

DOI: 10.58490/ctump.2025i91.4018

## BÁO CÁO CA LÂM SÀNG HỘI CHỨNG ĐỘNG MẠCH MẠC TREO TRĂNG TRÊN PHỐI HỢP VỚI HỘI CHỨNG KẸP HẠT DẼ

*Tô Anh Quân\**, *Nguyễn Vũ Đăng*, *Nguyễn Thị Ngọc Trâm*,  
*Nguyễn Thị Lan Anh*, *Nguyễn Thị Thảo Trang*

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

\*Email: taquan@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 21/6/2025

Ngày phản biện: 25/7/2025

Ngày duyệt đăng: 25/9/2025

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Hội chứng động mạch mạc treo tràng trên (Superior Mesenteric Artery Syndrome) là một bệnh cảnh hiếm gặp do chèn ép cơ học đoạn D3 của tá tràng bởi động mạch mạc treo tràng trên và động mạch chủ bụng. Một số trường hợp có thể đồng thời gặp hiện tượng chèn ép tĩnh mạch thận trái giữa hai mạch máu trên - còn gọi là hội chứng kẹp hạt dẻ (Nutcracker Syndrome). Đây là nguyên nhân ít gặp gây tắc tá tràng mạn tính, thường dễ bỏ sót trong thực hành lâm sàng do triệu chứng không đặc hiệu. **Giới thiệu ca bệnh:** Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân nam 35 tuổi nhập viện với triệu chứng đau bụng vùng thượng vị và nôn ói sau ăn. Hình ảnh X quang bụng đứng, X quang dạ dày tá tràng và chụp cắt lớp vi tính bụng có thuốc cản quang ghi nhận giãn đoạn D1-D2 tá tràng và đoạn đầu hồng tràng, kèm hẹp đoạn D3 tá tràng do chèn ép giữa động mạch mạc treo tràng trên và động mạch chủ bụng. Góc giữa động mạch mạc treo tràng trên và động mạch chủ bụng khoảng  $19,5^\circ$ , khoảng cách 6 mm. Đồng thời, hình ảnh cắt lớp vi tính còn ghi nhận tĩnh mạch thận trái bị kẹp giữa hai mạch máu, gợi ý hội chứng kẹp hạt dẻ phối hợp. **Bàn luận:** Ca bệnh minh họa các đặc điểm chẩn đoán hình ảnh điển hình của hội chứng động mạch mạc treo tràng trên và sự phối hợp với hội chứng kẹp hạt dẻ. Chẩn đoán chủ yếu dựa trên các triệu chứng lâm sàng, bằng chứng tắc nghẽn trên hình ảnh chụp X quang ống tiêu hóa có uống thuốc cản quang và xác định nguyên nhân tắc nghẽn trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính bụng có tiêm thuốc cản quang. **Kết luận:** Đây là một trường hợp hội chứng động mạch mạc treo tràng trên điển hình, có phối hợp với hội chứng kẹp hạt dẻ, nhấn mạnh vai trò quan trọng của cắt lớp vi tính có tiêm thuốc cản quang trong phát hiện các hội chứng chèn ép do mạch máu ổ bụng hiếm gặp.

**Từ khóa:** Hội chứng động mạch mạc treo tràng trên, động mạch mạc treo tràng trên, động mạch chủ bụng, hội chứng kẹp hạt dẻ, chèn ép liên quan mạch máu.

