

ĐẶC ĐIỂM RỐI LOẠN NGÔN NGỮ Ở NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUY TẠI BỆNH VIỆN PHỤC HỒI CHỨC NĂNG HÀ NỘI NĂM 2025

Phạm Thị Vần¹, Phạm Thị Cẩm Hưng¹,
Lê Thùy Dung¹, Nguyễn Phúc Hưng Thịnh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm rối loạn ngôn ngữ ở người bệnh mất ngôn ngữ sau đột quy tại Bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội năm 2025.

Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang, có phân tích trên 30 người bệnh mất ngôn ngữ sau đột quy tại bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội từ tháng 3 đến tháng 6 năm 2025.

Kết quả: Tỷ lệ suy giảm ngôn ngữ cao, đặc biệt ở chức năng diễn đạt bằng chữ viết (90%) và thấp nhất ở nghe hiểu (76,67%). Ngôn ngữ diễn đạt bị ảnh hưởng nhiều hơn ngôn ngữ tiếp nhận. Người bệnh gặp khó khăn chủ yếu ở các nhiệm vụ phức tạp như mô tả hình (83,3%), trình tự (76,6%), đọc hiểu đoạn văn (83,33%) và viết chính tả (76,67%). Các nhiệm vụ đơn giản như lặp lại từ và viết sao chép ít bị suy giảm hơn.

Kết luận: Mất ngôn ngữ ở người bệnh đột quy biểu hiện đa dạng, cần đánh giá toàn diện để đưa ra phương pháp can thiệp phù hợp.

Từ khóa: đột quy, rối loạn ngôn ngữ, mất ngôn ngữ

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF LANGUAGE DISORDERS IN STROKE PATIENTS AT HANOI REHABILITATION HOSPITAL IN 2025

Aim: To describe the characteristics of language disorders in post-stroke aphasia patients at Hanoi Rehabilitation Hospital in 2025.

Method: A cross-sectional study was conducted on 30 post-stroke aphasia patients from March to June 2025 at Hanoi Rehabilitation Hospital.

Results: The rate of language impairment was high, particularly in written expression (90%), and lowest in auditory comprehension (76.67%). Expressive language was more affected than receptive language. Patients experienced the most difficulty with complex tasks such as picture description (83.3%), sequencing (76.6%), reading comprehension (83.33%), and dictation (76.67%). Simple tasks such as word repetition and copy writing were less impaired.

Conclusion: Aphasia in stroke patients present with diverse manifestations, requiring comprehensive assessment for appropriate intervention.

Key words: stroke, language disorders, aphasia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mất ngôn ngữ là một di chứng thường gặp sau đột quy, ảnh hưởng nghiêm trọng đến khả năng giao tiếp và chất lượng cuộc sống của người bệnh (Bộ Y tế, 2020). Việc nhận diện đầy đủ các dạng mất ngôn ngữ, đặc biệt là mức độ ảnh hưởng ở từng chức năng ngôn ngữ cụ thể, có ý nghĩa quan trọng trong xây dựng kế hoạch phục hồi chức năng hiệu quả. Tuy nhiên, tại Việt Nam, còn thiếu các nghiên cứu chi tiết về đặc điểm rối loạn ngôn ngữ ở người bệnh đột quy.

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm rối loạn ngôn ngữ của người bệnh mất ngôn ngữ sau đột quy tại bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội năm 2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh mất ngôn ngữ sau đột quy điều trị tại bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội từ tháng 03 đến tháng 06 năm 2025

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh trên 18 tuổi. Người bệnh và/hoặc người nhà đồng ý tham gia vào nghiên cứu. Người bệnh sử dụng Tiếng Việt trong giao tiếp.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh có dị tật vùng đầu mặt cổ, hạn chế vận động miệng không liên quan đến đột quy, tổn thương não do nguyên nhân ngoài đột quy, có tiền sử rối loạn phát triển (tự kỷ, Down, chậm phát triển trí tuệ, khiếm thính), hoặc mắc bệnh thần kinh tiến triển, sa sút trí tuệ.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang, có phân tích

Cỡ mẫu nghiên cứu và phương pháp chọn mẫu: tất cả người bệnh đủ tiêu chuẩn trong thời gian từ tháng 3 đến tháng 6 năm 2025. Có 30 người bệnh đủ tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

²Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Vần

Email: vanpt@hmtu.edu.vn

Mã bài: N737

Ngày nhận bài: 2/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 1/4/2026

Ngày duyệt bài: 25/5/2026

Nội dung nghiên cứu: đặc điểm chung (tuổi, giới), đặc điểm lâm sàng (thời gian cấp cứu sau đột quỵ, giai đoạn phục hồi chức năng, thể đột quỵ), đặc điểm¹ rối loạn ngôn ngữ (nghe hiểu, diễn đạt bằng lời, đọc hiểu và viết)

