

Nghiên cứu rối loạn ngôn ngữ ở bệnh nhân nhồi máu não tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế

Nguyễn Đình Toàn*, Hoàng Thị Ngọc Thảo, Lê Thị Ngọc Anh,
Lê Văn Chương, Hồ Đình Hùng Tiến, Phan Lê Vy
Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Đột quỵ cho đến nay vẫn luôn được coi là một vấn đề cấp thiết của nền y học ở mọi quốc gia trên thế giới. Biểu hiện lâm sàng của đột quỵ rất phong phú và đa dạng, gây ra nhiều rối loạn cả về 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 cho bệnh nhân. Nhồi máu não là dạng đột quỵ phổ biến gây nên rối loạn ngôn ngữ. **Mục tiêu:** 1. Tìm hiểu các loại rối loạn ngôn ngữ ở bệnh nhân nhồi máu não tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế; 2. Đánh giá mối liên quan giữa lâm sàng, vị trí, kích thước tổn thương với các loại rối loạn ngôn ngữ. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, ở 30 bệnh nhân nhồi máu não có rối loạn ngôn ngữ tại Trung tâm Đột quỵ, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế từ tháng 3/2024 đến tháng 11/2024, đánh giá rối loạn ngôn ngữ theo phương pháp The Aphasia Rapid Test (ART). **Kết quả:** Bệnh nhân ≥ 70 tuổi (70,0%). Nam giới (70,0%), nữ giới (30,0%). Thời gian nhồi máu não bán cấp (43,3%). Tổn thương bán cầu chủ yếu bên trái (70,0%), dưới vỏ (53,3%). Tổn thương động mạch não giữa chiếm tỷ lệ cao (36,7%). Kích thước tổn thương 0,5 - 15 mm (63,3%). Vị trí tổn thương phân chia theo khu vực/thùy có vành tia chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp đến là thùy thái dương, thùy chẩm, liên thùy và tỷ lệ vị trí tổn thương thấp nhất ở thùy đảo, nhân đuôi, tiểu não, thân não, thể chai. Tỷ lệ các loại thất ngôn ở bệnh nhân nhồi máu não Xuyên vỏ vận động (30,0%), Broca (23,2%), Dẫn truyền (16,7%), Wernicke (10,0%), Toàn bộ/ Xuyên vỏ cảm giác/ Xuyên vỏ hỗn hợp (6,7%), không có Mất định danh. Có mối liên quan giữa vị trí tổn thương vỏ não/dưới vỏ và loại thất ngôn với $p = 0,047$ ($< 0,05$). Mối liên quan giữa tổn thương thùy thái dương và thất ngôn Wernicke ($p = 0,014$), mối liên quan giữa tổn thương vành tia và thất ngôn Dẫn truyền ($p = 0,003$), mối liên quan giữa tổn thương thùy trán và thất ngôn Toàn bộ ($p = 0,034$), mối liên quan giữa tổn thương trung tâm bán cầu dục và thất ngôn Xuyên vỏ vận động có ý nghĩa thống kê với $p = 0,049$. **Kết luận:** Thất ngôn là một biến chứng hay gặp của đột quỵ nhồi máu não trong đó thất ngôn xuyên vỏ vận động chiếm tỷ lệ cao nhất 30,0%, sau đó là thất ngôn Broca 23,2%. Có mối liên quan giữa vị trí tổn thương vỏ não/dưới vỏ và loại thất ngôn.

Từ khóa: thất ngôn, nhồi máu não, vị trí tổn thương.

Study on language disorders in patients with cerebral infarction at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital

Nguyen Dinh Toan*, Hoang Thi Ngoc Thao, Le Thi Ngoc Anh,
Le Van Chuong, Ho Dinh Hung Tien, Phan Le Vy
Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Abstract

Background: Stroke has always been considered as an urgent medical problem in every country in the world. Symptoms of stroke are varied, causing many disorders in movement, cognitive perception and social psychology. In which, language disorder is a common symptom and often leaves sequelae for patients. Cerebral infarction is a common type of stroke that causes language disorders. **Objectives:** 1. To survey the types of language disorders in patients with cerebral infarction at the University of Medicine and Pharmacy Hospital; 2. To identify relevant factors between clinical, location, and size of lesions with types of language disorders. **Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study on 30 patients with cerebral infarction who suffer from language disorders at The Stroke Center, Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital from March 2024 to December 2024, assessment of language disorders using The Aphasia Rapid Test (ART). **Results:** Patients ≥ 70 years old (70.0%). Male patients (70.0%), female patients (30.0%). Subacute cerebral infarction duration

