

全国高等学校规划教材

卫生部十一五规划教材

全国高等医药教材建设研究会规划教材

供康复治疗专业用

语言治疗学

主编 李胜利



人民卫生出版社

全 国 高 等 学 校 规 划 教 材
供 康 复 治 疗 专 业 用

语 言 治 疗 学

主 编 李胜利

副主编 陈卓铭

编 者 (以姓氏笔画为序)

丘卫红 (中山大学附属第三医院)

伍少玲 (中山大学附属第二医院)

李胜利 (首都医科大学附属中国康复研究中心)

李铁山 (青岛大学医学院附属医院)

张庆苏 (首都医科大学附属中国康复研究中心)

陈卓铭 (暨南大学附属第一医院)

陈慧娟 (哈尔滨医科大学附属第一医院)

郭艳芹 (牡丹江医学院附属红旗医院)

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

语言治疗学/李胜利主编. —北京:
人民卫生出版社, 2008. 1

ISBN 978-7-117-09702-4

I. 语… II. 李… III. 语言障碍—治疗学—高等
学校—教材 IV. R767.92 H018.4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 199077 号

本书本印次封底贴有防伪标。请注意识别。

语言治疗学

主 编: 李胜利

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-67616688)

地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

邮 编: 100078

网 址: <http://www.pmph.com>

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

印 刷: 北京人卫印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 15.5

字 数: 374 千字

版 次: 2008 年 1 月第 1 版 2008 年 1 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-09702-4/R·9703

定 价: 26.00 元

版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010-87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

全国高等学校康复治疗专业规划教材出版说明

目前我国高等学校已陆续开办了康复治疗专业，且逐年增加。康复治疗专业教材作为教学的一个重要部分，相对比较匮乏，不能满足现有高等学校康复治疗专业的教学需要，卫生部教材办公室、全国高等医药教材建设研究会经过认真调研，组织相关学校进行论证、研讨，决定编写出版我国第一套康复治疗专业本科教材，并成立了康复治疗专业规划教材编写委员会，对本套教材的课程设置、课时数、教材名称、字数进行了统一规范，在全国范围内遴选主编、编者，对编写大纲进行了反复审核、修改，在编写指导思想上强调充分体现教材的“三基”（基础理论、基本知识、基本技能）、“五性”（思想性、科学性、先进性、启发性、适用性），并针对特定的使用对象（康复治疗师），突出专业特点（实用性、可操作性）。第一版康复治疗专业本科教材包括专业基础教材 5 部、专业技能教材 5 部、临床应用教材 4 部。同时为便于学生复习、自学，每部教材均配有相应的学习指导和习题集，主要的教材配有学习用光盘。

教材品种及主编

专业基础	1 功能解剖学	主编	汪华侨
	2 生理学	主编	王瑞元
	3 人体发育学	主编	李晓捷
	4 人体运动学	主编	戴红
	5 康复医学概论	主编	王宁华
专业技能	6 康复功能评定学	主编	王玉龙
	7 物理治疗学	主编	燕铁斌
	8 作业治疗学	主编	窦祖林
	9 语言治疗学	主编	李胜利
	10 传统康复方法学	主编	陈立典
临床应用	11 临床疾病概要	主编	刘文励 陈志斌
	12 肌肉骨骼康复学	主编	张长杰
	13 神经康复学	主编	倪朝民
	14 内外科疾患康复学	主编	何成奇

