

TÌNH TRẠNG RỐI LOẠN NGÔN NGỮ Ở BỆNH NHÂN ĐỘT QUY NÃO CẤP

Nguyễn Duy Linh¹, Nguyễn Trung Kiên^{2,*}

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Xác định tỷ lệ, mức độ và các dạng rối loạn ngôn ngữ ở bệnh nhân đột quy não cấp. (2) Mô tả một số yếu tố liên quan đến tình trạng rối loạn ngôn ngữ ở bệnh nhân đột quy não cấp. (3) Đánh giá kết quả phục hồi sớm tình trạng rối loạn ngôn ngữ và mức độ di chứng ở bệnh nhân đột quy não cấp. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 126 bệnh nhân đột quy não cấp. **Kết quả:** tỷ lệ rối loạn ngôn ngữ là 62,7%, trong đó mức độ nhẹ là 54,4%, trung bình là 35,4%, nặng là 10,2%; dạng mất ngôn ngữ Broca là 49,4%, vận động xuyên vỏ là 11,4%, toàn bộ là 10,1%, dẫn truyền là 7,6%, Wernicke là 6,3%, xuyên vỏ hỗn hợp là 6,3%, định danh là 5,1%, cảm giác xuyên vỏ là 3,8%. Tổn thương bán cầu ưu thế, mức độ nặng theo điểm NIHSS và tổn thương động mạch não giữa có nguy cơ bị rối loạn ngôn ngữ lần lượt gấp 3,14 lần, 8 lần, 3,93 lần so với các bệnh nhân khác. Tỷ lệ phục hồi sớm về ngôn ngữ là 49,4% và 65,8% còn di chứng khi ra viện. **Kết luận:** rối loạn ngôn ngữ là triệu chứng thường gặp và để lại di chứng sau đột quy não.

Từ khóa: đột quy não cấp, rối loạn ngôn ngữ.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy não luôn là vấn đề thời sự của ngành y tế ở tất cả các quốc gia trên thế giới vì tỷ lệ mắc, tỷ lệ tử vong và tàn phế cao, ảnh hưởng nhiều đến kinh tế, tâm lý của gia đình và toàn xã hội. Ở Việt Nam, theo báo cáo của Hội phòng chống Tai biến mạch máu não hiện có khoảng 486.000 người bị đột quy não. Ước tính mỗi năm có thêm 200.000 người mới mắc và 104.000 người tử vong [4].

Biểu hiện lâm sàng của đột quy não phong phú và đa dạng, gây nhiều rối loạn: vận động, tri giác nhận thức và tâm lý xã hội. Trong đó, rối loạn ngôn ngữ là triệu chứng hay gặp và thường để lại di chứng, chiếm tỷ lệ 21%-38% [3], [4]. Rối loạn ngôn ngữ là sự mất hoặc tổn hại về hiểu biết hoặc tạo ngôn ngữ nói hoặc viết hoặc cả hai do một bệnh mắc phải của não bộ. Ngôn ngữ chính là phương tiện và

công cụ giao tiếp xã hội dùng diễn tả suy nghĩ, cảm xúc của bản thân, giao tiếp với mọi người xung quanh. Rối loạn ngôn ngữ sau đột quy não làm ảnh hưởng đến ngôn ngữ nói và viết dẫn đến hạn chế khả năng giao tiếp, tham gia các hoạt động xã hội. Vì vậy ảnh hưởng trực tiếp đến tâm lý và đời sống sinh hoạt hằng ngày của người bệnh. Do đó, phục hồi rối loạn ngôn ngữ sau đột quy là hết sức cần thiết, đòi hỏi một chương trình phục hồi chức năng chuyên sâu [13]. Tuy nhiên, rối loạn ngôn ngữ là khiếm khuyết thường dễ bị bỏ qua nhất, chiếm tỷ lệ rất cao, 32-50% bệnh nhân vẫn phải chịu đựng sự rối loạn ngôn ngữ kéo dài đến 6 tháng hay lâu hơn nữa sau đột quy [9], [11], [14]. Do vậy, việc nghiên cứu tìm hiểu về đặc điểm rối loạn ngôn ngữ ở bệnh nhân đột quy não có ý nghĩa rất quan trọng. Xuất phát từ thực tế trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với các mục tiêu sau:

1. Xác định tỷ lệ, mức độ và các dạng rối loạn ngôn ngữ ở bệnh nhân đột quy não cấp.
2. Mô tả một số yếu tố liên quan đến tình trạng rối loạn ngôn ngữ ở bệnh nhân đột quy não cấp.
3. Đánh giá kết quả phục hồi sớm tình