Phương tiện nghiên cứu

- Phiếu thu thập thông tin
- Phiếu lượng giá chức năng ngôn ngữ hiểu và ngôn ngữ diễn đạt ở người lớn: được Bộ môn Ngôn ngữ trị liệu - Khoa Phục hồi chức năng - Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương xây dựng dựa trên quy trình số 86 theo “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Phục hồi chức năng (bổ sung lần thứ 4)” của Bộ Y tế (2023). Một vài phần đánh giá được dựa trên tiêu chuẩn chấm điểm của thang Western Aphasia

Battery (WAB) của tác giả Kertesz (2020).

Các bước tiến hành:

- Rà soát và lựa chọn tất cả người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu, lấy chấp thuận tham gia nghiên cứu.

- Thu thập thông tin chung của người bệnh: tuổi, giới, đặc điểm lâm sàng

- Lượng giá ngôn ngữ của người bệnh: ngôn ngữ nghe hiểu, diễn đạt bằng lời, đọc hiểu và viết.

Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được thu thập thông qua các phiếu nghiên cứu với các số liệu được mã hóa, sau đó được nhập bằng phần mềm Excel và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến số định tính được trình bày thông qua tần số và tỷ lệ phần trăm. Kết quả được trình bày dưới dạng bảng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố người bệnh theo tuổi và giới

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Giới tính	Nam	18	60
	Nữ	12	40
Tuổi	Dưới 60	10	33.33
	Trên 60	20	66.67

Nhận xét: Đa số đối tượng nghiên cứu là nam giới (60%) và trên 60 tuổi (66,67%).

Bảng 3.2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Thời gian cấp cứu sau đột quỵ	Dưới 4,5 giờ	23	76.7
	Từ 4,5 đến 6 giờ	3	10.0
	Trên 6 giờ	4	13.3
Giai đoạn PHCN	Dưới 3 tháng	15	50.0
	Từ 3 đến 6 tháng	8	26.7
	Trên 6 tháng	7	23.3
Thể đột quỵ	Nhồi máu	21	70
	Xuất huyết	9	30

Nhận xét: Phần lớn đối tượng được cấp cứu sớm, trước 4,5 giờ kể từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên (76.7%). Nhóm người bệnh thuộc giai đoạn PHCN “Dưới 3 tháng” có tỉ lệ cao nhất chiếm 50%. Đa số đối tượng nghiên cứu là nhồi máu não (70%).

3.2. Đặc điểm ngôn ngữ của người bệnh tham gia nghiên cứu

Bảng 3.3. Đặc điểm ngôn ngữ chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm ngôn ngữ		Giảm khả năng		Bình thường		Tổng	
		n	%	n	%	n	%
Chức năng ngôn ngữ	Nghe hiểu	23	76.67	7	23.33	30	100
	Diễn đạt bằng lời	25	83.33	5	16.67	30	100
	Đọc hiểu	24	80	6	20	30	100
	Diễn đạt bằng chữ viết	27	90	3	10	30	100

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh giảm khả năng ở tất cả các chức năng ngôn ngữ đều cao, cao nhất là diễn đạt bằng chữ viết (90%), tiếp đến là diễn đạt bằng lời (83,33%), đọc hiểu (80%) và nghe hiểu (76,67%). Ngôn ngữ diễn đạt (bằng lời và bằng chữ) suy giảm cao hơn so với ngôn ngữ tiếp nhận.

Bảng 3.4. Đặc điểm ngôn ngữ nghe hiểu của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm ngôn ngữ		Giảm khả năng		Bình thường		Tổng	
		n	%	n	%	n	%
Ngôn ngữ nghe hiểu	Trả lời câu hỏi có/ không	10	33.33	20	66.67	30	100
	Thực hiện yêu cầu 1 thành phần	7	23.34	23	76.66	30	100
	Thực hiện yêu cầu 2 thành phần	18	60	12	40	30	100
	Thực hiện yêu cầu 3 thành phần	23	76.66	7	23.34	30	100
	Nghe tên và chọn đồ vật	9	30	21	70	30	100

Nhận xét: Khả năng nghe hiểu suy giảm rõ rệt khi độ phức tạp của yêu cầu tăng lên. Tỷ lệ người bệnh giảm khả năng thực hiện yêu cầu 3 thành phần là cao nhất (76,66%), tiếp theo là yêu cầu 2 thành phần (60%) và thấp nhất ở yêu cầu 1 thành phần (23,34%). Tuy nhiên, vẫn có 33,33% người bệnh gặp khó khăn khi trả lời câu hỏi có/không và 30% khi nghe tên và chọn đúng đồ vật.

