

# CHÁN ĂN TÂM THẦN GÂY NHỊP CHẬM XOANG: BÁO CÁO CA BỆNH

Vũ Sơn Tùng<sup>1</sup>, Trần Nguyễn Ngọc<sup>2</sup>, Bùi Văn Sơn<sup>2</sup>  
Nguyễn Thị Ái Vân<sup>1</sup>, Nguyễn Phương Linh<sup>1</sup>, Lê Thị Thanh Huyền<sup>1</sup>  
Đặng Thị Mai<sup>1</sup> và Nguyễn Kim Anh<sup>1,✉</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

*Chán ăn tâm thần là một rối loạn ăn uống, thường khởi phát ở tuổi vị thành niên. Rối loạn này có tỉ lệ gây tử vong cao và có thể để lại các hậu quả nghiêm trọng, ảnh hưởng đến quá trình phát triển thể chất và tinh thần của thanh thiếu niên. Với lệ mắc từ 0,5 - 1%, ước tính ở Việt Nam có khoảng 500 nghìn - 1 triệu người có nguy cơ mắc bệnh. Tuy nhiên, tỷ lệ người bệnh được chẩn đoán và điều trị đúng chuyên khoa còn rất nhỏ, chúng tôi mô tả một trường hợp người bệnh nam với đầy đủ các nhóm triệu chứng lâm sàng điển hình của chán ăn tâm thần, đến điều trị khi đã có nhịp chậm xoang, sau khi được chẩn đoán và điều trị tích cực thì cho kết quả tốt.*

**Từ khóa:** Chán ăn tâm thần, nhịp chậm xoang.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chán ăn tâm thần (Anorexia Nervosa) là một rối loạn ăn uống, được đặc trưng bởi cân nặng thấp đáng kể của người bệnh so với chiều cao và lứa tuổi. Thuật ngữ “Anorexia Nervosa” có nguồn gốc từ tiếng Hy Lạp có nghĩa là “mất cảm giác ngon miệng” và 1 từ bắt nguồn từ tiếng Latinh ám chỉ nguồn gốc thần kinh. Rối loạn này thường khởi phát ở tuổi vị thành niên, phổ biến nhất là từ 14 đến 18 tuổi, nhưng cũng có khoảng trên 5% người bệnh bắt đầu xuất hiện rối loạn vào những năm đầu tuổi 20. Chán ăn tâm thần được ước tính xảy ra ở khoảng 0,5 - 1% trẻ vị thành niên nữ và thường gặp ở nữ nhiều hơn nam từ 10 - 20 lần. Ngoài ra, còn khoảng gần 5% phụ nữ trẻ mắc một số triệu chứng chán ăn tâm thần không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán. Trên lâm sàng, bệnh bao gồm các triệu chứng cơ bản sau: Thứ nhất là nỗ lực liên

tục và không ngừng để gây đi, dẫn đến những hành vi tự gây giảm cân (đặc biệt là trong các giai đoạn sau của bệnh và đối với thanh thiếu niên đang trong thời kì phát triển) hoặc ngăn chặn việc tăng cân. Người bệnh hạn chế đáng kể lượng thức ăn vào, và/hoặc có thể thực hiện các phương pháp làm giảm cân nặng, bao gồm các biện pháp thải trừ (ví dụ: tự gây nôn, sử dụng thuốc nhuận tràng, thuốc lợi tiểu hoặc thuốc xổ) - tập thể dục cường độ cao thường xuyên. Thứ hai là nhận thức méo mó về hình ảnh bản thân, cho rằng mình béo hoặc có một vài bộ phận to hơn bình thường, bất chấp cân nặng luôn thấp và thể hình gầy gò. Thêm vào đó, họ lại không nhận ra những rối loạn về mặt cơ thể xuất hiện do hậu quả của tình trạng cân nặng thấp.<sup>1</sup> Trong nghiên cứu này chúng tôi, mô tả một trường hợp người bệnh nam, 13 tuổi mắc chán ăn tâm thần với đầy đủ những nhóm triệu chứng như trên.