* Tác giả liên hệ: Nguyễn Đình Toàn. Email: ndtoan@huemed-univ.edu.vn
Ngày nhận bài: 04/04/2025; Ngày đồng ý đăng: 15/10/2025; Ngày xuất bản: 25/12/2025

(43.3%). Hemispheric lesions were mainly left (70.0%), subcortical (53.3%). Middle cerebral artery lesions accounted for a high proportion (36.7%). Lesion size 0.5 - 15 mm (63.3%). The location of the lesions is divided by area/lobe with the highest rate of coronal radiata, followed by the temporal lobe, occipital lobe, interlobe and the lowest rate of lesions in the insula, caudate nucleus, cerebellum, brain stem, corpus callosum. The rate of aphasia types in patients with cerebral infarction is Trans-motor cortex (30.0%), Broca (23.2%), Conduction (16.7%), Wernicke (10.0%), Total/Trans-sensory cortex/Mixed Trans-cortex (6.7%), no Anomic aphasia. There is a relationship between the location of cortical/subcortical lesions and the type of aphasia $p = 0.047$ (< 0.05). The relationship between temporal lobe lesions and Wernicke aphasia ($p = 0.014$), the relationship between coronal ramus lesions and Conduction aphasia ($p = 0.003$), the relationship between frontal lobe lesions and Total aphasia ($p = 0.034$), the relationship between centrum semiovale lesions and Transmotor aphasia were statistically significant with $p = 0.049$. **Conclusion:** Aphasia is a common complication of ischemic stroke, with transcortical motor aphasia accounting for the highest percentage at 30.0%, followed by Broca's aphasia at 23.2%. There is a correlation between the location of cortical/subcortical lesions and the type of aphasia.

Keywords: aphasia, stroke, location of lesions.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ cho đến nay vẫn luôn được coi là một vấn đề cấp thiết của nền y học ở mọi quốc gia trên thế giới. Biểu hiện lâm sàng của đột quỵ rất phong phú và đa dạng, gây ra nhiều rối loạn cả về 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 [1]. Nhồi máu não là dạng đột quỵ phổ biến gây nên rối loạn ngôn ngữ [2, 3, 4]. Việc nghiên cứu vấn đề ngôn ngữ ở bệnh nhân nhồi máu não là quan trọng và cần thiết để tạo điều kiện thuận lợi cho việc lập kế hoạch phục hồi chức năng sau nhồi máu não, cải thiện việc phát triển các hướng dẫn lâm sàng cho chứng mất ngôn ngữ và cuối cùng là ước tính chi phí chăm sóc sức khỏe. Vì những lý do nêu trên, chúng tôi tiến hành đề tài **“Nghiên cứu rối loạn ngôn ngữ ở bệnh nhân nhồi máu não tại bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế”** nhằm hai mục tiêu:

1) *Tìm hiểu các loại rối loạn ngôn ngữ ở bệnh nhân nhồi máu não tại bệnh viện Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế.*

2) *Đánh giá mối liên quan giữa lâm sàng, vị trí, kích thước tổn thương với các loại rối loạn ngôn ngữ.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu 30 bệnh nhân nhồi máu não có rối loạn ngôn ngữ thỏa mãn tiêu chuẩn chọn bệnh và không có tiêu chuẩn loại trừ nhập viện ở Trung tâm Đột quỵ bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ tháng 3/2024 đến tháng 11/2024.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên.

Bệnh nhân khởi phát đột quỵ lần đầu tiên.

Có các triệu chứng thất ngôn.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân mắc nhồi máu não thoáng qua (TIA) trong đợt này.

Bệnh nhân mắc nhồi máu não tái phát (sau 3 tháng kể từ thời điểm đột quỵ gần nhất).

Bệnh nhân đã qua giai đoạn hồi phục sớm sau nhồi máu não (3 tháng).

Bệnh nhân có trường hợp phối hợp giữa nhồi máu não và xuất huyết não hoặc thoái hóa não, teo não (xác định qua phim CLVT).