¹ Bệnh viện Đa khoa Phước Long (Tỉnh Bạc Liêu)

² Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

* Tác giả chịu trách nhiệm chính:

Nguyễn Trung Kiên

Email: ntchien@ctump.edu.vn

Ngày tiếp nhận: 3/4/2018

Ngày phản biện: 10/4/2018

Ngày chấp nhận đăng: 10/6/2018

trạng rối loạn ngôn ngữ và mức độ di chứng ở bệnh nhân đột quỵ não cấp.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ, chọn mẫu thuận tiện. Theo đó, cỡ mẫu trong nghiên cứu là 126 bệnh nhân đột quỵ não cấp (88 bệnh nhân nhồi máu não và 38 bệnh nhân xuất huyết não), được chẩn đoán dựa vào lâm sàng và chụp cắt lớp vi tính tại Bệnh viện Đa khoa trung ương Cần Thơ từ 08/2014 đến 04/2015, theo tiêu chuẩn chẩn đoán đột quỵ não [1]. Các bệnh nhân có độ tuổi từ 18 trở lên, khởi bệnh lần đầu, nhập viện trong giai đoạn cấp (trong 24 giờ khởi phát bệnh).

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân hôn mê trong suốt giai đoạn cấp; có khó khăn trước đó về nghe và nói như: điếc, giảm thính lực, mù hay giảm thị lực, câm, rối loạn phát âm do răng giả, sút môi, khàn tiếng, Alzheimer, tâm

thần phân liệt, thoái hoá não, teo não...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

- Nội dung nghiên cứu:

+ Xác định tình trạng và mức độ rối loạn ngôn ngữ: yêu cầu bệnh nhân nói to, rõ ràng, chấm điểm: 0 điểm nếu bệnh nhân có thể đọc tốt các câu và định danh đồ vật chính xác; 1 điểm nếu bệnh nhân diễn đạt không trôi chảy nhưng vẫn diễn đạt được ý nghĩ của mình, có sai sót khi gọi tên đồ vật, khó khăn trong việc tìm kiếm từ thích hợp để nói; 2 điểm nếu bệnh nhân khó đọc cũng như khó gọi tên đồ vật, diễn đạt bằng những câu ngắn và rời rạc, khó đoán được ý của bệnh nhân muốn diễn đạt; 3 điểm nếu mất ngôn ngữ toàn bộ, không hiểu và không có khả năng nói. Chẩn đoán có rối loạn ngôn ngữ khi: ≥ 1 điểm [2]. Mức độ rối loạn ngôn ngữ theo thang điểm NIHSS: 1 điểm: nhẹ, 2 điểm: trung bình, 3 điểm: nặng [1].

+ Xác định các dạng rối loạn ngôn ngữ theo tiêu chuẩn của Marja-Liisa Kauhanen và Julia Barrett [4], được trình bày ở bảng 2.1.

Bảng 2.1. Các dạng rối loạn ngôn ngữ trên bệnh nhân đột quỵ não

Các dạng rối loạn ngôn ngữ	Lưu loát	Thông hiểu	Lặp lại
Mất ngôn ngữ định danh	Lưu loát	Thông hiểu tốt	Lặp lại tốt
Mất ngôn ngữ dẫn truyền		Thông hiểu tốt	Lặp lại kém
Mất ngôn ngữ cảm giác xuyên vỏ		Thông hiểu kém	Lặp lại tốt
Mất ngôn ngữ Wernicke		Thông hiểu kém	Lặp lại kém
Mất ngôn ngữ vận động xuyên vỏ	Không Lưu loát	Thông hiểu tốt	Lặp lại tốt
Mất ngôn ngữ Broca		Thông hiểu tốt	Lặp lại kém
Mất ngôn ngữ xuyên vỏ hỗn hợp		Thông hiểu kém	Lặp lại tốt
Mất ngôn ngữ toàn bộ		Thông hiểu kém	Lặp lại kém

+ Một số yếu tố liên quan đến rối loạn ngôn ngữ sau đột quỵ não:

. Tổn thương bán cầu ưu thế: bán cầu ưu thế bên trái đối với người thuận tay phải và bên phải đối với người thuận tay trái [4].

. Mức độ nặng đột quỵ não cấp: đánh giá theo thang điểm NIHSS: nhẹ ≤ 5 điểm, trung bình 6-15 điểm, nặng: ≥ 16 điểm [1].

. Kích thước ổ tổn thương: dựa vào đường kính lớn nhất trên lớp cắt có diện tích tổn thương lớn nhất của chụp cắt lớp vi tính: ổ tổn thương nhỏ, trung bình, đường kính $< 5\text{cm}$; ổ tổn thương lớn, đường kính $\geq 5\text{cm}$.