## II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Người bệnh nam, 13 tuổi, tiền sử sản nhi, phát triển tâm thần vận động bình thường. Tiền

Tác giả liên hệ: Nguyễn Kim Anh

Bệnh viện Bạch Mai

Email: Kimanh.vmmu@gmail.com

Ngày nhận: 08/06/2023

Ngày được chấp nhận: 10/07/2023

sử gia đình khỏe mạnh. Tính cách trước khi mắc bệnh vui vẻ, hòa đồng. Hoàn cảnh gia đình tốt, bản thân người bệnh học tập tốt, không có mâu thuẫn gì với ai.

Trước khi nhập viện 1 năm, người bệnh có cân nặng khoảng 65kg, chiều cao 1m56, trong khi chơi đùa, có lúc bị bạn bè trêu và nói người bệnh béo, thân hình không cân đối làm người bệnh suy nghĩ nhiều, nghĩ rằng mình béo và xấu nên cảm thấy tự ti với mọi người. Vì sợ bị chê béo nên dần dần người bệnh không thích chơi với các bạn, không thích tham gia các hoạt động ở trường lớp như trước, nhưng không nói với ai và muốn giảm cân để trở nên cân đối hơn, không bị trêu chọc nữa. Sau đó, người bệnh tự tìm hiểu về các phương pháp giảm cân trên mạng xã hội và giảm lượng ăn uống hơn kèm theo tự tập luyện thể dục thể thao để giảm cân nặng. Cách vào viện 4 tháng người bệnh cao 168cm, nặng 61kg, BMI: 21,6 kg/m<sup>2</sup>. Theo bố mẹ người bệnh kể lại, trong quá trình này người bệnh bước vào giai đoạn dậy thì, chiều cao tăng nhanh chóng, cân nặng giảm đi, thân hình cân đối. Người bệnh vẫn tiếp tục tự tìm hiểu về dinh dưỡng và những chế độ ăn cho người cần giảm cân và tự giảm tất cả lượng thức ăn nạp vào cơ thể, đồng thời tập các bài tập thể dục đốt cháy mỡ thừa (HIT - High intensity training) với cường độ cao (khoảng 1 - 2 tiếng/ngày) nhằm giảm cân.

Mặc dù đã đạt được thể trạng cân đối, người bệnh vẫn cho rằng mình béo, cần phải tiếp tục duy trì việc ăn kiêng và tập luyện cường độ cao như trước, thân hình người bệnh dần trở nên mất cân đối, có biểu hiện mệt mỏi, hoạt động chậm chạp hơn trước. Cách vào viện 2 tháng, người bệnh cao 1m73, nặng 51kg, BMI: 17,4 kg/m<sup>2</sup>. Bố mẹ và mọi người xung quanh đều thấy người bệnh có thể trạng gầy, do đó khuyên người bệnh nên ngừng việc ăn kiêng và luyện tập thể dục điều độ hơn nhưng người bệnh vẫn

thấy thể trạng của mình bình thường, có thể tăng cân bất cứ lúc nào, và tiếp tục ăn uống rất ít, từ chối hầu hết tất cả thực phẩm giàu đạm, chất béo (như thịt, cá, trứng, sữa), chỉ ăn với lượng nhỏ các thực phẩm giàu chất xơ (rau củ quả -1 vài cọng rau trong ngày), ăn bánh bao chay buổi sáng, và 1 vài thìa cơm trắng vào buổi trưa và tối. Người bệnh lo sợ nếu không duy trì chế độ ăn và tập thể dục như cũ, cân nặng sẽ tăng lên và sẽ bị béo, khi không tập thể dục người bệnh có cảm giác bồn chồn bứt rứt, khó chịu trong người, bắt buộc phải tập luyện theo chế độ.

Người bệnh trở nên ít nói chuyện với mọi người, kể cả bố mẹ và bạn bè trong lớp học, giảm hứng thú với các sở thích trước đó (bóng đá, bơi lội...), chỉ tập trung vào việc tập thể dục và ăn kiêng để giữ cân nặng. Người bệnh được đưa đến khám tại Bệnh viện Bạch Mai, phát hiện mạch chậm dao động trong khoảng 50 - 56 nhịp/phút được làm điện tâm đồ, siêu âm tim, chẩn đoán Nhịp chậm xoang, theo dõi cường độ phó giao cảm (tăng sau hoạt động thể lực), giảm canxi máu. Người bệnh được chỉ định điều trị ngoại trú, bổ sung vi chất, cải thiện chế độ ăn uống, giảm luyện tập. Tuy nhiên khi về nhà, người bệnh vẫn ăn kiêng theo chế độ của mình và tập luyện cường độ cao như trước, vì nghĩ rằng như vậy là hoàn toàn phù hợp và không ảnh hưởng gì đến sức khỏe của bản thân.