Bệnh nhân bị câm, khiếm thính trước thời điểm xảy ra đột quỵ không hợp tác khám bệnh được.

Bệnh nhân có các rối loạn tâm thần ảnh hưởng đến khả năng giao tiếp.

Bệnh nhân có tiền sử suy giảm nhận thức và sa sút trí tuệ trước đó (xác định thông qua bệnh nhân và người nhà) hoặc mắc các bệnh như Alzheimer, Parkinson,...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: 30 (chọn mẫu thuận tiện).

Phương pháp đánh giá rối loạn ngôn ngữ: The Aphasia Rapid Test (ART) [5].

2.3. Xử lý số liệu: Sử dụng phương pháp thống kê y học trên phần mềm SPSS 22.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

	Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu	Số lượng	Tỷ lệ %
Tuổi	< 70	9	30,0
	≥ 70	21	70,0
Giới	Nam	21	70,0
	Nữ	9	30,0
Địa chỉ	Nông thôn	14	46,7
	Thành thị	16	53,3

Tay thuận	Trái	5	16,7
	Phải	25	83,3

Bệnh nhân nhồi máu não có thất ngôn có độ tuổi ≥ 70 tuổi nhiều gấp gần 2,3 lần so với độ tuổi < 70 tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân nam giới chiếm gần 2,3 lần so với nữ giới. Số bệnh nhân thành thị và nông thôn có tỷ lệ xấp xỉ nhau (46,7% và 53,3%). Số bệnh nhân thuận tay phải gấp 5 lần bệnh nhân thuận tay trái.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng		n	%
Thời gian nhồi máu não	Tối cấp	6	20,0
	Cấp	11	36,7
	Bán cấp	13	43,3
Mức độ ý thức	Nhẹ	29	96,7
	Trung bình	1	3,3
	Nặng	0	0,0
Liệt nửa người	Không	11	36,7
	Phải	14	46,7
	Trái	5	16,7
Liệt tay	Không	24	80,0
	Phải	3	10,0
	Trái	3	10,0
Liệt chân	Không	29	96,7
	Phải	0	0,0
	Trái	1	3,3
Liệt mặt trung ương	Không	17	56,7
	Phải	9	30,0
	Trái	4	13,3
Rối loạn cảm giác		5	16,7
Rối loạn cơ tròn		2	6,7
Thất điều		3	10,0

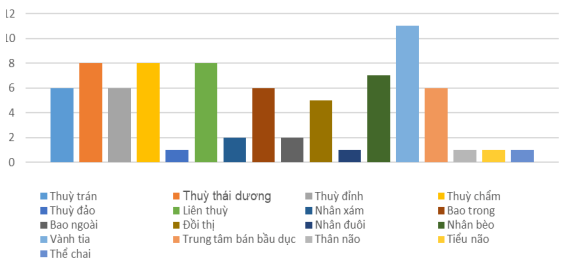
Bệnh nhân vào viện chủ yếu trong thời gian nhồi máu não cấp và bán cấp. Phần lớn bệnh nhân có mức độ ý thức nhẹ (96,7%). Tỷ lệ bệnh nhân có liệt nửa người chiếm đến 63,3%, trong đó liệt nửa người phải chiếm cao hơn liệt nửa người trái. Đối với bệnh nhân chỉ liệt 1 bên tay chiếm 20,0%, tỷ lệ liệt tay trái và tay phải là như nhau. Chỉ ghi nhận 1 ca liệt một bên chân trái. Bệnh nhân có liệt mặt trung ương chiếm tỷ lệ 43,3%, bên phải nhiều hơn bên trái. Ghi nhận 16,7%

bệnh nhân rối loạn cảm giác, 6,7% bệnh nhân có rối loạn cơ tròn và 10,0% thất điều trên tổng số 30 bệnh nhân nhồi máu não.

