

đương nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Bình và cộng sự khi ghi nhận tỷ lệ chẩn đoán thành công của nội soi phế quản sinh thiết đạt trên 90%. Điều này khẳng định nội soi phế quản ống mềm vẫn là phương pháp có giá trị cao trong chẩn đoán ung thư phổi, đặc biệt đối với các tổn thương trung tâm.

Tai biến trong nội soi phế quản tương đối thấp, với chảy máu chiếm 4,2% và thiếu oxy máu chiếm 1,4%. Theo Nguyễn Nguyên Thuỷ (2025), triệu chứng lâm sàng gặp nhiều nhất là ho máu (4,8%) và khó thở (4,8%), sốt (0,95%)<sup>7</sup>. Nhìn chung, nội soi phế quản ống mềm là thủ thuật an toàn, tỷ lệ biến chứng nặng thấp khi được thực hiện đúng chỉ định và tuân thủ quy trình kỹ thuật.

## V. KẾT LUẬN

Ung thư phổi chủ yếu gặp ở nam giới lớn tuổi. Đau ngực là triệu chứng thường gặp nhất. Nội soi phế quản ống mềm có giá trị cao trong chẩn đoán ung thư phổi với tỷ lệ thành công 95,4%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Thandra, K. C., Barsouk, A., Saginala, K., Aluru,

J. S. & Barsouk, a. Epidemiology of lung cancer. Contemporary oncology (pozn, poland) 25, 45-52, doi:10.5114/Wo.2021.103829 (2021).

2. Bộ y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ. (2018).
3. Kouvela, M. Et al. Lung cancer epidemiology based on bronchoscopic and imaging findings from newly diagnosed patients in central greece. Pneumon 37, 1-10, doi:10.18332/Pne/174851 (2024).
4. Đinh, N. D. Et al. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và giá trị một số thông số viêm ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn muộn. Tạp chí y dược học quân sự 50, 186-194, doi:10.56535/Jmpm.V50i5.1217 (2025).
5. Putri, R. A. Clinicopathologic profile of lung cancer patients at murni teguh memorial hospital in 2023. Indonesian journal of cancer 19, 513-518 (2025).
6. Thắng, T. B. Kết quả phân loại giai đoạn bệnh theo phiên bản lần thứ 8 ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ. Tạp chí y dược lâm sàng 108, 115-120 (2021).
7. Nguyễn, n. T. & Hoàng, M. T. Kết quả nội soi phế quản trong ung thư phổi tại bệnh viện ung bướu hà nội. Tạp chí y học việt nam 556, doi:10.51298/Vmj.V556i2.16342 (2025).

# ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ TÌNH TRẠNG RỐI LOẠN CHỨC NĂNG NHẬN THỨC Ở BỆNH NHÂN SAU ĐỘT QUY NÃO ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN PHỤC HỒI CHỨC NĂNG BẮC NINH

Phan Tiến Chung<sup>1</sup>, Trần Văn Tuấn<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tình trạng rối loạn chức năng nhận thức ở bệnh nhân sau đột quỵ não được điều trị tại Bệnh viện Phục hồi chức năng Bắc Ninh.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 282 bệnh nhân sau đột quỵ não điều trị nội trú tại Bệnh viện Phục hồi chức năng Bắc Ninh từ tháng 3/2025 đến tháng 3/2026. Chức năng nhận thức được đánh giá bằng thang điểm Mini-Mental State Examination (MMSE).

**Kết quả:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là

64,64 ± 11,75 tuổi, nhóm tuổi 61–70 chiếm tỷ lệ cao nhất (36,9%). Nam giới chiếm 62,8%. Nhồi máu não chiếm 64,9%, xuất huyết não chiếm 35,1%. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp gồm đau đầu (80,5%), chóng mặt (67,7%), nói khó (50,4%), rối loạn cảm giác (100%) và liệt nửa người (99,6%). Điểm MMSE trung bình là 24,46 ± 4,23 điểm. Tỷ lệ rối loạn chức năng nhận thức là 40,8%, trong đó rối loạn nhận thức nhẹ chiếm 33,3% và rối loạn nhận thức nặng chiếm 7,4%. Các lĩnh vực nhận thức bị ảnh hưởng nhiều nhất là tri giác (42,2%), trí nhớ (34,8%), chú ý (27,0%), định hướng (24,3%), ngôn ngữ (20,9%) và chức năng điều hành (13,1%).

