

KHẢO SÁT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN THẤT NGÔN DO XUẤT HUYẾT BÁN CẦU ĐẠI NÃO SAU GIAI ĐOẠN CẤP

Nguyễn Thanh Thủy, Đặng Kim Thanh

Trường Đại học Y Hà Nội

Tóm tắt

Mục tiêu: Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân thất ngôn do xuất huyết ở bán cầu đại não sau giai đoạn cấp. **Đối tượng nghiên cứu:** 30 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán xác định là thất ngôn do xuất huyết ở bán cầu đại não sau giai đoạn cấp, điều trị nội trú tại Khoa Y học cổ truyền - Bệnh viện Bạch Mai từ 12/2012 đến 12/2013. **Phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tuổi trung bình: $59,53 \pm 11,19$. Tỷ lệ nam/nữ: 2,33. Các triệu chứng thường gặp: liệt nửa người (100%); liệt VII trung ương (66,7%); rối loạn cảm giác (36,7%) và rối loạn cơ tròn (23,3%). Thể thất ngôn: thất ngôn không lưu loát/thất ngôn lưu loát: 2/1. Mức độ tổn thương: 66,7% BN thất ngôn nặng (Goodglass và Kaplan) và 100% BN tổn thương thần kinh nặng (Orgogozo). Thể bệnh theo YHCT: thể trúng phong tạng phủ chiếm 56,7%, thể trúng phong kinh lạc chiếm 43,3%; thể thực chứng chiếm 53,3%, thể hư chứng chiếm 46,7%. **Kết luận:** Bệnh nhân thất ngôn do xuất huyết ở bán cầu đại não sau giai đoạn cấp thường gặp lứa tuổi 50 – 69 tuổi, nam giới nhiều hơn nữ giới, thất ngôn không lưu loát (dạng thất ngôn liên vô vận động, thất ngôn Broca); thể trúng phong tạng phủ và thực chứng.

Từ khóa: Thất ngôn, thất ngôn do xuất huyết bán cầu đại não.

Abstract

CLINICAL SYMPTOMS ON PATIENTS WITH APHASIA CAUSED BY CEREBRAL HEMISPHERE HEMORRHAGE AFTER THE ACUTE PERIOD

Nguyen Thanh Thuy, Dang Kim Thanh

Hanoi Medical University

Objective: To survey the clinical symptoms on patients with aphasia caused by cerebral hemisphere hemorrhage after the acute period. **Subjects:** 30 patients were diagnosed aphasia caused by cerebral hemisphere hemorrhage after the acute period in the Traditional Medicine Department of Bach Mai Hospital, from 12/2012 to 12/2013. **Method:** Cross – sectional descriptive study. **Results:** The average of age was 59.53 ± 11.19 . Male/Female was 2.33. The most common symptoms: paralysis on one side of the body (100%), central facial nerve paralysis (66.7%), sensation disorders (36.7%), bladder or bowel control problems (23.3%). Type of aphasia: nonfluent aphasia/fluent aphasia: 2/1. The degree of damage: 66.7% of patients with severe aphasia (Goodglass and Kaplan) and 100% of patients with severe neurological damage (Orgogozo). The classification according to traditional medicine: Stroke involving the viscera is accounted for 56.7%, stroke involving the meridians type is accounted for 43.3%, excess type is accounted for 53.3%, deficiency type is accounted for 46.7%. **Conclusion:** Patients with aphasia caused by cerebral hemisphere hemorrhage after the acute period happen frequently in 50 – 69 years old, men more than women, nonfluent aphasia (transcortical motor aphasia, Broca's aphasia); stroke involving the viscera and excess type.

Keywords: Aphasia, aphasia caused by cerebral hemisphere hemorrhage.

- Địa chỉ liên hệ: Nguyễn Thanh Thủy; Email: tuonglai12@yahoo.co.uk

DOI: 10.34071/jmp.2015.2.1

- Ngày nhận bài: 14/2/2015 * Ngày đồng ý đăng: 22/3/2015 * Ngày xuất bản: 30/3/2015

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thất ngôn là tình trạng một trong bốn hình thái ngôn ngữ trong trắc nghiệm ngôn ngữ BDAE (Boston Diagnostic Aphasia Examination) gồm hiểu, biểu đạt bằng lời nói; hiểu, biểu đạt bằng chữ viết bị khiếm khuyết [1]. Xuất huyết não (XHN) chiếm từ 20 – 25% tai biến mạch máu não (TBMMN), còn lại là nhồi máu não. Theo Tổ chức Y tế thế giới, trên thế giới mỗi năm có khoảng 15 triệu người mắc TBMMN [2]. Rối loạn ngôn ngữ chiếm khoảng 30 – 40% bệnh nhân (BN) liệt nửa người do TBMMN, trong đó có 85% BN thất ngôn là do TBMMN bán cầu ưu thế trái [1]. Việc quan tâm đến phục hồi chức năng ngôn ngữ ngay từ sớm giúp BN có cơ hội tái hòa nhập xã hội tốt hơn.

