

■セミナー

失語のみかた

本村 暁*

要旨：ベッドサイドにおける、失語の定性的な観察・記載法について述べた。まえおきとして、脳卒中（脳梗塞）診療での失語の症候学的意義について概観した。

失語は、病変の側（side）、脳梗塞の病型（ラクナ、アテローム血栓、心原性塞栓）、病変部位について有力な情報となる。とくに Wernicke 失語と心原性脳塞栓の関連について触れた。ベッドサイドの失語のみかたの要点は、話す（自発語、命名、復唱）・聞く（聴覚的理解）・書く・読む（書字理解）という言語の4様式における障害とその質、失語症全体の重症度をつかむことである。

(失語症研究 22(3) : 221~224, 2002)

Key Words : 失語検査, 認知症候群, 脳卒中

aphasia examination, cognitive syndrome, stroke

はじめに

失語症の検査には、定式のバッテリー (SLTA, WAB など) を用いた失語症検査と、ベッドサイドでの定性的な症状記載の両者がある。本稿では後者の定性的な「失語のみかた」について、とくに脳卒中診療の中での臨床的意義に関連づけて論じる。

I. 脳卒中認知症候群 (cognitive stroke syndrome)

失語の原因疾患は多岐にわたるが、もっとも頻度の高いものは脳卒中である。脳卒中（とくに急性期）には失語を含めた認知症候群 (cognitive syndrome. いわゆる「高次脳機能障害」) が高頻度に生じる。たとえば、急性期脳卒中の40%に失見当識が、25%にせん妄が生じる、と報告されている (Ferro 2001)。

Ferro (2001) は、これらを hyperacute cognitive stroke syndromes として、脳卒中病型と病変 (閉塞血管) 部位の観点からまとめている (表1)。一方、脳梗塞の症候という観点にしばっ

て失語をみると、おおよそ表2のような意義がある。この中から2, 3について点描してみよう。

脳梗塞で失語を呈する場合には、まずラクナ梗塞を除外することができ、塞栓性あるいはアテローム血栓性の脳梗塞を考えねばならない。脳塞栓の症例では、失語症の重症度と病巣サイズ (CT, MRI による画像診断による) はほぼ一致するといわれるが、アテローム血栓性脳梗塞では皮質下の小病巣で重症な失語を呈する場合がある。このような症例では主幹動脈の狭窄や閉塞が示唆される。すなわち、重症な失語を呈する皮質下小病巣例では、主幹動脈病変 (狭窄, 閉塞) による広範な脳循環障害を想定する必要がある (橋本 2001)。

失語症学の基本的な考え方では、非流暢な発語を呈する失語症例では中心溝より前方の病巣、多弁で流暢な失語症例は後方病巣、といわれてきた (Bensonら 1996)。しかし、もう少し子細にみると、非流暢な失語をきたす病巣には、左大脳半球の、中大脳動脈・上行枝、レンズ核線条体動脈、中大脳動脈全域、さらに前大脳動脈領域の病巣 (補足運動野・帯状回) がある (Ferro 2001)。す

*御所病院 神経内科 〒824-0802 福岡県京都郡勝山町松田1133

表1 hyperacute cognitive stroke syndromes
(Ferro 2001, 一部改変)

	失語	健忘症候群	無為	せん妄
前大脳動脈	+L		+	+
中大脳動脈	+L			+R
後大脳動脈	+L	+		+
視床				
前核	+L	+	+	+
背内側核		+	+	+
尾状核		+	+	+
内包・膝部		+	+	
脳室内出血		+	+	+
クモ膜下出血	+L		+	+

+: 症状出現
+L: 左病変で出現
+R: 右病変で出現

表2 脳梗塞における失語の意義

- ①左半球（とくに、シルビウス裂周囲）病巣を示唆
- ②ラクナ梗塞は除外
- ③アテローム血栓性または塞栓性
- ④重症度にCT・MRI病巣が合致
⇒塞栓性
- ⑤重症度にCT・MRI病巣が合致せず
⇒アテローム血栓性
- ⑥経過（改善・悪化）の鋭敏なモニター
- ⑦無言，発語少ない⇒前方病巣
- ⑧多弁，ジャルゴン⇒後方病巣
- ⑨Wernicke失語は塞栓に多い
- ⑩発症後1ヵ月で予後が明らかに