. Thể tích khối máu tụ trong não: $< 30\text{cm}^3$ và $\geq 30\text{cm}^3$.

. Các động mạch tổn thương: động mạch

não trước, giữa và sau.

+ Kết quả phục hồi sớm rối loạn ngôn ngữ đột quỵ não cấp: bệnh nhân được điều trị theo phác đồ đột quỵ não, đánh giá phục hồi ngôn ngữ sớm trong 24 giờ đầu theo thang điểm ART: hồi phục ngôn ngữ tốt khi chênh lệch điểm giữa hai lần đánh giá ≥ 3 điểm, không tốt < 3 điểm [1610].

+ Mức độ di chứng khi ra viện: theo thang điểm AHS: bình thường (không di chứng); khiếm khuyết ngôn ngữ khi còn triệu chứng nhưng có thể thực hiện các hoạt động giao tiếp bình thường; di chứng nhẹ khi không thể thực hiện tất cả các hoạt động giao tiếp như trước đây nhưng có thể thực hiện giao tiếp bằng lời hàng ngày; di chứng vừa: hạn chế giao tiếp bằng lời hàng ngày; di chứng nặng: trong giao tiếp cần người giúp; di chứng rất nặng: mất hoàn toàn ngôn ngữ [6].

2.3. Phương pháp xử lý số liệu: số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS 18.0, mức ý nghĩa $p < 0,05$.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: đảm bảo các qui định về đạo đức trong nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ

3.1. Tình hình rối loạn ngôn ngữ trên bệnh nhân đột quỵ não

Bệnh nhân đột quỵ não có rối loạn ngôn

ngữ chiếm tỷ lệ 62,7%. Rối loạn ngôn ngữ trong đột quỵ não mức độ nhẹ là 54,4%, trung bình là 35,4% và nặng là 10,2% (bảng 3.1). Mất ngôn ngữ Broca chiếm tỷ lệ cao nhất là 49,4%, mất ngôn ngữ cảm giác xuyên vỏ chiếm tỷ lệ thấp nhất là 3,8% (bảng 3.2).

3.2. Các yếu tố liên quan đến rối loạn ngôn ngữ trên bệnh nhân đột quỵ não

Khả năng rối loạn ngôn ngữ khi tổn thương bán cầu ưu thế gấp 3,14 lần tổn thương bán cầu không ưu thế, khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) (bảng 3.3). Bệnh nhân có điểm NIHSS mức độ trung bình và nặng có nguy cơ rối loạn ngôn ngữ gấp 2,44 lần và 8 lần so với mức độ nhẹ ($p < 0,05$) (bảng 3.4). Không có sự liên quan giữa kích thước ổ nhồi máu, thể tích ổ xuất huyết và tình trạng rối loạn ngôn ngữ ($p > 0,05$) (bảng 3.5). Rối loạn ngôn ngữ có liên quan đến tổn thương động mạch não giữa ($p < 0,05$) (bảng 3.6).

3.3. Kết quả phục hồi sớm rối loạn ngôn ngữ

Không có khác biệt kết quả phục hồi sớm rối loạn ngôn ngữ giữa nhồi máu não và xuất huyết não ($p > 0,05$) (hình 3.1). Phục hồi ngôn ngữ về bình thường chiếm tỷ lệ 8,9%, khiếm khuyết ngôn ngữ là 25,3%, còn di chứng là 65,8% (bảng 3.7).

Bảng 3.1. Tỷ lệ và mức độ rối loạn ngôn ngữ

Tỷ lệ và mức độ		Nhồi máu não (n=88)	Xuất huyết não (n=38)	Đột quỵ não (n=126)
Tỷ lệ rối loạn ngôn ngữ		55 (69,6%)	24 (30,4%)	79 (62,7%)
p		$< 0,05$		
Mức độ rối loạn ngôn ngữ	Nhẹ	32 (58,2%)	11 (45,8%)	43 (54,4%)
	Trung bình	17 (30,9%)	11 (45,8%)	28 (35,4%)
	Nặng	6 (10,9%)	2 (8,4%)	8 (10,2%)
p		$> 0,05$		

Bảng 3.2. Các dạng rối loạn ngôn ngữ trong đột quỵ não

Dạng rối loạn ngôn ngữ	Tần suất	Tỷ lệ %
Mất ngôn ngữ Broca	39	49,4
Mất ngôn ngữ vận động xuyên vỏ	9	11,4
Mất ngôn ngữ toàn bộ	8	10,1
Mất ngôn ngữ dẫn truyền	6	7,6
Mất ngôn ngữ Wernicke	5	6,3
Mất ngôn ngữ xuyên vỏ hỗn hợp	5	6,3
Mất ngôn ngữ định danh	4	5,1
Mất ngôn ngữ cảm giác xuyên vỏ	3	3,8
Tổng	79	100