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm cận lâm sàng		n	%
Vị trí tổn thương bán cầu	Trái	21	70,0
	Phải	7	23,3
	Hai bên	2	6,7
Vị trí theo vỏ não/ dưới vỏ	Vỏ não	6	20,0
	Dưới vỏ	16	53,3
	Cả hai	8	26,7
Vị trí động mạch	Động mạch não giữa	11	36,7
	Động mạch não trước	2	6,7
	Động mạch não sau	2	6,7
	Động mạch thân nền	1	3,3
	Không ghi nhận tổn thương	14	46,7
Kích thước tổn thương	$< 0,5$ mm	3	10,0
	0,5 - 15 mm	19	63,3
	> 15 mm	8	26,7

Về vị trí tổn thương não theo bán cầu: tổn thương chủ yếu ở bán cầu trái chiếm tỷ lệ 70,0%. Vị trí tổn thương dưới vỏ chiếm tỷ lệ cao nhất (53,3%). Theo vị trí động mạch tổn thương, ghi nhận nhiều nhất ở động mạch não giữa với tỷ lệ 36,7%. Kích thước tổn thương 0,5 - 15 mm chiếm tỷ lệ cao nhất (63,3%).



Biểu đồ 1. Vị trí tổn thương

Vị trí tổn thương phân chia theo khu vực/ thùy có vành tia chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp đến là thùy thái dương, thùy chẩm, liên thùy và tỷ lệ vị trí tổn thương thấp nhất ở thùy đảo, nhân đuôi, tiểu não, thân não, thể chai.

3.2. Đặc điểm thất ngôn ở bệnh nhân nhồi máu não

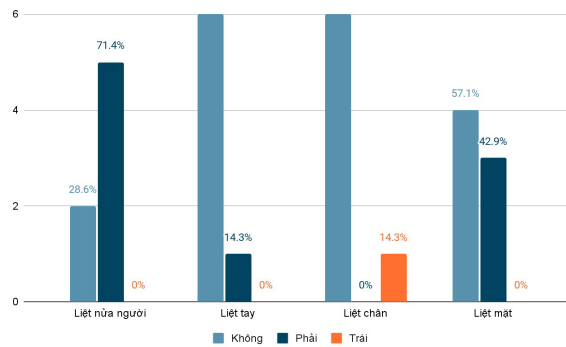
3.2.1. Tỷ lệ các loại thất ngôn ở bệnh nhân nhồi máu não

Bảng 4. Tỷ lệ các loại thất ngôn ở bệnh nhân nhồi máu não

Loại thất ngôn	n	%
Broca	7	23,2
Wernicke	3	10,0
Dẫn truyền	5	16,7
Toàn bộ	2	6,7
Xuyên vỏ vận động	9	30,0
Xuyên vỏ cảm giác	2	6,7
Xuyên vỏ hỗn hợp	2	6,7
Mất định danh	0	0,0

Thất ngôn Xuyên vỏ vận động chiếm tỷ lệ cao nhất 30,0%, sau đó là thất ngôn Broca 23,2% và thất ngôn Dẫn truyền 16,7%. Các loại thất ngôn chiếm tỷ lệ thấp 6,7% đó là thất ngôn Toàn bộ, Xuyên vỏ cảm giác, Xuyên vỏ hỗn hợp. Chưa ghi nhận loại thất ngôn Mất ngôn ngữ định danh.

3.2.2. Thất ngôn Broca



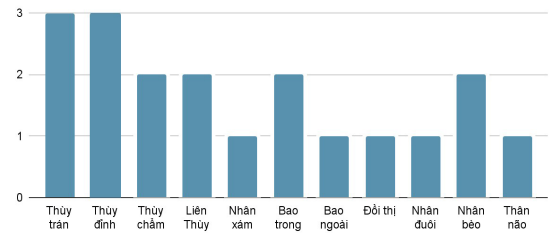
Biểu đồ 2. Triệu chứng lâm sàng ở bệnh nhân mắc thất ngôn Broca

Thất ngôn Broca có triệu chứng liệt nửa người phải chiếm tỷ lệ cao nhất (71,4%), không có bệnh nhân thất ngôn Broca liệt nửa người trái.

Bảng 5. Bán cầu tổn thương ở thất ngôn Broca

Bán cầu tổn thương	n	%
Trái	6	85,7
Phải	0	0,0
Cả hai	1	14,3

Tổn thương bán cầu trái chiếm tỷ lệ cao nhất 85,7% và không có tổn thương riêng ở bán cầu phải.