**Kết luận:** Rối loạn chức năng nhận thức là biến chứng thường gặp ở bệnh nhân sau đột quỵ não với tỷ lệ 40,8%. Các lĩnh vực bị ảnh hưởng chủ yếu là tri giác, trí nhớ và chú ý. Việc đánh giá chức năng nhận thức bằng MMSE giúp phát hiện sớm các rối loạn nhận thức và hỗ trợ xây dựng chương trình phục hồi chức năng phù hợp cho người bệnh sau đột quỵ.

**Từ khóa:** đột quỵ não, rối loạn nhận thức

<sup>1</sup>Bệnh viện Phục hồi Chức năng Bắc Ninh

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Phan Tiến Chung

Email: phantienchung1982@gmail.com

Mã bài: N131

Ngày nhận bài: 10/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 9/4/2026

Ngày duyệt bài: 15/5/2026

**SUMMARY****CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND COGNITIVE IMPAIRMENT IN POST-STROKE PATIENTS TREATED AT BAC NINH REHABILITATION HOSPITAL**

**Objective:** To describe the clinical and paraclinical characteristics and cognitive impairment among post-stroke patients treated at Bac Ninh Rehabilitation Hospital.

**Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 282 post-stroke patients hospitalized at Bac Ninh Rehabilitation Hospital from March 2025 to March 2026. Cognitive function was assessed using the Mini-Mental State Examination (MMSE).

**Results:** The mean age of the study participants was  $64.64 \pm 11.75$  years, with the 61–70-year age group accounting for the highest proportion (36.9%). Males represented 62.8% of the study population. Ischemic stroke accounted for 64.9% of cases, while hemorrhagic stroke accounted for 35.1%. The most common clinical manifestations were headache (80.5%), dizziness (67.7%), dysarthria (50.4%), sensory impairment (100%), and hemiplegia (99.6%). The mean MMSE score was  $24.46 \pm 4.23$ . The prevalence of cognitive impairment was 40.8%, including mild cognitive impairment in 33.3% and severe cognitive impairment in 7.4% of patients. The most frequently affected cognitive domains were perception (42.2%), memory (34.8%), attention (27.0%), orientation (24.3%), language (20.9%), and executive function (13.1%).

**Conclusion:** Cognitive impairment is a common complication among post-stroke patients, with a prevalence of 40.8%. The most affected cognitive domains were perception, memory, and attention. Assessment of cognitive function using the MMSE is useful for the early detection of cognitive impairment and may facilitate the development of appropriate rehabilitation programs for post-stroke patients.

**Keywords:** stroke, cognitive impairment

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Đột quỵ não là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật trên toàn thế giới. Năm 2020, tỷ lệ đột quỵ toàn cầu là 11,71 triệu người và trong đó đột quỵ thiếu máu cục bộ chiếm khoảng 65% trong số tất cả các trường hợp, xuất huyết nội sọ và xuất huyết dưới nhện lần lượt chiếm khoảng 29% và 6% trong số tất cả các trường hợp. Về tỷ lệ tử vong, năm 2020, số ca tử vong do đột quỵ là 7,08 triệu, trong đó có 3,48 triệu ca do đột quỵ thiếu máu cục bộ, 3,25 triệu ca do xuất huyết nội sọ và 0,35 triệu ca liên quan đến xuất huyết dưới nhện<sup>1</sup>. Tại Việt Nam chưa có thống kê chính thức về tình trạng đột quỵ não nhưng là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong giai đoạn 2009-2019 với mức tăng 9,1%<sup>2</sup>. Mặc dù những tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị đã giúp giảm tỷ lệ tử vong, nhiều bệnh nhân sống sót vẫn phải đối mặt với các di chứng kéo dài, trong đó rối loạn chức năng nhận thức là một biến

chứng thường gặp và có ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống. Rối loạn nhận thức sau đột quỵ có thể biểu hiện dưới nhiều hình thức như suy giảm trí nhớ, chú ý, định hướng, ngôn ngữ, tri giác và chức năng điều hành, làm hạn chế khả năng sinh hoạt độc lập cũng như hiệu quả phục hồi chức năng của người bệnh.