Cách vào viện 1 tuần, mạch của người bệnh thường xuyên dao động trong khoảng 36 - 50 nhịp/phút, cân nặng 49kg, BMI 16,37 kg/m<sup>2</sup> người bệnh được nhập viện Viện Sức khỏe Tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai.

#### **Vì sinh**

HbsAg: âm tính

#### **Thăm dò chức năng**

- Điện tâm đồ: Nhịp chậm xoang, tần số 36 nhịp/ phút, trục trung gian. Không thấy các bất

thường khác.

- Siêu âm Doppler tim, van tim: Kích thước và chức năng tâm thu thất trái trong giới hạn bình thường.

- Siêu âm Doppler hệ động mạch cảnh 2 bên: Không hẹp tắc hệ động mạch cảnh, động mạch sống nền đoạn ngoài sọ 2 bên.

**Bảng 1. Kết quả xét nghiệm máu khi người bệnh nhập viện**

Sinh hóa máu	
Ure: 7,7 mmol/L	Calci toàn phần: 2,27 mmol/L
Creatinin: 115 micromol/L,	Calci ion hóa: 1,13 mmol/L
AST/ALT: 43/55 U/L	Albumin: 45,3 g/L
FT4: 17,8 pmol/L; TSH: 0,638 mcU/mL	Sắt: 21,5 micromol/L
Điện giải đồ: Na/ K/ Cl: 139/4,7/99 mmol/L	Ferritin: 308,6 ng/mL
CRP hs: 0,035 mg/dL	Glucose: 3,3 mmol/L
Công thức máu	
Hồng cầu: 5,44 T/L	Hemoglobin: 159 g/L
Tiểu cầu: 238 G/L	Bạch cầu: 8,14 G/L

**Người bệnh được chẩn đoán:** Chán ăn tâm thần/ Nhịp chậm xoang.

#### **Điều trị**

- Theo dõi mạch, huyết áp 2 lần/24h.  
- Thuốc: Mirtazapin 30 mg/ngày, Olanzapin 15 mg/ngày, Sertralin 100 mg/ngày.

- Giải thích cho người bệnh hiểu về tình trạng bệnh tật, giúp người bệnh giảm dần thời gian tập luyện thể lực cường độ cao, thay thế bằng các bài tập thể dục phù hợp với tình trạng sức khỏe.

- Trị liệu tâm lý: trị liệu tâm lý cá nhân 1 phiên/ ngày, liệu pháp gia đình.

- Hội chẩn chuyên khoa Tim mạch, cho chỉ định làm Siêu âm Doppler tim, van tim, Holter điện tâm đồ, Siêu âm Doppler hệ động mạch cảnh 2 bên. Kết quả:

+ Holter Điện tâm đồ: Nhịp chậm xoang trong phần lớn thời gian đeo Holter.

+ Siêu âm Doppler tim, van tim: Kích thước và chức năng tâm thu thất trái trong giới hạn bình thường.

+ Siêu âm Doppler hệ động mạch cảnh 2 bên: Không hẹp tắc hệ động mạch cảnh, động mạch sống nền đoạn ngoài sọ 2 bên.

- Hội chẩn chuyên khoa Dinh dưỡng, cho chỉ định làm xét nghiệm Phospho, Magie.

+ Kết quả: Phospho: 0,79 mmol/L; Magie: 0,72 mmol/L.

+ Tư vấn chế độ dinh dưỡng bao gồm: cơm: 3 bữa/ngày xen kẽ sữa cao năng lượng/ hoa quả: 3 bữa/ngày.