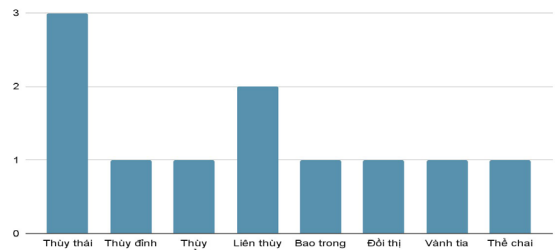


Biểu đồ 4. Vị trí tổn thương theo thùy/khu vực ở thất ngôn Broca

Các tổn thương ghi nhận ở nhiều vị trí khác nhau và nhiều nhất ở thùy trán, thùy đỉnh.

3.2.3. Thất ngôn Wernicke

100% bệnh nhân có thất ngôn Wernicke đều có tổn thương bán cầu não trái.

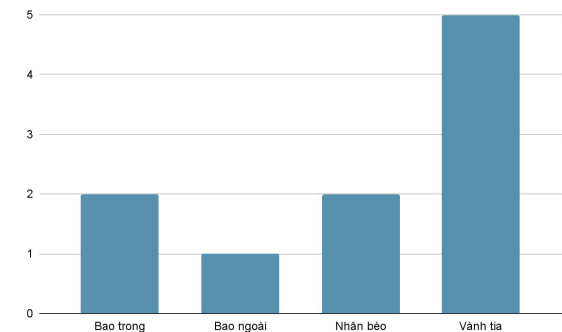


Biểu đồ 5. Vị trí tổn thương theo thùy/khu vực ở thất ngôn Wernicke

Vị trí tổn thương ghi nhận đa dạng, nhiều nhất ở thùy thái dương, tiếp đến là liên thùy.

3.2.4. Thất ngôn dẫn truyền

Tất cả bệnh nhân thất ngôn dẫn truyền đều tổn thương dưới vỏ.

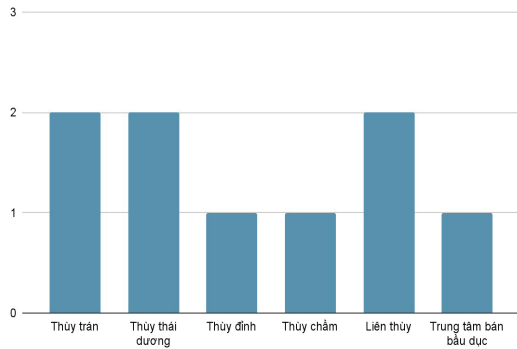


Biểu đồ 6. Vị trí tổn thương theo thùy/khu vực ở thất ngôn dẫn truyền

Tổn thương ghi nhận nhiều nhất ở khu vực vành tia với cả 5 ca bệnh.

3.2.5. Thất ngôn toàn bộ

Tất cả bệnh nhân đều liệt nửa người phải và kèm theo đó là tổn thương bán cầu não trái. 100% bệnh nhân trong nhóm này được ghi nhận có tổn thương tưới máu động mạch não giữa và kích thước tổn thương trong khoảng 0,5 - 15 mm.



Biểu đồ 7. Vị trí tổn thương theo thùy/khu vực ở thất ngôn toàn bộ

Tất cả đều có tổn thương liên thùy, trong đó nhiều nhất là thùy trán và thùy thái dương.

3.2.6. Thất ngôn Xuyên vỏ vận động

Bảng 6. Tổn thương vỏ não/dưới vỏ ở thất ngôn Xuyên vỏ vận động

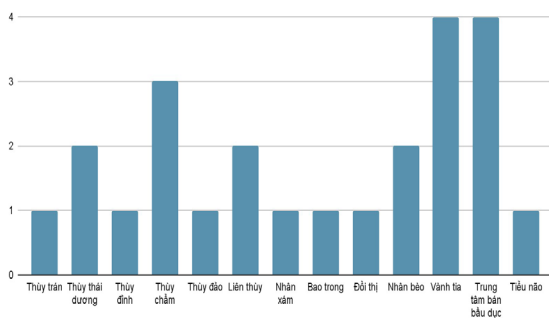
Vỏ não/dưới vỏ	n	%
Vỏ não	1	11,1
Dưới vỏ	4	44,4
Cả hai	4	44,4

Tỷ lệ tổn thương ở dưới vỏ và cả 2 là cao hơn so tổn thương đơn thuần ở vỏ não.