Tại Việt Nam, số lượng bệnh nhân đột quỵ ngày càng gia tăng cùng với quá trình già hóa dân số và sự gia tăng các bệnh lý tim mạch, chuyển hóa. Tuy nhiên, các nghiên cứu về tình trạng rối loạn chức năng nhận thức ở bệnh nhân sau đột quỵ vẫn còn hạn chế, đặc biệt tại các cơ sở phục hồi chức năng. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tình trạng rối loạn chức năng nhận thức ở bệnh nhân sau đột quỵ não được điều trị tại Bệnh viện Phục hồi chức năng Bắc Ninh” với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tình trạng rối loạn chức năng nhận thức ở bệnh nhân sau đột quỵ não được điều trị tại Bệnh viện Phục hồi chức năng Bắc Ninh.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU****2.1. Đối tượng nghiên cứu**

Nghiên cứu được thực hiện trên 282 bệnh nhân sau đột quỵ não điều trị nội trú tại Bệnh viện Phục hồi chức năng Bắc Ninh từ tháng 3 năm 2025 đến tháng 3 năm 2026.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:**

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định đột quỵ não theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), bao gồm nhồi máu não hoặc xuất huyết não, được xác nhận bằng chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ sọ não.

Tình trạng lâm sàng ổn định, có khả năng hợp tác trong quá trình đánh giá chức năng nhận thức.

Đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:**

Bệnh nhân có tiền sử sa sút trí tuệ hoặc rối loạn nhận thức trước đột quỵ.

Bệnh nhân mắc các bệnh lý thần kinh hoặc tâm thần ảnh hưởng đến đánh giá nhận thức.

Bệnh nhân suy giảm ý thức, rối loạn ngôn ngữ nặng hoặc khiếm khuyết giác quan không thể thực hiện được thang điểm đánh giá nhận thức.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

**Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện, lấy toàn bộ bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu.

**2.3. Nội dung nghiên cứu**

**Đặc điểm chung:** Tuổi, giới

**Triệu chứng lâm sàng:** Đau đầu, chóng mặt, nói khó, rối loạn cảm giác, liệt nửa người.

**Đặc điểm cận lâm sàng:** Chụp CT sọ não xác định:

- Vị trí tổn thương não.
- Kích thước tổn thương não.
- Đặc điểm tổn thương mạch máu não.

**Đánh giá chức năng nhận thức:** Chức năng nhận thức được đánh giá bằng thang điểm Mini-Mental State Examination (MMSE), gồm 30 điểm với

các lĩnh vực định hướng, ghi nhớ, chú ý và tính toán, nhớ lại, ngôn ngữ và khả năng thực hiện lệnh. Phân loại mức độ nhận thức:

**Bình thường:** MMSE  $\geq 24$  điểm.

**Rối loạn nhận thức nhẹ:** MMSE từ 14–23 điểm.

**Rối loạn nhận thức nặng:** MMSE  $< 14$  điểm.

**2.4. Xử lý số liệu**

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 26.0.