康复治疗专业规划教材编写委员会

名誉主任 南登崑

主任 燕铁斌

委员 王宁华 李晓捷 陈志斌 张长杰 倪朝民 窦祖林

秘书 金冬梅

前言

语言治疗学是康复医学的组成部分,是对各种语言障碍和交流障碍进行评定、诊断、治疗和研究的学科。在中国,语言治疗像康复医学的其他分支一样是一门新兴学科。它开始于20世纪80年代末,国外的一些语言治疗专家到国内讲学,同时国内的一些从事医学专业的人员到国外去进修学习,将语言治疗的知识和技术引进国内。他们根据国外学到的理论结合我国的语言特点和文化习惯研制了各种语言障碍的评价方法,并采取国外现代的治疗技术和我国传统医学的方法进行治疗。在近20年的发展中,语言治疗逐步被医学界所认识,也逐步被患者所接受。通过他们的努力,很多患者的语言障碍得到了及时的康复治疗 and 训练并取得了较好的治疗效果。患者的生活质量得到了明显改善。近些年国内的康复中心和医院也通过各种形式培训了许多从事语言治疗的人员。但是,我国人口众多,脑血管病和脑外伤的发病率很高,加之人口的老龄化,因此作为并发症的语言障碍也明显增加,需要大量的语言治疗专业人员。特别是缺少具有与国外逐步接轨的有语言治疗大学教育背景的人员。因此编写语言治疗大学教材是非常必要和及时的。

本教材包括各种语言障碍的相关基础,在语言障碍的类型方面包括失语症、构音障碍、儿童语言发育迟缓、听力障碍所致的语言障碍、发声障碍、口吃、腭裂、言语失用等语言障碍。另外,近些年发达国家已将吞咽障碍划归为语言治疗的职业范畴,因此本书对此部分内容进行了较详细地介绍。本教材在评价方法上介绍的均是适合我国语言特点和文化特点的评价方法,如失语症检查法、构音障碍检查法、儿童语言发育迟缓检查等,不是翻译或照搬国外的方法,这些方法是依据国外的先进理论结合汉语的特点而设计,进行了正常人的测试后取得了常模,并经过国内大量患者的应用。在治疗方法上不仅介绍了国外各种语言障碍的现代治疗技术,还介绍了我国传统医学关于语言康复的技术。做到理论与实际密切结合。在使用方面,本书不仅可以作为康复治疗技术专业本科生的教材,也可作为其他康复专业以及从事语言治疗和康复医师的参考书。

虽然我们在本专业取得了一定的经验。但与发达国家相比仍存在一定差距,加之时间比较仓促,书中可能还存在不足之处,希望广大读者批评指正。

李胜利

2007年10月

目 录

第一章 概述	1
第一节 语言治疗的发展历史	1
第二节 语言交流的医学基础	2
一、语言交流的解剖与生理基础	2
二、正常儿童听觉语言和交流能力的发育	13
第三节 语言交流的心理学基础	17
一、语言交流的心理过程	17
二、语言障碍与精神心理的关系	21
第四节 语言治疗的语言学基础	22
一、文化与语言	22
二、语音	23
三、文字	26
第二章 语言治疗的方法	30
第一节 语言与言语	30
第二节 语言治疗的途径和原则	30
第三节 治疗的要求和注意事项	32
第四节 语言治疗的辅助设备	34
第三章 听力障碍	38
第一节 听力障碍的分类及病因	38
一、传导性耳聋	38
二、感音神经性耳聋	38
三、混合性耳聋	40
四、中枢性耳聋	40
五、伪聋	40
第二节 听力检查	40
一、基本概念	40
二、耳聋的分级	42
三、行为测听法	42
四、条件探索听力反应检查	42
五、听力计检查法	42



六、听诱发脑干反应	43
七、其他听力检查法	44
第三节 常见听力障碍的预防	44
第四节 助听器的类别及选配	45
一、助听器的分类	45
二、助听器选配适应证	46
三、助听器的选配	46
四、听力障碍对心理、社会方面的影响	47
第五节 电子耳蜗植入	47
一、原理	47
二、电子耳蜗的结构和类型	47
三、适应证与禁忌证	48
四、手术方法	48
五、术后护理与语言训练	48
第六节 听力障碍儿童的语言评价	48
一、概念	48
二、语言障碍表现	48
三、评价方法	49
第七节 听力障碍儿童的听觉言语训练	50
一、听觉训练的方法	50
二、言语训练的方法	52
三、电子耳蜗植入后的言语训练	55
.....	
第四章 失语症	58
第一节 失语症概述	58
一、失语症的定义与病因	58
二、失语症的语言症状	58
第二节 失语症分类	61
一、失语症的分类	61
二、各类失语症的临床特征及病灶	62
第三节 失读症	63
一、失读伴失写	63
二、失读不伴失写	64
三、额叶失读	65
四、失读症评定	65
第四节 失写症	66
一、失语性失写	66
二、非失语性失写	66
三、过写症	67