Bảng 3.5. Đặc điểm ngôn ngữ diễn đạt bằng lời của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm ngôn ngữ		Giảm khả năng		Bình thường		Tổng	
		n	%	n	%	n	%
Diễn đạt bằng lời	Nói những điều quen thuộc	8	26.66	22	66.67	30	100
	Lặp lại từ đơn vô nghĩa	7	23.33	23	76.7	30	100
	Lặp lại từ đơn có nghĩa	5	16.66	25	40	30	100
	Lặp lại cụm từ	15	50	15	50	30	100
	Lặp lại câu	20	60.67	10	33.4	30	100
	Gọi tên đồ vật	9	30	21	70	30	100
	Đặt câu với động từ	20	66.6	10	33.4	30	100
	Mô tả hình	25	83.3	5	16.7	30	100
	Mô tả trình tự	23	76.6	7	23.4	30	100

Nhận xét: Người bệnh gặp khó khăn nhiều nhất ở kỹ năng mô tả hình (83,3%) và mô tả trình tự (76,6%). Tỷ lệ giảm khả năng cũng cao ở các nhiệm vụ đặt câu với động từ (66,6%) và lặp lại câu (60,67%). Ngược lại, các chức năng đơn giản như lặp lại từ đơn có nghĩa (16,66%) hoặc nói những điều quen thuộc (26,66%) có tỷ lệ suy giảm thấp hơn.

Bảng 3.6. Đặc điểm ngôn ngữ đọc hiểu của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm ngôn ngữ		Giảm khả năng		Bình thường		Tổng	
		n	%	n	%	n	%
Đọc hiểu	Tên đồ vật	8	26.6	22	66.67	30	100
	Yêu cầu 1 thành phần	14	46.6	16	53.4	30	100
	Yêu cầu 2 thành phần	20	66.6	10	33.4	30	100
	Yêu cầu 3 thành phần	24	80	6	20	30	100
	Đoạn văn ngắn	25	83.33	5	16.67	30	100

Nhận xét: Tỷ lệ giảm khả năng đọc hiểu tăng dần theo độ phức tạp của nhiệm vụ, cao nhất ở đọc đoạn văn ngắn (83,3%) và yêu cầu 3 thành phần (80%). Ngược lại, các nhiệm vụ đơn giản như đọc tên đồ vật có tỷ lệ suy giảm thấp hơn (26,6%).

Bảng 3.7. Đặc điểm ngôn ngữ diễn đạt bằng chữ viết của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm ngôn ngữ		Giảm khả năng		Bình thường		Tổng	
		n	%	n	%	n	%
Diễn đạt bằng chữ viết	Viết chính tả	23	76.67	7	23.33	30	100%
	Viết sao chép	10	33.33	20	66.67	30	100%
	Viết tả hình	26	86.67	4	13.33	30	100%

Nhận xét: Tỷ lệ giảm khả năng diễn đạt bằng chữ viết cao nhất ở kỹ năng viết tả hình (86,67%), tiếp theo là viết chính tả (76,67%). Viết sao chép có tỷ lệ suy giảm thấp hơn (33,33%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung và đặc điểm lâm sàng của người bệnh

Tuổi và giới

Kết quả từ nghiên cứu cho thấy người bệnh chủ yếu là trên 60 tuổi chiếm 66,67%. Tỷ lệ này khá tương đồng với một số nghiên cứu của Dương Thị Kiều và cộng sự (2022) với 2/3 số lượng người bệnh trong nghiên cứu là nam giới (20/31), nghiên cứu của Bùi Thị Hoài Thu và cộng sự (2024) với 63,9% người bệnh trên 60 tuổi. Về phân bố người bệnh theo giới, nam trong nghiên cứu chiếm đa số, tỉ lệ này khá tương đồng với tỉ lệ nam giới trong nghiên cứu của Bùi Thị Hoài Thu và cộng sự (2024) với 70,5% người bệnh là nam.