Chứng thất ngôn hậu trúng phong thuộc phạm vi chứng “thiệt cương”, “thiệt ám”, “bất ngữ” [3]. Biện pháp điều trị chứng thất ngôn sau TBMMN hiệu quả nhất đến nay vẫn còn nhiều bàn cãi, song các nhà nghiên cứu cho rằng việc đánh giá sớm để tiến hành trị liệu ngôn ngữ kịp thời trong vòng 3 tháng sau TBMMN là điều kiện rất quan trọng để đem lại cơ hội phục hồi tối đa cho BN [4]. Việc khảo sát các đặc điểm lâm sàng của BN thất ngôn do xuất huyết ở bán cầu đại não sau giai đoạn cấp theo y học hiện đại (YHHĐ) và y học cổ truyền (YHCT) giúp cho thầy thuốc có phương pháp điều trị thích hợp và đạt được hiệu quả chữa bệnh tốt hơn. Vì vậy, chúng tôi nghiên cứu đề tài với mục tiêu: *Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân thất ngôn do xuất huyết ở bán cầu đại não sau giai đoạn cấp*.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- BN trên 18 tuổi được chẩn đoán xác định là xuất huyết bán cầu đại não bằng CTscan sọ não hoặc MRI sọ não, có biểu hiện thất ngôn qua bảng khám chẩn đoán rối loạn phát âm Boston (BDAE) đã được cải biên sang tiếng Việt của phòng Ngôn ngữ trị liệu – Khoa Phục hồi chức năng, Bệnh viện Bạch Mai.

- Sau giai đoạn cấp: bị bệnh trên 15 ngày, điều

trị ổn định các rối loạn tim mạch và hô hấp, thần kinh ở giai đoạn cấp.

- BN nói tiếng Việt phổ thông và không có các rối loạn tâm thần, bệnh lý về giọng nói, lời nói và ngôn ngữ trước khi bị bệnh.

2.1. Tiêu chuẩn chọn loại trừ bệnh nhân

BN sa sút trí tuệ, BN có rối loạn ngôn ngữ do nguyên nhân khác: mất thực dụng lời nói, rối loạn vận ngôn, hội chứng khóa trong, lặng thỉnh bất động...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

2.2.2. Quy trình nghiên cứu

- BN được khám lâm sàng tỉ mỉ, toàn diện, theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất để đánh giá tình trạng bệnh theo YHHĐ và YHCT.

- Các chỉ tiêu theo dõi theo YHHĐ:

Đặc điểm chung: Tuổi, giới, thời gian mắc bệnh, yếu tố nguy cơ.

Đặc điểm lâm sàng: Thể thất ngôn, tính thuận tay, mức độ di chứng theo Orgogozo, mức độ thất ngôn theo Goodglass và Kaplan.

- Các chỉ tiêu theo dõi theo YHCT: Phân loại trúng phong và thể bệnh YHCT.

- Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 12/2012 đến tháng 12/2013 tại Khoa Y học cổ truyền – Bệnh viện Bạch Mai.

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý theo phương pháp xác suất thống kê y học, bằng phần mềm SPSS 16.0.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới

- Tuổi: Tuổi trung bình BN nghiên cứu: $59,53 \pm 11,19$. Nhóm tuổi mắc bệnh nhiều nhất là 50 – 69 tuổi, chiếm 60,0%.

- Giới: Tỷ lệ nam/nữ là 2,33.

3.1.2. Phân bố bệnh nhân theo yếu tố nguy cơ

80% BN tăng huyết áp đơn thuần, 3,3% BN tăng huyết áp và đái tháo đường typ 2; 16,7% BN có tiền sử khỏe mạnh.