**2.5. Đạo đức nghiên cứu:** Được sự chấp thuận của hội đồng đạo đức Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

*Bảng 3.1 Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới*

| Tuổi           | Giới | Nam               |      | Nữ                |      | Tổng              |      |
|----------------|------|-------------------|------|-------------------|------|-------------------|------|
|                |      | n                 | %    | n                 | %    | n                 | %    |
| $\leq 30$      |      | 3                 | 1,7  | 1                 | 1    | 4                 | 1,4  |
| 31-40          |      | 2                 | 1,1  | 0                 | 0    | 2                 | 0,7  |
| 41-50          |      | 18                | 10,2 | 11                | 10,5 | 29                | 10,3 |
| 51-60          |      | 42                | 23,7 | 14                | 13,3 | 56                | 19,9 |
| 61-70          |      | 71                | 40,1 | 33                | 31,4 | 104               | 36,9 |
| $\geq 70$      |      | 41                | 23,2 | 46                | 43,8 | 87                | 30,9 |
| Tổng           |      | 177               | 62,8 | 105               | 37,2 | 282               | 100  |
| Tuổi thấp nhất |      | 22                |      | 23                |      | 22                |      |
| Tuổi cao nhất  |      | 89                |      | 92                |      | 89                |      |
| Trung bình     |      | 63,07 $\pm$ 11,18 |      | 67,29 $\pm$ 12,25 |      | 64,64 $\pm$ 11,75 |      |

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ cao hơn nữ, tương ứng 62,8% và 37,2%. Nhóm tuổi gặp nhiều nhất là từ 61–70 tuổi chiếm 36,9%, tiếp theo là nhóm  $\geq 70$  tuổi chiếm 30,9%. Các nhóm tuổi dưới 40 chiếm tỷ lệ rất thấp, lần lượt là 1,4% ở nhóm  $\leq 30$  tuổi và 0,7% ở nhóm 31–40 tuổi.

Ở nam giới, nhóm tuổi 61–70 chiếm tỷ lệ cao nhất với 40,1%. Tuổi trung bình của toàn bộ đối tượng nghiên cứu là 64,64  $\pm$  11,75 tuổi.

*Bảng 3.2 Các triệu chứng lâm sàng*

| Triệu chứng              | Số lượng | Tỷ lệ |
|--------------------------|----------|-------|
| Đau đầu                  | 227      | 80,5  |
| Chóng mặt                | 191      | 67,7  |
| Nói khó                  | 142      | 50,4  |
| Rối loạn cảm giác        | 282      | 100   |
| Liệt $\frac{1}{2}$ người | 281      | 99,6  |

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, rối loạn cảm giác là triệu chứng lâm sàng gặp ở tất cả bệnh nhân với tỷ lệ 100% (282/282 bệnh nhân). Liệt nửa người chiếm 99,6%. Đau đầu xuất hiện ở 227 bệnh nhân, chiếm 80,5%, chóng mặt 67,7%. Triệu

chứng nói khó được ghi nhận ở 142 bệnh nhân, chiếm 50,4%, là triệu chứng xuất hiện ở khoảng một nửa số trường hợp nghiên cứu.

*Bảng 3.3 Thể đột quy*

| Thể đột quy    | Số lượng | Tỷ lệ |
|----------------|----------|-------|
| Xuất huyết não | 99       | 35,1  |
| Nhồi máu não   | 183      | 64,9  |

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhồi máu não là thể đột quy gặp nhiều nhất với 183 trường hợp, chiếm 64,9%. Trong khi đó, xuất huyết não ghi nhận ở 99 bệnh nhân, chiếm 35,1%.

Bảng 3.4 Hình ảnh chụp CT sọ não

| Đặc điểm            |                     | Số lượng | Tỷ lệ |
|---------------------|---------------------|----------|-------|
| Vị trí              | Bên trái            | 136      | 48,2  |
|                     | Bên phải            | 146      | 51,8  |
| Thùy tổn thương     | Thùy trán           | 80       | 28,4  |
|                     | Thùy đỉnh           | 103      | 36,5  |
|                     | Thùy chẩm           | 69       | 29,5  |
|                     | Thùy thái dương     | 74       | 26,2  |
| Kích thước          | < 10mm              | 234      | 83    |
|                     | ≥ 10mm              | 48       | 17    |
| Tổn thương mạch máu | Động mạch não trước | 61       | 21,6  |
|                     | Động mạch não sau   | 108      | 38,3  |
|                     | Động mạch não giữa  | 113      | 40,1  |

