

Kết quả phục hồi chức năng nhận thức trên bệnh nhân đột quỵ não tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Trần Văn Tuấn¹, Phạm Kim Dung¹, Nguyễn Thị Minh Nguyệt¹
Lê Thị Quyên¹, Môn Thị Uyên Hồng¹, Bùi Thị Huyền², Đàm Văn Hùng²
Lê Thị Hương Lan², Nguyễn Thị Khánh², Hoàng Thị Hương², Đặng Thị Ninh²

Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên¹

Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phục hồi chức năng nhận thức trên bệnh nhân sau đột quỵ não tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

Đối tượng nghiên cứu: Gồm 30 bệnh nhân đột quỵ não điều trị tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp mô tả, can thiệp đánh giá trước sau không có đối chứng.

Kết quả: Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là $65,2 \pm 9,8$; Rối loạn dạng thất ngôn Broca chiếm tỷ lệ 63,3%; khả năng nói, hiểu, viết của bệnh nhân trước và sau khi can thiệp cho thấy đã có sự tiến bộ nhiều so với lúc vào viện ($p < 0,05$); trạng thái tâm lý của bệnh nhân đã được cải thiện đáng kể so với lúc vào viện ($p < 0,05$); Các thang điểm đánh giá lúc vào viện và ra viện đều thấy có sự cải thiện tốt, điểm NIHSS trung bình lúc vào viện là $15,8 \pm 6,7$, ra viện $4,6 \pm 3,1$; Điểm MMSE lúc vào viện trung bình là $11,8 \pm 6,4$, ra viện là $20,8 \pm 5,1$; Điểm mRS trung bình giảm từ $3,7 \pm 0,9$ xuống còn $2,0 \pm 0,9$. Một số yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng sa sút trí tuệ của các bệnh nhân sau đột quỵ não cấp: tuổi cao; trình độ học vấn, tổn thương bán cầu ưu thế có ảnh hưởng nhiều rối loạn ngôn ngữ và trí nhớ.

Kết luận: Can thiệp phục hồi chức năng nhận thức cho bệnh nhân sau đột quỵ não kịp thời sẽ làm giảm tỷ lệ tàn tật và tăng khả năng tái hòa nhập cộng đồng cho những người bệnh sau đột quỵ não.

Từ khóa: Đột quỵ não, phục hồi chức năng nhận thức.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não là nguyên nhân hàng đầu gây ra tàn tật ở người lớn tại Hoa Kỳ, với nguyên nhân chính là do suy giảm nhận thức và sa sút trí tuệ sau đột quỵ [1]. Rối loạn nhận thức do mạch máu là thuật ngữ chỉ những thay đổi mạch máu có thể dẫn đến tình trạng suy giảm nhận thức hoặc sa sút trí tuệ. Bằng chứng hiện tại cho thấy 25-30% số người sống sót sau đột quỵ do thiếu máu cục bộ phát triển chứng suy giảm nhận thức mạch máu hoặc sa sút trí tuệ do mạch máu. Đây là một tập hợp các triệu chứng liên quan đến cơ chế mạch máu khác nhau, hay gặp nhất là các bệnh lý đột quỵ não. Ở một mức độ nào đó tình trạng suy giảm nhận thức này có thể dự phòng được khi chúng ta phát hiện sớm và chẩn đoán chính xác bệnh cùng với các biện pháp điều trị, kiểm soát các yếu tố nguy cơ của đột quỵ [2].

Đột quỵ não thường ảnh hưởng đến trí nhớ. Nếu ảnh hưởng đến vùng não phải, bệnh nhân có thể bị các rối loạn về không gian - nhận thức, làm suy yếu khả năng đánh giá kích thước, khoảng cách, tốc độ, vị trí hoặc cấu trúc. Biểu hiện không thể viết các chữ cái và con số, không nhận biết được phía bên trong hoặc bên ngoài, mặt trái hoặc mặt phải của quần áo. Thậm chí một số bệnh nhân không

thể xác định được họ đang đứng hoặc đang ngồi.

