



MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG TRÊN BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO SAU GIAI ĐOẠN CẤP CÓ RỐI LOẠN NGÔN NGỮ TẠI BỆNH VIỆN CHÂM CỨU TRUNG ƯƠNG

Đặng Minh Tư¹, Ngô Quỳnh Hoa²,
Trần Thị Thu Thủy², Nguyễn Thị Dương³

TÓM TẮT:

Mục tiêu: Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng (RLNN) trên bệnh nhân (BN) nhồi máu não sau giai đoạn cấp có rối loạn ngôn ngữ (RLNN) tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 41 bệnh nhân tuổi từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán xác định là có RLNN trên bệnh nhân nhồi máu não sau giai đoạn cấp lần đầu, điều trị nội trú tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương từ tháng 08/2023 đến tháng 09/2024. Đánh giá đặc điểm và mức độ RLNN trên lâm sàng theo thang điểm Goodglass và Kaplan 1984. **Kết quả:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu: $70,29 \pm 11,91$ tuổi, tỉ lệ nam/nữ là 1,73/1, thời gian mắc bệnh trung bình $2,60 \pm 1,85$ tháng, bệnh kèm theo hay gặp nhất là tăng huyết áp (80,49%). Tỉ lệ bệnh nhân thuận tay phải (90,24%), tỉ lệ bệnh nhân liệt bên phải (58,54%), số bệnh nhân RLNN loại liên vỏ vận động (LVVD) (58,54%) chiếm tỉ lệ cao hơn RLNN loại Broca (41,46%), mức độ RLNN ở mức nặng là chủ yếu (53,66%). Theo YHCT, thể bệnh phong đàm chiếm tỉ lệ cao nhất (39,02%). **Kết luận:** Rối loạn ngôn ngữ trên bệnh nhân nhồi máu não sau giai đoạn cấp thường gặp ở lứa tuổi từ 70 tuổi trở lên, nam giới nhiều hơn nữ giới, chủ yếu là RLNN mức độ nặng, thể bệnh phong đàm hay gặp nhất.

Từ khoá: rối loạn ngôn ngữ, nhồi máu não, y học cổ truyền.

SUMMARY:

Objective: To describe the clinical characteristics of language disorders of patients with post-acute ischemic stroke at the National Hospital of Acupuncture. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 41 patients aged ≥ 18 years with first-ever ischemic stroke in the post-acute phase and language impairment. All patients were hospitalized and treated at the National Hospital of Acupuncture from August 2023 to September 2024. **Results:** The mean age of participants was 70.29 ± 11.91 years, with a male-to-female ratio of 1.73:1. The mean time since stroke onset was 2.60 ± 1.85 months. The most common comorbidity was hypertension (80.49%). Right-handedness accounted for 90.24%, and right-sided hemiplegia occurred in 58.54% of cases. The proportion of transcortical motor aphasia (58.4%) was higher

1. Bệnh viện Châm cứu Trung ương
2. Trường Đại học Y Hà Nội
3. Bệnh viện Đa khoa Hà Đông
Tác giả liên hệ: Đặng Minh Tư
Email: bacsitu.yhct@gmail.com
Ngày nhận bài: 8.01.2026
Ngày được chấp nhận: 13.3.2026

than that of Broca's aphasia (41.46%), and language impairment was predominantly severe (53.66%). According to Traditional Medicine pattern differentiation, the Wind-Phlegm pattern was the most prevalent (39.02%). **Conclusion:** Language disorders following post-acute ischemic stroke are most commonly observed in patients aged ≥ 70 years and are more frequent in males, mostly presenting with severe impairment. In Traditional Medicine classification, the Wind-Phlegm pattern is the most common.

Keywords: language disorders, aphasia, post-acute ischemic stroke, traditional medicine.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu não (NMN) là một dạng của đột quỵ não (ĐQN), đặc trưng bởi tình trạng mất hoặc giảm đột ngột dòng máu lưu thông tới một vùng của não, dẫn đến tổn thương nhu mô não và mất chức năng thần kinh tương ứng [1]. Tại Việt Nam ĐQN là một trong những căn nguyên hàng đầu gây đa tàn tật ở người trưởng thành, trong đó khoảng 40% bệnh nhân ĐQN gặp tình trạng rối loạn ngôn ngữ [2].