Bác sĩ phối hợp với người nhà theo dõi chế độ ăn của người bệnh theo ý kiến chuyên khoa Dinh dưỡng. Sau điều trị 07 ngày, người bệnh ngủ tốt hơn, đỡ căng thẳng, lo lắng về việc tăng cân - thể trạng béo, ăn 6 bữa/ ngày tuy nhiên khối lượng thức ăn mỗi bữa chỉ đạt 50% so với yêu cầu và vẫn chưa có cảm giác ăn ngon miệng đồng thời tập thể dục cường độ cao để duy trì vóc dáng, cân nặng 47kg. Xuất hiện giãn mao mạch vùng bụng và cẳng chân 2 bên.

- Hội chẩn chuyên khoa Huyết học, được chỉ định làm xét nghiệm các chỉ số đông máu cơ

bản. Các chỉ số đông máu cơ bản trong giới hạn bình thường (bảng 2). Chuyên khoa huyết

học chỉ định theo dõi công thức máu, hạn chế luyện tập mạnh, không có xử trí gì thêm.

**Bảng 2. Kết quả xét nghiệm đông máu cơ bản**

PT: 12,4 giây	APTT: 28,1 giây
PT: 85,0%	APTT ( Bệnh/Chứng): 1,06
PT - INR: 1,17	Fibrinogen: 2,18 g/L

Sau điều trị 15 ngày, người bệnh ăn uống tốt hơn, khối lượng ăn uống đáp ứng khoảng 70% so với yêu cầu của chuyên khoa dinh dưỡng nhưng còn lo lắng, sợ bị béo khi không ăn kiêng. Người bệnh được cho ra viện và hẹn quay trở lại khám lại sau 1 tháng.

Sau 1 tháng người bệnh khám lại, tình trạng cảm xúc và ăn uống có cải thiện, khối lượng ăn uống các bữa chính đạt yêu cầu tuy nhiên không có hứng thú ăn uống, còn sợ tăng cân. Cân nặng: 51kg, chiều cao 1,73m, BMI: 17,04 kg/m<sup>2</sup>.

1,5 tháng sau ra viện người bệnh bắt đầu ăn uống tốt hơn, tăng dần khối lượng ăn uống, đạt 100% theo lứa tuổi, có hứng thú ăn uống và

cảm giác ngon miệng kèm theo không còn cảm giác sợ tăng cân.

Khám lại sau 2 tháng, tình trạng cảm xúc và ăn uống của người bệnh tiến triển tốt. Cân nặng: 54kg, chiều cao 1,73m, BMI: 18,04 kg/m<sup>2</sup>

Khám lại sau 3 tháng, tình trạng cảm xúc và ăn uống của người bệnh tiến triển tốt, người bệnh ăn uống bình thường, đa dạng các loại thực phẩm, cảm xúc vui vẻ, giao tiếp, học tập tốt, không còn cảm giác mệt mỏi, không còn sợ tăng cân. Cân nặng: 58kg, chiều cao 1,73m, BMI: 19,37 kg/m<sup>2</sup>

Các kết quả xét nghiệm cơ bản trong những lần tái khám đều trong giới hạn bình thường (bảng 3).

**Bảng 3. Kết quả xét nghiệm công thức máu và sinh hóa máu của người bệnh trong 3 lần tái khám**

Sau 1 tháng điều trị	Sau 2 tháng điều trị	Sau 3 tháng điều trị
<b>Sinh hóa máu</b>		
Ure: 3,8 mmol/L	Ure: 2,9 mmol/L	Ure: 3,9 mmol/L
Creatinin: 59 micromol/L,	Creatinin: 46 micromol/L,	Creatinin: 61 micromol/L,
AST/ALT: 26/30 U/L	AST/ALT:52/146 U/L	AST/ALT: 20/27 U/L
Glucose: 4,2 mmol/L	Glucose: 4,7 mmol/L	Glucose: 4,7 mmol/L
Na/ K/ Cl: 142/3,5/102 mmol/L	Na/ K/ Cl: 139/4,9/102 mmol/L	Na/ K/ Cl: 142/4,5/101 mmol/L
Calci toàn phần: 2,37 mmol/L	Calci toàn phần: 2,36 mmol/L	Calci toàn phần: 2,41 mmol/L
Calci ion hóa: 1,16 mmol/L	Calci ion hóa: 1,18 mmol/L	Calci ion hóa: 1,18 mmol/L
Albumin: 49,7 g/L	Albumin: 45,2 g/L	Albumin: 52,8 g/L
Sắt: 19,1 micromol/L	Sắt: 11,4 micromol/L	Sắt: 20,4 micromol/L