Bảng 3.3. Liên quan giữa tổn thương bán cầu não ưu thế và rối loạn ngôn ngữ

Tổn thương bán cầu não ưu thế	Rối loạn ngôn ngữ n (%)		Tổng n (%)	OR 95% CI	χ^2 p
	Có	Không			
Có	72 (66,7)	36 (33,3)	108 (85,7)	3,14 (1,12-8,79)	5,09 <0,05
Không	7 (38,9)	11 (61,1)	18 (14,3)		
Tổng	79 (62,7)	47 (37,3)	126 (100)		

Bảng 3.4. Liên quan giữa thang điểm NIHSS và rối loạn ngôn ngữ

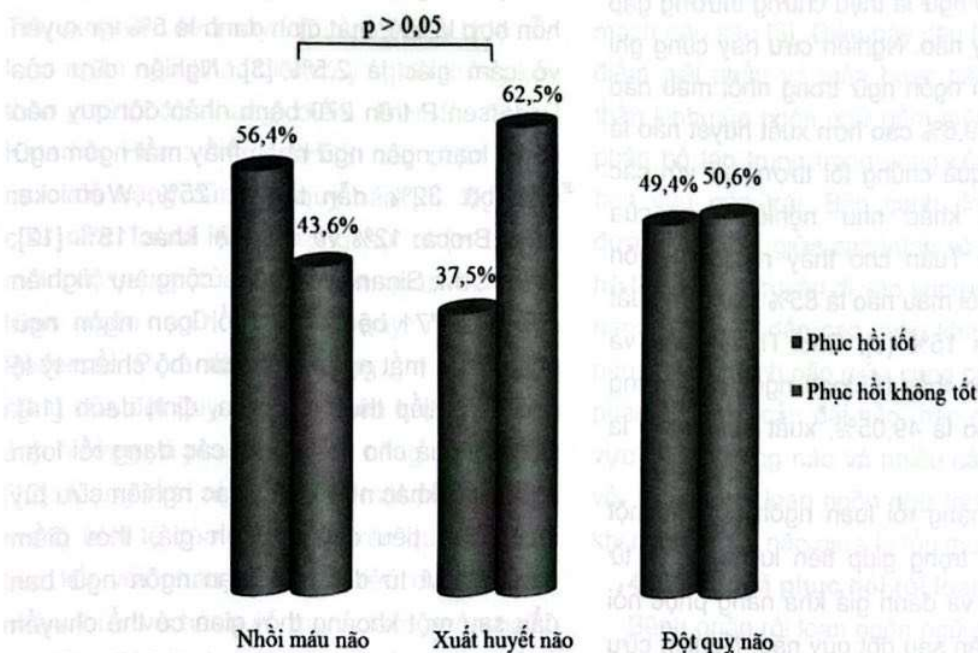
Điểm NIHSS	Rối loạn ngôn ngữ n (%)		Tổng n (%)	χ^2 , p
	Có	Không		
Nhẹ	6 (40)	9 (60)	15 (11,9)	7,09 <0,05
Trung bình	57 (62)	35 (38)	92 (73)	
Nặng	16 (84,2)	3 (15,8)	19 (15,1)	
Tổng	79 (62,7)	47 (37,3)	126 (100)	

Bảng 3.5. Liên quan giữa kích thước, thể tích tổn thương và rối loạn ngôn ngữ

Tổng thương trên CTscan	Rối loạn ngôn ngữ n (%)		Tổng n (%)	OR 95%CI	χ^2 p
	Có	Không			
Kích thước ổ nhồi máu (cm)	<5	40 (58,8)	28 (41,2)	0,48 (0,16-1,5)	1,73 > 0,05
	≥5	15 (75)	5 (25)		
Thể tích ổ xuất huyết (cm ³)	<30	17 (58,6)	12 (41,4)	0,41 (0,07-2,3)	Fisher's > 0,05
	≥30	7 (77,8)	2 (22,4)		

Bảng 3.6. Liên quan giữa động mạch tổn thương và rối loạn ngôn ngữ

Động mạch tổn thương	Rối loạn ngôn ngữ n (%)		Tổng n (%)	OR 95% CI	Giá trị
	Có	Không			
Não trước	Có	3 (60)	5 (4)	0,89 (0,14-5,52)	Fisher's $p > 0,05$
	Không	76 (62,8)	45 (37,2)		
Não giữa	Có	72 (67,9)	34 (32,1)	3,93 (1,44-10,7)	$\chi^2 = 7,8$ $p < 0,05$
	Không	7 (35)	13 (65)		
Não sau	Có	4 (57,1)	3 (42,9)	0,78 (0,17-3,66)	Fisher's $p > 0,05$
	Không	75 (63)	44 (37)		