Bảng 7. Động mạch tổn thương ở thất ngôn xuyên vỏ vận động

Động mạch	n	%
Động mạch não giữa	5	55,6
Động mạch não sau	1	11,1
Động mạch thân nền	1	11,1
Không ghi nhận tổn thương	2	22,2

Tổn thương ở động mạch não giữa chiếm tỷ lệ cao nhất 55,6%.



Biểu đồ 8. Vị trí tổn thương theo thùy/khu vực ở bệnh nhân thất ngôn xuyên vỏ vận động

Tổn thương rải rác ở nhiều vị trí, ghi nhận nhiều nhất ở trung tâm bán cầu dục và vành tia.

3.2.7. Thất ngôn Xuyên vỏ cảm giác

Tổn thương bán cầu não phải và trái với tỷ lệ ngang nhau là 50%. Không ghi nhận có tổn thương động mạch.

3.2.8. Thất ngôn Xuyên vỏ hỗn hợp

ổn thương rải rác ở nhiều vị trí, ghi nhận tổn thương ở cả hai bán cầu, cả vỏ não và dưới vỏ.

3.3. Các yếu tố liên quan đến thất ngôn ở bệnh nhân nhồi máu não

3.3.1. Mối liên quan giữa vị trí tổn thương theo vỏ não/dưới vỏ và loại thất ngôn

Bảng 8. Liên quan giữa vị trí tổn thương theo vỏ não/dưới vỏ và loại thất ngôn

Vị trí	Thất ngôn			
	Broca	Wernicke	Dẫn truyền	Toàn bộ
Vỏ não	2 28,6%	1 33,3%	0 0,0%	1 50,0%
Dưới vỏ	5 71,4%	0 0,0%	5 100%	0 0%
Cả hai	0 0%	2 66,7%	0 0,0%	1 50,0%
p	0,047			

Vị trí	Thất ngôn			
	Vận động xuyên vỏ	Cảm giác xuyên vỏ	Xuyên vỏ hỗn hợp	Mất định danh
Vỏ não	1 11,1%	1 50,0%	0 0,0%	0
Dưới vỏ	4 44,4%	1 50,0%	1 50,0%	0
Cả hai	4 44,4%	0 0,0%	1 50,0%	0
P	0,047			

Có mối liên quan giữa vị trí tổn thương vỏ não/dưới vỏ và loại thất ngôn với $p < 0,05$.

3.3.2. Mối liên quan giữa vị trí tổn thương theo thùy và loại thất ngôn tương ứng

Tất cả bệnh nhân có thất ngôn Wernicke đều tổn thương thùy thái dương, có ý nghĩa thống kê với $p = 0,014 (< 0,05)$.

Tất cả bệnh nhân có thất ngôn Dẫn truyền đều tổn thương vành tia, có ý nghĩa thống kê với $p = 0,003 (< 0,05)$.

Tất cả bệnh nhân có thất ngôn Toàn bộ đều tổn thương thùy trán, có ý nghĩa thống kê với $p = 0,034 (< 0,05)$.

Không có thất ngôn Xuyên vỏ vận động thì 90,5%

không có tổn thương tại trung tâm bán cầu dục, có ý nghĩa thống kê với $p = 0,049 (< 0,05)$.

4. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ các loại thất ngôn ở bệnh nhân nhồi máu não

Tỷ lệ các loại thất ngôn ở bệnh nhân nhồi máu não trong nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt so với một số nghiên cứu khác. Sự khác biệt này do nhiều yếu tố, trong đó có các yếu tố chính là do mẫu nghiên cứu: chúng tôi nghiên cứu trên 30 bệnh nhân nhồi máu não có thất ngôn, số lượng có phần hạn chế hơn so với các nghiên cứu khác. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu thất ngôn Copenhagen [3] và nghiên cứu của Cao Thành Vân, Nguyễn Viết Quang và Hoàng Khánh [6] ở đối tượng bệnh nhân đột quỵ bao gồm cả nhồi máu não và xuất huyết não, trong khi đó nghiên cứu của chúng tôi lựa chọn đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân nhồi máu não cấp do đó kết quả có sự khác biệt. Bộ dụng cụ sử dụng để đánh giá thất ngôn: chúng tôi sử dụng Aphasia Rapid Test để phân loại thất ngôn, ưu điểm của thang điểm này giúp đánh giá một cách nhanh chóng hơn và không cần phải được đào tạo chuyên sâu để có thể sử dụng các thang điểm như Western Aphasia Battery (WAB) hay Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAA) [7].

