

·临床研究·

脑卒中后不同类型失语症的自然恢复状况研究

孔 莉¹

摘要 目的:研究脑卒中后不同类型失语症的自然恢复状况。**方法:**应用汉语失语检查法在患者生命体征平稳神志清楚、能够耐受坐位 30min 以上时进行第一次语言功能评估。评估结果按 Benson 分类方法进行失语症分类。患者在脑卒中后第 3 个月、第 6 个月、第 9 个月、第 12 个月分别进行语言功能评估。所有患者在发病后 12 个月内均未接受正规语言治疗。**结果:**共收集 80 例脑卒中后失语症患者,分为 10 类失语症。Broca 失语 18 例,Wernicke 失语 10 例,传导性失语 6 例,经皮质运动性失语 4 例,经皮质感觉性失语 4 例,经皮质混合性失语 5 例,完全性失语 12 例,命名性失语 4 例,基底节性失语 10 例,丘脑性失语 7 例。**结论:**脑卒中后失语症患者无论属于何种类型都有不同程度语言功能的自然恢复。这种自然恢复在发病后 3 个月内比较明显。口语的自然恢复程度在各个阶段均大于书面文字。不同类型汉语失语症自然恢复的程度是不同的。

关键词 脑卒中;失语症;自然恢复;汉语失语检查法;Benson 分类法

中图分类号:R493, R741 **文献标识码:**B **文章编号:**1001-1242(2006)-06-0532-03

失语症是脑卒中患者的常见症状和后遗症之一。为了更准确地掌握汉语失语症在不同阶段自然恢复的状况,作者自 1999 年 7 月—2004 年 2 月期间共收集 80 例不同类型脑卒中后失语症患者,通过系统研究来阐述汉语失语症的自然恢复趋势。

1 资料与方法

1.1 病例选择

1.1.1 诊断标准:①脑卒中诊断标准:1996 年中华医学会第四届全国脑血管病会议通过的脑出血和脑梗死诊断标准^[1]。②失语症诊断标准:采用汉语失语检查法(aphasia battery of Chinese)^[2]。

1.1.2 纳入标准:①符合上述诊断标准。②既往无器质性脑病史,首次发作急性脑血管病,并且于发作后一个月内就诊。③急性期已过,患者神智清楚,全身状况稳定,无明显记忆障碍和智能障碍。④无明显听力障碍。⑤均为右利手患者。⑥从未经过正规的语言治疗。

1.2 研究方法

应用汉语失语检查法在患者生命体征平稳神志清楚、能够耐受坐位 30min 以上时,予以第一次语言功能评估。评估结果按 Benson 分类方法进行失语症分类。共分为 Broca 失语、Wernicke 失语、传导性失语、经皮质运动性失语、经皮质感觉性失语、经皮质混合性失语、完全性失语、命名性失语、基底节性失语、丘脑性失语 10 类。在脑卒中后第 3 个月、第 6 个月、第 9 个月、第 12 个月分别进行语言功能评估。80 例患者在发病后 12 个月内未接受正规语言治疗(因各种原因未接受正规语言治疗)。

1.3 统计学分析

使用汉语失语检查法评估所得的原始分数先进行标准化转换,以便进行统计。例如,听理解项目中有三个分测验:①是/否问题(满分 60 分)②听辨认(满分 90 分)③口头指令(满分 80 分)。听理解项目各个阶段要能相互比较必须要进行标准化转换。首先,各个分测验的原始分数要转化为百分

制。然后,换算各个分测验在该项目中所占的比例分数。例如:某个患者评估后是/否问题为 10 分,听辨认为 10 分,口头指令为 8 分。那么其分测验的百分制的分数为是/否问题 17 分($10/60 \times 100$),听辨认 11 分($10/90 \times 100$),口头指令 10 分($8/80 \times 100$)。由于听理解中三个分测验总分 230 分($60+90+80$),是/否问题占 26%($60/230$),听辨认占 39%($90/230$),口头指令占 35%($80/230$),所以,各个分测验的项目比例分数为:是/否问题为 4.42 分($17 \times 26\%$),听辨认为 4.29 分($11 \times 39\%$),口头指令为 3.50 分($10 \times 35\%$),听理解项目该患者的总分为 12.21 分。口语表达、阅读、书写项目也如此换算。