**Nhận xét:** Tổn thương phân bố tương đối đồng đều giữa hai bán cầu não, bên trái chiếm 48,2% và bên phải chiếm 51,8%.

Về vị trí theo thùy não, tổn thương thùy đỉnh gặp nhiều nhất với 36,5%, tiếp đến là thùy chẩm (29,5%), thùy trán (28,4%) và thùy thái dương (26,2%). Điều này cho thấy tổn thương sau đột quỵ có thể xuất hiện ở nhiều vùng chức năng khác nhau của não, trong đó thùy đỉnh là vị trí thường gặp nhất. Tổn thương nhỏ dưới 10 mm chiếm 83,0%. Động mạch não giữa là vị trí tổn thương thường gặp nhất với 40,1%, động mạch não trước (21,6%) và động mạch não sau (38,3%).

Bảng 3.5 Điểm test MMSE

| Điểm MMSE  | Số lượng   | Tỷ lệ |
|------------|------------|-------|
| ≥ 24       | 167        | 59,2  |
| 20-23      | 86         | 30,5  |
| 14-19      | 24         | 8,5   |
| 0-13       | 5          | 1,8   |
| Trung bình | 24,46±4,23 |       |
| Min        | 10         |       |
| Max        | 30         |       |

**Nhận xét:** Điểm MMSE trung bình của nhóm nghiên cứu là 24,46 ± 4,23 điểm MMSE từ 24 điểm trở lên chiếm 59,2%, nhóm MMSE từ 20–23 điểm chiếm 30,5%. Tỷ lệ bệnh nhân có suy giảm nhận thức mức độ trung bình (MMSE 14 - 19 điểm) là 8,5%, trong khi suy giảm nhận thức nặng (MMSE 0 - 13 điểm) chỉ chiếm 1,8%.

Bảng 3.6 Các trạng thái rối loạn trí nhớ ở bệnh nhân rối loạn nhận thức

| Lĩnh vực            | Số lượng | Tỷ lệ |
|---------------------|----------|-------|
| Rối loạn trí nhớ    | 98       | 34,8  |
| Rối loạn định hướng | 66       | 23,4  |
| Rối loạn ngôn ngữ   | 59       | 20,9  |
| Rối loạn tri giác   | 119      | 42,2  |
| Rối loạn chú ý      | 76       | 27    |
| Rối loạn điều hành  | 37       | 13,1  |
| Có từ 2 trở lên     | 130      | 46,1  |

**Nhận xét:** Kết quả nghiên cứu cho thấy rối loạn tri giác là lĩnh vực nhận thức bị ảnh hưởng nhiều nhất 42,2%. Tiếp theo là rối loạn trí nhớ với tỷ lệ 34,8%, rối loạn chú ý 27,0% và rối loạn định hướng 23,4%. Rối loạn ngôn ngữ gặp ở 20,9% bệnh nhân, trong khi rối loạn chức năng điều hành có tỷ lệ thấp nhất, chiếm 13,1%. Có 46,1% xuất hiện từ hai lĩnh vực rối loạn nhận thức trở lên

#### IV. BÀN LUẬN

##### Đặc điểm tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân sau đột quỵ não là 64,64 ± 11,75 tuổi, dao động từ 22 đến 92 tuổi. Nhóm tuổi 61–70 chiếm tỷ lệ cao nhất (36,9%), tiếp theo là nhóm ≥70 tuổi (30,9%). Kết quả này cho thấy đột quỵ não chủ yếu gặp ở người cao tuổi, phù hợp với đặc điểm dịch tễ học của bệnh. Tuổi cao làm gia tăng nguy cơ mắc các bệnh lý tim mạch, xơ vữa động mạch, tăng huyết áp và đái tháo đường, từ đó làm tăng nguy cơ xuất hiện đột quỵ não. Nam giới chiếm 62,8%, cao hơn nữ giới (37,2%), với tỷ lệ nam/nữ là 1,7/1. Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước, cho thấy nam giới thường có nguy cơ đột quỵ cao hơn do tỷ lệ hút thuốc lá, uống rượu và các yếu tố nguy cơ tim mạch khác cao hơn nữ giới. Đặng Thị Thuý Hằng (2025) ghi nhận nam giới chiếm 63,3%, nữ chiếm 36,7%, tuổi trung bình 65,51 ± 11,94 tuổi<sup>3</sup>. Nghiên cứu đa trung tâm của Exalto (2023) cho thấy nam giới chiếm 62%, nghiên cứu cũng ghi nhận nữ giới có tuổi trung bình cao hơn nam giới, tương ứng 68,3 ± 12,3 tuổi so với 64,9 ± 11,3 tuổi<sup>4</sup>.