Rối loạn ngôn ngữ (RLNN) biểu hiện bởi các rối loạn về: hiểu lời nói, hiểu chữ viết, diễn đạt bằng lời nói và chữ viết. Hậu quả của tình trạng RLNN này khiến bệnh nhân giao tiếp khó khăn, trầm cảm, tăng thời gian nằm viện và chi phí điều trị, trở ngại lớn đến khả năng hoà nhập với xã hội... [3]. Do đó việc phát hiện sớm các RLNN để có phương pháp điều trị đầy đủ, kịp thời đóng vai trò quan trọng. Theo Y học cổ truyền (YHCT), RLNN trên bệnh nhân NMN sau giai đoạn cấp có bệnh danh là thất ngôn[4]. Hiện nay, điều trị RLNN trên bệnh nhân nhồi máu não còn chưa có sự thống nhất hoàn toàn giữa các cơ sở y tế, tuy nhiên các nghiên cứu đều

cho rằng việc đánh giá sớm để tiến hành điều trị cho bệnh nhân trong vòng 3 tháng sau nhồi máu não đóng vai trò quan trọng trong việc phục hồi chức năng ngôn ngữ cho bệnh nhân [5]. Nhằm cung cấp thêm những cơ sở khoa học cho quá trình chẩn đoán cũng như điều trị RLNN trên lâm sàng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Khảo sát đặc điểm lâm sàng rối loạn ngôn ngữ trên bệnh nhân nhồi máu não sau giai đoạn cấp có tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương” với mục tiêu:

“Mô tả một số đặc điểm lâm sàng trên bệnh nhân nhồi máu não sau giai đoạn cấp có rối loạn ngôn ngữ tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương từ tháng 08/2023 đến tháng 09/2024”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng

Bệnh nhân từ 18 tuổi được chẩn đoán xác định là RLNN trên bệnh nhân nhồi máu não lần đầu sau giai đoạn cấp được điều trị nội trú tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương từ tháng 08/2023 đến tháng 09/2024. Gia đình và bản thân người bệnh đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân có thời gian bị bệnh > 24 giờ đến ≤ 6 tháng kèm theo liệt nửa người (cấp: $< 7-14$ ngày; bán cấp: vài tuần; mãn > 3 tháng), RLNN loại Broca hoặc LVVD từ độ 0 đến độ 5 theo bảng đánh giá RLNN trên lâm sàng (theo Goodglass và Kaplan, 1984) [6]. Bệnh nhân không có các rối loạn tâm thần, các bệnh lý về giọng nói và ngôn ngữ trước đó.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân sa sút trí tuệ, bị RLNN trước đó hoặc RLNN do những nguyên nhân khác: rối loạn vận động, chấn thương sọ não, u não, viêm não...



2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang, tiền cứu.

3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ, điều trị nội trú tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương từ tháng 08/2023 đến tháng 09/2024. Trong nghiên cứu của chúng tôi thu thập được tổng cộng 41 bệnh nhân.

4. Phương pháp thu thập và đánh giá số liệu: Bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn chọn và loại trừ được giải thích kỹ về nội dung, mục đích, quyền lợi và trách nhiệm. Nghiên cứu viên trực tiếp phỏng vấn và thăm khám lâm sàng tại thời điểm bệnh nhân vào viện theo mẫu bệnh án thống nhất. Sau đó, bệnh nhân được phân thể bệnh theo YHCT và xác định đặc điểm, mức độ rối loạn ngôn ngữ theo bảng đánh giá RLNN trên lâm sàng theo Goodglass và Kaplan (1984). [6]

5. Biến số, chỉ số nghiên cứu:

- Đặc điểm chung: Tuổi, giới tính, thời gian từ khi mắc bệnh cho đến khi điều trị, bệnh kèm theo.

- Đặc điểm lâm sàng theo YHHD: thể RLNN, tay thuận, mức độ RLNN theo Goodglass và Kaplan năm 1984 (độ 0, 1, 2 là RLNN mức độ nặng, độ 3 là RLNN mức độ trung bình, độ 4 và độ 5 là RLNN mức độ nhẹ). [6]

- Đặc điểm lâm sàng theo YHCT: phân thể RLNN theo YHCT bao gồm: can thận âm hư, phong đàm, khí hư huyết ú.

6. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm STATA 17.0 sử dụng các thuật toán thống kê phù hợp với nghiên cứu.

7. Đạo đức trong nghiên cứu: Đề tài được sự đồng ý của Hội đồng thông qua đề cương luận văn Thạc sỹ ứng dụng của Trường Đại học Y Hà Nội và Hội đồng khoa học của Bệnh viện Châm cứu Trung ương. Đề tài nghiên cứu hoàn toàn nhằm mục đích khoa học, không vì mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung		Số lượng (n=41)	Tỷ lệ %
Tuổi	18 – 49	2	4,88
	50 – 69	13	31,71
	≥ 70	26	63,41
Tuổi trung bình (tuổi)		70,29 ± 11,91	
Giới	Nam	26	63,41
	Nữ	15	36,59
Thời gian mắc bệnh cho đến khi tham gia nghiên cứu	> 24 giờ - 1 tháng	18	43,90
	>1 - 3 tháng	11	26,83
	>3 - 6 tháng	12	29,27

Thời gian mắc trung bình (tháng)	2,60 ± 1,85		
Bệnh kèm theo	Tăng huyết áp	33	80,49
	Đái tháo đường típ 2	15	36,59
	Rối loạn chuyển hóa lipid	13	31,71

Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 70,29 ± 11,91 tuổi, trong đó nhóm tuổi ≥ 70 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (63,41%).

Số bệnh nhân nam nhiều hơn nữ, tỉ lệ nam/nữ là 1,73/1.

Thời gian mắc bệnh trung bình là 2,60 ± 1,85 tháng với số bệnh nhân có thời gian mắc bệnh từ >24 giờ - 1 tháng chiếm tỉ lệ cao nhất (43,9%).

Bệnh kèm theo hay gặp nhất là tăng huyết áp (80,49%) tiếp theo là đái tháo đường typ 2 (36,59%) và thấp nhất là rối loạn chuyển hoá lipid (31,71%).

2. Đặc điểm lâm sàng theo YHHD

Bảng 2. Phân bố bệnh nhân theo tay thuận và bên liệt

Tay thuận	Bên liệt	Phải		Trái		2 bên		Tổng	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Phải		24	100	13	86,76	0		37	90,24
Trái		0		2	13,33	2	100	4	9,76
Tổng		24	100	15	100	2	100	41	100

Nhận xét: Số bệnh nhân thuận tay phải chiếm tỉ lệ cao với 90,24%. 100% bệnh nhân liệt bên phải thuận tay phải. Trong số 4 bệnh nhân thuận tay trái thì có 2 bệnh nhân liệt bên trái và 2 bệnh nhân liệt cả 2 bên.

Bảng 3. Phân bố bệnh nhân theo thể rối loạn ngôn ngữ, bên tổn thương và tay thuận

	RLNN	Broca		LVVD		Tổng	
		n	%	n	%	n	%
Tay thuận	Phải	13	76,47	24	100	37	90,24
	Trái	4	23,53	0		4	9,76
	Tổng	17	41,46	24	58,54	41	100
Bên tổn thương	Bán cầu não (T)	13	76,47	11	45,83	24	58,54
	Bán cầu não (P)	2	11,76	13	54,17	15	36,59
	Hai bán cầu não	2	11,76	0		2	4,87
	Tổng	17	41,46	24	58,54	41	100

Nhận xét: 100% bệnh nhân RLNN loại liên vỏ vận động thuận tay phải, trong khi đó tỉ lệ này ở nhóm bệnh nhân RLNN loại Broca là 76,47%. Trong nhóm BN bị RLNN loại Broca có tỉ lệ tổn thương ở bán cầu não trái là 76,47%, tổn thương bán cầu não phải (11,76%) và tổn thương hai bán cầu là 11,76%. 100% bệnh nhân RLNN loại LVVD thuận tay phải, trong đó 45,83% tổn thương bán cầu não trái, 54,17% bệnh nhân tổn thương bán cầu não phải.



