wisensburn 等^[11]综述 44 篇关于词汇提取困难的研究报道,认为根据词汇提取过程中语义表征和语音表征的受损情况可使用语义治疗、语音(字形)治疗和混合治疗进行治疗,研究证明这些方法均有效,经治疗的词汇疗效尤甚,治疗效果可维持 2 个月。且这些方法对慢性失语症词汇提取困难的患者也有效。Howard 等^[12]报道中有一个案临床表现与本案相似,表现为词汇和图片理解正常,无语义性错语,接受语音提示后词汇提取准确性显著提高,高频词更易提取,推测为语义-语音表征间连接受损。汪洁等^[13]提出汉语失语成套测验中听觉词-图匹配和视觉词-图匹配测验可一定程度上判断语义受损情况,是否存在词片段提取和词频效应可判断语音输出词典受损情况,可否接受语音暗示和复述可判断语义-语音表征间连接受损情况;语音形式提取困难的患者宜进行语音通达康复训练。而邱秋江等^[14]在关于汉语 Broca 失语症患者的研究提出,此类患者通常字形通达语义功能显著优于语义通达语音输出功能,命名障碍主要原因是语音激活困难。Madden 等^[15]在语音治疗词汇提取困难的综述中指出,语音治疗方法可包括语音提

表 1 纳入研究的证据评价

纳入研究	研究类型	证据级别
Bruce Wisensburn 等(2009) ^[11]	系统分析	I
邱秋江等(2016) ^[14]	非随机对照研究	III
Sam-Po Law 等(2008) ^[19]	病例系列报告	IV
David Howard 等(2006) ^[12]	病例系列报告	IV
Julie Hickin 等(2002) ^[18]	病例系列报告	IV
Ruth Herbert 等(2001) ^[17]	病例系列报告	IV
汪洁等(2009) ^[13]	病例系列报告	IV
Lyndsey Nickels(1992) ^[16]	病例报告	IV
Elizabeth Brookshire Madden 等(2017) ^[15]	综述	V

示、字形提示、间接提示、引导提示和混合提示,均可有效刺激残存语音功能从而促进词汇通达。Nickels^[16]报道训练个案学习字母-语音的拼读规则,并以拼读辅助语音提取,训练后患者的口语词汇提取能力有提高,作者提出拼读方法可作为自我语音提取策略。Herbert 等^[17]先用语音和字形提示对 4 例患者进行图命名训练,然后让患者将经过训练的词汇运用到实际生活交流任务中,训练后 4 例患者的图命名能力均有提高,且其中 3 例患者在日常生活交流中词汇提取能力也得到改善,提示该方法不仅对训练词汇有疗效,还可泛化到日常交流。Hickin 等^[18]用语音和字形提示方法对 8 例患失语症一年以上且存在显著词汇提取困难的患者进行训练,训练后 7 例患者的词汇提取能力有明显提高,提示慢性失语症词汇提取障碍患者也同样适用语音提示治疗。Law 等^[19]用字形-语音治疗对 4 例粤语词汇提取困难患者进行字母-音节拼读训练,训练后 4 例患者词汇提取能力均显著改善,其中 2 例出现不同程度的泛化,提示语音治疗也可改善中文失语症患者的词汇提取障碍。②内部证据:语言能力,词命名无障碍,自发口语存在显著词汇提取障碍,听觉词-图匹配和视觉词-图匹配好,可复述,接受语音暗示,推测语义-语音表征间连接受损;言语能力:无构音、音韵障碍;认知功能:视空间与执行功能、计算、定向无异常,注意、记忆功能减退;语境任务:平均 83 字/min、7 个有效信息/min、1 句完整简单句/min,明显找词困难,语法错误较多,连接词和虚词使用尤为困难,多以名词和动词的堆砌来传递信息,因不断重复或自我修正而影响流畅性,拼音提示对词汇提取有明显帮助,有较强表达意愿;字形-语音-语义能力:字义理解和看字朗读均正确,听写字正确率为 29/52,听字写拼音正确率为 38/52,推测拼音输出比文字输出更有优势。③个人证据:小学开始接触并使用拼音,发病前习惯使用拼音输入法进行信息编辑。发病半年后重拾拼音规则,遂开始尝试以此辅助词汇提取。日常喜欢读报、看电视、上网,感兴趣的话题包括体育、卫生、教育、时政。

复述、命名、阅读、书写等传统语言康复治疗对日常与家人和朋友的交流帮助有限,训练素材也与日常生活题材存在差距。期望后续语言治疗能切实帮助改善日常交流。每周可接受 2~3 次门诊治疗。