表3 ベッドサイドにおける観察項目

1. 自発話（迂言，錯語，ジャルゴン，寡黙）
発話のサンプリング
2. 名前を尋ねる
3. 呼称（cue効果）
4. 復唱
5. 発話の状態のまとめ
6. pointing span（物品の系列指示）
7. 物品の操作（理解）
8. 語義の理解
9. 書字・読字
10. 重症度

なわち，非流暢な失語の病巣，病態は多様である。

他方，多弁で流暢な失語は左中大脳動脈・下行枝領域の病巣により生じる（典型的にはWer-

nicke失語）。Wernicke失語には脳塞栓が多いことが報告されてきたが，脳卒中登録症例によるpopulation-basedのデータからも，心原性脳塞栓における症候の特徴として，突発発症，麻痺のない半盲などととも，Wernicke失語が挙げられている（Bogouslavskyら1991）。

脳卒中後の失語は，一般に回復の経過をとる。予後に関する疾病前，疾病，背景の3要因の中で，最重要な要因は初期重症度（発症からほぼ1ヵ月後）である。

詳細は成書に譲るが，このように失語の有無や横断的および縦断的特徴をとらえることが，原因となる脳病変や全身の病態を知るうえで臨床的意義があることが理解できよう（本村1994）。

II. ベッドサイドの失語のみかた

要点は，「話す・聞く・読む・書く」という4つの言語様式の障害を確認し，質的特徴や重症度をみることである（表3）。しかし，いきなり「これは何ですか？」と呼称能力をみたり，「〇〇はわかりますか？」と言語理解のテストを始めることは避けねばならない。質問責めや尋問調にならぬように気をつける。

1. 発語のみかた（表4）

発語（とその異常）の特徴をとらえることは失語検査の中でもっとも重要である。名前や身体の具合，職業などを尋ね，自発話を引き出す。自分

2002年9月30日

表4 発語のみかた

1. 自発話サンプルの収集
・名前を尋ねる （「お名前は何かとおっしゃいますか？」）
・さまざまな probe を用いて発話を引き出す 例：「お身体の具合はどうですか」 「どのようなお仕事をしておられますか」
2. 物品呼称（例：くし、時計）
・第1音や上位概念による cue（ヒント）効果の有無
3. 復唱（単語、短文）
・「めがね」「くつした」「かたつむり」と音節数を順に増やし、難度を高めていく
4. 発語の特徴をまとめる
・構音障害、アナルトリー、錯語などの有無

表5 理解、読み書きのみかた

言語理解					
1. pointing span	1	2	3	4	5
	（何個まで連続して指さしできるか？）				
2. 物品操作（短文の理解）	例：「手帳の上に鉛筆を置いてください」				
3. 身体命令	例：「立ってください」				
4. 語の意味、ことわざの説明					
5. 状況判断	例：「終わりましたよ」に対する反応の適切さは？				
読み書き・その他					
1. 署名					
2. 書き取り					
3. 読解・音読					
4. 失語の重症度					

の名前を言えない場合、発声や構音に問題がなければ失語である可能性が高い。次に、日常物品を示して呼称能力をみる。呼称できない場合、誤りのパターンを記しておく。また、第1音のヒント効果（語頭音効果）の有無をチェック。ヒント効果と前頭葉病巣の関係が強調されてきたが、失語タイプに関連しないという報告もある（関ら1993）。復唱（単語、短文）。復唱課題の音節数を1, 2, 3, と増やし、何音節までの復唱ができるかをみて、復唱障害の程度の指標とする。