### ABSTRACT

#### CASE REPORT: SUPERIOR MESENTERIC ARTERY SYNDROME COMBINED WITH NUTCRACKER SYNDROME

*To Anh Quan\**, *Nguyen Vu Dang*, *Nguyen Thi Ngoc Tram*,  
*Nguyen Thi Lan Anh*, *Nguyen Thi Thao Trang*  
Can Tho University of Medicine and Pharmacy

**Background:** Superior Mesenteric Artery (SMA) Syndrome is a rare condition caused by mechanical compression of the third portion (D3) of the duodenum between the superior mesenteric artery and the abdominal aorta. In some cases, concurrent compression of the left renal vein between these two vessels may also occur, known as Nutcracker Syndrome. This represents an uncommon cause of chronic duodenal obstruction, which is often overlooked in clinical practice due to its nonspecific symptoms. **Case presentation:** We report a case of a 35-year-old male patient admitted with epigastric abdominal pain and postprandial vomiting. Upright abdominal radiography, upper

*gastrointestinal contrast radiography, and contrast-enhanced abdominal computed tomography (CT) revealed dilatation of the D1-D2 duodenum and the proximal jejunum, accompanied by narrowing of the D3 segment due to compression between the superior mesenteric artery and the abdominal aorta. The aortomesenteric angle was approximately  $19.5^\circ$ , with an aortomesenteric distance of 6 mm. In addition, CT findings also demonstrated compression of the left renal vein between the two vessels, suggesting concurrent Nutcracker Syndrome. Discussion: This case illustrates the characteristic imaging features of SMA Syndrome in association with Nutcracker Syndrome. The diagnosis is primarily based on clinical symptoms and evidence of obstruction on contrast-enhanced gastrointestinal radiography, with definitive identification of the underlying vascular compression on contrast-enhanced abdominal CT. Conclusion: We present a typical case of SMA Syndrome associated with Nutcracker Syndrome, emphasizing the crucial role of contrast-enhanced computed tomography in detecting rare vascular compression syndromes in the abdomen.*

**Keywords:** Superior mesenteric artery syndrome, superior mesenteric artery, abdominal aorta, nutcracker syndrome, vascular compression.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng động mạch mạc treo tràng trên - Superior Mesenteric Artery Syndrome là một bệnh lý hiếm gặp do chèn ép cơ học đoạn D3 của tá tràng bởi động mạch mạc treo tràng trên (ĐMMTTT) và động mạch chủ bụng (ĐMCB). Đây là nguyên nhân ít gặp gây tắc tá tràng mạn tính, thường bị bỏ sót trong thực hành lâm sàng do biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu. Tỷ lệ mắc hội chứng này ước tính dao động từ 0,0024% đến 0,3% trong dân số, chủ yếu dựa trên các nghiên cứu mô tử thi và khảo sát hình ảnh học. Tình trạng này lần đầu được mô tả vào năm 1842 bởi Rokitsansky và được bác sĩ Wilkie mô tả chi tiết hơn vào năm 1927, do đó còn được gọi là hội chứng Wilkie [1]

Hội chứng động mạch mạc treo tràng trên thường gặp ở phụ nữ trẻ, thể trạng gầy, có tình trạng sụt cân nhanh do các nguyên nhân như rối loạn ăn uống, hậu phẫu lớn, bông nặng, nhiễm trùng mạn tính hoặc ung thư [1], [2]. Những yếu tố này làm giảm lớp mỡ quanh gốc mạc treo, vốn đóng vai trò như lớp đệm tự nhiên duy trì góc và khoảng cách giữa ĐMMTTT và ĐMCB. Góc giữa ĐMMTTT và ĐMCB bình thường dao động từ  $38^\circ$  đến  $65^\circ$  và khoảng cách 10-28 mm; khi góc giảm dưới  $22^\circ$  và khoảng cách dưới 8mm thì nguy cơ chèn ép tá tràng tăng lên đáng kể [1]. Lâm sàng thường biểu hiện bằng đau vùng thượng vị sau ăn, buồn nôn, nôn, chướng bụng và sụt cân tiến triển. Do triệu chứng không đặc hiệu, chẩn đoán thường bị trì hoãn hoặc bỏ sót [2], [3], [4]. Chẩn đoán hình ảnh, đặc biệt là chụp cắt lớp vi tính (CLVT) bụng có tiêm thuốc cản quang, giúp xác nhận chẩn đoán qua các đặc điểm về vị trí chèn ép, đo đạc các thông số góc và khoảng cách mạch máu cũng như đánh giá mức độ tắc nghẽn [1].