Chương trình phục hồi chức năng cho người bệnh sau đột quỵ não để cải thiện khả năng nhận thức và chức năng sinh hoạt hàng ngày là chương trình luyện tập với các bài tập có chọn lọc và kết hợp với một số dụng cụ đơn giản nhằm cải thiện chức năng thực hiện các chức năng tự chăm sóc bản thân ở những bệnh nhân sau đột quỵ não trên cơ sở khuyến khích tính chủ động của bệnh nhân trong quá trình tập luyện nhằm hạn chế các di chứng sau này. Đặc biệt, rất phù hợp với điều kiện kinh tế và tâm lý điều trị của người dân tại bệnh viện và là nền tảng cho kế hoạch luyện tập cho bệnh nhân sau khi ra viện. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu “Đánh giá kết quả phục hồi chức năng nhận thức trên bệnh nhân sau đột quỵ não tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên”.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Gồm 30 bệnh nhân bị đột quỵ não lần đầu, điều trị nội trú tại Trung tâm Đột quỵ, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

- Tiêu chuẩn lựa chọn

- + Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, mắc đột quỵ não lần đầu.

- + Đã có chẩn đoán xác định đột quỵ não dựa vào tiêu chuẩn chẩn đoán lâm sàng và chụp CTscanner, MRI.

- + Các bệnh nhân đã được cấp cứu và điều trị tại Bệnh viện TƯ Thái Nguyên.

- + Bệnh nhân và người nhà đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ

- + Bệnh nhân bị đột quỵ tái phát, hôn mê.

- + Bệnh nhân không có khả năng giao tiếp.

- Thời gian nghiên cứu từ tháng 1/2021 đến tháng 12/2021.

- Địa điểm: Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

** Thiết kế nghiên cứu*

- Nghiên cứu mô tả: nhằm mô tả thực trạng nhận thức của bệnh nhân sau đột quỵ não tại thời điểm vào viện và một số yếu tố liên quan đến độ lập chức năng các hoạt động sinh hoạt hàng ngày ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của họ.

- Nghiên cứu can thiệp trước và sau không có đối chứng: nhằm đánh giá hiệu quả của các bài tập luyện PHCN nhận thức phối hợp với phục hồi chức năng các hoạt động sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân ở các thời điểm lúc vào viện và ra viện.

** Cơ mẫu nghiên cứu:* Chọn mẫu thuận tiện.

2.3. Các bước tiến hành

** Bước 1*

- Tất cả thành viên nhóm nghiên cứu được tập huấn các kiến thức về phương pháp và các kỹ thuật phục hồi chức năng nhận thức sau đột quỵ não, cách thức thực hiện lượng giá khi can thiệp.

- Trong vòng 24h đầu sau khi nhập viện bệnh nhân được các bác sỹ chuyên khoa Thần kinh thu thập các thông tin chung và đánh giá các chỉ tiêu lâm sàng, thực hiện các chỉ định cận lâm sàng để phục vụ chẩn đoán

- Khám xác định các dấu hiệu thần kinh khu trú (thời điểm vào viện).

- Nhận định kết quả cận lâm sàng: chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ.

- Loại trừ các bệnh nhân không đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

** Bước 2: Áp dụng các kỹ thuật can thiệp trên bệnh nhân*

- Hướng dẫn cho bệnh nhân và người nhà các bài tập phục hồi chức năng về nhận thức có thể làm ngay tại bệnh viện nếu không có chống chỉ định.

- Biện pháp: Nhóm nghiên cứu hướng dẫn cụ thể các bài tập theo phương pháp tập luyện phục hồi chức năng nhận thức cho bệnh nhân sau đột quỵ não.

+ Bài tập cầm chín lỗ, bài tập tính toán 100-7, test nhớ từ.

+ Bài tập vẽ đồng hồ, các bài tập hỗ trợ khác.