3.1.3. Phân bố bệnh nhân theo thời gian bị bệnh

Thời gian bị bệnh đến điều trị: 100% BN điều trị sớm dưới 3 tháng, trong đó 63,3% BN điều trị sớm dưới 1 tháng.

3.2. Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân theo Y học hiện đại

3.2.1. Triệu chứng lâm sàng

Bảng 1. Triệu chứng lâm sàng lúc vào viện

Triệu chứng lâm sàng		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Rối loạn ý thức		0	
Liệt nửa người	Phải	22	73,3
	Trái	8	26,7
Liệt VII trung ương		20	66,7
Rối loạn cơ tròn		7	23,3
Rối loạn cảm giác		11	36,7

Nhận xét: Nhóm BN không có BN rối loạn ý thức; 100% liệt nửa người (trong đó 73,3% liệt nửa người phải); 66,7% liệt VII trung ương; 23,3% rối loạn cơ tròn và 36,7% rối loạn cảm giác.

3.2.2. Thể thất ngôn và tay thuận

Bảng 2. Phân bố bệnh nhân theo dạng thất ngôn (n = 30)

Dạng thất ngôn		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Thất ngôn không lưu loét	Toàn bộ	3	10,0
	Broca	8	26,7
	Liên vỏ vận động	9	30,0
Thất ngôn lưu loét	Wernicke	2	6,7
	Liên vỏ giác quan	1	3,3
	Dẫn truyền	0	0
	Quên từ	7	23,3
Tổng		30	100

Nhận xét: Thất ngôn không lưu loét chiếm 66,7% cao hơn tỷ lệ thất ngôn lưu loét là 33,3%. Broca và thất ngôn quên từ với tỷ lệ cao. Không có BN nào ở dạng thất ngôn dẫn truyền. Gặp dạng thất ngôn liên vỏ vận động, thất ngôn

Bảng 3. Phân bố bệnh nhân theo thể thất ngôn và tay thuận (n = 30)

Tay thuận \ Thể thất ngôn	Tay phải (1)		Tay trái (2)		Tổng	
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
Không lưu loét	17	68,0	3	60,0	20	66,7
Lưu loét	8	32,0	2	40,0	10	33,3
Tổng	25	100	5	100	30	100
P ₁₋₂	> 0,05					

Nhận xét: Nhóm BN thất ngôn không lưu loét cao hơn nhóm BN thất ngôn lưu loét ở cả hai thất ngôn không lưu loét/ thất ngôn lưu loét là 2/1. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm BN thuận tay phải và thuận tay trái. Tỷ lệ thể thất ngôn và tính thuận tay với p > 0,05.

3.2.3. Mức độ thất ngôn theo thang điểm Goodglass và Kaplan và mức độ tổn thương thần kinh theo thang điểm Orgogozo

Bảng 4. Phân bố bệnh nhân theo mức độ thất ngôn theo Goodglass và Kaplan và mức độ tổn thương thần kinh theo Orgogozo

Thể thất ngôn Độ nặng	Lưu loét (1)		Không lưu loét (2)		Chung		p ₁₋₂
	n	%	n	%	n	%	
Mức độ thất ngôn theo Goodglass và Kaplan							
Nặng (Độ 0 – 1 – 2)	6	60,0	14	70,0	20	66,7	>0,05
Vừa – nhẹ (Độ 3 – 4)	4	40,0	6	30,0	10	33,3	
Điểm trung bình	2,00 ± 1,33		1,75 ± 1,41		1,83 ± 1,37		>0,05
Mức độ tổn thương thần kinh theo thang điểm Orgogozo							
Độ Orgogozo: Độ IV	10	33,3	20	66,7	30	100,0	>0,05
Điểm trung bình	31,50 ± 5,30		31,00 ± 5,53		31,17 ± 5,36		

Nhận xét: Nhóm BN thất ngôn nặng chiếm tỷ lệ cao (66,7%) hơn nhóm BN thất ngôn vừa chiếm 33,3%. Điểm trung bình chung thất ngôn và Orgogozo BN lần lượt là $1,83 \pm 1,37$

và $31,17 \pm 5,36$. 100%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa nhóm BN thất ngôn lưu loét và thất ngôn không lưu loét với $p > 0,05$.