四、汉语失写检查法	68
第五节 失语法	70
一、定义	70
二、表现	70
三、评定	71
四、治疗	71
第六节 双语与多语失语症	72
一、双语失语和多语失语	72
二、双语失语症的评估	72
三、康复治疗	73
第七节 失语症评定	75
一、国际常用的失语症评定方法	75
二、国内常用的失语症评定方法	76
三、失语症严重程度的评定	76
四、失语症的鉴别诊断	76
五、失语症的评价报告及训练程序	78
第八节 失语症的治疗原则	81
一、失语症治疗的适应证和训练程序	81
二、失语症治疗的主要机制	81
三、失语症的疗效和预后	81
第九节 Schuell 的刺激疗法	82
一、Schuell 刺激疗法的原则	82
二、治疗程序的设定及注意事项	83
三、治疗课题的选择	84
第十节 促进实用交流能力的训练	85
一、目的	85
二、促进实用交流能力的训练原则	85
三、交流效果促进法	86
第十一节 阅读理解与朗读障碍的治疗	88
一、影响阅读障碍的因素	88
二、阅读障碍的治疗	89
三、朗读障碍的治疗	92
第十二节 书写障碍的治疗	93
一、临摹和抄写	94
二、过渡阶段	95
三、自发书写	96
第十三节 小组治疗	97
一、语言治疗小组	97
二、家庭咨询和支持小组	97



三、心理治疗小组	98
第五章 构音障碍	99
第一节 构音障碍的定义和分类	99
第二节 运动性构音障碍的评定与治疗	99
一、运动性构音障碍的定义和分类	99
二、构音障碍评定	100
三、运动性构音障碍的治疗	108
四、脑瘫儿童构音障碍治疗	111
第三节 功能性构音障碍	114
一、定义和原因	114
二、诊断	114
三、构音评价	115
四、训练原则	115
五、训练计划的制订	116
六、构音训练	117
第六章 腭裂	119
第一节 定义和语言表现	119
第二节 评价	122
一、构音器官形态和功能评定	122
二、腭咽闭合功能的相关评定	123
三、构音评定	125
四、黏膜下腭裂、先天性腭咽闭合功能不全的检查	125
五、其他相关检查	125
第三节 腭裂的构音训练	126
第七章 发声障碍	129
第一节 发声障碍的定义与表现	129
第二节 声带视诊	131
第三节 声带振动检查	134
第四节 声质的评价	136
第五节 音量和音调检查	137
第六节 喉头肌电图检查	139
第七节 发声障碍的训练和指导	140
第八节 无喉者语言训练	143
第八章 口吃	145
第一节 概述	145



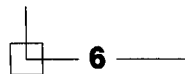


一、口吃的定义	145
二、口吃的病因	145
三、口吃的症状	146
第二节 口吃的评价	147
一、问诊	147
二、无阅读能力前儿童口吃的评价	147
三、有阅读能力和成人期口吃的评价	148
第三节 口吃的治疗	148
一、口吃治疗的标准	148
二、口吃儿童父母指导	148
三、建立专门流畅性技巧	150
四、成人口吃的治疗	152
.....	
第九章 儿童语言发育迟缓	154
第一节 概述	154
一、语言发育迟缓的定义和病因	154
二、语言发育迟缓的表现	155
第二节 儿童语言发育迟缓的评价和诊断	156
一、评价目的	156
二、评价的程序和内容	156
三、汉语儿童语言发育迟缓评价法	160
第三节 语言发育迟缓训练概论	165
一、训练原则	165
二、训练目标	166
三、训练方式	166
四、治疗师对儿童反应的处理方法	167
五、增进互动沟通的技能	167
六、训练程序的制订	168
第四节 语言发育迟缓训练方法	169
一、符号形式与指示内容关系的训练	169
二、文字训练	172
三、交流训练	173
四、家庭环境调整	174
.....	
第十章 吞咽障碍	176
第一节 正常吞咽的神经病学基础	176
一、吞咽相关的正常解剖	176
二、正常人的吞咽过程	177
三、吞咽过程的神经支配	179