Sau 1 tháng điều trị	Sau 2 tháng điều trị	Sau 3 tháng điều trị
<b>Sinh hóa máu</b>		
FT4: 17,8 pmol/L; TSH: 0,638 mcU/mL		FT4: 13,7 pmol/L; TSH: 1,57 mcU/mL
<b>Công thức máu</b>		
Hồng cầu: 4,16 T/L	Hồng cầu: 3,62 T/L	Hồng cầu: 4,03 T/L
Tiểu cầu: 305 G/L	Tiểu cầu: 235 G/L	Tiểu cầu: 239 G/L
Hemoglobin: 125 g/L	Hemoglobin: 119 g/L	Hemoglobin: 131 g/L
Bạch cầu: 4,98 G/L	Bạch cầu: 7,8 G/L	Bạch cầu: 5,3 G/L
Điện tim: Nhịp xoang, trực trung gian, tần số 65 nhịp/phút Nhịp tim: 65 nhịp/phút Huyết áp: 120/70 mmHg	Điện tim: Nhịp xoang, trực trung gian, tần số 77 nhịp/phút Nhịp tim: tần số 77 nhịp/phút Huyết áp: 110/80 mmHg	Điện tim: Nhịp xoang, trực trung gian, tần số 82 nhịp/phút Nhịp tim: 82 nhịp/phút Huyết áp: 120/80 mmHg

### III. BÀN LUẬN

Chán ăn tâm thần (AN) là một rối loạn tâm thần có nguy cơ kéo dài, thậm chí đe dọa tính mạng nếu không được điều trị kịp thời. Rối loạn này được đặc trưng bởi tình trạng tự gây đói ăn, thể trạng suy kiệt, lo lắng và căng thẳng quá mức về việc bị tăng cân và có sự biến đổi rõ ràng về hình dạng cơ thể và cân nặng của một cá nhân.<sup>2</sup>

Ở người bệnh của chúng tôi thỏa mãn 3 nhóm triệu chứng của rối loạn này theo DSM - 5:

- Hạn chế năng lượng nạp vào cơ thể so với yêu cầu, dẫn đến trọng lượng cơ thể thấp hơn đáng kể tương ứng với tuổi tác, giới tính, biểu đồ phát triển và sức khỏe thể chất.

- + Người bệnh 13 tuổi, đang ở tuổi thanh thiếu niên, trong thời kì phát triển tuy nhiên ăn uống rất ít, ước tính chỉ đạt 1/5 khẩu phần ăn của thanh thiếu niên cùng lứa tuổi.<sup>3</sup>

- + Cân nặng khi vào viện thấp hơn 5,5% so với cân nặng tối thiểu tương ứng với chiều cao của người bệnh (chiều cao 173cm tương ứng với cân nặng từ 54,5 - 76,6kg theo CDC).<sup>4</sup>

- + BMI 16,37 kg/m<sup>2</sup> tương ứng với mức gầy

độ 2.

- Sợ tăng cân hoặc trở nên béo phì, hoặc có hành vi dai dẳng làm hạn chế việc tăng cân, mặc dù ở mức cân nặng thấp đáng kể:

- + Hạn chế tăng cân bằng cách ăn kiêng, tập thể dục cường độ cao hàng ngày để không tăng cân, mặc dù cân nặng thấp hơn mức tối thiểu theo lứa tuổi.

- Rối loạn trong cách đánh giá về trọng lượng hoặc hình dạng cơ thể của mình, hoặc liên tục không nhận ra mức độ nghiêm trọng của trọng lượng cơ thể thấp hiện tại.

- + Không thừa nhận bản thân có thể trạng gầy.

- + Không quan tâm đến tình trạng nhịp tim chậm (36 lần/phút) do cường phó giao cảm sau 1 thời gian ăn uống thiếu dinh dưỡng, luyện tập thể dục cường độ cao.

