

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG SA SÚT TRÍ TUỆ DO RƯỢU ” ” ”

NGUYỄN VĂN TUẤN - Bệnh viện Tâm thần Hà Nội
TRẦN HỮU BÌNH – Viện Sức khỏe Tâm thần

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả lâm sàng 12 bệnh nhân sa sút trí tuệ do rượu ở bệnh nhân loạn thần do rượu. Chúng tôi sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD 10, thang MMSE, test 5 từ của Rey. Phương pháp thu thập, phân tích số liệu chính xác, thống nhất được thực hiện, cho thấy suy giảm trí nhớ gần chiếm tỷ lệ 100%, suy giảm trí nhớ xa 91,7%, loạn nhớ 33,3%, rối loạn định hướng thời gian 58,3%, không gian 50%, suy giảm chú ý chủ động 91,7%; vong ngôn 75%, vong tri 50%, vong hành 41,7% bệnh nhân nghiên cứu.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, các triệu chứng suy giảm nhận thức ở bệnh nhân sa sút trí tuệ do rượu ít cải thiện sau 6 tháng ngừng sử dụng rượu và điều trị. Tuy nhiên, các triệu chứng này không nặng thêm sau ngừng sử dụng rượu và điều trị. Điểm thang MMSE và test 5 từ phù hợp với lâm sàng.

RÉSUMÉ

Une Étude décrit la clinique des 12 patients de demences alcooliques qui sont psychose alcoolique. On utilise des critères diagnostiques de l'ICD 10, l'Escheelle MMSE, l'Épreuve des cinq mots de Rey. Une méthode rassemblée des informations exacte, unifiée qui a réalisée, a montrée 100% diminutifs de la mémoire récente, 91,7% diminutifs de la mémoire remote, 33,3% de la fabulation, 58,3% troubles de l'orientation temporelle, 50% troubles de l'orientation spatiale, 91,7% diminutifs de l'attention active, 75% de l'aphasie, 50% de l'agnosie, 41,7% de l'apraxie des 12 patients alcooliques.

Les résultats étudiés ont montré que les symptômes de la diminution cognitives chez des patients alcooliques sont moins améliorés après 6 mois de l'abstinence alcoolique et du traitement. Pourtant, ces symptômes ne sont pas augmentés graves, après 6 mois de l'abstinence alcoolique et du traitement. Les résultats étudiés des points de l'échelle MMSE et du test l'Épreuve des cinq mots de Rey sont compatibles avec les résultats étudiés de la clinique.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Sa sút trí tuệ do rượu là một trong hậu quả nặng nhất do nghiện rượu mạn tính gây nên. Sa sút trí tuệ do rượu theo một số tác giả chiếm từ 9% đến 10% trong tổng số các bệnh nhân sa sút trí tuệ (Jean - Pierre Olié; Therry Gallarda; Edwige Duaux 2000).

Sa sút trí tuệ do rượu có cơ chế bệnh sinh khác với sa sút trí tuệ do các nguyên nhân khác. Chính vì vậy, sa sút trí tuệ do rượu có đặc điểm phát sinh, biểu hiện lâm sàng, tiến triển khác với sa sút trí tuệ do các nguyên nhân khác.

Nắm vững quy luật phát sinh, biểu hiện lâm sàng và tiến triển của sa sút trí tuệ do rượu giúp cho việc chẩn đoán, điều trị và phòng ngừa sa sút trí tuệ do

rượu tốt hơn.

Ở Việt Nam, sa sút trí tuệ do rượu chưa được quan tâm nhiều, chưa có những nghiên cứu sâu về đặc điểm lâm sàng, tiến triển của sa sút trí tuệ do rượu. Mặt khác, sa sút trí tuệ do rượu ở những bệnh nhân loạn thần do rượu ít được quan tâm bởi các triệu chứng loạn thần rầm rộ thường che khuất các triệu chứng sa sút trí tuệ.