每个评估阶段的分数以均数 $\pm$ 标准差表示,采用 SAS6.12 统计软件包对数据进行统计处理。不同阶段比较采用 t 检验,检验标准 $\alpha=0.05$

2 结果及讨论

自 1999 年 7 月—2004 年 2 月期间共收集 80 例不同类型脑卒中后失语症患者。第一次语言功能评估后分类为:Broca 失语 18 例,Wernicke 失语 10 例,传导性失语 6 例,经皮质运动性失语 4 例,经皮质感觉性失语 4 例,经皮质混合性失语 5 例,完全性失语 12 例,命名性失语 4 例,基底节性失语 10 例,丘脑性失语 7 例。

将患者发病后第 3 个月时的语言功能评估结果与初次评估结果的比较作为患者自然恢复的第 1 阶段,将患者发病后第 6 个月时的语言功能评估结果与发病后第 3 个月时评估结果的比较作为患者自然恢复的第 2 阶段,将患者发病后第 9 个月时的语言功能评估结果与患者发病后第 6 个月时评估结果的比较作为患者自然恢复的第 3 阶段,将患者发病后第 12 个月时的语言功能评估结果与患者发病后第 9 个月

1 上海第二医科大学附属仁济医院康复医学科,上海山东中路 145 号康复医学科,200001

作者简介:孔莉,女,主治医师,硕士

收稿日期:2005-08-10

时评估结果的比较作为患者自然恢复的第4阶段。不同类型失语症患者发病后4个阶段语言评估差值见表1。

表1 各型失语症患者的语言功能自然恢复情况

项目	第1阶段 ^①	第2阶段 ^②	第3阶段 ^③	第4阶段 ^④	项目	第1阶段 ^①	第2阶段 ^②	第3阶段 ^③	第4阶段 ^④
Broca失语患者					经皮质混合性失语患者				
听理解	7.82($P<0.01$)	5.53($P<0.05$)	3.67($P>0.05$)	2.86($P>0.05$)	听理解	4.67($P<0.05$)	2.46($P>0.05$)	1.76($P>0.05$)	1.33($P>0.05$)
口语表达	5.68($P<0.05$)	4.19($P>0.05$)	2.74($P>0.05$)	2.49($P>0.05$)	口语表达	4.28($P<0.05$)	2.29($P>0.05$)	1.85($P>0.05$)	1.36($P>0.05$)
阅读	4.88($P<0.05$)	3.73($P>0.05$)	2.21($P>0.05$)	1.54($P>0.05$)	阅读	2.48($P>0.05$)	2.19($P>0.05$)	1.66($P>0.05$)	1.32($P>0.05$)
书写	4.43($P<0.05$)	3.46($P>0.05$)	2.89($P>0.05$)	1.88($P>0.05$)	书写	2.36($P>0.05$)	1.63($P>0.05$)	1.38($P>0.05$)	0.75($P>0.05$)
Wernicke失语患者					完全性失语患者				
听理解	5.87($P<0.05$)	3.47($P>0.05$)	2.54($P>0.05$)	1.66($P>0.05$)	听理解	2.60($P>0.05$)	1.69($P>0.05$)	1.09($P>0.05$)	0.66($P>0.05$)
口语表达	6.63($P<0.01$)	4.36($P>0.05$)	3.28($P>0.05$)	2.65($P>0.05$)	口语表达	2.41($P>0.05$)	2.18($P>0.05$)	1.67($P>0.05$)	1.24($P>0.05$)
阅读	4.97($P<0.05$)	2.28($P>0.05$)	1.61($P>0.05$)	1.24($P>0.05$)	阅读	1.56($P>0.05$)	1.33($P>0.05$)	0.89($P>0.05$)	0.65($P>0.05$)
书写	4.78($P>0.05$)	2.10($P>0.05$)	1.55($P>0.05$)	1.08($P>0.05$)	书写	1.14($P>0.05$)	1.08($P>0.05$)	0.77($P>0.05$)	0.54($P>0.05$)
传导性失语患者					命名性失语患者				
听理解	8.72($P<0.01$)	5.98($P<0.05$)	4.75($P>0.05$)	2.48($P<0.05$)	听理解	9.16($P<0.01$)	6.95($P<0.05$)	3.73($P>0.05$)	2.99($P>0.05$)
口语表达	7.69($P<0.01$)	5.37($P<0.05$)	3.65($P>0.05$)	2.99($P>0.05$)	口语表达	7.44($P<0.01$)	5.04($P<0.05$)	3.12($P>0.05$)	2.34($P>0.05$)