ここで発話全体の特徴をまとめる。構音障害、アナルトリー、錯語などの誤りの種類を記す。

2. 理解のみかた（表5）

言語理解は、単語、短文、パラグラフ、動作指示などを検査する必要があるが、ベッドサイドでは以下の項目に分けて検査する。

1) pointing span

テーブルの上に並べた5~6個の物品を1個、2個、3個、と順に指さしをさせ、最大何個まで連続して指さしできるかを pointing span（系列指示）として記載。pointing span の数値は言語理解障害の程度を知る良い指標となる。

2) 文理解

次に、その物品を用いて品物の取り扱い（例：「手帳の上にペンを置きなさい」など）を命じる。虚実の文（例：「石は水に浮きますか？」）による yes/no 質問。

3) 語義理解

語の意味、ことわざの説明などを求める。言語理解というよりむしろ意味記憶に属する。「メガ

表6 失語症状の重症度（Goodglassら1975.傍線は筆者による）

重症度0.	コミュニケーションがまったく不可
重症度1.	簡単な質問を行い、患者のあいまいな反応は推測で補うことによって、 <u>わずかにコミュニケーションが成立</u>
重症度2.	患者も会話に加われるが、 <u>やりとりできる情報には限界がある</u>
重症度3.	発話の形式・内容に欠陥はあるが、 <u>考えたことをほとんどすべて伝達することができる</u>
重症度4.	明らかなハンディキャップがあるが、発話はほぼ正しく、 <u>表現できないことなし</u>
重症度5.	<u>主観的にのみ困難</u> が感じられる程度の痕跡的失語

ネって何ですか?」「分かりません」というような反応をする語義理解障害は、語義失語の症例にみられる。典型的な語義失語は脳卒中に少なく、変性疾患を考えるべきである。

3. 読み書きのみかた

署名と単語や短文の書き取り。漢字仮名混じり文と、仮名のみでの書き取り。次いで簡単な読字をさせて書字理解の程度をみる。

4. 重症度 (表6)

失語症状の重症度を記載する方法には、定性的記述や数量的方法 (WAB の失語指数など) がある。ここでは前者の例として、Goodglass らの重症度分類を示す (Goodglass ら 1975)。

まとめ

ベッドサイドにおける失語の定性的な観察法と、脳卒中診療における意義について述べた。

文 献

1) Benson, D.F., Ardila, A. : Aphasia-a clinical

perspective. Oxford University Press, New York, 1996.

- 2) Bogousslavsky, J., Cachin, C., Regli, F., et al. : Cardiac sources of embolism and cerebral infarction-clinical consequences and vascular concomitants : The Lausanne Stroke Registry. *Neurology*, 41 : 855-859, 1991.
- 3) Ferro, J.M. : Hyperacute cognitive stroke syndromes (ENS teaching review). *J Neurol*, 248 : 841-849, 2001.
- 4) Goodglass, H., Kaplan, E. (笹沼澄子, 物井寿子, 訳) : 失語症の評価. 医学書院, 東京, 1975.
- 5) 橋本洋一郎 : プレイン・アタックと神経心理学. *認知神経科学*, 3 : 109-113, 2001.
- 6) 本村 暁 : 臨床失語症学ハンドブック. 医学書院, 東京, 1994.
- 7) 関 啓子, 杉下守弘, 本村 暁 : 呼称障害に対する触覚および聴覚言語的の手がかり. *失語症研究*, 13 : 200-207, 1993.

■ Abstract

Aphasia examination

Satoru Motomura*

Detailed bedside aphasia testing and its clinical implication were described. Aphasic symptoms are useful indicators in investigating patients having stroke. For example, side of hemispheric lesion, type of stroke, and lesion location are related to aphasic symptomatology.

Beside aphasia examination can be summarized as testing verbal output (spontaneous speech, naming, repetition), auditory comprehension, and writing and reading abilities. Attention should be paid not only upon deficits themselves but also upon error pattern in verbal realization and severity of the aphasic symptoms.

*Neurology, Goshu Hospital. 1133 Matsuda, Katsuyama-cho, Miyako-gun, Fukuoka 824-0802, Japan