**Bảng 3.1.** Kết quả phục hồi sớm rối loạn ngôn ngữ**Bảng 3.7.** Mức độ di chứng rối loạn ngôn ngữ khi ra viện

Mức độ di chứng rối loạn ngôn ngữ	Tần số	Tỷ lệ (%)
Không di chứng	7	8,9
Khiếm khuyết ngôn ngữ	20	25,3
Di chứng nhẹ	25	31,6
Di chứng trung bình	8	10,1
Di chứng nặng	13	16,5
Di chứng rất nặng	6	7,6
Tổng	79	100

4. BÀN LUẬN

4.1. Tình hình rối loạn ngôn ngữ trên bệnh nhân đột quỵ não

Nghiên cứu chúng tôi cho thấy rối loạn ngôn ngữ trong đột quỵ não chiếm tỷ lệ 62,7%. Kết quả chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Cao Thành Vân và cộng sự là 45,5% [4] và nghiên cứu của Vidović M, Sinanović O và cộng sự là 24,67% [14]. Tuy các kết quả trên có khác nhau do địa điểm, quần thể và tiêu chuẩn đánh giá khác nhau nhưng các nghiên cứu đều nhận thấy rối loạn ngôn ngữ là triệu chứng thường gặp trong đột quỵ não. Nghiên cứu này cũng ghi nhận rối loạn ngôn ngữ trong nhồi máu não chiếm tỷ lệ 69,6% cao hơn xuất huyết não là 30,4%. Kết quả chúng tôi tương tự với các nghiên cứu khác như nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn cho thấy rối loạn ngôn ngữ trong nhồi máu não là 85% cao hơn xuất huyết não là 15% [3]; Cao Thành Vân và cộng sự nhận thấy rối loạn ngôn ngữ trong nhồi máu não là 49,05%, xuất huyết não là 40% [4].

Mức độ nặng rối loạn ngôn ngữ là một yếu tố quan trọng giúp tiên lượng tỷ lệ tử vong lâu dài và đánh giá khả năng phục hồi của bệnh nhân sau đột quỵ não. Nghiên cứu của Tsouli S và cộng sự nhận thấy: mức độ rối loạn ngôn ngữ là yếu tố tiên lượng khả năng phục hồi bệnh nhân trong 1 năm và dự báo khả năng tử vong trong 10 năm sau đột quỵ não [13]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy không có khác biệt về mức độ rối loạn ngôn ngữ giữa hai thể bệnh nhồi máu não và xuất huyết não ($p > 0,05$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Katerina Hilari ghi nhận: rối loạn ngôn ngữ mức độ nhẹ là 37%, trung bình là 50% và nặng là 13% [8]. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn cũng cho thấy bệnh nhân mất ngôn ngữ Broca mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ là 52,2%,

trung bình là 21,7% và nặng là 26,1% [3].

Qua nghiên cứu của mình chúng tôi thấy mất ngôn ngữ Broca chiếm tỷ lệ cao nhất và cảm giác xuyên vỏ chiếm tỷ lệ thấp nhất. Theo Cao Thành Vân ghi nhận: mất ngôn ngữ Broca chiếm tỷ lệ 37,5%, toàn bộ là 17,5%, xuyên vỏ vận động là 12,5%, Wernicke là 10%, dẫn truyền là 7,5%, xuyên vỏ cảm giác là 5%, xuyên vỏ hỗn hợp là 5% và mất định danh là 5% [4]; Theo Nguyễn Văn Tuấn và cộng sự: tỷ lệ mất ngôn ngữ Broca là 57,5%, Wernicke là 10%, dẫn truyền là 7,5%, xuyên vỏ vận động là 7,5%, toàn bộ là 5%, xuyên vỏ hỗn hợp là 5%, mất định danh là 5% và xuyên vỏ cảm giác là 2,5% [3]. Nghiên cứu của Pedersen P trên 270 bệnh nhân đột quỵ não có rối loạn ngôn ngữ nhận thấy mất ngôn ngữ toàn bộ: 32%, dẫn truyền: 25%, Wernicke: 16%, Broca: 12% và các loại khác 15% [12]; Vidović M, Sinanović O và cộng sự nghiên cứu trên 771 bệnh nhân rối loạn ngôn ngữ nhận thấy: mất ngôn ngữ toàn bộ chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp theo là Broca, định danh [14]. Các kết quả cho thấy: tỷ lệ các dạng rối loạn ngôn ngữ khác nhau giữa các nghiên cứu tùy thuộc vào tiêu chuẩn đánh giá, thời điểm đánh giá vì từ dạng rối loạn ngôn ngữ ban đầu sau một khoảng thời gian có thể chuyển sang dạng rối loạn ngôn ngữ khác. Theo Klebic J, Salihovic N và cộng sự nghiên cứu 74 bệnh nhân rối loạn ngôn ngữ sau đột quỵ não 1 năm ghi nhận: 80% mất ngôn ngữ toàn bộ chuyển thành: xuyên vỏ hỗn hợp, Broca; 20% vẫn giữ nguyên; mất ngôn ngữ Broca có 45% chuyển sang dạng khác và 55% không thay đổi [9]. Điều này thể hiện tính phức tạp, đa dạng của mạng lưới ngôn ngữ; việc đánh giá tổn thương dạng rối loạn ngôn ngữ ban đầu giúp tiên lượng cũng như theo dõi khả năng phục hồi chức năng ngôn ngữ về sau.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến rối loạn ngôn ngữ trên bệnh nhân đột quỵ não