第二节 吞咽障碍的神经病学障碍	181
一、概述	181
二、吞咽障碍的临床表现	182
三、吞咽障碍的病因	182
四、引起吞咽障碍的疾病	183
第三节 吞咽障碍的功能评价	184
一、吞咽障碍的临床功能检查	184
二、吞咽障碍的辅助检查	190
三、吞咽障碍的评估流程	195
第四节 吞咽障碍的治疗	196
一、对吞咽障碍患者及其家属的健康教育及指导	196
二、吞咽器官运动训练	196
三、感觉促进综合训练	199
四、摄食直接训练	199
五、电刺激	203
六、球囊扩张术	206
七、针灸治疗	206
八、采用辅助器具进行口内矫治	207
九、手术治疗	207
第十一章 其他原因引起的语言障碍	208
第一节 认知功能损害对语言交流的影响	208
第二节 精神心理障碍	211
一、焦虑	211
二、抑郁	212
三、精神分裂症	213
第三节 痴呆	214
一、痴呆的定义和分类	214
二、老年性痴呆的临床表现	215
三、老年性痴呆的诊断要点	215
四、老年性痴呆的语言障碍	216
第四节 口颜面失用和言语失用	217
一、口颜面失用	217
二、言语失用	219
第五节 孤独症	220
一、病因	220
二、临床表现	220
三、诊断与评估	221
四、治疗	223





第六节 缄默症.....	227
一、功能性缄默症.....	227
二、器质性缄默症.....	229
三、缄默症的治疗重点.....	230
参考文献.....	231



第一章

概述

第一节 语言治疗的发展历史

语言治疗是康复医学的组成部分,是对各种语言障碍和交往障碍进行评价、治疗和研究的学科,这个专业在不同国家开始于不同时期,美国大多数关于语言治疗的起源描写都集中在组织的成立,他们认为本专业约起源于1925年,那时在言语障碍和言语矫治领域工作的专业人员成立了他们自己的组织。但是,实际上早在19世纪,至少有3个运动促使最早的语言治疗专业人员出现。每一个运动都对语言治疗的发展产生了很大影响。

第一个运动是雄辩运动。雄辩运动是美国一个影响广泛的运动。学习雄辩术的人可以同演说家、政治家、歌手、牧师、演员或其他任何有意改善口才或歌唱技巧的人一起学习、工作。有些人如 Andrew Comstock 和 Alexander Graham Bell 也为有语言或听力障碍的人讲授课程。

19世纪初期的另一个运动是因果关系由宗教哲学观向科学观的巨大转折。查尔斯·达尔文出版了一部有关不同生物起源的书籍《进化论》以及 Paul Broca 和 Carl Wernicke 关于大脑的研究,这些都对语言治疗产生了深远影响,而且最早的有关智力的心理学课程开始在欧洲和美国开展起来。

19世纪的美国作业治疗师、运动治疗师和语言治疗师的组织都尚未成立,在这些领域中提供服务的人是自发的从业者,他们或对所从事的治疗领域非常感兴趣或有一些个人经验。在这些人员中,有一些勇于实践的专家,他们治愈了自身的语言问题或在其教学和演讲实践中取得了经验和专业知识。19世纪中下叶,美国这些专业人员的数量有所增加,并且他们开始合作并致力于语言治疗领域的专业化进程,并且这些活动在20世纪初期由美国的局部地区扩展到全美国。

20世纪以后,语言治疗的实践活动要比上述范围更加广泛,这时专业人员不仅关注组织的建立,并且还关注实践背后的理论研究和科学观点。

在语言治疗第一个时期之后,即是语言治疗发展的第二时期。即从1900年左右持续到2000年。这个时期按年代可以分为4个阶段,每一个阶段都有其特点。

第一阶段为形成期,从1900年之前,以 Samuel. Potter 的经典著作作为代表,持续到第二次世界大战结束。这一时期是语言治疗科学、学术和实践的萌芽时期。

第二个阶段从1945年到1966年。这一时期大量的评价和治疗方法发展起来,以改善沟通障碍的内在心理进程。



第三个阶段始于 1950 年左右,持续到 1975 年,被称为语言学时代。这一时期他们开始将语言障碍的治疗从言语障碍治疗中分离出来。并按照语言学的本质为出发点进行治疗。