4.2. Các yếu tố liên quan đến thất ngôn ở bệnh nhân nhồi máu não

4.2.1. Mối liên quan giữa vị trí tổn thương và các loại thất ngôn

Các vùng ở vỏ não, đặc trưng như hồi trán dưới (vùng Broca) gây ra thất ngôn Broca, vùng Wernicke ở hồi thái dương gây ra thất ngôn Wernicke, vùng liên hợp đỉnh thái dương phía sau vùng Wernicke sẽ gây ra thất ngôn Cảm giác xuyên vỏ [8, 9, 10].

Các vùng dưới vỏ não, thất ngôn Dẫn truyền sẽ được gây ra nếu có tổn thương bó cung kết nối hai vùng Broca và Wernicke, hạch nền cụ thể là các tổn thương ở nhân bào hay bao trong thường liên quan đến loại thất ngôn Xuyên vỏ vận động, vùng đồi thị khi tổn thương sẽ gây ra các ra các loại thất ngôn như Xuyên vỏ hỗn hợp hay Xuyên vỏ cảm giác được gọi là "thalamic aphasia" đặc trưng bởi sự không hiểu ngôn ngữ nhưng lời nói trôi chảy [11, 12, 13]. Khi phân tích kết quả nghiên cứu số liệu của chúng tôi nhận thấy có sự phù hợp về giữa lý thuyết và các kết quả tương ứng. Kết quả của chúng tôi cho thấy có mối liên quan mang ý nghĩa thống kê giữa tổn thương Vỏ não/Dưới vỏ với các loại thất ngôn với $p = 0,047$.

4.2.2. Mối liên quan giữa vị trí tổn thương theo thùy và loại thất ngôn tương ứng

4.2.2.1. Thùy thái dương và thất ngôn Wernicke

Tổn thương tại vùng Wernicke nằm trong thùy thái dương là nguyên nhân chính dẫn đến thất ngôn Wernicke. Nghiên cứu của Miller, M. I., & Raff, M. (2010). Nghiên cứu này tập trung vào vai trò của thùy thái dương trong việc xử lý ngôn ngữ, đặc biệt là trong các dạng rối loạn ngôn ngữ như thất ngôn Wernicke [14]. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tất cả bệnh nhân có thất ngôn Wernicke đều tổn thương thùy thái dương, có ý nghĩa thống kê với $p = 0,014 (< 0,05)$.

4.2.2.2. Vành tia và thất ngôn Dẫn truyền

Nghiên cứu về về lập bản đồ tổn thương ở các khu vực của não bộ của Dorothee Saur và các cộng sự năm 2008 cho thấy các bệnh nhân đột quỵ cấp tính bị tổn thương bó dọc trên và vành tia biểu hiện các triệu chứng của thất ngôn dẫn truyền [15]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận 100% các bệnh nhân mắc thất ngôn dẫn truyền có tổn thương vành tia, kết quả có ý nghĩa thống kê với $p = 0,003 (< 0,05)$.

4.2.2.3. Thùy trán và thất ngôn toàn bộ

Thất ngôn Toàn bộ hay gặp khi có các tổn thương có kích thước lớn bao gồm cả vùng thùy trán, thùy thái dương, thùy đỉnh. Trong đó đặc biệt là thùy trán nơi có vùng Broca chịu trách nhiệm chính cho việc hình thành ngôn ngữ. Theo nghiên cứu phân tích hình ảnh cắt lớp vi tính về tổn thương não ở bệnh nhân thất ngôn của Kertész và cộng sự, tổn thương rộng bao gồm cả thùy trán ở não thường sẽ gây ra thất ngôn Toàn bộ [16]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả trường hợp thất ngôn Toàn bộ đều có tổn thương thùy trán kèm theo, có ý nghĩa thống kê với $p = 0,034 (< 0,05)$.