3.2.4. Mức độ thất ngôn theo thang điểm Goodglass và Kaplan và kích thước tổn thương trên phim CTscan sọ não

Bảng 5. Phân bố bệnh nhân theo mức độ thất ngôn theo Goodglass và Kaplan và kích thước tổn thương

Kích thước tổn thương		≤ 3 cm (1)		> 3 cm (2)		Tổng	
		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Nặng (a)	Độ 0	1	14,3	5	21,8	6	20,0
	Độ 1	0		9	39,1	9	30,0
	Độ 2	4	57,1	1	4,3	5	16,7
Vừa – nhẹ (b)	Độ 3	0		5	21,8	5	16,7
	Độ 4	2	28,6	3	13,0	5	16,6
Tổng		7	100,0	23	100,0	30	100,0

Nhận xét: Nhóm BN nghiên cứu có kích thước tổn thương trên bán cầu đại não > 3 cm chiếm 76,7%, cao hơn nhóm BN có kích thước tổn thương ≤ 3 cm.

3.3. Đặc điểm lâm sàng theo Y học cổ truyền

Bảng 6. Phân bố bệnh nhân theo Y học cổ truyền

Thất ngôn		Lưu loét(1)		Không lưu loét (2)		Tổng	
		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Phân bố bệnh nhân theo phân loại trúng phong							
Trúng phong kinh lạc		3	23,1	10	76,9	13	43,3
Trúng phong tạng phủ		7	41,2	10	58,8	17	56,7
Phân bố bệnh nhân theo thể bệnh Y học cổ truyền							
Thực chứng		5	31,3	11	68,8	16	53,3
Hư chứng		5	35,7	9	64,3	14	46,7

Nhận xét: BN trúng phong tạng phủ (TPTP) chiếm 56,7% cao hơn trúng phong kinh lạc (TPKL) là 43,3%. BN thể thực chứng chiếm 53,3% cao hơn thể hư chứng là 46,7%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Tuổi: Lứa tuổi mắc bệnh nhiều nhất là 50 – 69 tuổi (60%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Văn Đăng [2], Nguyễn Minh Hiện, Đỗ Đức Thuần, Đặng Phúc Đức và cộng sự [5] và phù hợp với lý luận của YHCT. Theo lý luận YHCT, ngoài 50 tuổi chính khí bắt đầu suy, tuổi càng cao chính khí càng suy, bên ngoài phong tà thừa cơ xâm nhập, bên trong nội phong dễ sinh ra nên chứng trúng phong thường xảy ra ở người cao tuổi.

Giới: Tỷ lệ nam/nữ là 2,33. Các nghiên cứu trong và ngoài nước đều cho thấy tỷ lệ thất ngôn ở BN nam cao hơn BN nữ cũng tương ứng với tỷ lệ nam mắc XHN nhiều hơn nữ [6]. Do nam giới đặc thù công việc có rất nhiều yếu tố nguy cơ gây XHN như tăng huyết áp, thuốc lá, bia rượu, chế độ ăn uống và sinh hoạt thất thường, môi trường làm việc căng thẳng...

Yếu tố nguy cơ: Gây XHN thường rất nhiều, có thể do thay đổi lối sống hoặc do việc dùng thuốc, nhưng nguyên nhân chính vẫn do tăng huyết áp [2].

Thời gian mắc bệnh: Thời điểm từ 2 tuần đến 4 tuần sau khi xảy ra tai biến là thời điểm đầu tiên tốt nhất để chẩn đoán thất ngôn [7] và đóng vai trò quan trọng trong việc PHCN ngôn ngữ sớm. Như vậy, 100% BN nghiên cứu đến điều trị sớm dưới 3 tháng là cơ hội tốt cho BN phục hồi tối đa khả năng ngôn ngữ - giao tiếp.

4.2. Đặc điểm lâm sàng theo Y học hiện đại

Triệu chứng lâm sàng thường gặp: liệt nửa người (100%), liệt VII trung ương (66,7%), rối loạn cảm giác (36,7%), rối loạn cơ tròn (23,3%) và không có BN rối loạn ý thức. Nhóm BN nghiên cứu đều là những BN xuất huyết ở bán cầu đại não vừa qua giai đoạn cấp, nên triệu chứng lâm sàng còn nặng nề, tuy nhiên để chẩn đoán thất ngôn, BN phải thoát hôn mê, nên tại thời điểm BN nghiên cứu không có rối loạn ý thức. Nghiên cứu cho thấy thất ngôn do xuất huyết ở bán cầu đại não thường đi kèm với liệt nửa người.