20 世纪的最后一个阶段是语用学时期,从 1975 年到 2000 年,这一时期开始对实践进行再思考和再构造,这些实践包括会话、语言、文化及日常生活等方面。

20 世纪中叶是向科学观念和行为转变的时期。科学的领导地位直接影响了语言治疗的发展方向,使其向着语音学、脑研究、治疗技术、测试及儿童学习等领域发展。这一时期成立了大量的研究项目和学术部门。

语言治疗发展的另一个标志是语言治疗师的数量和教育水平,目前国际上语言治疗师(发达国家现在的正式名称是言语-语言病理学家 SLP, Speech-Language Pathologist)的需求量标准是每 10 万人口中 20 名;美国言语听力协会(ASHA)现有会员 120 000 人,国家资格认证的言语-语言病理学家 98 334 人,其中 1371 人具有言语-语言病理学家和听力学家国家资格认证,但仍面临不足。按国际上此标准推算,中国大约需要语言治疗师 26 万名,可是目前中国培训的能进行大脑和神经损伤所致的语言障碍的语言治疗师大约 1000 名,包括全国的聋儿语训教师,总计大约只有几千名。在水平上和数量上远远不能适应大量语言障碍患者的需求。在语言治疗师的教育方面,现在美国的 300 多所大学中设有语言病理专业本科教育,其中 200 多所大学设有语言病理硕士和博士研究生教育。另外一些发达国家如加拿大、德国、澳大利亚、日本等国家相继建立了语言病理专业,而且日本、韩国以及我国的香港已由 80 年代大专教育过渡到现在的研究生教育水平,为社会培养语言治疗和研究人才。特别是近 30 余年以来,随着医学、心理学、教育学的发展,也促进语言康复领域的发展。中国语言治疗的建立应该视为 20 世纪 80 年代中期,国内的一些医生到国外学习进修并将语言治疗的研究成果和专业知 识引进国内,并结合国内的语言特点和文化习惯编制了各种语言障碍的评价方法,开始对失语症、构音障碍、语言发育迟缓等语言障碍进行治疗以及在全国范围开展了聋儿语言训练,并且将国外的方法与中国传统医学相结合积累了很多经验,近几年来还开展了吞咽障碍的评价和治疗。在教育方面自上个世纪 90 年代开始通过短期培训的方式培训语言治疗专业人员。近几年以来在国内的几所院校招收了语言治疗的硕士研究生。在我国的部分大中型医院已有语言治疗专业人员,但总体上与发达国家相比仍存在较大差距。

(李胜利)

第二节 语言交流的医学基础

一、语言交流的解剖与生理基础

(一) 大脑的功能侧化和语言中枢

1. 大脑的功能侧化 人类的大脑由大脑纵裂分成左、右两个大脑半球,两半球经胼胝体,即连接两半球的横向神经纤维相连。大脑的左右半球虽然在外形上很相似,但是在结构和功能上却存在一定差异,这种差异在神经科学中被称作大脑结构和功能的侧化和功能不对称。



人们对大脑两半球功能分工研究的历史很久，很早就知道大脑两半球在功能上有分工，左半球感受并控制右边的身体，右半球感受并控制左边的身体。脑功能侧化最早的证据来自临床上对局部脑损伤患者的观察。1861年，法国神经病学专家 Broca 发现左侧额下回病变会导致患者语言表达功能受损，而大脑右侧的相应区域受到类似的损伤却不影响语言功能，Broca 于 1865 年发表了著名的论文《我们用大脑左半球说话》，首次科学的论证了语言与脑解剖的关系。其后，1874 年，德国学者 Wernicke 发现了感觉性失语症，这种失语症与左侧大脑皮层的颞上回后部受损有关，此部位后被称作 Wernicke 区。Broca 和 Wernicke 的发现具有划时代的意义，从他们的研究发现开始形成了优势半球的概念，即具有语言功能的左侧半球为优势半球，而非优势半球则被认为与语言无关，极端者甚至认为右脑是无用的。