Vì vậy, chúng tôi nghiên cứu "Đặc điểm lâm sàng sa sút trí tuệ do rượu" để làm sáng tỏ vấn đề này, góp phần giúp chẩn đoán, điều trị sa sút trí tuệ do rượu tốt hơn, với 2 mục tiêu:

1. Mô tả lâm sàng sa sút trí tuệ do rượu ở bệnh nhân loạn thần do rượu.

2. Nhận xét tiến triển sa sút trí tuệ do rượu ở bệnh nhân loạn thần do rượu, sau ngừng sử dụng rượu và điều trị.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi gồm 12 bệnh nhân loạn thần do rượu đủ tiêu chuẩn chẩn đoán sa sút trí tuệ do rượu trong 78 bệnh nhân suy giảm nhận thức do rượu; được chẩn đoán theo tiêu chuẩn ICD.10, điều trị nội trú tại Bệnh viện Tâm thần Hà Nội từ tháng 03 năm 2010 đến tháng 02 năm 2011.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiền cứu và phân tích từng trường hợp các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng sa sút trí tuệ ở bệnh nhân loạn thần do rượu.

- Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Các bệnh nhân được chẩn đoán loạn thần do rượu theo tiêu chuẩn phân loại quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi phiên bản dùng cho nghiên cứu (ICD.10). Đủ tiêu chuẩn chẩn đoán sa sút trí tuệ do rượu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân chậm phát triển tâm thần và bệnh nhân có tiền sử bệnh thực thể não không do rượu. Bệnh nhân có các rối loạn tâm thần nặng không do rượu (Tâm thần phân liệt, rối loạn cảm xúc...). Các bệnh nhân có tật chứng về các chức năng nhận thức trước nghiện rượu. Bệnh nhân nghiện ma túy. Bệnh nhân có bệnh nội tiết, bệnh cơ thể nặng không do rượu. Bệnh nhân trên 60 tuổi.

- Phương pháp thu thập thông tin:

+ Công cụ nghiên cứu: Bệnh án nghiên cứu chuyên biệt dùng để nghiên cứu suy giảm nhận thức. Bộ câu hỏi dành cho bệnh nhân, bộ câu hỏi dành cho thân nhân bệnh nhân. Các thang và trắc nghiệm đánh giá chức năng nhận thức và trí nhớ: thang M.M.S.E, test 5 từ. Tiêu chuẩn chẩn đoán loạn thần do rượu theo ICD.10. Tiêu chuẩn chẩn đoán mất trí do rượu theo ICD.10. Tiêu chuẩn chẩn đoán mức độ nghiện rượu theo DSM. IV.

+ Kỹ thuật thu thập thông tin: Hỏi bệnh bệnh nhân

và thân nhân bệnh nhân. Khám lâm sàng. Làm trắc nghiệm đánh giá chức năng nhận thức và trí nhớ. Theo từng giai đoạn nghiên cứu.

- Các chỉ số, biến số nghiên cứu: Các chỉ số độc lập (tuổi, nghề nghiệp, học vấn...). Thời gian nghiện rượu, mức độ nghiện rượu. Chỉ số về các triệu chứng loạn tâm thần do rượu. Chỉ số về triệu chứng suy giảm nhận thức, trí nhớ theo từng giai đoạn. Chỉ số trắc nghiệm tâm lý đánh giá trí nhớ theo từng giai đoạn.

- Xử lý số liệu: Cách ghi chép mẫu biểu, phân tích và xử lý số liệu theo một quy trình và phương pháp thống nhất. Số liệu được xử lý bằng phương pháp thống kê y học, số liệu được xử lý bằng phần mềm Epi Info 6.04, thuật toán χ^2 và t-Student được sử dụng.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của nghiên cứu: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu $43,27 \pm 3,8$. Thời gian nghiện rượu trung bình $16,2 \pm 4,8$ năm, thấp nhất 12 năm, cao nhất 21 năm. Mức độ nghiện rượu nặng chiếm 100%, kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với Lý Trần Tình (2006) [2] tuổi trung bình là $43 \pm 7,4$ ở bệnh nhân loạn thần do rượu, nhưng thời gian nghiện rượu nhóm nghiên cứu của chúng tôi cao hơn tác giả ($12,9 \pm 6,8$ năm), có thể do nhóm nghiên cứu của chúng tôi gồm các bệnh nhân nặng sa sút trí tuệ.