Nghiên cứu chúng tôi cho thấy: tổn

thương bán cầu ưu thế có rối loạn ngôn ngữ chiếm tỷ lệ 66,7%, không tổn thương bán cầu ưu thế có rối loạn ngôn ngữ là 38,9%; khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả này tương đồng với nhận định của A. Kyrozi, C. Potagas và cộng sự: bệnh nhân rối loạn ngôn ngữ tỷ lệ tổn thương bán cầu ưu thế cao hơn [10]. Các kết quả trên một lần nữa khẳng định về sự ưu thế bán cầu não trái đối với chức năng ngôn ngữ.

Thang điểm NIHSS được sử dụng rộng rãi trong đột quỵ não, là một yếu tố giúp tiên lượng mức độ nặng, tử vong của bệnh. Trong nghiên cứu này, chúng tôi thấy tỷ lệ rối loạn ngôn ngữ khác biệt có ý nghĩa thống kê theo mức độ thang điểm NIHSS. Theo Katerina Hilari: điểm NIHSS cao phản ánh mức độ nặng của đột quỵ não [8]. Nghiên cứu của Tsouli S và cộng sự nhận thấy: mức độ nặng của bệnh liên quan đến rối loạn ngôn ngữ sau đột quỵ não [13]; Pedersen P và cộng sự cũng ghi nhận: độ nặng của đột quỵ não giúp tiên lượng về sự ảnh hưởng và phục hồi chức năng ngôn ngữ [12]. Mạng lưới ngôn ngữ là một phần trong mạng lưới tế bào thần kinh trên quy mô lớn liên kết với nhau để thực hiện chức năng nhận thức và hành vi; mạng lưới ngôn ngữ có thể bị ảnh hưởng khi các vùng khác bị tổn thương. Điều này có nghĩa là NIHSS cao tương đồng với mạng lưới tế bào thần kinh bị tổn thương nhiều. Vì vậy, mức độ nặng của điểm NIHSS có liên quan với tình trạng rối loạn ngôn ngữ.

Kích thích tổn thương trong đột quỵ não có liên quan đến các biến chứng sớm cũng như khả năng phục hồi bệnh nhân. Trong nghiên cứu này, chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan giữa kích thích, thể tích tổn thương và tình trạng rối loạn ngôn ngữ. Nghiên cứu của Adel Hassanein El Sayed Gad và cộng sự ghi nhận: bệnh nhân rối loạn ngôn ngữ có kích thích ổ nhồi máu nhỏ (tổn thương liên

quan đến $< 1/2$ thùy) chiếm tỷ lệ: 43,3%, trung bình (tổn thương có từ $1/2$ thùy đến 1 thùy) là 20% và lớn (trên một thùy) là 36,7% [5]. Điều này phù hợp với giải phẫu cấu trúc mạng lưới ngôn ngữ trong đó nhấn mạnh vị trí tổn thương ảnh hưởng đến chức năng ngôn ngữ hơn là kích thước, thể tích máu tụ.