1.2.4 做出最佳临床决定 ①康复治疗方法:综合 3 种证据,本案词汇提取困难主要源于语音激活困难,选用语音-字形治疗方法强化语音提取^[11-19]。测试中拼音输出成功率较高,且已在日常交流中不间断以此辅助词汇提取,因此采用听写拼音进行词汇提取训练。②康复治疗材料:患者从日常阅读的报刊中选取一篇感兴趣的新闻报道,语言康复师根据患者的整体能力改写为 250 字左右的短文,其中含有 5 个不同长度和难度的句子,并标注出 50 个关键词,关键词是有助于完整叙述短文的字或词组,包括名词、动词、形容词、副词和数词。③康复治疗方案:训练前对材料进行 3 次基线测试,语言康复师完整念一遍短文,患者在无任何提示下即时复述,记录正确提取的关键词。列出 3 次测试中两次以上未能成功提取的关键词,从中选取 15 个训练词汇,这些词汇均衡分布不同语句中,兼顾词性、词频和抽象性。训练阶段,每次语言康复师完整念一遍短文,患者在无提示下即时复述,记录正确提取的关键词(前测)。然后进行听写拼音提取词汇训练。让患者逐一听写训练词汇的拼音,若患者能正确写出拼音,则看着写下的拼音大声朗读;若拼写错误或不能拼写,则语言康复师写出正确拼音,患者看着正确拼音大声朗读。最后照前测同样的方法进行后测,记录正确提取的关键词和训练词汇。以每次后测结果作为衡量标准,连续 3 次后测训练词汇提取正确率达到 80% (12/15) 以上,即为达预期目标,训练终止。终止 6 周后进行随访测试,随访测试方法同基线测试,并进行汉语失语成套测验中的口语信息量、流利性和复述分项的复测。④治疗成效指标:采用训练词汇提取正确率(个数/15)和关键词提取正确率(个数/50),以及汉语失语成套测验中的口语信息量、流利性和复述分项的测试结果。

2 结果

患者通过 4 周训练达到预期目标。见表 2。训练词汇提取正确率从基线期的 7% 到首次训练的 33% 至末次训练的 80%,关键词提取正确率从基线期的 26% 到首次训练的 48% 至末次训练的 74%,说明拼音提示对于训练词汇和语境中未训练词汇均有即时效应。随访期,训练词汇提取正确率达 73%,虽较训练末次有下降,但依然高于基线期与首次训练;关键词提取正确率维持在 74%,说明拼音提示对于训练词汇

和语境中未训练词汇有维持效应。

汉语失语成套测验复测,结果显示口语信息量从 50% 提升到 60%;口语流利性从 48% 提升到 59%;复述从 61% 提升到 76%。说明拼音提示结合短文复述对患者的口语信息量、流畅性和复述能力有促进作用。

患者主观评价显示训练后词汇增多了,增加的词汇有从练习中新学习的词汇,也有依靠拼音提示策略辅助提取的词汇,日常交流比训练前流畅。家属主观评价显示治疗后患者口语信息量增多,词汇比训练前丰富。

表 2 患者不同时期康复评定结果比较

项目	基线期 (平均)	训练期 (首次)	训练期 (末次)	随访期
训练词汇提取正确率	7%	33%	80%	73%
关键词提取正确率	26%	48%	74%	74%
口语信息量	50%	—	—	60%
口语流利性	48%	—	—	59%
复述	61%	—	—	76%

3 讨论

失语症康复是一个漫长且持续的过程,患者的语言和沟通能力、个体需求会随着病程的迁延不断变化,当前失语症康复干预主要依据汉语失语症康复治疗专家共识^[7],有较为成熟的评价和治疗体系,但当临床常用量表或评估方法无法精准发现患者问题时,或干预方法不能针对患者的沟通需求、关注点和康复意愿时,容易影响疗效,也难以调动患者主观能动性。因此,以循证实践为指导,根据外部、内部和个人证据,运用个案研究的方法,客观测量患者的各项能力并记录治疗过程中的变化,可提供针对性、个性化的语言康复服务。

循证实践是一个动态、持续的过程,从个案接受评估开始,直到达成期待的康复目标。该过程中语言康复师通过观察、访谈充分了解患者基本信息、病史、康复意愿、交流环境和体验以及家庭背景信息。运用优质参考文献,不断更新评估工具,规范测验方法、步骤、指导语和评分标准,确保评估和诊断的准确性和精确度,并将有良好疗效的研究成果借鉴运用到临床实践。通过系统化的观察、评价、干预,记录患者在诊疗过程中的具体表现,分析患者语言/沟通的障碍的具体问题,并多层次评测衡量治疗效果,最终达到患者预期目标。本案从循证的角度收集、运用文献等外部证据,结合语言康复团队的专业知识和经验进行系统评估和干预,并充分考虑患者及家属的康复意愿,制订语言康复目标、方案并同步监测、评价效果,有效提高了“看似达到语言训练瓶颈”的慢性失语症患者的词汇提取能力,而且习得了自我语音提示策略。