阅读	5.86($P<0.05$)	3.43($P>0.05$)	2.86($P>0.05$)	2.59($P>0.05$)	阅读	5.59($P<0.05$)	3.54($P>0.05$)	2.35($P>0.05$)	1.87($P>0.05$)
书写	5.74($P<0.05$)	3.12($P>0.05$)	2.77($P>0.05$)	1.86($P>0.05$)	书写	5.47($P<0.05$)	3.29($P>0.05$)	1.89($P>0.05$)	1.66($P>0.05$)
经皮质运动性失语患者					基底节性失语患者				
听理解	8.23($P<0.01$)	6.87($P<0.01$)	3.46($P>0.05$)	2.78($P>0.05$)	听理解	8.64($P<0.01$)	5.87($P<0.05$)	3.82($P>0.05$)	2.78($P>0.05$)
口语表达	6.56($P<0.01$)	5.78($P<0.05$)	2.37($P>0.05$)	1.74($P>0.05$)	口语表达	7.68($P<0.01$)	6.46($P<0.05$)	3.97($P>0.05$)	2.35($P>0.05$)
阅读	5.78($P<0.05$)	4.56($P>0.05$)	2.96($P>0.05$)	2.25($P>0.05$)	阅读	5.38($P<0.05$)	5.63($P<0.05$)	3.79($P>0.05$)	2.44($P>0.05$)
书写	4.29($P<0.05$)	3.23($P>0.05$)	2.56($P>0.05$)	2.34($P>0.05$)	书写	4.81($P<0.05$)	4.03($P>0.05$)	2.34($P>0.05$)	1.79($P>0.05$)
经皮质感觉性失语患者					丘脑性失语患者				
听理解	6.55($P<0.01$)	4.41($P>0.05$)	2.80($P>0.05$)	1.86($P>0.05$)	听理解	7.96($P<0.05$)	5.19($P<0.05$)	3.56($P>0.05$)	2.50($P>0.05$)
口语表达	7.88($P<0.01$)	5.67($P<0.05$)	3.86($P>0.05$)	3.34($P>0.05$)	口语表达	6.75($P<0.05$)	4.48($P<0.05$)	3.04($P>0.05$)	2.34($P>0.05$)
阅读	4.24($P<0.05$)	2.57($P>0.05$)	1.40($P>0.05$)	1.25($P>0.05$)	阅读	5.41($P<0.05$)	3.65($P>0.05$)	2.71($P>0.05$)	1.76($P>0.05$)
书写	3.97($P>0.05$)	2.55($P>0.05$)	1.85($P>0.05$)	1.37($P>0.05$)	书写	3.72($P<0.05$)	2.51($P>0.05$)	1.86($P>0.05$)	1.21($P>0.05$)

①发病后第3个月时的语言功能评估结果与初次评估结果的比较;②发病后第6个月时的语言功能评估结果与发病后第3个月时评估结果的比较;③病后第9个月时的语言功能评估结果与患者发病后第6个月时评估结果的比较;④发病后第12个月时的语言功能评估结果与患者发病后第9个月时评估结果的比较

由表1可见,脑卒中后失语症患者无论属于何种类型在未接受正规语言康复治疗时都有一定程度的语言功能的恢复。这种仅采用常规药物治疗、挽救生命的措施以及家庭社会的支持而出现的患者语言功能的改善称之为语言功能的自然恢复。说明语言功能的自然恢复是普遍存在的。本文在对80例患者的研究中证明这种语言功能的自然恢复在发病后3个月内绝大部分具有显著性意义(除了经皮质混合性失语和完全性失语在发病后语言功能恢复不明显,因为这两类失语程度最重,患者对语言的理解和表达都受到严重损伤)。在患者发病后的第一阶段(0—3个月期间),听、说、读、写的功能绝大部分都有较大的提高($P<0.01$ 或 $P<0.05$);在第二阶段(3—6个月期间),听、说、读、写的功能绝大部分也有提高($P<0.05$ 或 $P>0.05$)。说明语言功能的自然恢复在发病后半年内较明显,尤其在发病后3个月内最为显著。这与脑部损伤后神经功能的恢复是一致的,现代影像医学(PET、功能性MRI)研究均可发现脑卒中的患者在发病后1—3个月内病灶周围的水肿消失以及病灶周围的血液循环的再建立最为明显。而发病后3—6个月期间,脑部病变所致的功能障碍主要有赖于同侧或对侧大脑功能代偿和低级功能再形成。所以,语言功能的自然恢复在发病后0—3个月内最为明显^[3-6]。