2. Đặc điểm lâm sàng

2.1. Đặc điểm về loạn thần

Loạn thần do rượu hoang tưởng chiếm ưu thế có tỷ lệ cao nhất: 58,3% và loạn thần do rượu ảo giác chiếm ưu thế 33,3%, loạn thần do rượu chủ yếu đa dạng chiếm tỷ lệ thấp nhất 8,4%. Kết quả này cho thấy tỷ lệ loạn thần hoang tưởng và ảo giác chiếm ưu thế cao hơn tác giả Lý Trần Tình (2006) [2] loạn thần do rượu hoang tưởng chiếm ưu thế 43,75%, loạn thần do rượu ảo giác chiếm ưu thế là 22,92 %, có thể do nghiên cứu của chúng tôi gồm những bệnh nhân nghiện rượu nặng hơn, thời gian dài hơn.

2.2. Đặc điểm các triệu chứng lâm sàng của sa sút trí tuệ do rượu

Sa sút trí tuệ có 12 bệnh nhân trong tổng số 78 bệnh nhân suy giảm nhận thức do rượu, chiếm tỷ lệ 15,4%. Kết quả này phù hợp với một số tác giả như J.M. Vanelle, T.Gallarda, N. Debisse, J.P. Olié, H. Lôo 1995; José M. F, Isabel P. M (2001) [3], José M. F và Isabel P. M (2001) [4] cho rằng sa sút trí tuệ chiếm từ 7% đến 21% người bệnh nghiện rượu mạn tính. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Lương Thị Phương Liên (2001) [5] tác giả cho rằng sa sút trí tuệ do rượu chiếm 12,5% bệnh nhân loạn thần do rượu.

Bảng 1: Suy giảm trí nhớ, rối loạn định hướng, chú ý ở bệnh nhân sa sút trí tuệ

TG NR Triệu chứng	< 15 năm (n = 8)		≥ 15 năm (n = 4)		Tổng số (n = 12)		P (X2)
	n	%	n	%	n	%	
Suy giảm trí nhớ gần	8	100	4	100	12	100	> 0,05
Suy giảm trí nhớ xa	7	87,5	4	100	11	91,7	
Loạn nhớ	2	25	2	50	4	33,3	< 0,05
RL định hướng thời gian	4	50	3	75	7	58,3	
RL định hướng không gian	3	37,5	3	75	6	50	
Giảm chú ý chủ động	7	87,5	4	100	11	91,7	> 0,05
Giảm di chuyển chú ý	5	62,5	3	75	7	58,3	

Bảng 1 cho ta thấy tỷ lệ suy giảm trí nhớ gần và trí nhớ xa chiếm tỷ lệ cao trong nghiên cứu 100% và 91,7%, Kết quả nghiên cứu cho thấy suy giảm trí nhớ gần, suy giảm ghi nhớ rất rõ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với Guy Darcourt; M. Myquel; D. Pringuey; T.Braccini; P. Bonhomme (1998) [6], S. Pariel-Madjlessi (2000) [7], các tác giả cho rằng quên thuận chiều mà biểu hiện là suy giảm trí nhớ gần là đặc trưng của suy giảm trí nhớ do rượu.

Suy giảm trí nhớ gần và xa không có sự khác biệt với thời gian nghiện rượu, có thể do mẫu nghiên cứu khoảng cách về thời gian nghiện rượu giữa các đối tượng không nhiều, mẫu nghiên cứu nhỏ.

Kết quả bảng 1 cũng cho thấy loạn nhớ chiếm tỷ lệ đáng kể ở những bệnh nhân sa sút trí tuệ do rượu với tỷ lệ 33,3%, kết quả này phù hợp với Trần Hữu Bình (1994), Nguyễn Kim Việt (2000), các tác giả cho rằng loạn nhớ là triệu chứng thường gặp ở bệnh nhân sa sút trí tuệ do rượu trong hội chứng Korsakoff [8], [9].