Triệu chứng lâm sàng rối loạn cảm giác gặp ở tất cả bệnh nhân (100%), tiếp theo là liệt nửa người (99,6%). Đây là hai biểu hiện thường gặp nhất của tổn thương thần kinh khu trú sau đột quỵ. Tổn thương đường dẫn truyền cảm giác và bó tháp làm xuất hiện các rối loạn vận động và cảm giác với mức độ khác



nhau, ảnh hưởng trực tiếp đến khả năng sinh hoạt và phục hồi chức năng của người bệnh. Đau đầu được ghi nhận ở 80,5% bệnh nhân, chóng mặt ở 67,7% và nói khó ở 50,4%. Các triệu chứng này phản ánh tình trạng tổn thương nhu mô não và rối loạn chức năng thần kinh sau đột quy. Tỷ lệ nói khó tương đối cao cho thấy nhiều trường hợp có tổn thương tại các vùng liên quan đến chức năng ngôn ngữ hoặc các đường dẫn truyền thần kinh điều khiển phát âm. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Vũ Bá Ngọc (2025) cho thấy liệt nửa người chiếm 85,6%, đau đầu chiếm 61,5%<sup>5</sup>.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhồi máu não chiếm 64,9%, cao hơn xuất huyết não (35,1%). Kết quả của chúng tôi tương tự Hoàng Xuân Trường (2025) nhồi máu não chiếm 66,67% và xuất huyết não chiếm 33,33%<sup>6</sup>.

Về hình ảnh chụp cắt lớp vi tính sọ não, tổn thương phân bố tương đối đồng đều giữa hai bán cầu não. Thùy đỉnh là vị trí tổn thương thường gặp nhất (36,5%), tiếp theo là thùy chẩm (29,5%), thùy trán (28,4%) và thùy thái dương (26,2%). Đây đều là những vùng não có vai trò quan trọng trong hoạt động nhận thức, cảm giác và vận động. Do đó, tổn thương tại các vị trí này có thể ảnh hưởng đáng kể đến chức năng nhận thức của người bệnh. Đa số bệnh nhân có tổn thương kích thước dưới 10 mm (83,0%). Tuy nhiên, nhóm có tổn thương lớn hơn thường có nguy cơ cao xuất hiện các di chứng thần kinh và suy giảm nhận thức do phạm vi tổn thương não rộng hơn. Tác giả Weaver nghiên cứu trên 2.950 bệnh nhân đột quy cũng ghi nhận các tổn thương tập trung chủ yếu tại vùng trán – thái dương bên trái, thùy đỉnh bên phải và đôi khi trái, cho thấy đây là những khu vực thường xuyên bị ảnh hưởng trong đột quy thiếu máu não. Nghiên cứu đạt độ bao phủ tổn thương não lên tới 86,9%, cho phép đánh giá gần như toàn bộ các vùng giải phẫu não<sup>7</sup>.

