

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ TRƯỜNG HỢP MỘT THIẾU NỮ BỊ CHÁN ĂN TÂM THẦN

Nguyễn Văn Siêm*

TÓM TẮT

Ở Việt Nam, bệnh chán ăn tâm thần hiếm gặp ở những bệnh viện tâm thần. Một thiếu nữ 15 tuổi có đầy đủ các tiêu chuẩn chẩn đoán của bảng phân loại ICD-10(WHO, 1992) cho căn bệnh này như giảm cân 6 kg trong 2 tháng, rối loạn hình ảnh bản thân, dẫn đến xóp xương, rối loạn chuyển hóa thứ phát, dinh dưỡng.

Đã áp dụng phương pháp điều trị đa phương thức, kết hợp giữa kịp điều trị, gia đình bệnh nhân (BN) và BN nhằm tăng cân. Thực hiện giáo dục dinh dưỡng và thuyết phục. Kết quả: đã phục hồi lại cân nặng, ăn thức ăn như bình thường, các rối loạn nội tiết, dinh dưỡng được phục hồi, mối quan hệ xã hội tốt hơn và cải thiện hình ảnh bản thân.

* Từ khóa: Chán ăn tâm thần; Chẩn đoán; Điều trị.

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF AN ADOLESCENT GIRL WITH ANOREXIA NERVOSA

SUMMARY

In Vietnam, anorexia nervosa is a pathology rarely seen in psychiatric hospitals. This is a 15 year-old school girl with such disturbances fulfilling the ICD-10 diagnostic criteria for this eating disorder as deliberate weight loss induced and maintained by the patient (6 kgs lost over the period of two months), body-image distortion associated with dysmorphophobia, secondary amenorrhoea and some undernourished manifestations.

A therapeutic contract has been established between treating team, patient's family and patient herself aiming at weight gain. Nutritional reeducation and self-esteem education have been main work in this case and given stable satisfying result: the anorexia nervosa girl has regained sufficient weight and no longer had preoccupation with food and body weight; secondary endocrine and nutritional consequences have been recovered, social relationships much better, self-esteem improved.

* *Key words: Anorexia nervosa; Diagnosis; Treatment.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Chán ăn tâm thần là loại rối loạn ăn uống dễ nhận biết, biểu hiện đặc trưng là BN cố ý dùng các biện pháp nhằm làm

giảm và duy trì giảm cân nặng cơ thể (như hạn chế ăn uống, dùng các thuốc làm giảm cân, tập luyện quá nhiều...) và rối loạn hình ảnh bản thân (self-image). Rối loạn này thường xảy ra ở thiếu nữ và thanh nữ,

* Bệnh viện Tâm thần TW

Phán biện khoa học: PGS. TS. Cao Tiến Đức

nhưng cũng có thể xảy ra ở thiếu niên và thanh niên, cũng như ở trẻ em gần tuổi dậy thì hay ở phụ nữ tuổi mãn kinh. Chán ăn tâm thần là một hội chứng đặc trưng và được xem là một mục bệnh độc lập (F50.0 chán ăn tâm thần/ICD-10, WHO, 1992).

Nguyên nhân cơ bản của chán ăn tâm thần chưa rõ, nhưng có nhiều bằng chứng có sự liên quan của các nhân tố xã hội-văn hóa-sinh học cũng như cơ chế tâm lý và thể tạng nhân cách dễ mắc bệnh.

Chán ăn tâm thần gây hậu quả nặng nề về thể chất, tâm lý và xã hội: rối loạn dinh dưỡng nặng dẫn đến xốp xương, thiếu năng một số cơ quan (thận, tim), rối loạn nội tiết và chuyển hóa thứ phát, có thể dẫn đến tử vong. Ở BN chán ăn, thường thấy rối loạn về hình ảnh thân thể đặc thù và phát triển nhân cách, dẫn đến trầm cảm, tự ti, kém tự tin, quan hệ xã hội thu hẹp, mất bạn bè, mất việc làm, cuộc sống cô đơn.