Rối loạn định hướng thời gian và rối loạn định hướng không gian chiếm tỷ lệ tương đối cao ở bệnh nhân sa sút trí tuệ do rượu: 58,3% và 50%. Tỷ lệ rối loạn định hướng thời gian và rối loạn định hướng

không gian có sự khác biệt giữa 2 nhóm theo thời gian nghiện rượu, thời gian nghiện rượu dài, tỷ lệ rối loạn định hướng cao hơn, với $P < 0,05$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp Jean De Recondo(2002) [10], Guy Darcourt; M. Myquel; D. Pringuey; T.Braccini; P. Bonhomme (1998) [6], các tác giả cho rằng rối loạn định hướng thời gian và không gian chiếm chủ yếu ở bệnh nhân sa sút trí tuệ do rượu, mức độ suy giảm nhận thức nói chung, rối loạn định hướng nói riêng tỷ lệ thuận với thời gian nghiện rượu.

Suy giảm chú ý chủ động và di chuyển chú ý chiếm tỷ lệ cao ở bệnh nhân sa sút trí tuệ do rượu, với tỷ lệ 91,7% và 58,3%. Suy giảm chú ý chủ động, di chuyển chú ý không có sự khác biệt với thời gian nghiện rượu. Kết quả này phản ánh mối liên quan giữa suy giảm chú ý với trí nhớ: suy giảm chú ý chủ động gây suy giảm trí nhớ gần, ngược lại mất nhớ gây suy giảm chú ý. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với tác giả Dominique Barrucand (1997), tác giả cho sa sút trí tuệ do rượu suy giảm chú ý chủ động, di chuyển chú ý do mất nhớ.

Bảng 2: Vong ngôn, vong tri, vong hành

TG NR Triệu chứng	< 15 năm (n = 8)		≥ 15 năm (n = 4)		Tổng số (n = 12)		P (X2)
	n	%	n	%	N	%	
Vong ngôn	5	62,5	4	100	9	75	< 0,05
Vong tri	3	37,5	3	75	6	50	
Vong hành	2	25	3	75	5	41,7	

Bảng 2 cho ta thấy vong ngôn chiếm tỷ lệ cao ở bệnh nhân sa sút trí tuệ do rượu với tỷ lệ 75%; vong tri, vong hành cũng là triệu chứng chiếm tỷ lệ đáng kể ở bệnh nhân sa sút trí tuệ: 50% và 41,7%. Bảng 2 cũng cho chúng ta thấy tỷ lệ các triệu chứng vong ngôn, vong tri, vong hành có sự khác biệt theo thời gian nghiện rượu, thời gian nghiện rượu dài tỷ lệ các triệu chứng vong ngôn, vong tri, vong hành chiếm tỷ lệ cao hơn, với $P < 0,05$. Kết quả của chúng tôi phù hợp với S. Pariel-Madjlessi (2000) [7], Jean De Recondo (2002) [10], các tác giả cho rằng vong ngôn, vong tri, vong hành là triệu chứng thường gặp ở bệnh nhân sa sút trí tuệ do rượu.

Qua phân tích lâm sàng từng ca cho thấy:

Triệu chứng vong ngôn chủ yếu thấy người bệnh khó khăn tìm từ diễn tả nội dung muốn trình bày, một số ít khó khăn gọi tên đồ vật, bệnh nhân vẫn giao tiếp được, ít trường hợp sai về cú pháp câu; triệu chứng vong tri chủ yếu bệnh nhân hay nhầm giường, nhầm phòng, bệnh nhân vẫn hoạt động được trong môi trường hẹp. Một số bệnh nhân có lạc khi đi lại ở những địa hình quen thuộc. Bệnh nhân vẫn nhận ra người thân và các đồ vật thông dụng; triệu chứng vong hành rất kín đáo bệnh nhân khó khăn làm một số việc yêu cầu nhiều động tác phức tạp, người bệnh trang phục trang phục xộc xệch, đa số bệnh nhân vẫn thực hiện được các yêu cầu đơn giản khi khám. Kết quả phân tích này phù hợp với (S. Pariel-Madjlessi (2000) [7], Jean De Recondo (2002) [10], Kaplan và Sadock's (2007) [11], các tác giả cho rằng triệu chứng vong ngôn, vong tri, vong hành ở bệnh nhân sa sút trí tuệ do rượu kín đáo không rõ ràng như bệnh Alzheimer.