Đặc điểm lâm sàng

Kết quả từ nghiên cứu cho thấy đột quỵ thể nhồi máu não chiếm ưu thế với 70%, trong khi xuất huyết não chỉ chiếm 30%. Nghiên cứu của Bùi Thị Hoài Thu và cộng sự (2024) cũng cho thấy tỉ lệ người bệnh mất ngôn ngữ thể nhồi máu não chiếm đến 69,2%. Tỷ lệ này phản ánh xu hướng chung trong lâm sàng với đột quỵ thể nhồi máu não thường gặp hơn so với xuất huyết não. Tuy nhiên tỉ lệ người bệnh xuất huyết não cũng chiếm đến 30%, điều này cho thấy cần quan tâm và đánh giá ngôn ngữ cho cả hai dạng đột quỵ.

Phần lớn người bệnh trong nghiên cứu được cấp cứu trong vòng 4,5 giờ sau đột quỵ (76,7%), phản ánh mức độ tiếp cận y tế sớm, có thể góp phần hạn chế tổn thương ngôn ngữ nghiêm trọng. Tác giả Flowers và cộng sự (2016) rằng thời gian cấp cứu là yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến mức độ rối loạn ngôn ngữ. Về giai đoạn phục hồi chức năng, 50% người bệnh trong nghiên cứu được lượng giá ở giai đoạn trước 3 tháng sau đột quỵ. Điều này phù hợp với khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới về tầm quan trọng của can thiệp sớm trong “giai đoạn vàng” phục hồi ngôn ngữ.

4.2. Đặc điểm rối loạn ngôn ngữ

Ngôn ngữ nghe hiểu

Bảng 3.3 cho thấy tỷ lệ người bệnh không thực hiện được yêu cầu ở mức độ một thành phần là 23,3%, trong khi con số này tăng lên 60% với yêu cầu hai thành phần và đạt 76,66% ở yêu cầu ba thành phần. Kết quả này cho thấy ngôn ngữ nghe hiểu của người bệnh sau đột quỵ bị suy giảm với mức độ khác nhau tùy thuộc vào độ phức tạp cú pháp của câu lệnh. Kết quả này cao hơn kết quả từ nghiên cứu của Kertesz (2020), người bệnh mất ngôn ngữ thường có tỷ lệ thực hiện đúng các câu chỉ dẫn hai thành phần từ 60% trở lên và ba thành phần khoảng 40–50%. Trong khi đó, kết quả của nghiên cứu này cho thấy chỉ 40% thực hiện đúng yêu cầu hai thành phần và 23,34%

cho yêu cầu ba thành phần. Điều này phù hợp với mô tả lâm sàng của Goodglass & Kaplan (1983) về các thể mất ngôn ngữ không trôi chảy, đặc biệt là thể Broca và liên vỏ hỗn hợp, vốn thường bị ảnh hưởng nặng nề ở khả năng xử lý cú pháp và duy trì thông tin trong trí nhớ ngắn hạn.

Ngôn ngữ diễn đạt bằng lời

Chức năng diễn đạt bằng lời ở người bệnh mất ngôn ngữ sau đột quỵ cũng suy giảm rõ rệt, đặc biệt trong các nhiệm vụ yêu cầu diễn đạt tự phát và có tổ chức như mô tả hình ảnh (83,3%) và mô tả trình tự (76,6%). Trong khi đó, các nhiệm vụ đơn giản hơn như lặp lại từ đơn hay nói điều quen thuộc có tỷ lệ suy giảm thấp hơn. Kết quả này phản ánh sự ảnh hưởng mạnh mẽ đến khả năng lập kế hoạch và tổ chức ngôn ngữ, phù hợp với các mô hình tổn thương vùng Broca và vùng liên vỏ. So với nghiên cứu của Helm-Estabrooks (2007), tỷ lệ bệnh nhân gặp khó khăn trong mô tả hình ảnh trong nghiên cứu này cao hơn, có thể do khác biệt về trình độ học vấn và mức độ tổn thương thần kinh. Những phát hiện này nhấn mạnh sự cần thiết của các can thiệp ngôn ngữ trị liệu tập trung vào hỗ trợ diễn đạt tự phát, cũng như xem xét tích hợp công cụ hỗ trợ giao tiếp thay thế nhằm đáp ứng nhu cầu giao tiếp cơ bản cho người bệnh sau đột quỵ tại Việt Nam.