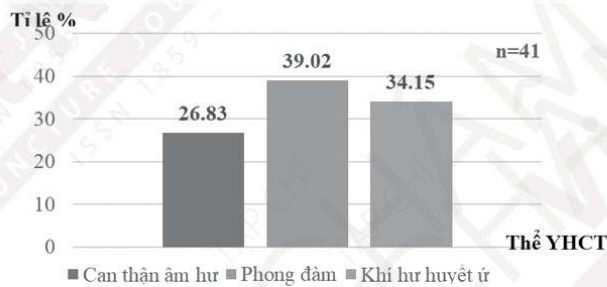
Bảng 4. Mức độ rối loạn ngôn ngữ theo thang điểm đánh giá trên lâm sàng của Goodglass và Kaplan 1984

Mức độ RLNN	Số lượng	Tỉ lệ %
Nặng (Độ 0 - 2)	22	53,66%
Trung bình (Độ 3)	17	41,46%
Nhẹ (Độ 4)	2	4,88%

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân RLNN nặng chiếm tỉ lệ cao nhất với 53,66%, tiếp đến là RLNN trung bình (41,46%) và RLNN nhẹ (4,88%).

3. Đặc điểm lâm sàng theo YHCT

Biểu đồ 1. Phân loại rối loạn ngôn ngữ theo YHCT



Nhận xét: Tỉ lệ BN thể phong đàm cao nhất với 39,02%, thấp nhất là nhóm BN thể can thân âm hư chiếm 26,83%.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả, tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $70,29 \pm 11,91$ tuổi, trong đó nhóm tuổi ≥ 70 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (63,41%), nhóm tuổi từ 18 - 49 tuổi chiếm tỉ lệ thấp nhất (4,88%). Bệnh nhân có tuổi thấp nhất là 36 tuổi và cao nhất là 93 tuổi. Kết quả này tương đồng với Đỗ Hoàng Lâm (2020) với tuổi trung bình là $64,8 \pm 14,1$ tuổi, tỉ lệ bệnh nhân ≥ 70 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (43,33%)

[7], Trần Thị Tiên (2012) cho kết quả tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $67 \pm 13,1$ tuổi, trong đó tuổi ≥ 70 chiếm tỷ lệ 51,1% [8].... Tuổi càng cao, nguy cơ nhồi máu não càng cao do nguy cơ phối hợp các bệnh lý tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn chuyển hoá lipid và tình trạng xơ vữa mạch tăng lên. Theo YHCT, RLNN do nhồi máu não tương ứng với chứng thất ngôn do trúng phong của YHCT. Nguyên nhân trúng phong theo YHCT gồm có ngoại phong và nội phong. Người tuổi càng cao, chính khí càng suy giảm, vệ khí bất cố, lạc mạch hư rỗng làm phong tà thừa cơ xâm phạm gây trúng phong. Hơn nữa, thận âm hư không dưỡng được can huyết, âm hư không tiềm được dương làm can dương vượng lên mà sinh phong, khí huyết hư suy lâu ngày dẫn tới khí hư huyết ứ, huyết ứ não mạch dẫn đến trúng phong [4]. Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các tác giả khác và phù hợp với lý luận của YHHTD cũng như YHCT.

Về giới tính, nghiên cứu của chúng tôi có số bệnh nhân nam nhiều hơn nữ, tỉ lệ nam/nữ là 1,73/1. Các tác giả khác nghiên cứu về thất ngôn trên bệnh nhân NMN đều cho kết quả tỉ lệ nam nhiều hơn nữ như: Đỗ Hoàng Lâm (2020) cho kết quả tỉ lệ nam/nữ là 1,14/1 [7], nghiên cứu của Trần Thị Tiên (2012) tỉ lệ nam/nữ = 1,37/1 [8], và tỉ lệ này ở nghiên cứu của Volker Homberg (2025) là 1,28/1 [9]. Nam giới có tỉ lệ mắc các bệnh mạn tính như tăng huyết áp, rung nhĩ và đái tháo đường nhiều hơn nữ giới; tỉ lệ hút thuốc lá và tiêu thụ rượu bia ở nam cũng nhiều hơn làm tăng nguy cơ tổn thương mạch máu... Do đó, nam giới có nguy cơ nhồi máu não cao hơn nữ giới.