* *Bước 3: Đánh giá kết quả theo các thang điểm: NIHSS, MoCA, MMSE, mRS*

Phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

2.4. Chỉ tiêu nghiên cứu

* *Thông tin chung:*

- Tuổi, giới, trình độ học vấn,
- Vị trí tổn thương, dạng thất ngôn
- Thời gian điều trị

* *Các chỉ tiêu về can thiệp phục hồi chức năng nhận thức*

- Chức năng ngôn ngữ vận động
- Chức năng ngôn ngữ giác quan
- Chức năng viết, khả năng tư duy
- Tình trạng tâm lý của bệnh nhân
- Điểm NIHSS, mRS, MMSE ở các thời điểm

vào viện và ra viện

3.1. Đặc điểm về tuổi và giới của nhóm nghiên cứu

Tuổi \ Nhóm	Nam		Nữ		P
	n	%	n	%	
< 50	1	3,3	2	6,7	> 0,05
50-60	5	16,7	1	3,3	> 0,05
61-70	7	23,4	3	10,0	> 0,05
> 70	3	10,0	8	26,7	> 0,05
Tổng số	16	53,4	14	46,7	> 0,05

Nhận xét: Nam giới mắc đột quỵ cao hơn ở nữ giới, sự khác biệt không có ý nghĩa với $p > 0,05$. Thời gian điều trị trung bình $12,4 \pm 3,8$, thấp nhất là 7 ngày cao nhất là 26 ngày.

3.2. Trình độ học vấn

Học vấn	n	Tỷ lệ
Mù chữ	0	0
Tiểu học	2	6,7
THCS	15	59,0
THPT	10	33,3
ĐH, sau ĐH	3	10,0
Tổng	30	100

* *Các chỉ tiêu về yếu tố liên quan đến khả năng hồi phục*

- Tuổi, giới, trình độ học vấn
- Điểm NIHSS, MRS, MMSE, ở các thời điểm vào viện và ra viện

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức của Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Các bệnh nhân và gia đình của bệnh nhân đều được thông báo và giải thích rõ mục tiêu và phương pháp nghiên cứu trước khi được đưa vào nghiên cứu. Bệnh nhân và gia đình đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu, có quyền từ chối tham gia và có quyền rút khỏi nghiên cứu tại bất cứ thời điểm nào. Các số liệu thu thập cho nghiên cứu chỉ sử dụng cho mục đích khoa học và các thông tin liên quan cá nhân sẽ được giữ bí mật.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nhận xét: Trình độ học vấn của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu chủ yếu từ trung học phổ thông trở xuống chiếm tỷ lệ là 90%.

3.3. Đặc điểm vùng tổn thương và dạng thất ngôn

Vùng tổn thương \ Nhóm	Dạng thất ngôn			
	Broca	Wernick	Toàn bộ	Hỗn hợp
Thùy trán	1	2	0	0
Thùy thái dương	3	1	0	0
Thùy đỉnh	1	1	0	0
Thùy chẩm	3	0	0	1
Thần não	5	0	0	0
Chảy máu dưới nhện	6	2	2	2
Tổng	19	6	2	3

Nhận xét: Bệnh nhân rối loạn dạng thất ngôn Broca chiếm tỷ lệ cao (63,3%) và gặp ở nhiều vùng tổn thương khác nhau.

3.4. Khả năng nói của bệnh nhân lúc vào viện và sau khi ra viện

Khả năng nói \ Thời gian	Vào viện		Ra viện		P
	n	%	n	%	
Mất khả năng nói lưu loát	19	63,3	7	23,3	< 0,05
Nói được những câu ngắn, hoặc câu không hoàn chỉnh	15	50,0	18	60,0	> 0,05
Nói được câu đơn giản và có thể lặp lại câu nói của người khác	11	36,7	15	50,0	< 0,05
Nói những câu không có ý nghĩa, lẫn lộn không đúng ngữ pháp	17	56,7	10	33,3	< 0,05

Nhận xét: Khả năng nói của bệnh nhân sau khi can thiệp cho thấy đã có sự tiến bộ nhiều so với lúc vào viện, sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$.

3.5. Khả năng hiểu của bệnh nhân trước và sau khi ra viện

Khả năng hiểu \ Thời gian	Vào viện		Ra viện		P
	n	%	n	%	
Không hiểu người khác đang nói gì	12	40,0	7	23,3	< 0,05
Hiểu lời nói nhưng không diễn đạt được	16	53,3	11	36,7	< 0,05
Hiểu được chữ viết nhưng không nói được	18	60,0	11	36,7	< 0,05

Nhận xét: Tỷ lệ khả năng hiểu của bệnh nhân trước và sau khi can thiệp có sự cải thiện đáng kể, sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$.