Điểm MMSE trung bình của nhóm nghiên cứu là  $24,46 \pm 4,23$  điểm. Có 40,8% bệnh nhân có điểm MMSE dưới 24 điểm, biểu hiện tình trạng rối loạn nhận thức ở các mức độ khác nhau. Trong đó, rối loạn nhận thức nhẹ chiếm 33,3% và rối loạn nhận thức nặng chiếm 7,4%. Kết quả này cho thấy rối loạn nhận thức là một di chứng thường gặp sau đột quy não. Mặc dù phần lớn bệnh nhân vẫn duy trì được chức năng nhận thức ở mức bình thường, nhưng vẫn có một tỷ lệ đáng kể xuất hiện suy giảm nhận thức cần được phát hiện và can thiệp sớm.

Trong các lĩnh vực nhận thức được đánh giá, rối loạn tri giác chiếm tỷ lệ cao nhất với 42,2%, tiếp theo

là rối loạn trí nhớ (34,8%), rối loạn chú ý (27,0%), rối loạn định hướng (23,4%), rối loạn ngôn ngữ (20,9%) và rối loạn chức năng điều hành (13,1%). Rối loạn tri giác thường xuất hiện khi tổn thương các vùng liên hợp cảm giác ở thùy đỉnh hoặc thùy chẩm, làm giảm khả năng nhận biết và xử lý thông tin từ môi trường xung quanh. Đây là một trong những nguyên nhân quan trọng làm giảm khả năng tự chăm sóc và thực hiện các hoạt động sinh hoạt hàng ngày của người bệnh. Đáng chú ý, có tới 46,1% bệnh nhân xuất hiện từ hai lĩnh vực rối loạn nhận thức trở lên. Điều này cho thấy tổn thương não sau đột quy thường ảnh hưởng đồng thời đến nhiều mạng lưới chức năng khác nhau thay vì chỉ khu trú ở một lĩnh vực nhận thức đơn lẻ.

## V. KẾT LUẬN

Rối loạn chức năng nhận thức là biến chứng thường gặp sau đột quy não, với tỷ lệ 40,8%. Các lĩnh vực nhận thức bị ảnh hưởng nhiều nhất là tri giác, trí nhớ và chú ý. Nhiều bệnh nhân xuất hiện đồng thời từ hai lĩnh vực rối loạn nhận thức trở lên.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Capirossi, C., Laiso, A., Renieri, L., Capasso, F. & Limbucci, N. Epidemiology, organization, diagnosis and treatment of acute ischemic stroke. *Eur J Radiol Open* 11, 100527, doi:10.1016/j.ejro.2023.100527 (2023).
2. Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đột quy não. (2024).
3. Đặng Thị Thuý Hằng & Liễu, N. T. Thực trạng suy giảm nhận thức của người bệnh đột quy tại Bệnh viện Phục hồi Chức năng Hải Dương năm 2025. *Tạp chí y học Việt Nam* 558, 168-173 (2025).
4. Exalto, L. G. et al. Sex Differences in Poststroke Cognitive Impairment: A Multicenter Study in 2343 Patients With Acute Ischemic Stroke. *Stroke* 54, 2296-2303, doi:10.1161/strokeaha.123.042507 (2023).
5. Vũ Bá, N., Nguyễn Hải, N., Hà Thế, Đ. & Phạm Thị, H. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng 104 bệnh nhân đột quy não cấp tính điều trị tại Khoa Cấp cứu ban đầu Bệnh viện Quân y 110 năm 2024. *Tạp chí Y học Quân sự*, 15-18, doi:10.59459/1859-1655/JMM.673 (2025).
6. Hoàng, X. T., Vũ, T. T., Ngô, T. T. M., Triệu, Q. P. & Trịnh, M. P. Khảo sát thực trạng bệnh nhân liệt nửa người do đột quy não tại Bệnh viện Phục hồi Chức năng tỉnh Lạng Sơn. *Tạp chí Y học Việt Nam* 547, doi:10.51298/vmj.v547i2.12957 (2025).
7. Weaver, N. A. et al. Strategic infarct locations for post-stroke cognitive impairment: a pooled analysis of individual patient data from 12 acute ischaemic stroke cohorts. *The Lancet. Neurology* 20, 448-459, doi:10.1016/s1474-4422(21)00060-0 (2021).