Thời gian mắc bệnh trung bình trong

nghiên cứu của chúng tôi là $2,60 \pm 1,85$ tháng, trong đó tỉ lệ bệnh nhân được điều trị sớm dưới 3 tháng chiếm tỉ lệ cao (70,73%). Trong tháng đầu tiên sau đột quy, đặc biệt là 1 - 2 tuần đầu, bệnh nhân thường ở giai đoạn cấp tính với tình trạng phù não, viêm và tổn thương thần kinh chưa ổn định. Từ tuần thứ 2 cho đến tháng thứ 3 được xem là thời điểm vàng để can thiệp các phương pháp điều trị. Theo Phipps và cộng sự (2020), tính dẻo của não bộ đạt mức cao nhất, cho phép các vùng não lân cận hoặc bán cầu đối diện tái cấu trúc chức năng để bù đắp cho vùng bị tổn thương [5]. Nghiên cứu tập trung bệnh nhân ở giai đoạn này là cơ sở quan trọng để đánh giá hiệu quả của các phương pháp can thiệp trong điều trị.

Bệnh kèm theo hay gặp nhất là tăng huyết áp (80,49%), sau đó là đái tháo đường typ 2 (36,59%) và rối loạn chuyển hoá lipid (31,71%). Tăng huyết áp làm tăng áp lực lên thành mạch máu, thúc đẩy quá trình xơ vữa động mạch, hẹp lòng mạch và gây giảm tưới máu não. Những rối loạn này không chỉ làm tăng nguy cơ đột quy mà còn dẫn đến các hậu quả nặng nề như tỉ lệ tử vong cao và phụ thuộc chức năng lâu dài. Đái tháo đường typ 2 làm tổn thương nội mô mạch máu, tăng nguy cơ hình thành cục máu đông và gây rối loạn vi tuần hoàn, trong khi rối loạn chuyển hoá lipid dẫn đến tích tụ mảng xơ vữa động mạch, gây tắc nghẽn lưu lượng máu não [1].

2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

a/ Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu theo YHHD

Kết quả ghi nhận có 90,24% BN thuận tay phải. Số BN liệt bên phải (58,54%), BN

bị liệt bên trái (36,59%), BN bị liệt 2 bên (4,87%). Vùng xử lý ngôn ngữ được tập trung ở bán cầu não trái nhưng đôi khi cũng được tìm thấy ở bán cầu não phải. Những phát hiện gần đây cho thấy rằng sự phân nhánh chức năng ngôn ngữ không phải là tuyệt đối. Một số chức năng như nhận diện lời nói và phát âm có thể ảnh hưởng đến cả hai bán cầu đại não. Mô hình xử lý lời nói luồng kép được phát triển bởi Hickok và Poeppel (2007) đề xuất hai con đường từ hai bán cầu đại não thay vì chỉ một như mô hình cổ điển. Theo đó, trong khi luồng vận động (dorsal stream) thường tập trung ở bán cầu trái, thì luồng ngữ nghĩa (ventral stream) có xu hướng phân bố ở cả hai bên bán cầu [10]. Qua đó cho thấy ngôn ngữ là kết quả của sự phối hợp phức tạp mạng lưới thần kinh ở cả hai bán cầu não, thay vì chỉ khu trú ở bán cầu trái như quan điểm cổ điển.

Về thể RLNN và mức độ nặng, nghiên cứu của chúng tôi BN có RLNN theo tiêu chuẩn chọn thuộc 2 thể RLNN loại Broca và LVVD, được đánh giá theo bảng đánh giá RLNN trên lâm sàng (theo Goodglass và Kaplan, 1984). Kết quả cho thấy nhóm bệnh nhân RLNN nặng chiếm tỉ lệ cao nhất là 53,66%, tiếp đến là trung bình (41,46%) và thấp nhất là RLNN nhẹ (4,88%). Kết quả của chúng tôi tương đồng với tác giả Đỗ Hoàng Lâm (2020) với thất ngôn độ 2 (78,3%) [7], và Trần Thị Tiên (2012) với mức độ thất ngôn nặng (68,9%) [8]. Tỷ lệ bệnh nhân mức độ nặng chiếm đa số phản ánh đúng thực tế lâm sàng tại các Bệnh viện tuyến chuyên khoa. Việc ứng dụng bảng đánh giá RLNN (theo Goodglass và Kaplan, 1984) [6] cho phép đánh giá chi tiết các khiếm khuyết ngôn ngữ, tạo cơ sở khoa học để xây dựng phác đồ điều trị hiệu quả.