3.6. Khả năng viết của bệnh nhân trước và sau khi ra viện

Thời gian Khả năng viết	Vào viện		Ra viện		P
	n	%	n	%	
Viết được một vài câu đơn giản	10	33,3	18	60,0	< 0,05
Vẽ và mô tả được đồ vật	16	53,3	20	66,7	< 0,05
Không viết được, không nhớ chữ viết	20	66,7	9	30,0	< 0,05

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy khả năng viết và vẽ của bệnh nhân có sự thay đổi theo hướng tích cực có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.7. Trạng thái tâm lý của bệnh nhân trước và sau khi ra viện

Thời gian Trạng thái tâm lý	Vào viện		Ra viện		P
	n	%	n	%	
Dễ cáu gắt, hay nổi giận	25	83,3	6	20,0	< 0,05
Tinh thần căng thẳng	16	53,3	9	30,0	< 0,05
Bệnh nhân tự cô lập, không muốn giao tiếp với mọi người	20	66,7	2	6,7	< 0,05

Nhận xét: Sau thời gian điều trị trạng thái tâm lý của bệnh nhân đã được cải thiện đáng kể, sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$.

3.8. Đánh giá kết quả bằng các thang điểm lúc vào viện và ra viện

Thời gian Thang điểm	Vào viện		Ra viện		P
	X	Sd	X	Sd	
NIHSS	15,8	6,7	4,6	3,1	< 0,05
MMSE	11,8	6,4	20,8	5,1	< 0,05
mRS	3,7	0,9	2,0	0,9	< 0,05

Nhận xét: Đánh giá bằng thang điểm NIHSS lúc vào viện điểm trung bình là $15,8 \pm 6,7$, sau khi ra viện điểm trung bình giảm xuống còn $4,6 \pm 3,1$, sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$. Kết quả thang điểm MMSE lúc vào viện trung bình là $11,8 \pm 6,4$, lúc ra viện là $20,8 \pm 5,1$ ($p < 0,05$). Thang điểm mRS trung bình giảm từ $3,7 \pm 0,9$ xuống còn $2,0 \pm 0,9$ ($p < 0,05$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là 65,2

$\pm 9,8$. Tuổi thấp nhất là 42, cao nhất là 82, tỷ lệ nam và nữ không có sự khác biệt. Thời gian nằm viện trung bình là $12,4 \pm 3,8$ ngày, thấp nhất là 7 ngày, cao nhất là 26 ngày. Trình độ học vấn của các bệnh nhân nghiên cứu chủ yếu là từ trình độ trung học cơ sở trở lên, không có ai mù chữ do vậy rất thuận lợi cho chúng tôi khi thực hiện các test tâm lý như MMSE, test nhớ từ, nhớ chữ số trong đó có phần tính toán. Một số nghiên cứu cho thấy khả năng ngôn ngữ và trình độ học vấn có liên quan mật thiết với những kinh nghiệm (thông qua học)

được truyền tải vào ngôn ngữ tương đương và được lưu trữ dưới hình thức ngôn ngữ. Trình độ học vấn càng cao càng củng cố thêm các mối liên hệ thần kinh liên quan đến hoạt động ngôn ngữ [1],[4].

Vị trí tổn thương theo các vùng chiến lược như thùy thái dương, thùy đỉnh, nhân xám trung ương và đồi thị bao trong phía bán cầu ưu thế để gặp trong nhóm nghiên cứu chiếm. Tùy thuộc vào vị trí tổn thương sẽ có những triệu chứng thần kinh khu trú tương ứng, đặc biệt một số triệu chứng sẽ ảnh hưởng nhiều tới việc thực hiện các test tâm lý như rối loạn ngôn ngữ, liệt vận động dẫn đến việc thực hiện các động tác hạn chế.