Nghiên cứu chúng tôi cho thấy: rối loạn ngôn ngữ có liên quan đến tổn thương động mạch não ($p < 0,05$). Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn: bệnh nhân rối loạn ngôn ngữ có 97,5% do tổn thương động mạch não giữa, 2,5% động mạch não sau [3]. Điều này phù hợp với đặc điểm giải phẫu và tuần hoàn não: chất nền thần kinh của ngôn ngữ gồm một mạng lưới phân bố tập trung trong vùng cống não của bán cầu não trái. Bên cạnh đó, có nhiều đường liên kết giữa các vùng vỏ não và các hệ thống dẫn truyền đi vào vùng quanh cống não rồi truyền đến các vùng khác nhau của não. Động mạch não giữa cung cấp máu cho phần lớn bán cầu đại não, bao gồm cả khu vực quanh cống não và nhiều cấu trúc dưới vỏ. Vì vậy, rối loạn ngôn ngữ thường xảy ra khi động mạch não giữa bị tổn thương [4].

4.3. Kết quả phục hồi rối loạn ngôn ngữ

Bệnh nhân rối loạn ngôn ngữ sau đột quỵ não bị hạn chế khả năng giao tiếp, ít có cơ hội tái hòa nhập lại với công việc. Rối loạn ngôn ngữ sau đột quỵ não: 60% bệnh nhân nhận thấy khả năng giao tiếp với bạn bè bị giảm, 30% bệnh nhân không có bạn bè. Ngoài ra, người bị rối loạn ngôn ngữ còn cảm thấy khó khăn trong việc sử dụng các trang thiết bị phục vụ nhu cầu sinh hoạt hàng ngày như: đọc và điền vào văn bản, điện thoại, thẻ tín dụng,... trong các hoạt động xã hội họ ít có được cơ hội được tham gia [8]. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: đột quỵ não có rối loạn ngôn ngữ phục hồi không tốt chiếm tỷ lệ là 50,6%, phục hồi tốt là 49,4%; không có sự khác biệt về kết

quả phục hồi sớm rối loạn ngôn ngữ giữa nhồi máu não và xuất huyết não ($p>0,05$). Kết quả chúng tôi tương đồng với tác giả Klebic J và cộng sự nhận thấy: loại đột quy não không ảnh hưởng đến vấn đề phục hồi ngôn ngữ [9].

Trong nghiên cứu chúng tôi, mức độ di chứng về ngôn ngữ sau xuất viện là 65,8%. Kết quả chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Vidović M và cộng sự trong đó ghi nhận mức độ di chứng ngôn ngữ sau xuất viện ở bệnh nhân đột quy não cấp là 75,81% [14]; Theo Erin Godecke và Kathryn Hird nhận thấy: mức độ di chứng ngôn ngữ trung bình và nặng chiếm tỷ lệ 91,5% [7]. Lý do khác biệt này do thời điểm đánh giá khác nhau vì quá trình phục hồi ngôn ngữ phụ thuộc nhiều yếu tố trong đó có thời gian. Theo Palle Møller Pedersen ghi nhận mức độ phục hồi rối loạn ngôn ngữ đạt 95% trong 2 tuần đối với rối loạn ngôn ngữ nhẹ, trung bình là 6 tuần và nặng là 10 tuần [11]. Mặc dù tỷ lệ di chứng còn cao sau xuất viện tuy nhiên quá trình phục hồi và sự cải thiện về ngôn ngữ vẫn còn tiếp diễn; bệnh nhân đột quy não có rối loạn ngôn ngữ mức độ nặng tỷ lệ phục hồi ngôn ngữ sau 6 tháng là 54,55%, [12]. Vì vậy, chương trình phục hồi ngôn ngữ nên được tiếp tục cho bệnh nhân sau khi ra viện để tăng tỷ lệ khả năng phục hồi, giảm mức độ di chứng, tái hòa nhập những người bị bệnh trở lại cuộc sống hàng ngày và tham gia các hoạt động xã hội.

5. KẾT LUẬN

- Rối loạn ngôn ngữ trên bệnh nhân đột quy não chiếm tỷ lệ 62,7%, nhồi máu não là 69,6%, xuất huyết não là 30,4%. Bệnh nhân đột quy não có rối loạn ngôn ngữ mức độ nhẹ là 54,4%, trung bình là 35,4%, nặng là 10,2%. Các dạng rối loạn ngôn ngữ trong đột quy não: Broca chiếm tỷ lệ 49,4%, vận động

xuyên vỏ: 11,4%, toàn bộ: 10,1%, dẫn truyền: 7,6%, Wernicke: 6,3%, xuyên vỏ hỗn hợp: 6,3%, định danh: 5,1%, cảm giác xuyên vỏ: 3,8%.

- Tổn thương bán cầu ưu thế, mức độ nặng theo điểm NIHSS và tổn thương động mạch não giữa có nguy cơ bị rối loạn ngôn ngữ lần lượt gấp 3,14 lần, 8 lần, 3,93 lần so với các bệnh nhân khác.