对于优势半球的观点从一开始便存在争议，大量的研究表明以往认为和语言无关的右半球并非绝对的不参与语言过程。研究表明，儿童在 10 岁前，两侧大脑半球都有发展语言功能的潜能，由于生理结构的特点，语言中枢在发育过程中逐渐转向左半球；在此期间如果儿童的左侧大脑受到损伤，右半球可以替代左半球司职语言功能，损伤时年龄越小，右半球的代偿作用就越大，语言功能恢复的可能也最大。由于右半球分管语调和韵律，当右侧半球损伤时，患者表现为语调和音调平淡，感情色彩减弱或消失。斯佩里进行的裂脑人研究提示，虽然右半球与左半球相比较在说和写的能力上有限，但有一定的文字理解能力。

另外右侧半球不是无用的，它也司职一定的功能，如右半球对音乐功能很重要，当左侧半球受损造成语言受损的时候，患者的唱歌能力仍然保留，同样，右半球损伤能造成音乐技能的损害而语言能力则未受影响。

随着对两半球功能认识的水平和深度的提高，优势半球的概念逐渐被大脑半球功能侧化和功能分工的概念取代。现代认为，两侧大脑半球各有自己的优势功能（表 1-1），人类的一切正常心理活动，都是在大脑两半球功能相对侧化的基础上，通过两半球之间的协同作用实现的，也就是说大脑两半球虽然存在着功能上的分工，但是大脑始终是作为一个整体而工作的。

表 1-1 左右大脑半球各自的优势功能

左侧大脑半球	右侧大脑半球
语言能力	绘画、绘图能力
左右定位	建造能力
计算力	面容识别
手指识别	穿衣
数学	躯体的和空间的定向能力
推理	持续运动
逻辑	音乐、想象力





2. 语言中枢在大脑皮层的定位 从 Broca 证明脑与语言的联系以后, 产生了言语定位学派, 认为每一种语言行为模式都可以被定位于特定的脑区, 不同大脑部位的病变是产生不同语言障碍的基础 (图 1-1)。

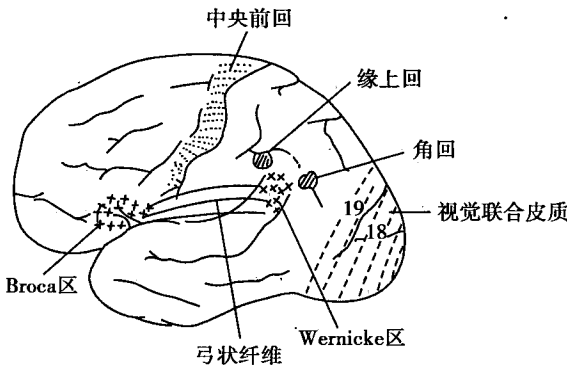


图 1-1 语言功能区示意图

反定位学派的人则将大脑视为整体, 否认语言的功能定位, 认为人类复杂的语言功能不可能由几个孤立的脑区承担, 强调功能整体论。现代功能影像技术的发展, 已经探明了大脑皮层中一些与语言有关的区域 (表 1-2), 认为定位理论依然重要, 但不能绝对化。

表 1-2 和语言有关的区域

区 域	定 位	功 能
初级运动皮层	中央前回, Brodmann 4 区	将从 Broca 区来的信息转变成运动活动已产生言语
Broca 区	左侧第三额回下部	面、舌、唇、腭、咽和呼吸的运动联合皮层, 此区包含产生言语所必需的运动模式
弓状纤维	一束将 Wernicke 区和 Broca 区相连的白色纤维	将信息从 Wernicke 区传向 Broca 区
初级听觉皮层	41 和 42 区——颞上横回	接收和分析听觉信息
Wernicke 区	颞上回后部	听联合皮层, 分析从初级听觉来的输入信号, 将这些信号与贮存在记忆库中的信息进行匹配, 并翻译它们的意义。该区对复述和理解都很重要
外侧裂周区	环绕外侧裂周围的区域	包括 Broca 区、弓状纤维和 Wernicke 区
交界区或分水岭区	大脑中动脉与大脑后动脉分布交界区, 或者大脑中动脉与大脑后动脉分布交界区	此区受损可以引起经皮层性失语, 经皮层性失语的共同特点是复述不受损, 因为 Wernicke 区仍然与 Broca 区保持联系