Thể thất ngôn và phân dạng thất ngôn: Tỷ lệ thất ngôn không lưu loát/ thất ngôn lưu loát là 2/1. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Pederson PM, Szaflarski JP và cộng sự [7], Hoàng Diệp [6], Nguyễn Thanh Hồng và Nguyễn Thị Hùng [8], Nguyễn Minh Trang [9]. Từ 1865, P.Broca đã xác định tổn thương vị trí cấu âm ngôn ngữ ở bán cầu não trái gây rối loạn ngôn ngữ, còn tổn thương bán cầu phải không gây rối loạn ngôn ngữ hoặc rối loạn ngôn ngữ không đáng kể [6]. Thất ngôn không lưu loát gồm thất ngôn toàn bộ, thất ngôn Broca, thất ngôn liên vỏ vận động. Thất ngôn lưu loát gồm thất ngôn Wernicke, thất ngôn liên vỏ giác quan, thất ngôn dẫn truyền, thất ngôn quên từ [1]. Tuy nhiên các nhà khoa học đều cho rằng do chưa có sự thống nhất trong chẩn đoán và phân dạng thất ngôn. Mặt khác, tác giả Pederson cho rằng tỷ lệ phân dạng thất ngôn sẽ thay đổi tùy thuộc thời điểm đánh giá, dạng thất ngôn không lưu loát nặng sẽ có khuynh hướng hồi phục chuyển sang dạng thất ngôn lưu loát nhẹ [7]. Mặt khác, do số lượng BN trong nghiên cứu của chúng tôi còn hạn chế trong khi thất ngôn có 7 dạng nên trong nghiên cứu gặp nhiều nhất BN thất ngôn liên vỏ vận động, thất ngôn Broca và thất ngôn quên từ nhưng không

gặp BN thất ngôn dẫn truyền nào.

Mức độ nặng thất ngôn và mức độ thương tổn thần kinh: Nhóm BN nghiên cứu đều có mức độ thất ngôn nặng theo Goodglass và Kaplan (66,7%) và mức độ tổn thương thần kinh nặng theo Orgogozo (100%). Tuy nhiên, sự khác biệt mức độ thương tổn thần kinh và mức độ nặng thất ngôn giữa nhóm BN thất ngôn lưu loát và thất ngôn không lưu loát không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Kết quả này là do nhóm BN nghiên cứu đều được đến điều trị sớm dưới 3 tháng, trong đó 63,3% BN điều trị sớm dưới 1 tháng, nên mức độ tổn thương vận động và ngôn ngữ của BN nghiên cứu đều ở mức độ nặng.

Mức độ nặng thất ngôn và kích thước tổn thương bán cầu đại não: Nhóm BN thất ngôn do xuất huyết bán cầu đại não thường gặp kích thước tổn thương não > 3 cm (76,7%) hơn nhóm BN có kích thước tổn thương ≤ 3 cm. Mặt khác, trong nghiên cứu của chúng tôi, ở cả hai nhóm BN có kích thước tổn thương não ≤ 3 cm và > 3 cm đều có tỷ lệ BN có mức độ thất ngôn nặng cao hơn mức độ thất ngôn vừa và nhẹ. Điều đó chứng tỏ mức độ nặng thất ngôn của nhóm BN nghiên cứu này không phụ thuộc vào kích thước tổn thương trên bán cầu đại não. Theo nghiên cứu của Lazar và Antonello (2008) [10], Cloutman và cộng sự (2009) [11] cho rằng, kích thước tổn thương là một trong những yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị thất ngôn do TBMMN. Ở Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào về mối liên quan giữa mức độ cải thiện độ thất ngôn và kích thước tổn thương trên não ở BN XHN sau giai đoạn cấp. Tuy nhiên, nghiên cứu của Nguyễn Quang Khả, Đặng Quang Tâm (2012) về yếu tố tiên lượng nặng trên BN XHN có tăng huyết áp cho thấy XHN trên lều có kích thước khối máu tụ > 3 cm chưa có ảnh hưởng đến sự tiến triển của XHN và ý nghĩa tiên lượng [12].

4.3. Đặc điểm lâm sàng theo YHCT

Phân loại trúng phong: Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả TPTP thường gặp hơn TPKL. Theo YHHĐ, XHN khởi phát đột ngột, thường có rối loạn ý thức kèm liệt vận động [10]. Mặt khác theo lý luận YHCT, TPKL khi phát bệnh không có hôn mê, thường nhẹ hơn và TPTP khi phát bệnh có hôn

mê. Do đó, thất ngôn do XHN thường gặp TPTP hơn TPKL.