Đọc hiểu

Kết quả cho thấy chức năng đọc hiểu của người bệnh mất ngôn ngữ sau đột quỵ suy giảm rõ rệt theo độ phức tạp của nhiệm vụ. Càng tăng số thành phần cần xử lý, tỷ lệ bệnh nhân không hoàn thành nhiệm vụ càng cao, với 83,33% không hiểu đoạn văn ngắn và 80% thất bại khi đọc hiểu ba thành phần. Xu hướng này tương đồng với kết quả nghe hiểu, cho thấy khó khăn trong việc xử lý ngôn ngữ phức tạp, bao gồm cú pháp, ngữ nghĩa và trí nhớ làm việc. Điều này phù hợp với nhận định của Kertesz (2020) về điểm thấp ở phần đọc đoạn văn trong WAB-R ở nhóm mất ngôn ngữ không trôi chảy. Do đó, việc lượng giá đọc hiểu nên được phân cấp rõ ràng, từ mức độ đơn giản đến phức tạp, nhằm xác định chính xác mức độ rối loạn và định hướng can thiệp hiệu quả trong thực hành lâm sàng tại Việt Nam.

Viết

Chức năng diễn đạt bằng chữ viết là khía cạnh bị suy giảm nghiêm trọng nhất ở người bệnh mất ngôn ngữ sau đột quỵ, với 86,67% không viết được mô tả hình, 76,67% mắc lỗi chính tả và 33,33% không sao chép được. Viết mô tả hình là nhiệm vụ khó nhất do đòi hỏi phối hợp nhiều chức năng ngôn ngữ và nhận thức. Tuy nhiên, 66,67% vẫn sao chép được cho thấy một phần chức năng vận động và thị giác vẫn còn được bảo tồn. Tổng thể, mất ngôn ngữ sau đột quỵ

ảnh hưởng đến cả tiếp nhận và diễn đạt, trong đó chức năng viết bị ảnh hưởng nhiều nhất, tiếp theo là nói, đọc hiểu và nghe hiểu. Kết quả này nhấn mạnh tầm quan trọng của lượng giá chi tiết theo mức độ phức tạp của ngôn ngữ và cho thấy viết là lĩnh vực cần ưu tiên can thiệp, nhằm nâng cao chất lượng sống và khả năng tái hòa nhập xã hội cho người bệnh tại Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy rối loạn ngôn ngữ ở người bệnh mất ngôn ngữ sau đột quỵ là tình trạng phổ biến và phức tạp, ảnh hưởng đến cả bốn lĩnh vực: nghe hiểu, nói, đọc và viết. Mức độ suy giảm tăng dần theo độ phức tạp của nhiệm vụ ngôn ngữ, đặc biệt nghiêm trọng ở chức năng viết và diễn đạt tự phát. Kết quả này không chỉ phù hợp với các mô hình tổn thương não bộ trong các thể mất ngôn ngữ không trôi chảy mà còn nhấn mạnh tầm quan trọng của việc lượng giá chi tiết, toàn diện, phân cấp chức năng ngôn ngữ. Điều này là cơ sở cần thiết để xây dựng chương trình can thiệp ngôn ngữ trị liệu phù hợp, góp phần cải thiện khả năng giao tiếp, chất lượng sống và khả năng tái hòa nhập cộng đồng cho người bệnh sau đột quỵ tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế (2020). Quyết định số 5331/QĐ-BYT ban hành tài liệu chuyên môn " Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí đột quỵ não", ban hành ngày 23/12/2020.
2. Bộ Y Tế (2023). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Phục hồi chức năng (bổ sung lần thứ 4), Quyết định 3665/QĐ-BYT.
3. Kiều, D. T., Chi, N. T. P., Thúy, B. T. H., Lợi, L. Đ., Dung, D. T., Oanh, V. T. K., ... & Yên, Đ. T. (2022). Kết quả bước đầu phục hồi chức năng ngôn ngữ cho người bệnh sau đột quỵ não. *Journal of 108-Clinical Medicine and Pharmacy*.
4. Thu, B. T. H., Phương, T. L., Liên, D. T. K., Phương, N. T., Linh, Đ. T., Mến, L. T., & Trà, L. T. (2024). 3. Độ nhạy, độ đặc hiệu của thang điểm Aphasia Rapid Test trong sàng lọc thất ngôn ở người bệnh đột quỵ não. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 181(8), 22-31.
5. Flowers, H. L., Silver, F. L., Fang, J., Rochon, E., & Martino, R. (2016). The incidence, co-occurrence, and predictors of dysphagia, dysarthria, and aphasia after first-ever acute ischemic stroke. *Journal of Communication Disorders*, 61, 32-40.
6. Goodglass, H., & Kaplan, E. (1983). *The Assessment of Aphasia and Related Disorders* (2nd ed.). Philadelphia: Lea & Febiger.
7. Helm-Estabrooks, N., Albert, M. L., & Nicholas, M. (2007). *Manual of aphasia therapy* (2nd ed.). Pro-Ed.
8. Kertesz, A. (2020). The Western Aphasia Battery: A systematic review of research and clinical applications. *Aphasiology*, 36(1), 21-50