Trên thế giới, rối loạn này có tỷ lệ cao ở nhiều nước phương Tây. Tỷ lệ tử vong 1% BN bị chán ăn hạn chế và 3 - 4% BN bị chán ăn xen kẽ ăn vô độ [1]. Theo H.I. Kaplan (Mỹ): chán ăn tâm thần xảy ra ở 0,5 - 1% thiếu nữ và nữ có tỷ lệ gấp 10 - 20 lần so với nam; cao nhất ở nhóm kinh tế-xã hội cao và ở số người làm nghề người mẫu thời trang và vũ ballet, tử vong có thể lên đến 5 - 18%.

Ở Việt Nam, những nghiên cứu về bệnh chán ăn tâm thần hầu như không có và rất hiếm gặp người mắc bệnh này đến điều trị tại các bệnh viện tâm thần.

Chúng tôi trình bày một trường hợp hiếm gặp ở môi trường bệnh viện tâm thần như vậy nhằm mục tiêu:

- *Mô tả đặc điểm rối loạn hành vi ăn uống ở một thiếu nữ 15 tuổi.*
- *Can thiệp điều trị trường hợp trên với nhiều biện pháp kết hợp.*

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phòng vấn lâm sàng, thu thập thông tin nhiều trục, từ nhiều nguồn về các khía cạnh liên quan đến chán ăn tâm thần.

Phân tích và tổng hợp thông tin, áp dụng các tiêu chuẩn chẩn đoán ICD-10 (WHO, 1992). Thu thập thông tin cho phép chẩn đoán phân biệt, loại trừ rối loạn ăn uống có thể gặp các dạng rối loạn tâm thần khác: mất khẩu vị tâm sinh, rối loạn trầm cảm, trạng thái phản ứng, rối loạn cơ thể hóa, bệnh tâm căn ám ảnh, bệnh tâm thần phân liệt...

** Phương pháp điều trị:*

- Điều trị triệu chứng làm giảm các rối loạn nội tiết, thiếu dinh dưỡng thứ phát và trầm cảm không điển hình.

- Lập "liên minh điều trị" hay "hợp đồng điều trị", tức là xây dựng sự hợp tác chặt chẽ giữa ê kíp điều trị, gia đình BN và BN để phục hồi cân nặng; bác sĩ vừa là người thực hiện, vừa là người giám sát và tư vấn;

- Kết hợp liệu pháp tâm lý (gia đình và cá nhân), giáo dục kiến thức về dinh dưỡng đặc thù cho rối loạn chán ăn nhằm phục hồi cân nặng.

- Theo hướng xây dựng tâm lý tự tin, tự khẳng định và tự đánh giá (self-esteem) để có được một hình ảnh thân thể và tâm lý đẹp trong cách nhìn nhận của người khác. Nội dung giải thích tâm lý dựa vào nội dung của “thang đo tự đánh giá Toulouse” [1].

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ

BÀN LUẬN

BN A, 14 tuổi, đến khám bệnh cùng với mẹ do ăn kém và sụt cân. Theo lời người mẹ: tiền sử gia đình không có gì đặc biệt, thời kỳ thai sản bình thường cả với mẹ và con, phát triển tâm lý và vận động không có gì đặc biệt; không có bệnh gì đáng kể; hành kinh từ năm 13 tuổi; kết quả học tập trung bình khá; tính nết dịu dàng, ít cởi mở, tuy nhiên dễ gần, vóc người xương xương. Không có vấn đề đáng kể về stress tâm lý.

BN tự nhiên trở nên ăn rất ít. Mặc dù gia đình khuyến khích, A. không chịu ăn thịt, nhất định chỉ ăn rau; tập tọ tay nhiều lần cả ngày và đêm; dùng cả thuốc nôn và thuốc xổ và gày đi 6 kg trong 2 tháng. Bàn tay luôn luôn lạnh, ẩm và tím; sắc da tái.