Biểu hiện lâm sàng của chứng chán ăn tâm thần ở nam giới hiếm gặp hơn nữ với nhiều ca bệnh bị bỏ qua.<sup>1,5,6</sup> Tuy nhiên, biểu hiện lâm sàng nói chung và tâm lý phủ định bệnh tương đối giống nhau ở cả 2 giới (ngoại trừ vô kinh chỉ có ở nữ giới). Ngoài ra, nam giới có xu hướng

tập thể dục cường độ cao, có mối quan tâm về tình dục và thường có các rối loạn tâm thần đồng diễn hơn so với nữ.<sup>5-7</sup>

Chán ăn tâm thần là một trong những rối loạn tâm thần nguy hiểm, được chứng minh qua tỷ lệ tử vong thô là 5,6% mỗi thập kỷ và nguy cơ tự sát tăng gấp 57 lần so với dân số chung.<sup>8,9</sup> Bên cạnh đó, chán ăn tâm thần được xếp hạng là nguyên nhân hàng thứ ba gây bệnh ở thanh thiếu niên, và gây ra một loạt các ảnh hưởng đa hệ thống cơ quan cả ngắn hạn và dài hạn bao gồm hệ sinh sản, hệ tim mạch, đường tiêu hóa, các bất thường về mật độ xương, sự phát triển và hoàn thiện của não bộ, trong khi giai đoạn thanh thiếu niên là giai đoạn tăng trưởng và phát triển mạnh mẽ cả về thể chất và tâm thần.<sup>10,11</sup> Tuy nhiên, hầu hết các trường hợp chỉ được phát hiện khi đã có triệu chứng nghiêm trọng hoặc ảnh hưởng tới các cơ quan của cơ thể. Người bệnh của chúng tôi có đầy đủ các triệu chứng, tuy nhiên diễn biến trong thời gian dài, khi được gia đình đưa đi khám đã ảnh hưởng tới chức năng tim mạch. Người bệnh khám lần đầu tại chuyên khoa Nhi, không đến khám đúng chuyên khoa Tâm thần.

Biến chứng tim mạch ở người bệnh chán ăn tâm thần rất phong phú, bao gồm nhịp chậm xoang, bệnh cơ tim giãn biến đổi chức năng và khối cơ thất trái, bệnh lý van tim, rối loạn dẫn truyền, rối loạn nhịp tim do rối loạn điện giải, hạ huyết áp, mất điều hòa co bóp thành mạch ngoại biên.<sup>12</sup> Nhịp chậm xoang là biến chứng thường gặp nhất, được chẩn đoán khi nhịp tim là nhịp xoang tần số dưới 60 nhịp/phút khi nghỉ ngơi, biến chứng này có thể gặp đến 80% số người bệnh chán ăn tâm thần.<sup>13,14</sup> Trước đây, nhịp chậm xoang ở người bệnh chán ăn tâm thần được cho rằng do cường phó giao cảm dễ thích nghi với tình trạng thiếu năng lượng. Tuy nhiên, về sau yếu tố tập thể thao được thêm vào cơ chế nhịp chậm xoang. Dẫn đến 3 cơ chế

được đưa ra: (1) cường phó giao cảm do cơ thể bị bỏ đói; (2) cường phó giao cảm do luyện tập thể dục thể thao; (3) luyện tập thể thao dẫn đến giảm nhịp tim do cơ chế tự thân.<sup>15</sup> Trên thế giới đã có những ca bệnh chán ăn tâm thần có nhịp tim chậm tương tự như người bệnh của chúng tôi được báo cáo.<sup>16,17</sup>

Về mặt xét nghiệm, người bệnh chán ăn tâm thần có thể xét nghiệm công thức máu có giảm bạch cầu, tăng tỉ lệ lympho tương đối. Ở thể bệnh ăn uống nhiều kèm những hành vi thải trừ, điện giải đồ máu có thể biến đổi theo hướng hạ kali máu gây kiềm máu. Nồng độ glucose huyết thanh lúc đói thường thấp trong giai đoạn suy kiệt, và nồng độ amylase nước bọt - huyết thanh thường tăng cao nếu người bệnh tự gây nôn. Điện tâm đồ có thể cho thấy những biến đổi của đoạn ST và sóng T, thường là thứ phát sau rối loạn điện giải. Người bệnh nữ trẻ có thể có mức cholesterol huyết thanh cao. Tất cả những giá trị này trở lại bình thường khi các hành vi thải trừ chấm dứt và tình trạng dinh dưỡng được cải thiện.<sup>1</sup> Người bệnh của chúng tôi có xét nghiệm Hemoglobin máu (125 g/L), calci ion hóa máu giảm nhẹ (1,16 mmol/L) trong quá trình theo dõi điều trị, điện tâm đồ có nhịp chậm xoang (36 lần/phút), tuy nhiên tại thời điểm 1 tháng sau ra viện các chỉ số trên đều trở về bình thường.