4.2. Đánh giá kết quả can thiệp về nhận thức của bệnh nhân sau đột quỵ não

- Khả năng về ngôn ngữ: kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhân mất khả năng nói và diễn đạt cử chỉ chiếm tỷ lệ 63,3%, sau can thiệp cho thấy đã có sự tiến bộ nhiều so với lúc vào viện, sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$. Theo nhận định của chúng tôi nếu bệnh nhân được tiếp tục có thêm thời gian để luyện các bài tập về nhận thức thì khả năng tiến triển sẽ còn đạt kết quả cao hơn. Rối loạn ngôn ngữ biểu hiện lâm sàng bằng các triệu chứng tùy theo các giai đoạn của bệnh. Nếu bệnh nhân biểu hiện rối loạn ngôn ngữ nhẹ biểu hiện bằng việc bệnh nhân khó tìm từ để nhận ra hoặc mô tả một vật hoặc một công việc mà nói quanh co trong khi phát âm vẫn rõ ràng chính xác và đúng cú pháp. Do khó tìm từ nên không gọi tên được các đồ vật, đối tượng, quên tên người cũ.... Nói vòng vo về tác dụng của đồ vật thay cho gọi tên đồ vật đó, dùng các từ chung chung, các từ mơ hồ và nói lặp từ...là biểu hiện có thể gặp. Giai đoạn rối loạn ngôn ngữ nặng biểu hiện nói sai ngữ pháp, tạo nhiều từ mới, tìm từ không chính xác và chậm chạp, mất tính lưu loát trong ngôn ngữ, hiện tượng nhại lời... Bệnh nhân gặp rất nhiều khó khăn trong giao tiếp hoặc không còn khả năng giao tiếp bằng ngôn ngữ. Rối loạn ngôn ngữ thường phụ thuộc nhiều vào khu

vực, vị trí tổn thương não. Nếu tổn thương thùy thái dương thì thường rối loạn về tư duy khó khăn trong vấn đề thành lập câu nói hoàn chỉnh có nội dung phức tạp, khó diễn đạt câu và nói viết thường sai cú pháp, ngược lại khi tổn thương thùy trán thì bệnh nhân thường rối loạn ngôn ngữ hay gặp là khó tìm từ vựng, kiến thức nghèo nàn mất tính lưu loát khó phát âm [4]. Nghiên cứu của Breitenstein C [5] sử dụng biện pháp can thiệp bằng lời trong thời gian 3 tuần cho những bệnh nhân có rối loạn ngôn ngữ sau đột quỵ não, kết quả chỉ ra thời gian điều trị tối thiểu cần thiết để có hiệu quả điều trị có ý nghĩa và cần xác định xem liệu hiệu quả điều trị có tích lũy nặng lên qua các giai đoạn can thiệp lặp lại hay không. Godecke E và cộng sự [6], nghiên cứu thử nghiệm ngẫu nhiên trên các bệnh nhân mất ngôn ngữ sau đột quỵ trong thời gian 15 ngày sau đột quỵ giai đoạn cấp, kết quả cho thấy liệu pháp điều trị chứng mất ngôn ngữ khi bắt đầu rất sớm sau đột quỵ và được thực hiện hàng ngày có thể tăng cường khả năng phục hồi giao tiếp so với nhóm không được can thiệp.

- Khả năng về hiểu biết của bệnh nhân: Lúc vào viện có 12 bệnh nhân (40%) không hiểu người khác nói gì, 16 bệnh nhân (53,3%) hiểu lời nói của người khác nhưng không thể diễn đạt được, có 18 bệnh nhân (60%) hiểu được chữ viết nhưng không nói được, sau thời gian can thiệp các biểu hiện này đã được cải thiện có sự khác biệt so với lúc vào viện ($p < 0,05$). Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của các tác giả khác.