- Kết quả phục hồi tốt rối loạn ngôn ngữ trên bệnh nhân đột quy não chiếm tỷ lệ 49,4%, nhồi máu não là 56,4%, xuất huyết não là 37,5%. Mức độ di chứng rối loạn ngôn ngữ khi ra viện: khiếm khuyết ngôn ngữ: 25,3%, di chứng nhẹ: 31,6%, trung bình: 10,1%, nặng: 16,5%, rất nặng: 7,6%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đạt Anh, Nguyễn Lâm Việt và Phạm Quang Vinh (2013), Các thang điểm thiết yếu sử dụng trong thực hành lâm sàng. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 308-315.
2. Nguyễn Đạt Anh và Đặng Quốc Tuấn (2012), Hồi sức cấp cứu tiếp cận theo phác đồ. Nhà xuất bản khoa học kỹ thuật, Hà Nội. Tr. 269-390.
3. Nguyễn Văn Tuấn, Nguyễn Chí Trung và Trần Đăng Quân (2014), Nghiên cứu đặc điểm rối loạn ngôn ngữ ở bệnh nhân đột quy não trên lều giai đoạn cấp. Tạp chí Y học quân sự, 4(302):12-14.
4. Cao Thành Văn, Nguyễn Viết Quang và Hoàng Khánh (2009), Đặc điểm lâm sàng rối loạn ngôn ngữ trong tai biến mạch máu não cấp. Báo cáo khoa học đột quy não toàn quốc lần thứ III.
5. El Sayed Gad AH, Kishk NA, Morsi KH (2012), Prognostic significant of Cerebral Blood Flow volume in Vascular Aphasia by Duplex Sonography. Egypt J Neurol

- Psychiat Neurosurg, 49(4):309-315.
6. Azuar C, Leger A, Arbizu C (2013), The Aphasia Rapid Test: an NIHSS-like aphasia test. *Journals Neurol*, 260:2110–2117.
 7. Godecke E, Hird K, Lalor EE (2012), Very early poststroke aphasia therapy: a pilot randomized controlled efficacy trial. *International Journal of Stroke*, 7(8):635-644.
 8. Hilari K (2011), The impact of stroke: are people with aphasia different to those without?. *Disability and Rehabilitation*, 33(3):211-218.
 9. Klebic J, Salihovic N, Salihovic D et al (2011), Aphasia disorders outcome after stroke. *Med Arh*, 65(5):283-286.
 10. Kyrozis A, Potagas A, Ghikaa A (2009), Incidence and predictors of post-stroke aphasia: The Arcadia Stroke Registry". *European Journal of Neurology*, 16(6):733–739.
 11. Pedersen PM, Jørgensen HS, Nakayama H (2004), Aphasia in acute stroke: Incidence, determinants, and recovery. *Annals of Neurology*, 38(4):659–666.
 12. Pedersen P, Vinter K, Olsen TS (2004), Aphasia after Stroke: Type, Severity and Prognosis. *Cerebrovasc Dis*, 17:35–43
 13. Tsouli S, Kyritsis AP, Tsagalis G (2009), Significance of Aphasia after First-Ever Acute Stroke: Impact on Early and Late Outcomes. *Neuroepidemiology*, 33:96–102.
 14. Vidović M, Sinanović O, Sabaskić L (2011), Incidence and types of speech disorders in stroke patients. *Acta Clin Croat*, 50(4): 491-494.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF APHASIA AFTER ACUTE STROKE

Nguyen Duy Linh¹, Nguyen Trung Kien²

¹Phuoc Long General Hospital (Bac Lieu Province), ²Can Tho Pharma-Medical University

Objectives: (1) Determine the rate, type and score of aphasia on the acute stroke patients. (2) Determine some risks of aphasia on the acute stroke patients. (3) Assess the early recovery of aphasia and complication on the acute stroke patients. **Methods:** Cross-sectional descriptive study was conducted on 126 patients with acute stroke with the objective description of the characteristics of speech disorders in these patients. **Results** showed that the rate of aphasia was 62.7%, in which there were 54.4% mild, 35.4% medium, 10.2% severe; types of aphasia: 49.4% Broca, 11.4% transcortical motor, 10.1% global aphasia, 7.6% conduction, 6.3% Wernicke, 6.3% mixed transcortical aphasia, 5.1% anomic aphasia, 3.8% transcortical sensory. Dominant hemisphere lesions, severity of NIHSS's level and middle cerebral artery lesions at risk for loss of language were 3.14 times, 8 times and 3.93 times more than other patients. The rate of language early recovery was 49.4% and 65.8% patients had sequelae of aphasia after discharge. **Conclusion:** aphasia is a common symptom and sequelae of stroke.

Keywords: acute stroke, aphasia.