* Buổi thứ 1:

Tiếp xúc buổi đầu: chuyện trò kết hợp với quan sát cho thấy: A. có sắc mặt tái như người bị thiếu máu, ít linh hoạt (tiếng nói nhỏ, chậm, uể oải, rụt rè, không chủ động, ăn mặc ít trau chuốt). Tuy nhiên, A. nói không có vấn đề gì về ăn uống: “Cháu vẫn ăn bình thường, cháu không cảm thấy bị gày, vẫn thấy mình béo, khỏe mạnh như thường, cháu bị mất kinh nguyệt vài tháng nay nhưng thích như vậy”. “Cháu tập thể thao để cơ thể phát triển cân đối vì mông và đùi bị to, cháu tập chạy và tập tọ tay. Cháu thấy không có vấn đề gì về cá nhân, gia đình hay trong quan hệ”. Tuy nhiên, mẹ A. cho biết: A. học tập giảm sút, ít chuyện trò cởi mở cả với mẹ, không có nhiều bạn, ít tham gia vui chơi tập thể, tham quan du lịch cùng với các bạn; tập thể dục nhiều, tập ban ngày, nhiều khi tập cả lúc sắp đi ngủ (11 giờ đêm).

* Thăm dò lâm sàng và can thiệp:

BN này có những biểu hiện: cố ý tự gây giảm cân bằng nhiều cách (nhịn ăn, ăn chọn lọc, tránh ăn các thực phẩm giàu chất dinh dưỡng, tập luyện quá sức, dùng thuốc nôn, thuốc xổ), rối loạn hình ảnh cơ thể (sụt 6 kg nhưng “cháu vẫn béo”), mất nhận thức bệnh (phủ nhận bị gày, mất kinh nhưng lại cho là “cháu thích như vậy”) và ám ảnh sợ loạn hình (đùi và mông to). Đồng thời, cũng có một số nét thu mình và vài biểu hiện suy giảm dinh dưỡng. Khám lâm sàng về thần kinh và toàn thân; điện tâm đồ bình thường, xét nghiệm máu (đếm hồng cầu, công thức bạch cầu, định lượng một số chất điện giải như kali, canxi) không thấy gì đặc biệt; trắc nghiệm BDI cho kết quả hơi cao hơn điểm bình thường. Các kết quả khám trên đây cho phép chẩn đoán một bệnh lý chán ăn tâm thần theo tiêu chuẩn của bảng phân loại ICD-10 (WHO, 1992), mức độ nặng trung bình, có một số rối loạn nội tiết và dinh dưỡng thứ phát mức trung bình và một số nét trầm cảm không điển hình.

Hướng điều trị: điều chỉnh một số rối loạn nội tiết, dinh dưỡng và trầm cảm, giáo dục kiến thức về dinh dưỡng và hình ảnh cơ thể cân đối.

* Thực hành can thiệp chuyện trò về:

Vai trò của từng chất dinh dưỡng, cung cấp vật chất cho cơ thể, năng lượng cho hoạt động, nhu cầu cân đối hợp lý, ăn uống điều độ, có giờ giấc, hợp vệ sinh.

Nội dung giáo dục về nhận thức hình ảnh thân thể cân đối, tự đánh giá bản thân của A. về các mặt: (1) bố mẹ, anh chị nhìn nhận thế nào về vai trò, vị trí của em trong gia đình, quan hệ của em với mọi người trong nhà thế nào?; (2) em có khi nào cáu giận không, có