Theo tác giả Pin-Barre C và cộng sự [6], nghiên cứu về phục hồi chức năng vận động cho bệnh nhân sau đột quỵ đã chỉ ra rằng các liệu pháp điều trị đột quỵ cần thúc đẩy tăng sự dẻo dai của tế bào thần kinh để cải thiện chức năng vận động. Tập thể dục được coi là một phương pháp chính để thúc đẩy sự dẻo dai của thần kinh và có thể được sử dụng cho các mục đích khác nhau trong các thí nghiệm

trên người và động vật. Trước hết, tập thể dục trong giai đoạn cấp tính có thể được sử dụng như một công cụ chẩn đoán để hiểu các cơ chế thần kinh mới dựa trên cơ sở sinh lý bệnh học đột quỵ. Thực tế đã chứng minh, các cơ chế tác động lên bệnh nhân đột quỵ ảnh hưởng đến chuyển động là rất quan trọng để tăng cường hiệu quả điều trị / phục hồi chức năng. Thứ hai, đã có cơ sở khẳng định rằng tập luyện thể dục thể thao được coi như một công cụ phục hồi chức năng nhận thức có hiệu quả.

- Khả năng viết của bệnh nhân sau đột quỵ: kết quả nghiên cứu cho thấy, lúc vào viện có 10 bệnh nhân (33,3%) chỉ viết được một vài câu đơn giản, có 20 bệnh nhân (66,7%) không viết được hoặc không nhớ chữ viết. Sau can thiệp cho thấy khả năng viết và vẽ của bệnh nhân có sự thay đổi theo hướng tích cực có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Vùng Broca nằm ở thùy trán, khi vùng này bị tổn thương thì bệnh nhân bị chứng câm nhưng vẫn hiểu lời, hiểu chữ. Bệnh nhân nghe và đọc thì hiểu nhưng không thể diễn đạt ý nghĩ của mình bằng lời nói. Tuy nhiên, họ có thể diễn đạt thông qua chữ viết. Vùng Wernicke nằm ở thùy thái dương, đây là một vùng rất quan trọng trong việc hình thành tiếng nói và tư duy. Vì vậy, còn được gọi là vùng hiểu ngôn ngữ, vùng hiểu biết chữ viết, vùng này không chỉ chỉ phối lời nói mà còn cho ta hiểu lời, hiểu chữ... Khi vùng Wernicke bị tổn thương thì bệnh nhân bị chứng câm kèm thêm không hiểu lời, hiểu chữ...

- Trạng thái tâm lý của bệnh nhân sau đột quỵ: Đánh giá tình trạng lúc vào viện có 25 bệnh nhân (83,3%) dễ cáu gắt và hay nổi giận, 16 bệnh nhân (53,3%) tinh thần căng thẳng, 20 (66,7%) số bệnh nhân tự cô lập, không muốn giao tiếp. Sau thời gian can thiệp cho đến lúc ra viện các tỷ lệ này đã thay đổi theo chiều hướng giảm có ý nghĩa với $p < 0,05$.

- Đánh giá kết quả bằng các thang điểm lâm sàng

Sử dụng thang điểm NIHSS đánh giá lúc vào viện kết quả cho thấy điểm trung bình là $15,8 \pm 6,7$,

sau khi ra viện điểm trung bình giảm xuống còn $4,6 \pm 3,1$, sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$. Kết quả thang điểm MMSE lúc vào viện trung bình là $11,8 \pm 6,4$, lúc ra viện là $20,8 \pm 5,1$ ($p < 0,05$). Thang điểm mRS trung bình giảm từ $3,7 \pm 0,9$ xuống còn $2,0 \pm 0,9$ ($p < 0,05$).

Một số nghiên cứu khác cũng thấy rằng tổn thương bán cầu ưu thế có ảnh hưởng cùng lúc rối loạn ngôn ngữ và trí nhớ. Tổn thương các vùng chiến lược thuộc tuần hoàn não trước, nhồi máu não nhiều ổ cũng là yếu tố ảnh hưởng không kém phần quan trọng trong suy giảm nhận thức sau đột quỵ. Nhận xét này của chúng tôi cũng tương tự các tác giả trên thế giới nhận thấy rằng vị trí tổn thương nằm ở hồi góc, đồi thị, bao trong thùy thái dương hay gặp ở các bệnh nhân suy giảm nhận thức sau đột quỵ [5], [6].