Về điều trị, bước đầu ưu tiên điều trị nội khoa, chủ yếu là phục hồi tình trạng dinh dưỡng và cải thiện thể trạng cho người bệnh. Trong trường hợp không đáp ứng hoặc ở những bệnh nhân có biểu hiện nặng, can thiệp ngoại khoa được chỉ định, trong đó phẫu thuật nội tắt tá-hỗng tràng là phương pháp điều trị thường được sử dụng, có thể thực hiện bằng phẫu thuật mở hoặc nội soi tùy điều kiện [5].

Chúng tôi báo cáo một trường hợp hội chứng động mạch mạc treo tràng trên ở bệnh nhân nam 35 tuổi có chỉ số khối cơ thể (Body Mass Index - BMI) bình thường, không có các yếu tố nguy cơ điển hình, được chẩn đoán xác định qua hình ảnh. Báo cáo nhằm minh họa các đặc điểm lâm sàng, hình ảnh điển hình, nhấn mạnh vai trò quan trọng của CLVT có tiêm thuốc cản quang trong phát hiện các hội chứng chèn ép mạch máu trong ổ bụng hiếm gặp.

## II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân nam, 35 tuổi, nhập viện tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ do đau bụng vùng thượng vị và nôn ói nhiều sau ăn. Triệu chứng khởi phát khoảng 3 ngày trước nhập viện, đau âm ỉ từng cơn sau bữa ăn, tăng dần và không thuyên giảm sau khi tự dùng thuốc tại nhà. Bệnh nhân là nhân viên văn phòng, làm việc ngồi nhiều (6–8 giờ/ngày), không hút thuốc. BMI: 22,5 kg/m<sup>2</sup> – trong giới hạn bình thường, không có dấu hiệu suy dinh dưỡng hay béo phì. Bệnh nhân không có sụt cân nhanh gần đây hay các yếu tố nguy cơ điển hình khác của hội chứng động mạch mạc treo tràng trên.

Khám lâm sàng: Bệnh nhân tỉnh táo, tiếp xúc tốt, da niêm mạc hồng, mạch và huyết áp ổn định. Bụng mềm, chướng nhẹ, không sờ thấy khối bất thường, không phản ứng thành bụng. Thăm khám các cơ quan khác chưa phát hiện bất thường.

Xét nghiệm máu: công thức máu trong giới hạn bình thường với số lượng hồng cầu  $5,23 \times 10^{12}/L$ , bạch cầu  $8,6 \times 10^9/L$ , hemoglobin 14,6 g/dL, tiểu cầu  $291 \times 10^9/L$ . Điện giải đồ cho thấy nồng độ natri 136,9 mmol/L, nồng độ kali 3,84 mmol/L. Các chỉ số sinh hóa khác trong giới hạn bình thường.

Siêu âm ổ bụng: không phát hiện bất thường cấp tính rõ ràng.

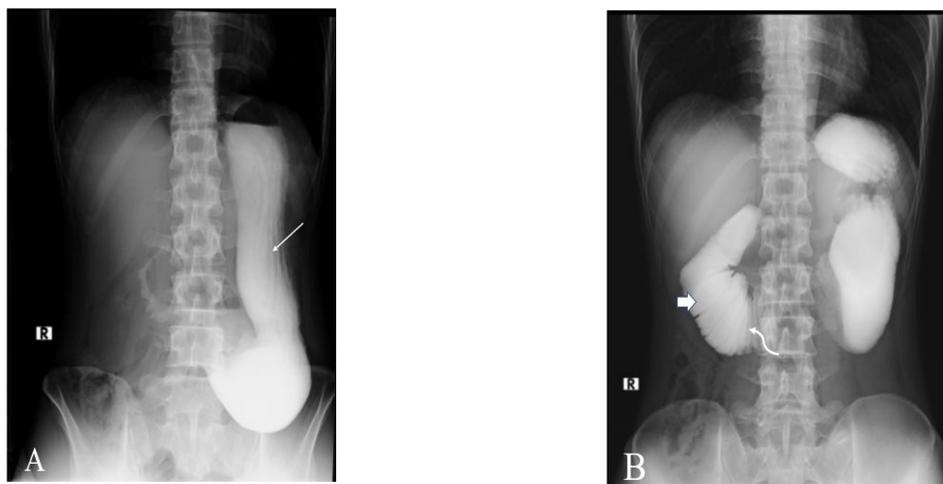
X-quang bụng đứng: hình ảnh mức nước hơi và quai ruột non giãn đường kính khoảng 3,5 cm (mũi tên) nằm ở vùng trung tâm ổ bụng. Không thấy giãn đại tràng. Phù hợp tắc ruột cao (Hình 1).