脑卒中后失语症患者在发病后6个月以后语言功能的自然恢复就很少了($P>0.05$)。说明大脑语言中枢在受损较长时间以后其自身能力的发掘与其他区域功能代偿的潜力已经很小了。如果在发病后半年内不接受正规语言训练,那么患者的语言水平将基本停滞不前。

口语功能与书面语言功能的自然恢复程度是不同的。在

本文的10类失语症中口语的理解与表达(听与说)的自然恢复程度在各个阶段均大于文字的理解与表达(阅读与书写)。这与人类语言的发育顺序、日常生活用语、不同语言的复杂程度有关。每个人出生后先在婴幼儿时期学会口语,此后才逐渐掌握书面语言。口语是人在日常生活中的基本功能,每天都必须使用,而书面文字则不一定经常使用,而且书面文字远比口头文字复杂,不光涉及感觉与运动,还涉及空间排列和图像等因素,所以口语的自然恢复程度大于书面语言。

本结果证明,不同类型汉语失语症自然恢复的程度是不同的;命名性失语的自然恢复程度最好;Broca失语、经皮质运动性失语、传导性失语、基底节性失语恢复较好;Wernicke失语、经皮质感觉性失语例、丘脑性失语恢复较差;经皮质混合性失语、完全性失语的自然恢复最差。命名性失语患者的语言障碍仅局限于命名功能,发病后与家人和社会接触中命名功能恢复很好,所以其自然恢复程度最好^[7]。Broca失语、经皮质运动性失语、传导性失语、基底节性失语患者的语言理解功能保留较好,能听懂别人的意思,促进了语言表达功能的自然恢复,预后较好。Wernicke失语、经皮质感觉性失语例、丘脑性失语患者因为理解能力较差,与周围无法很好沟通,语言功能的自然恢复较差。经皮质混合性失语、完全性失语患者的语言功能损伤较重,患者既不能理解也不能表达,自然恢复的程度很小^[8-10]。

参考文献

- [1] 全国第四届脑血管病学术会议. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准[J]. 中华神经科杂志, 1996, 12(6): 381—383.
- [2] 高素荣主编. 失语症[M]. 北京: 北京医科大学中国协和医科大学

- 联合出版社, 1993.32—35, 265—280.
- [3] Cappa SF. A PET follow-up study of recovery after stroke in acute aphasia[J]. Brain Lang, 1997, 56(1):55—67.
- [4] Mimura M. Prospective and retrospective studies of recovery in aphasia. changes in cerebral blood flow and language functions [J]. Brain, 1998, 121(pt11):2083—2094.
- [5] Cao Y. Cortical language activation in stroke. Patients recovering from aphasia with functional MRI [J]. Stroke, 1999, 30(11):2331—2340.
- [6] Palle MD, Henric SJ, Hirofumi N, et al. Aphasia in acute stroke: incidence, determinants and recovery [J]. Ann Neurol, 1995, 38: 659—666.
- [7] 周雅玲, 高素荣, 周敬藏, 等. 命名性失语与命名障碍 16 例分析 [J]. 临床神经病学杂志, 1995, 8(5):288—291.
- [8] 韩剑虹, 朱榆虹, 熊静, 等. 脑卒中后汉语失语症病变部位及其自然恢复的初步研究[J]. 中国康复, 2003, 18(1):15—17.
- [9] Pulvermuller F, Neininger B, Elbert T, et al. Constrain induced therapy of chronic aphasia after stroke[J]. Stroke, 2001, (7):1621—1626.
- [10] 孔莉, 王颖, 潘瑞福. 脑卒中后失语症患者口语功能障碍的家庭康复治疗[J]. 中国康复医学杂志, 2002, 17(3):152—155.