Về điều trị, theo Hiệp hội Tâm thần Hoa Kỳ (American Psychiatric association - APA) (2012) thanh thiếu niên mắc chán ăn tâm thần có thể có kết quả điều trị tốt nhất sau khi điều trị nội trú. Trị liệu tâm lý được khuyến cáo là lựa chọn đầu tay trong khi đó một số thuốc chống trầm cảm, an thần kinh như Amitriptyline (Elavil), fluoxetine (Prozac), Olanzapin liều thấp cũng đã được báo cáo mang lại kết quả tích cực.<sup>18-20</sup> Người bệnh của chúng tôi được điều trị bằng các liệu pháp tâm lý như trị liệu tâm lý cá nhân, liệu pháp gia đình. Liệu pháp hóa

được sử dụng Mirtazapin 45mg, Olanzapin 15 mg/Ngày. Mirtazapine nguy cơ làm tăng nặng triệu chứng nhịp chậm, vì vậy chúng tôi theo dõi sát mạch và huyết áp trong thời gian nằm viện. Trong thời gian nằm viện, nhịp tim của người bệnh dần được cải thiện và trở về mức bình thường. Sau 1,5 tháng ra viện, người bệnh đã có cảm giác ăn ngon miệng, không còn cảm giác căng thẳng, sợ tăng cân khi ăn, cân nặng tăng lên 54kg (đạt chuẩn cân nặng so với chiều cao) chiều cao 173cm, khối lượng ăn uống đạt 100% so với lứa tuổi. Theo dõi đến thời điểm sau 3 tháng ra viện, tình trạng cảm xúc và ăn uống của người bệnh tiến triển tốt, người bệnh ăn uống bình thường, đa dạng các loại thực phẩm, cảm xúc vui vẻ, giao tiếp, học tập tốt, không còn cảm giác mệt mỏi, không còn sợ tăng cân. Cân nặng: 58kg, chiều cao 1,73m, BMI: 19,37 kg/m<sup>2</sup>.

#### IV. KẾT LUẬN

Nghiên cứu mô tả một trường hợp người bệnh nam, 13 tuổi được chẩn đoán chán ăn tâm thần với đầy đủ các nhóm triệu chứng lâm sàng của rối loạn. Người bệnh đến khi cân nặng giảm hơn 10% so với cân nặng tối thiểu theo chiều cao, rối loạn về nhịp tim rõ rệt, làm chậm việc điều trị sớm cho người bệnh. Sau khi điều trị, người bệnh dần dần giảm những tư duy méo mó về hình thể, ăn uống cải thiện, đạt được thể trạng phù hợp, nhịp tim trở lại bình thường và cải thiện qua những lần khám lại.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. Wolters Kluwer; 2015.
- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc. 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bộ Y tế. Chế độ dinh dưỡng lứa tuổi vị thành niên. Cục An toàn thực phẩm. <https://vfa.gov.vn/dinh-duong-hop-ly/che-do-dinh-duong-lua-tuoi-vi-thanh-nien.html>. Published June 17, 2019. Accessed January 18, 2023.
- National Center for Health Statistics. Growth Charts - Clinical Growth Charts. [https://www.cdc.gov/growthcharts/clinical\\_charts.htm](https://www.cdc.gov/growthcharts/clinical_charts.htm). Published December 12, 2022. Accessed January 18, 2023.
- Crisp A. 1.5. Anorexia nervosa in males: similarities and differences to anorexia nervosa in females. *Eur Eat Disord Rev*. 2006;14:163-167. doi:10.1002/erv.703
- Crossscope-Happel C, Hutchins D, Getz H, et al. Male anorexia nervosa: A new focus. *J Ment Health Couns*. 2000;22:365-370.
- Rieger E, Touyz SW, Swain T, et al. Cross-Cultural Research on Anorexia Nervosa: Assumptions Regarding the Role of Body Weight. *Int J Eat Disord*. 2001;29(2):205-215. doi:10.1002/1098-108x(200103)29:2<205::aid-eat1010>3.0.co;2-1
- Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, et al. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(7):724-731. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.74
- Keel PK, Dorer DJ, Eddy KT, et al. Predictors of mortality in eating disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(2):179-183. doi:10.1001/archpsyc.60.2.179
- Ramjan LM, Gill BI. Original research: an inpatient program for adolescents with anorexia experienced as a metaphoric prison. *Am J Nurs*. 2012;112(8):24-33; quiz 44, 34. doi:10.1097/01.NAJ.0000418094.31317.52
- Meczekalski B, Podfigurna-Stopa A, Katulski K. Long-term consequences of anorexia nervosa. *Maturitas*. 2013;75(3):215-220. doi:10.1016/j.maturitas.2013.04.014