Bảng 3: Tiến triển một số triệu chứng suy của sa sút trí tuệ theo thời gian điều trị

Thời gian Triệu chứng	T ₀ (n = 12)		T ₃ (n = 12)		P (X2)
	n	%	n	%	
Suy giảm trí nhớ gần	12	100	11	91,7	> 0,05
Suy giảm trí nhớ xa	11	91,7	11	91,7	
RL định hướng thời gian	7	58,3	5	41,7	
Loạn nhớ	4	33,3	4	33,3	
RL định hướng không gian	6	50	6	100	
Giảm chú ý chủ động	11	91,7	11	100	
Giảm di chuyển chú ý	7	58,3	5	41,7	
Vong ngôn	9	75	8	66,7	
Vong tri	6	50	6	50	
Vong hành	5	41,7	5	41,7	

T₀: thời gian bắt đầu ngừng rượu và diễn trị. T₃: 6 tháng điều trị.

Kết quả bảng 3 cho thấy các triệu chứng suy giảm trí nhớ, suy giảm chú ý, rối loạn định hướng, vong ngôn, vong tri, vong hành không có sự cải thiện có ý nghĩa thống kê sau 6 tháng ngừng sử dụng rượu và điều trị.

Bảng 3 cũng cho thấy các triệu chứng suy giảm trí nhớ, suy giảm chú ý, rối loạn định hướng, vong ngôn, vong tri, vong hành không có xu hướng tăng nặng thêm về tỷ lệ sau 6 tháng.

Qua phân tích từng trường hợp, cho thấy các triệu chứng như suy giảm trí nhớ, rối loạn định hướng, rối loạn chú ý, vong ngôn, vong tri, vong hành không trầm trọng thêm về mức độ. Các triệu chứng vong ngôn, vong tri, vong hành vẫn biểu hiện kín đáo. Suy giảm trí nhớ không có xu hướng tăng nặng thêm, người bệnh vẫn nhớ được tiểu sử bản thân, người thân.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với đa số các tác giả như Guy Darcourt; M. Myquel; D. Pringuey; T.Braccini; P. Bonhomme (1998) [6], S. Pariel-Madjlessi (2000) [7], Kaplan và Sadock's (2007) [11], Stephen M. Stahl (2008) [12], các tác giả đã chỉ ra: sa sút trí tuệ do rượu không thể thuyên giảm sau ngừng sử dụng rượu và điều trị, nhưng không có xu hướng nặng thêm sau ngừng sử dụng rượu và điều trị.

Bảng 4: Điểm trắc nghiệm MMSE và test 5 từ trước sau điều trị

Thời gian Triệu chứng	T ₀ n = 12	T ₃ n = 12	P (t)
	Điểm trung bình		
MMSE	16,2 ± 1,7	16,3 ± 1,6	> 0,05
Test 5	5,2 ± 2,3	5,4 ± 2,5	

T₀: thời gian bắt đầu ngừng rượu và diễn trị. T₃: 6 tháng điều trị.

Bảng 4 cho thấy điểm thang MMSE giai đoạn T₀ ở mức đủ tiêu chuẩn chẩn đoán sa sút trí tuệ. Bảng 4 cũng cho thấy không có sự thay đổi điểm thang MMSE sau 6 tháng, điều này phản ánh không có sự cải thiện cũng như nặng lên của mức độ sa sút trí tuệ.

Bảng 4 cho thấy điểm test 5 từ đánh giá trí nhớ cho ta thấy điểm số trung bình ở giai đoạn T₀ ở mức suy giảm trí nhớ rõ rệt, với điểm trung bình 5,2 ± 2,3. Với mức điểm này phản ánh sự suy giảm trí nhớ gần và xa nặng. Điểm test 5 từ cho ta thấy không có sự cải thiện hay nặng thêm tình trạng suy giảm trí nhớ ở thời điểm trước và sau 6 tháng điều trị.

Kết quả thang đánh giá tâm thần tối thiểu của Folstein (MMSE) và test 5 từ phù hợp với kết quả đánh giá trên lâm sàng.

KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu 12 bệnh nhân sa sút trí tuệ do rượu trong 78 bệnh nhân suy giảm nhận thức do rượu, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

1. Sa sút trí tuệ do rượu chiếm tỷ lệ 15,4% các bệnh nhân suy giảm nhận thức do rượu ở bệnh nhân loạn thần do rượu. Biểu hiện lâm sàng là quên thuận chiều: suy giảm cả trí nhớ gần (100%) và trí nhớ xa

(91,7%), loạn nhớ thường gặp chiếm tỷ lệ 33,3%; rối loạn định hướng thời gian, không gian (58,3%, 50%); suy giảm chú ý chủ động và di chuyển chú ý nặng (91,75%, 58,3%); vong ngôn 75%, vong tri 50%, vong hành 41,7% các triệu chứng này biểu hiện kín đáo không rõ ràng như trong bệnh Alzheimer.

2. Các triệu chứng suy giảm trí nhớ, rối loạn định hướng, suy giảm chú ý, vong ngôn, vong tri, vong hành không cải thiện sau sáu tháng ngừng sử dụng rượu và điều trị. Tuy nhiên, các triệu chứng này không có xu hướng nặng thêm sau ngừng sử dụng rượu và điều trị.

3. Điểm thang MMSE ($16,2 \pm 1,7$) và test 5 từ ($5,2 \pm 2,3$) phù hợp với lâm sàng về chẩn đoán và đánh giá tiến triển các triệu chứng suy giảm nhận thức trong sa sút trí tuệ do rượu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jean - Pierre Olié; Thery Gallarda; Edwige Duaux (2000), "Complication de l'alcoolisme chronique", Le livre de L'interne Psychiatrie- Édition Médecine-Sciences Flammation, P. 330 – 340.

2. Lý Trần Tình (2006), Đặc điểm lâm sàng rối loạn cảm xúc ở bệnh nhân loạn thần do rượu – Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp II, Đại Học Y Hà Nội, Tr. 32 – 52.

3. J.M. Vanelle; T.Gallarda; N. Debisse; J.P. Olié; H. Lôo (1995), "De la notion de Démence alcoolique et de ses Rapports avec une atteinte frontale: à Propos d'une observation personnelle", Comptes rendus du Congrès de psychiatrie et neurologie, Tome IV - Saint- Mallo - France, P 174 – 177.

4. José M. F và Isabel P. M (2001), "Mất trí nhớ –

Memory loss", Stroke Syndromes 2^e edition – Edition Cambridge University Press, P. 242 – 251.

5. Lường Thị Phương Liên (2001), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân loạn thần do rượu tại bệnh viện đa khoa Thái Nguyên – Luận văn thạc sỹ y khoa, Tr. 34 – 43.

6. Guy Darcourt; M. Myquel; D. Pringuey; T.Braccini; P. Bonhomme (1998), "Acoolisme: intoxication aigue et chronique. syndrome de sevrage, complications psychiatriques, neurologiques aigues et chroniques imputables à l'alcool", Internat, P. 130- 145.

7. S. Pariel-Madjlessi (2000), "Demences et Alcool", Actualité en 2000, <http://www.agevillag>, P 19 – 20.

8. Trần Hữu Bình (1994), "Đặc điểm lâm sàng hội chứng Korsakoff trên bệnh nhân nghiện rượu mãn tính điều trị tại Viện SKTT", Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học chuyên ngành tâm thần học, Tr. 113 – 121.

9. Nguyễn Kim Việt (2000), "Bệnh não Wernicke và loạn thần Korsakoff"- Rối loạn tâm thần thực tổn – Bộ môn Tâm Thần - Đại Học Y Hà Nội, Tr. 102- 110.

10. Jean De Recondo (2002), "Les Fonctions Cognitives" Semiologie du systeme nerveux, – Édition Médecine-Sciences Flammation, P. 174 – 192.

11. Kaplan và Sadock's (2007), "The Brain and Behavior: Functional and Behavioral Neuroanatomy", "Delirium, Dementia, and Amnesstic and Other Cognitive Disorders", "Alcohol-Related Disorders", Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry - Tenth Edition, P. 70 - 93, 319 - 350, 390 – 406.

12. Stephen M. Stahl (2008), "Dementia and Its Treatment", Stahl's Essential Pssychopharmacology, Edition Medecine – Cambridge, P. 899 – 942.