điều gì làm bức tức nhưng có thể nén nhịn được không? (3) kết quả học tập của em thế nào, cô giáo có nhận xét khen chê gì không? (4) em có muốn thể hiện mình trước mọi người như cha mẹ, bạn bè không? mọi người thừa nhận em thế nào?; (5) em có hay nghĩ về hình ảnh thân thể của em không, em có nghĩ rằng đáng người chững chạc, trang phục chỉnh tề có thể làm vui lòng cha mẹ và người khác hay không, làm cho mình tự tin hơn không?; (6) em suy nghĩ gì về tương lai như là về sức khỏe, nghề nghiệp, gia đình, vị trí xã hội, sự nghiệp, kế hoạch tương lai của em thế nào? Nội dung này được trao đổi kỹ hơn, với thời lượng dài hơn trong buổi thứ nhất. Các buổi tiếp theo, sẽ trao đổi bổ sung, đi sâu vào các khía cạnh mà buổi trước chưa làm rõ. Chúng tôi chỉ định thuốc chống trầm cảm trung gian anafanil 25 mg, 1 viên buổi sáng và 1 viên lúc 2 giờ chiều, kết hợp giải thích hợp lý.

** Buổi thứ 2:*

Trong khi chuyện trò, nhận thấy A. lắng nghe lời giải thích, nhất là khi nghe nói về nguy cơ bị gày rạc và gãy xương. Từ lúc này, em “*chấp nhận thay đổi thức ăn về chất, không phải về lượng*” để có thể tăng lên được vài kg.

Gia đình chiều theo, nhưng sự thay đổi thức ăn về chất khó thực hiện theo ý của A. A. vẫn sợ tăng cân. Gia đình cố gắng cải thiện việc ăn uống theo khẩu vị của em và lên được 1 kg. Bà mẹ bắt đầu nhận thấy A. thoải mái và bớt trầm hơn. A. bắt đầu cảm thấy cơ thể mình không được như ý muốn và băn khoăn về biến đổi hình ảnh cơ thể của mình: “36 kg, cháu thấy mình gày, 38 kg cháu thấy mình bị nề cả người”. Phân tích lâm sàng: A. có ám ảnh sợ loạn hình (“sợ mông và đùi béo lên”, “bị nề cả người”), Tuy nhiên, ý nghĩ sợ quá béo có giảm khi lên được 1 kg. Biểu hiện trầm cảm giảm đến mức bà mẹ nhận thấy qua giao tiếp và quan hệ.

** Buổi thứ 3:*

Lần đầu tiên A. nói: “Cháu không tự tin lắm, cháu luôn luôn mất tự tin; cháu thấy mình không được văn hóa lắm, không được thông minh lắm. Cháu có nghĩ rằng cháu được điểm tốt vì cháu phải học nhiều còn các bạn khác được điểm tốt mà không phải học”. Như vậy, A. *bắt đầu nói về các rối loạn tự đánh giá* của mình. Tiếp tục cho dùng anafanil như trên và giải thích hợp lý với nội dung xây dựng tâm lý tự tin và tự khẳng định.

** Buổi thứ 4:*

Có lần A. tự nhiên nói: “Cháu không thể kiểm soát được cơ thể của cháu; cháu học nhiều tập nhiều để trở thành gày vì nếu cháu không gày, chắc là cháu có mông và đùi rất to”. Rồi A. nói về thời điểm bắt đầu hạn chế ăn uống: “Cháu đã học thâu đêm. Cháu sợ bị lưu ban. Thật là đáng sợ, tối nào cháu cũng khóc”. Qua đó cho thấy A. vẫn còn tự ti, còn sợ loạn hình và có ý nói liên quan đến các bạn khác giới và sự hấp dẫn giới tính. Tiếp tục dùng anafanil và giải thích về năng lực tự đánh giá.

** Buổi thứ 5:*

A. nói: “Cháu cảm thấy hơi tự tin hơn”. Mẹ A. cũng nhận xét rằng A. đã đỡ soi gương hơn. Trước đây, hàng ngày, A. soi gương nhiều lần, xét nét mông và đùi của mình. Bây giờ khi soi gương, cháu cũng thấy bình thường. Như vậy, tự đánh giá và sợ loạn hình có hướng tiến triển khả quan. Tiếp tục điều trị theo hướng như trên.