4.2.2.4. Trung tâm bán cầu dục và thất ngôn Xuyên vỏ vận động

Nghiên cứu về thất ngôn do tổn thương ở trung tâm bán cầu dục của Y Lanoe và các cộng sự (1994) cho thấy các bệnh nhân tổn thương trung tâm bán cầu dục có có triệu chứng và liên quan đến thất ngôn Xuyên vỏ vận động [17]. Trong nghiên cứu ghi nhận không có thất ngôn Xuyên vỏ vận động thì có 90,5% không có tổn thương tại trung tâm bán cầu dục, kết quả này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,049 (< 0,05)$.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ các loại thất ngôn ở bệnh nhân nhồi máu não được đánh giá theo Aphasia Rapid Test lần lượt là: Broca 23,2%, Wernicke 10%, Dẫn truyền 16,7%, Toàn bộ 6,7%, Xuyên vỏ vận động 30%, Xuyên vỏ cảm giác 6,7%, Xuyên vỏ hỗn hợp 6,7%, Mất ngôn

ngữ định danh 0%. Nghiên cứu ghi nhận có mối liên quan giữa vị trí tổn thương vỏ não/dưới vỏ và loại thất ngôn, tổn thương thùy thái dương và thất ngôn Wernick, tổn thương vành tia và thất ngôn Dẫn truyền, tổn thương thùy trán và thất ngôn Toàn bộ,

giữa tổn thương trung tâm bán cầu dục và thất ngôn Xuyên vỏ vận động có ý nghĩa thống kê. Chưa tìm thấy mối liên quan giữa các loại thất ngôn với các triệu chứng lâm sàng, tổn thương theo động mạch, tổn thương theo kích thước khác nhau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kauhanen ML. Post-Stroke Aphasia, Quality of Life After Stroke. Oulu: Oulu University Library; 2000. Chapter 2, 5, 6; p. 5, 16-18, 24.
2. Brown GG, Baird AD. The effects of cerebrovascular disease on neuropsychological functioning. In: Grant I, Adams KM, editors. Neuropsychological Assessment of Neuropsychiatric Disorders. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 1996.
3. Pedersen PM, Vinter K, Olsen TS. Aphasia after stroke: type, severity and prognosis. The Copenhagen Aphasia Study. Cerebrovasc Dis. 2004;17(1):35-43.
4. Sarno MT. Acquired Aphasia. 2nd ed. New York: Academic Press; 1991.
5. Azuar C, Leger A, Arbizu C, et al. The Aphasia Rapid Test: an NIHSS-like aphasia test. J Neurol. 2013;260(8):2110-7.
6. Cao Thành Vân, Nguyễn Viết Quang, Hoàng Khánh. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng rối loạn ngôn ngữ trong tai biến mạch máu não giai đoạn cấp [Luận văn Thạc sỹ]. Huế: Trường Đại học Y Dược Huế - Đại học Huế; 2007.
7. Australian Aphasia Rehabilitation Pathway. Aphasia assessment and the ICF [Internet]. 2014.
8. Nguyễn Văn Chương. Bệnh học thần kinh. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2012.
9. Nguyễn Thanh Hồng, Nguyễn Thị Hùng. Nghiên cứu mất ngôn ngữ và hình ảnh học ở bệnh nhân nhồi máu não trên lều. Y học TP. Hồ Chí Minh. 2009;13(1):375-80.
10. Rutten GJ. Broca-Wernicke theories: A historical perspective. Handb Clin Neurol. 2022;185:25-34.
11. Nguyễn Đức Hình. Giáo trình Thần kinh học. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2015.
12. Crosson B. Subcortical functions in language: A working model. Brain Lang. 1985;25(2):257-92.
13. Damasio H, Damasio AR. The anatomical basis of conduction aphasia. Brain. 1980;103(2):337-50.
14. Miller MI, Raff M. The Role of the Temporal Lobe in Language Processing. In: Cognitive Neuroscience of Language. Psychology Press; 2010.
15. Saur D, Kreher BW, Schnell S, Kümmerer D, Kellmeyer P, et al. Ventral and dorsal pathways for language. Proc Natl Acad Sci U S A. 2008;105(46):18035-40.
16. Kertesz A, Harlock W, Coates R, Sheppard A. Computer tomographic localization, lesion size, and prognosis in aphasia and nonverbal impairment. Brain Lang. 1979;8(1):34-50.
17. Lanoe Y, Pedetti L, Lanoe A, Mayer JM, Evrard S. Aphasia caused by isolated lesion of the semi-ovale centre: contribution of the measurement of cerebral blood flow. Rev Neurol (Paris). 1994;150(6-7):430-4.