循证实践也是推动临床康复和康复科研不断前进

的动力,通过循证实践,以单一个案为研究对象,使用不同治疗方法,并持续进行信度、效度检测,提出新的研究成果,将提供更多对临床实践有帮助的信息,创造更多新的外部证据;新研究证据的不断涌现,也将动态地更新临床诊疗路径、优化临床诊疗过程,使临床过程更遵循科学性^[20-22]。本案基于现有优质证据进行临床干预,提高了疗效,也为今后失语症词汇提取困难患者的康复提供了科学、有效的参考。在将来临床康复实践中,需收集更多病例进行重复研究,更全面、详尽地探究拼音提示对于汉语失语症词汇提取困难患者的作用,不断丰富循证证据,促进汉语失语症康复的发展。

【参考文献】

- [1] 高素荣. 失语症[M]. 第2版. 北京:北京大学医学出版社, 2006. 434-519.
- [2] Kim H, Hwang Y, 刘巧云,等. 失语症定义和失语症评估[J]. 中国听力语言康复科学杂志, 2013, 22(1): 62-65.
- [3] Ilias P, Patrick C. Aphasia and related neurogenic communication disorders[M]. Jones and Bartlett Learning, 2017: 235-262.
- [4] Berthier ML. Poststroke aphasia: Epidemiology, pathophysiology and treatment[J]. Drugs and Aging, 2005, 22(2): 163-182.
- [5] 中华医学会神经病学分会神经康复学组. 中国脑卒中康复治疗指南(2011 完全版)[J]. 中国康复理论与实践, 2012, 4(1): 55-76.
- [6] Dollaghan CA. The handbook for evidence-based practice in communication disorders[M]. Baltimore, MD: Brookes, 2007: 1-15.
- [7] 汉语失语症康复治疗专家共识组. 汉语失语症康复治疗专家共识[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2019, 41(3): 161-167.
- [8] 万萍,主编. 言语治疗学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2017: 59-135.
- [9] 黄昭鸣,万勤,张蕾. 言语功能评估标准及方法[M]. 上海:华东师范大学出版社, 2007: 76-96.
- [10] 孙洪吉, 谢越, 张晓红,等. 蒙特利尔认知评估量表的条目分析[J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2014, 16(4): 387-390.
- [11] Wisenburn B, Mahoney K. A meta-analysis of word-finding treatments for aphasia[J]. Aphasiology, 2009, 23(11): 1338-1352.
- [12] Howard D, Gatehouse C. Distinguishing semantic and lexical word retrieval deficits in people with aphasia[J]. Aphasiology, 2006, 20(9): 921-950.
- [13] 汪洁, 吴东宇, 宋为群. 汉语失语症心理语言评价与汉语标准失语症检查对命名困难定性的比较[J]. 中国康复医学杂志, 2009, 24(2): 24-28.
- [14] 邱秋江, 陈卓铭. 汉语 Broca 失语症患者命名障碍机制研究[J]. 中华神经医学杂志, 2016, 15(5): 486-489.
- [15] Madden EB, Robinson RM, Kendall DL. Phonological Treatment Approaches for Spoken Word Production in Aphasia[J]. Seminars in Speech and Language, 2017, 38(1): 62-74.
- [16] Nickels L. The autocue self-generated phonemic cues in the treatment of a disorder of reading and naming[J]. Cognitive Neuropsychology, 1992, 9(2): 155-182.
- [17] Herbert R, Best W, Hickin J, et al. Phonological and orthographic approaches to the treatment of word retrieval in aphasia [J]. International Journal of Language and Communication Disorders, 2001, 36(1): 7-12.
- [18] Hickin J, Best W, Herbert R, et al. Phonological therapy for word-finding difficulties: A re-evaluation[J]. Aphasiology, 2002, 16(10-11): 981-999.
- [19] Law S, Yeung O, Chiu KMY. Treatment for anomia in Chinese using an ortho-phonological cueing method [J]. Aphasiology, 2008, 22(2): 139-163.
- [20] Fucetola R, Tucker F, Blank K. et al. A process for translating evidence-based aphasia treatment into clinical practice [J]. Aphasiology, 2005, 19(3-5): 411-422.
- [21] 赖庆玲, 江钟立, 陈珍珍,等. 基于普通话失语库的命名性失语和健康人对照话语特征探析[J]. 中国康复, 2019, 34(10): 507-512.
- [22] 葛政卿, 刘杰, 赵莹楚,等. ICF 理念下失语症命名障碍的精准康复[J]. 中国康复, 2015, 35(2): 65-67.

作者·读者·编者

论文书写要求

引言(也称前言、序言或概述)经常作为科技论文的开端,提出文中要研究的问题,引导读者阅读和理解全文。

引言的写作要求:开门见山,避免大篇幅地讲述历史渊源和立题研究过程;言简意赅,突出重点,不应过多叙述同行熟知教科书中的常识性内容,确有必要提及他人的研究成果和基本原理时,只需以参考引文的形式标出即可;尊重科学,实事求是,在论述本文的研究意义时,应注意分寸,切忌使用“有很高的学术价值”、“填补了国内外空白”、“首次发现”等不适之词;引言一般应与结论相呼应,在引言中提出的问题,在结论中应有解答,但应避免引言与结论雷同;简短的引言,最好不要分段论述。