



最佳治療及管理失語症的建議

前言

失語症是一種由腦傷導致的後天性語言障礙。主要成因包括腦血管病變（中風）、腦外創及腦腫瘤。腦部控制語言的區域如果受損，便會引起失語症。病癥包括說話表達、聆聽理解、文字閱讀和書寫的問題。由於日常生活中語言的使用是非常普遍及重要，失語症通常對患者的社交關係、社區參與和心理健康構成負面之影響。失語症患者一般能保留發病前的智力，但他們的認知能力可能會被溝通困難掩蓋。因此我們不應隨便假設失語症患者的智力也同樣地受損。日常的信息只要能經調整後讓失語症患者成功接收，他們一般可以做出相應的適當決定及參與活動。

失語症患者應該享有受到尊重的權利。他們的生活待遇應該享有尊嚴，並應得到與一般人同等水平的醫療保健。當中包括獲取信息和參與個人相關決策的情況。失語症患者及他們的家庭成員，亦應該享有接受和選擇加強患者日常溝通和參與相關服務或活動的權利。針對失語症患者的醫療服務，應以個人為中心和由不同專業人士協作提供。

以下是有關失語症的保健或社區服務的「最佳治療及管理建議」。這些建議是從世界各地不同的來源彙編而成，其中亦包括來源和原文提到的建議或證據級別。被引用的內容會有文字上的修改，以增加其代表性。有關證據級別的詳細資料，讀者可以直接參閱來源文件。此外，以下之建議是來自一般的中風治療指南，而不是就其他病因或特定失語症而設的指引。

失語症聯盟 (Aphasia United) 「最佳治療及管理失語症的建議」

1. 所有患有腦部損傷或退化性腦疾病的患者，都應接受溝通障礙的篩選檢查。^{1,2,3,5,7,8,9} (級別 C)
2. 所有懷疑患有溝通障礙的人士，應由符合資格的專業人員（根據國家標準）進行評估。使用的評估應超越篩查程度的檢查，以確定溝通障礙的性質、嚴重程度和影響。^{1,2,3,4,5,6,8,9} (級別 B,C)
3. 失語症患者應接收到有關失語症、失語症病因（如中風）和治療選擇的資訊。^{1,5,6,7,8,9} (級別 A-C) 以上適用於從病發初期到後期的所有保健階段。
4. 所有失語症患者在服務終止時，應該有某程度的溝通能力（例如能夠使用溝通輔助器具、家人協助、家人輔助溝通）以表達需要和願望。如患者並沒有足夠的溝通能力，他們應該有相關的記錄以計劃如何及何時提高溝通能力。(級別:良好實踐點 GPP)
5. 失語症患者應該接受密集性和針對性個人化的失語症治療，以確保改善他們的溝通和日常生活。^{1,2,3,4,5,6,7,8,9} (級別 A 至良好實踐點 GPP: 根據治療方向、強度、時間) 以下的治療應在符合資格之專業人員監督下設計和進行。
 - a) 治療可包括針對性治療、補償性訓練、談話治療、日常溝通功能/參與的治療、溝通環境的設定、溝通支援或替代溝通的培訓（例如溝通輔助器具）。
 - b) 治療的模式可以包括個別治療、小組治療、遠程康復或電子儀器輔助治療。
 - c) 患者的失語症無論是穩定性（例如中風）或漸進性，都應該受益於適切的治療。
 - d) 穩定性失語症患者（例如中風或腦創人士）在病發初期或後期都應該受益於適切的治療。
6. 失語症患者的溝通夥伴（例如家人或照顧者）應接受適切的訓練，以改善他們與患者的溝通。^{1,2,3,5,8} (級別 A,B)

7. 失語症患者的家人或照顧者應包括在患者的恢復過程中。^{1,2,3,4,5,7,8,9}（級別A-C）
 - 家人或照顧者應該獲得有關失語症成因及對患者影響的資料和其相關的支援。（級別A）
 - 家人或照顧者應該學習如何更有效地與失語症患者溝通。（級別B）
8. 為失語症患者提供的服務，應適合他們的個別文化背景和個人需要。^{1,2,5,8}（級別:良好實踐點 GPP）
9. 所有提供失語症患者服務的醫療和社區護理人員（包括護理病發初期、後期及臨終期之人員），應接受有關失語症的教育和支持失語溝通的培訓。^{2,3}（級別C）
10. 給予失語症患者的資料及訊息，應該以特定的「失語症」格式設計（例如加大字體、使用簡易文字、加插圖像等）。^{1,3,5,7,8}（級別 C）

建議或證據級別

級別A: 研究證據可以被引用作為可靠的臨床實踐

級別B: 研究證據可以被引用作為一般之臨床實踐

級別C: 研究證據可以提供部分建議於臨床實踐

級別D: 研究證據較弱

良好實踐點（Good Practice Point, GPP）: 建議由專家意見或共識組成

失語症聯盟（Aphasia United）「最佳治療及管理失語症的建議」的參考文獻

1. National Health and Medical Research Council Clinical Centre for Research Excellence in Aphasia Rehabilitation (CCRE) (2014). Australian Aphasia Rehabilitation Pathway. <http://www.aphasiapathway.com.au/>
2. Intercollegiate Stroke Working Party. *National clinical guideline for stroke*, 4th edition. London: Royal College of Physicians, 2012.
3. Lindsay MP, Gubitz G, Bayley M, Hill MD, Davies-Schinkel C, Singh S, and Phillips S. Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care (Update 2012). On behalf of the Canadian Stroke Strategy Best Practices and Standards Writing Group. Ottawa, Ontario Canada: Canadian Stroke Network.

4. Miller, E., Murray, L., Richards, L., Zorowitz, R., Bakas, T., Clark, P. Billinger, S. (2010). Comprehensive Overview of Nursing and Interdisciplinary Rehabilitation Care of the Stroke Patient: A Scientific Statement from the American Heart Association. *Stroke*. 2010;41:2402-2448. Downloaded from <http://stroke.ahajournals.org/>
5. National Stroke Foundation Australia (2010) Clinical guidelines for stroke prevention and management. Melbourne Australia. http://strokefoundation.com.au/site/media/clinical_guidelines_stroke_managment_2010_interactive.pdf
6. Royal College of Speech & Language Therapists (2005).RCSLT Clinical Guidelines
7. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2010) Management of patients with stroke: Rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning A national clinical guideline. Edinburgh, Scotland. <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign118.pdf>
8. Stroke Foundation of New Zealand and New Zealand Guidelines Group. Clinical Guidelines for Stroke Management 2010. Wellington: Stroke Foundation of New Zealand; 2010. <http://www.stroke.org.nz/resources/NZClinicalGuidelinesStrokeManagement2010ActiveContents.pdf>
9. US Veteran's Administration / Department of Defense (2010). Management of Stroke: VA/DoD Clinical Practice Guideline. <http://www.healthquality.va.gov/guidelines/Rehab/stroke/online/>

更新日期: 2014 年 9 月

(Translation last updated in Jan 2017 by Dr. Anthony Kong)