Thể bệnh YHCT: Xét về hư thực, theo lý luận YHCT, nhóm BN thực chứng chủ yếu là đối tượng BN trên 50 tuổi, chính khí suy nhược, đặc biệt là tạng can thận nên can thận âm hư, can dương vượng lên hoặc người trẻ chính khí tốt nên khi mắc bệnh thường là chứng thực. Bên cạnh đó, BN nghiên cứu đến điều trị sớm ngay sau giai đoạn cấp, bệnh mới mắc nên thường gặp BN thể thực chứng. Ngược lại nhóm BN hư chứng là BN tuổi cao sức yếu, khí huyết hư tổn hoặc bệnh mãn tính mắc lâu ngày. Trong điều trị

bệnh, cần phân biệt trạng thái hư thực của bệnh thì điều trị mới hiệu quả theo phương pháp hư thì bổ, thực thì tả.

5. KẾT LUẬN

Bệnh nhân thất ngôn do xuất huyết ở bán cầu đại não sau giai đoạn cấp thường gặp lứa tuổi 50 – 69 tuổi, nam giới nhiều hơn nữ giới, thể thất ngôn không lưu loét nhiều hơn thất ngôn lưu loét; hay gặp dạng thất ngôn Broca, thất ngôn liên vỏ vận động; thể trúng phong tạng phủ nhiều hơn trúng phong kinh lạc và thực chứng nhiều hơn hư chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Đăng (2007), *Thực hành thần kinh các bệnh và hội chứng thường gặp*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.569 – 573, 536 – 7.
2. Nguyễn Thanh Hồng, Nguyễn Thị Hùng. (2007). Nghiên cứu mất ngôn ngữ và hình ảnh học ở bệnh nhân nhồi máu não trên lều. *Kỷ yếu các công trình nghiên cứu khoa học 2009 – Hội thần kinh Việt Nam*, 186 – 194.
3. Nguyễn Minh Hiện, Đỗ Đức Thuần, Đặng Phúc Đức và cộng sự. (2010). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng chảy máu não tại khoa đột quỵ Bệnh viện 103. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 376, 97 – 103.
4. Nguyễn Xuân Nghiên, Cao Minh Châu, Trần Văn Chương, Vũ Thị Bích Hạnh (2010), *Vật lý trị liệu - Phục hồi chức năng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 141 – 7, 959 – 60.
5. Trần Thị Tiến (2012), *Đánh giá tác dụng của điện châm trong điều trị thất vận ngôn trên bệnh nhân nhồi máu não sau giai đoạn cấp*, Luận văn bác sỹ chuyên khoa II, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
6. Nguyễn Minh Trang (2012), *Đánh giá tác dụng của viên nén thần tiên giải ngữ điều trị chứng thất ngôn ở bệnh nhân nhồi máu não sau giai đoạn cấp*, Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
7. Nguyễn Quang Khả, Đặng Quang Tâm. (2012). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng có giá trị tiên lượng nặng trên bệnh nhân xuất huyết não có tăng huyết áp tại bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ. *Y học thực hành*. 815(4), 45 – 50.
8. Pederson PM, Vinter K, Olsen TS. (2004). Aphasia after stroke: type, severity and prognosis. The Copenhagen aphasia study. *Cerebrovasc Dis*. 17(1), 35 – 43.
9. Lazar R M, Antonello D. (2008). Variability in recovery from aphasia. *Curr Neurol Neurosci*. 8(6), 497 – 502.
10. Cloutman L, Newhart M, Davis C, et al. (2009). Acute recovery of oral word production following stroke: patterns of performance as predictors of recovery. *Behav Neurol*. 21(3), 145 – 153.
11. Sinanović O, Mrkonjić Z, Zukić S, et al. (2011). Post-stroke language disorders. *Acta Clin Croat*. 50(1), 79 – 94.
12. 陈安亮, 李忠仁. (Chen An Liang, Li Zhong Ren) (2004). 针刺治疗中风失语症的临床研究述要[J]. 辽宁中医学院学报. (Nghiên cứu lâm sàng điều trị thất ngôn do trúng phong bằng châm cứu [J]. Cao đẳng Y tế Liêu Ninh)6 (5), 369 – 370.