Đánh giá các chức năng bằng thang điểm MMSE, chúng tôi nhận thấy, sự ghi nhận, khả năng trí nhớ gần, đánh giá sự chú ý và khả năng tính toán của nhóm bệnh nhân sau đột quỵ não, những bệnh nhân này được luyện tập hàng ngày và đều đặn thì khả năng phục hồi nhận thức sẽ nhanh hơn [2], [3], [4].

5. KẾT LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu cho thấy, chương trình can thiệp phục hồi chức năng nhận thức cho bệnh nhân sau đột quỵ não và phục hồi chức năng sinh hoạt hàng ngày sẽ làm giảm tỷ lệ tàn tật cho những người bệnh sau đột quỵ não. Kết quả này được thể hiện trong sự cải thiện khả năng giao tiếp và thay đổi hành vi ở đối tượng nghiên cứu tại thời điểm vào viện so với lúc ra viện.

Để tiếp tục tăng cường mức độ độc lập và giảm tỷ lệ tàn tật ở người bệnh sau đột quỵ, nên tiếp tục tiến hành can thiệp phục hồi chức năng nhận thức trong thời gian kéo dài hơn và cần tăng cường phối hợp với các nhân viên y tế tại bệnh viện và trong cộng đồng.

SUMMARY

Objective: to evaluate the results of cognitive rehabilitation in patients after stroke at Thai Nguyen National Hospital.

Subjects: 30 stroke patients treated at Thai Nguyen National Hospital.

Methods: Descriptive, intervention without a control.

Results: The mean age of the patients was 65.2 ± 9.8 ; Broca's aphasia disorder accounts for 63.3%; The patient's ability to speak, understand, and write before and after the intervention showed much improvement compared to the time of admission ($p < 0.05$); the patient's psychological state has improved significantly compared to the time of admission ($p < 0.05$); The assessment scales at hospital admission and discharge showed good improvement, the average NIHSS score at admission was 15.8 ± 6.7 , discharged from hospital 4.6 ± 3.1 ; The average MMSE score at admission was 11.8 ± 6.4 , at discharge was 20.8 ± 5.1 ; The mean mRS score decreased from 3.7 ± 0.9 to 2.0 ± 0.9 . Some factors affect the dementia status of patients after acute cerebral stroke: advanced age; Education level, dominant hemisphere damage affects many language and memory disorders.

Conclusion: Timely cognitive rehabilitation intervention for patients after stroke will reduce the disability rate and increase the ability to reintegrate into the community for patients after stroke.

Keyword: Stroke, cognitive rehabilitation.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rost NS, et,al; DISCOVERY Investigators. Cognitive Impairment and Dementia After Stroke: Design and Rationale for the DISCOVERY Study. *Stroke*. 2021 Aug;52(8):e499-e516. doi: 10.1161/STROKEAHA.120.031611. Epub 2021 May 27.
2. Kalaria RN, Akinyemi R, Ihara M. Stroke injury, cognitive impairment and vascular dementia. *Biochim Biophys Acta*. 2016 May;1862(5):915-25. doi: 10.1016/j.bbadis.2016.01.015. Epub 2016 Jan 22.
3. Ihara M. [Post Stroke Dementia]. *Brain Nerve*. 2016 Jul;68(7):743-51. Japanese. doi: 10.11477/mf.1416200506. PMID: 27395459.
4. Đào Thị Bích Ngọc (2018), nghiên cứu đặc điểm lâm sàng của chức năng nhận thức sau nhồi máu não và một số yếu tố liên quan, Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. Breitenstein C, et, al (2017). Intensive speech and language therapy in patients with chronic aphasia after stroke: a randomised, open-label, blinded-endpoint, controlled trial in a health-care setting. *Lancet*. 2017 Apr 15;389(10078):1528-1538. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30067-3.
6. Pin-Barre C, Laurin J. Physical Exercise as a Diagnostic, Rehabilitation, and Preventive Tool: Influence on Neuroplasticity and Motor Recovery after Stroke. *Neural Plast*. 2015;2015:608581. doi: 10.1155/2015/608581.
7. Godecke E, et.al. A randomized controlled trial of very early rehabilitation in speech after stroke. *Int J Stroke*. 2016 Jul;11(5):586-92. doi: 10.1177/1747493016641116. Epub 2016 May 5.