·临床研究·

微创术穿刺时间的选择对危重脑出血治疗效果的影响

崔永健¹ 魏 琰¹ 袁栋才¹ 朱建国¹ 席春江²

摘要 目的:探讨微创颅内血肿碎吸术在抢救危重脑出血应用中,不同穿刺时间对患者预后的影响。方法:危重脑出血患者 63 例(出血量>50ml, GCS 评分≤9),分为超早期穿刺组(30 例,出血时间≤7h)与对照组(33 例,出血时间>7h),两组均应用 YL-1 型一次性颅内血肿粉碎穿刺针单针或多针穿刺治疗,进行疗效比较。结果:超早期穿刺组的死亡率、住院时间和治疗费用均低于对照组($P<0.05$)。术后 6 个月日常生活能力优于对照组。结论:超早期进行微创颅内血肿碎吸术可以降低危重脑出血患者死亡率和致残率,减少患者的经济负担。

关键词 脑出血;微创术;时间

中图分类号: R493, R741 **文献标识码:** B **文章编号:** 1001-1242(2006)-06-0534-02

高血压性脑出血发病率高,危害性大,治疗的最佳方案目前尚无定论^[1],致死致残率高,严重威胁着老年人的身体健康,同时给社会和众多的家庭造成巨大的经济损失和精神压力。高血压性脑出血根据出血量的多少,临床上可简单分为三类^[2]:出血量<20ml 为小量出血,多采用内科治疗,预后较好;出血量 20—50ml 为中等量出血;出血量>50ml 为重症大量出血,预后较差。对大量脑出血的治疗目前还没有理想方法。近年来我们采用微创穿刺治疗重症脑出血患者,取得了较理想的疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

所选病例为 2001 年 6 月—2005 年 6 月在我院神经内科住院的患者,共 63 例,全部病例均符合全国第四届脑血管病学术会议修订的诊断标准^[3],手术前经颅脑 CT 证实出血量均>50ml,格拉斯哥昏迷评分(GCS)≤9 分。

超早期手术组,即发病后 7h 内行微创颅内血肿碎吸术,共 30 例,其中男 18 例,女 12 例;年龄 48—78 岁,平均 66.72±8.49 岁;平均出血量 66.54±14.25 ml;出血部位:基底节区出血者 20 例,丘脑出血 7 例,皮层下 3 例,其中破入脑室 25 例,脑室铸型 3 例。对照组为发病 7h 后行微创术患者,共 33 例,男 20 例,女 13 例;年龄 50—78 岁,平均 68.607±8.351 岁;平均出血量 67.42±14.58ml;出血部位:基底节区者 20 例,丘脑 7 例,皮层下 5 例。破入脑室 26 例,脑室铸型 4 例。两组患者在出血部位、年龄、出血量、性别及术前 GCS 评分(表 1)

差异无显著性意义($P>0.05$)。

表 1 术前两组 GCS 评分情况

组别	例数	3 分	4 分	5 分	6 分	7 分	8 分	9 分
对照组	33	1	2	4	9	12	2	3
超早期组	30	2	1	5	8	11	1	2

术前 GCS 评分两组间差异无显著性意义($\chi^2=0.563, P>0.05$)

1.2 治疗方法

超早期穿刺组及对照组均应用 YL-1 型一次性颅内血肿粉碎穿刺针,依据 CT 摄片于颅骨表面准确定位血肿中心。常规剃头、消毒、局麻头皮后,选择合适长度的穿刺针,单针或双针穿刺,针钻一体送入血肿中心,分次匀速缓慢抽吸。首次抽吸量,超早期组为血肿量的 30%—40%,对照组为 40%—60%。对于破入脑室及脑室铸型者行一侧或双侧侧脑室额角穿刺,抽吸后以血肿冲洗液冲洗至流出液基本澄清,注入血肿溶解剂(生理盐水+尿激酶+透明质酸酶),夹闭引流管 1—4h 后开放引流,术后每天抽吸冲洗 2—3 次,所有患者均动态复查头颅 CT。

1.3 手术时间

超早期组为 3—7h,平均 5.80±1.16h。对照组为 9—50h,平均 24.15±12.96h。

1 哈励逊国际和平医院神经内科,河北衡水,053000

2 首都医科大学神经外科,北京,100006

作者简介:崔永健,男,主治医师

收稿日期:2005-08-29