** Buổi thứ 6:*

A. nói: “Cháu nhận thấy cháu hơi mập lên một chút, nhưng bây giờ cháu không sợ béo nữa, cháu sẽ không soi gương nhìn đùi nữa. Điều đó bây giờ không làm cháu bận khoăn lắm. Cháu chơi nhiều hơn với mọi người. Trong lớp học, cháu hơi kém tập trung, cháu thấy như vậy là không tốt”. Như vậy, ý tưởng phủ định bệnh đã thuyên giảm và có ý nhận thức đúng đắn tình trạng sức khỏe của mình. Tiếp tục điều trị anafanil và chuyên trò tâm lý nhằm củng cố tâm lý tự tin và tự trọng.

** Buổi thứ 7:*

Hành vi ăn uống gần như bình thường, A. có cảm giác đói, không ăn chọn lọc nữa, ăn các thức ăn như mọi người trong nhà. Cân được 44 kg, gần như cân nặng lúc bình thường. A. chuyện trò cởi mở hơn, dáng vẻ linh hoạt, sắc da tươi hơn, hành kinh trở lại bình thường. Em cảm thấy bằng lòng về hình ảnh bản thân lúc này và về quan hệ với người khác.

Khoảng 6 tháng nay, cứ vài tháng A. lại đến khám bác sĩ một lần, tình hình sức khỏe vẫn ổn định, kết quả học tập khá tốt.

KẾT LUẬN

Đây là trường hợp một thiếu nữ chán ăn tâm thần đáp ứng đủ các tiêu chuẩn chẩn đoán của bảng phân loại ICD-10 (WHO, 1992) cho rối loạn này, mức độ trung bình (hậu quả về nội tiết bị vô kinh, về dinh dưỡng và chuyển hóa ở mức trung bình), rối loạn trầm cảm kết hợp ở mức nhẹ. Về can thiệp, áp dụng liệu pháp đa phương thức nhằm hồi phục cân nặng, thực hiện sự hợp tác chặt chẽ giữa ê kíp điều trị, gia đình BN và BN. Giáo dục chế độ dinh dưỡng và thuyết phục dựa trên 5 nội dung của “thang ETES” nhằm xây dựng tâm lý tự đánh giá, tự tin, tự khẳng định và một hình ảnh thân thể cân đối trong sự nhìn nhận của mọi người. Thuốc chống trầm cảm an dịu anafanil chỉ định với liều thấp để hỗ trợ liệu pháp tâm lý kéo dài trong 2 tháng cho kết quả khả quan, ổn định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Siêm. Các rối loạn ăn uống ở trẻ em và thanh thiếu niên trong Tâm bệnh học trẻ em và thanh thiếu niên. NXB Đại học Quốc gia. Hà Nội. 2007, tr.241-251.
2. OMS. Troubles de l'alimentation in CIM-10/ICD-10. Organisation Mondiale de la Santé. MASSON. Paris. 1993.
3. Boutillier Jérôme. <http://psychodoc.free.fr/anorexie.htm>.
4. Chabrol Henri. L'anorexie et la boulimie de l'adolescente in Que sais-je?. Ed. Presses Universitaires de France. 1998.
5. <http://www.lousonna.ch/psycho/anorexie/anorexie.html>.
6. Kaplan H.I, Sadock B. J. Anorexia nervosa in synopsis of psychiatry. Ed. Williams & Wilkins, Baltimore. 1991, pp.743-746.
7. Lemperrière T, Féline A. Les troubles des conduites alimentaires in Psychiatrie de l'adulte. 2e édition, Masson. Paris. 2006, pp.229-239.

8. *Risell GF*. Bulimia nervosa: an onimous variant of anorexia nervosa. *Psychol Méd.* 1979, 9, pp.429-448.