12. Sachs KV, Harnke B, Mehler PS, et al. Cardiovascular complications of anorexia nervosa: A systematic review. *Int J Eat Disord*. 2016;49(3):238-248. doi:10.1002/eat.22481
13. Kusumoto FM, Schoenfeld MH, Barrett C, et al. 2018 ACC/AHA/HRS Guideline on the Evaluation and Management of Patients With Bradycardia and Cardiac Conduction Delay: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. *Circulation*. 2019;140(8):e382-e482. doi:10.1161/CIR.0000000000000628
14. Mehler P, Brown C. Anorexia nervosa - Medical complications. *J Eat Disord*. 2015;3:11. doi:10.1186/s40337-015-0040-8
15. James A, Jason M, Stuart B. *What's at the Heart of Anorexia Nervosa? Reconsidering the Physiology of Bradycardia in Anorexia Nervosa*. Accessed July 5, 2023. [https://www.researchgate.net/publication/328701194\\_What's\\_at\\_the\\_Heart\\_of\\_Anorexia\\_Nervosa\\_Reconsidering\\_the\\_Physiology\\_of\\_Bradycardia\\_in\\_Anorexia\\_Nervosa](https://www.researchgate.net/publication/328701194_What's_at_the_Heart_of_Anorexia_Nervosa_Reconsidering_the_Physiology_of_Bradycardia_in_Anorexia_Nervosa)
16. Cotter R, Lyden J, Mehler PS, et al. A case series of profound bradycardia in patients with severe anorexia nervosa: Thou shall not pace? *Hear Case Rep*. 2019;5(10):511-515. doi:10.1016/j.hrcr.2019.07.011
17. Pueringer J, Cinderella J, Treuth MG. A Case of Profound Bradycardia in Endurance Athlete with Severe Anorexia Nervosa. *Case Rep Cardiol*. 2022;2022:e6589758. doi:10.1155/2022/6589758
18. American Psychiatric Association. Treatment of patients with eating disorders, third edition. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry*. 2006;163(7 Suppl):4-54.
19. NICE guideline. *Eating disorders: recognition and treatment*. National Institute for Health and Care Excellence Website. Published May 23, 2017. Accessed June 14, 2023. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>
20. Yager J, Devlin MJ, Halmi KA, et al. Guideline Watch (August 2012): Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders, 3rd Edition. *FOCUS*. 2014;12(4):416-431. doi:10.1176/appi.focus.120404

## Summary

### ANOREXIA NERVOSA INDUCED BRADYCARDIA: A CASE REPORT

Anorexia nervosa is an eating disorder that usually begins in adolescence. This disorder has a high mortality rate and can leave serious consequences affecting the physical and mental development of adolescents. In Vietnam, with an estimated incidence of 0.5% to 1%, about 500,000 to 1,000,000 people are at risk of having the disease. However, the percentage of patients getting properly diagnosed and appropriately treated is very small, we describe a case of a male patient with all the characteristic clinical symptoms of anorexia nervosa, admitted with bradycardia, after being diagnosed and treated aggressively, had good results.

**Keywords:** Anorexia nervosa, bradycardia.