b/ Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu theo YHCT

Theo YHCT, bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi thuộc thể phong đàm (39,02%), thể khí hư huyết ứ (34,15%) và thể can thận âm hư (26,83%). Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi khác biệt với Trần Thị Tiến (2013): thể thực chứng (62,2%), thể hư chứng (37,8%). Có sự khác biệt này là do phương pháp chọn BN cũng như cách phân thể lâm sàng YHCT trong nghiên cứu của chúng tôi khác nhau. Cơ chế phân thể trong nghiên cứu của chúng tôi đa phần là do hư trung hiệp thực. Với thể can thận âm hư thường gặp ở người cao tuổi, chính khí hư, tổn thương âm khí của ngũ tạng, âm hư không thể chế dương khiến can phong nội động, đột ngột phát bệnh. Thể khí hư huyết ứ thường gặp ở người bệnh có bệnh lý tim mạch. Khí hư không có lực để hành huyết làm cho huyết ứ trệ gây bế tắc kinh mạch. Trong khi đó, thể phong đàm thường do chế độ ăn uống không điều độ, tiêu thụ quá nhiều đồ béo, ngọt, rượu bia hoặc người béo khí hư đàm thấp, đàm ứ trở tích nhiệt sinh phong, từ đó phát sinh ra bệnh lý. Trên lâm sàng cần phân rõ hư thực để điều trị dùng pháp bổ, tả cho phù hợp [4].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cắt ngang trên 41 bệnh nhân nhồi máu não sau giai đoạn cấp có rối loạn ngôn ngữ cho kết quả:

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $70,29 \pm 11,91$ tuổi, trong đó nhóm tuổi ≥ 70 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (63,41%). Bệnh nhân nam nhiều hơn nữ, tỉ lệ nam/nữ là 1,73/1. Bệnh kèm theo hay gặp nhất là tăng huyết áp (80,49%).

Số bệnh nhân số bệnh nhân RLNN loại liên võ vận động (58,54%) chiếm tỉ lệ cao hơn RLNN loại Broca (41,46%). Đa phần bệnh nhân có RLNN mức độ nặng (Goodglass và Kaplan, 1984) với 53,66%.

Theo YHCT, thể bệnh phong đàm hay gặp nhất với 39,02%, tiếp theo là thể khí hư huyết ứ chiếm 34,15% và thấp nhất là thể can thận âm hư chiếm 26,83%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **BỘ Y TẾ.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đột quỵ não. Quyết định số 3312/QĐ-BYT, 2024
2. **BỘ Y TẾ.** Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phục hồi chức năng. Tập cho người thất ngôn. 2014: 272-274.
3. **Gerstenecker A, Lazar RM.** Language recovery following stroke. *The clinical Neuropsychologist.* 2019;33(5):928-947.
4. **BỘ Y TẾ.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo y học cổ truyền kết hợp y học cổ truyền và y học hiện đại. 2020: 79 - 86.
5. **Phipps MS, Cronin CA.** Management of acute ischemic stroke. BMI. 2020: 16893.
6. **Goodglass H, Kaplan E.** Boston diagnostic aphasia examination (BDAE) lea and febiger. *Philadelphia, Pennsylvania.* 198
7. **Đỗ Hoàng Lâm.** Đánh giá tác dụng điều trị chứng thất ngôn bệnh nhân nhồi máu não sau giai đoạn cấp bằng phương pháp điện châm các huyết vùng đầu. Luận văn Thạc sĩ y học. Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam; 2020.
8. **Trần Thị Tiến.** Đánh giá tác dụng điều trị của điện châm trong điều trị thất vận ngôn trên bệnh nhân nhồi máu não sau giai đoạn cấp. Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Hà Nội; 2012.
9. **Volker Homberg, etal.** Speech therapy combined with Cerebrolysin in enhancing nonfluent aphasia recovery after acute ischemic stroke: ESCAS randomized pilot study. *Stroke.* 2025;56(4):937-947.
10. **Hickok G, Poeppel D (2007).** *The cortical organization of speech processing.* Nature Reviews Neuroscience, 8: 393-402. doi: 10.1038/nrn2113