Hình 1. X quang bụng đứng lúc nhập viện: hình ảnh mức nước hơi và quai ruột non giãn (mũi tên dài).

Nhận xét: X quang bụng đứng lúc nhập viện biểu hiện tắc ruột cao.

X quang dạ dày tá tràng có uống thuốc cản quang: hình ảnh giãn dạ dày và tá tràng đoạn D1, D2 và một phần của đoạn D3, thuốc cản quang ứ đọng ở D1, D2 và đoạn gần D3 tá tràng (Hình 2).



Hình 2. X quang dạ dày tá tràng có uống thuốc cản quang: (A) Hình ảnh giãn dạ dày (mũi tên dài), (B) đoạn D1, D2 tá tràng (mũi tên ngắn) và một phần đoạn D3 tá tràng (mũi tên cong)

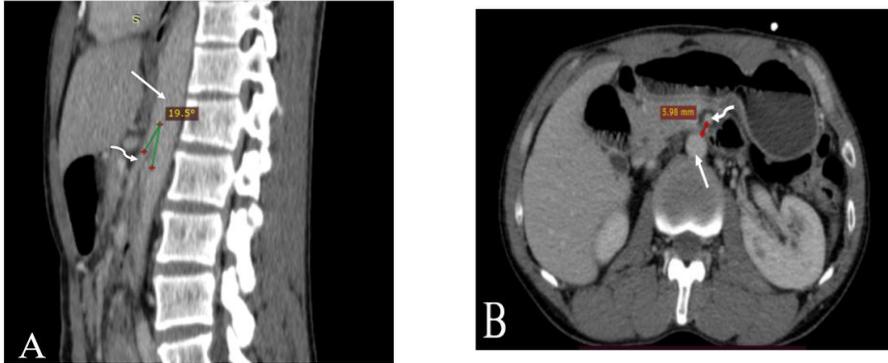
Nhận xét: Các đặc điểm trên hình 2 gợi ý vị trí tắc ở đoạn D3 tá tràng.

Chụp CLVT bụng có tiêm thuốc cản quang: ghi nhận giãn đoạn D1–D2 tá tràng và một phần đoạn gần D3 tá tràng, đoạn D3 tá tràng hẹp rõ tại vị trí đi qua giữa ĐMMTTT và ĐMCB (Hình 3). Góc giữa ĐMMTTT và ĐMCB đo được  $19,5^\circ$ , khoảng cách giữa hai động mạch là 6 mm (Hình 4), phù hợp với ngưỡng chẩn đoán hội chứng động mạch mạc treo tràng trên [1], [7], [8]. Đáng chú ý, trên cùng hình ảnh CLVT, tĩnh mạch thận trái bị chèn ép tại đoạn đi qua giữa ĐMMTTT và ĐMCB, gợi ý hội chứng kẹp hạt dẻ (Hình 5). Tỉ số đường kính trước sau của tĩnh mạch thận trái tại rốn thận và tại vị trí bị chèn ép là 5,93 (Hình 6). Một số nghiên cứu chấp nhận ngưỡng chẩn đoán hội chứng kẹp hạt dẻ với các đặc điểm: tĩnh mạch thận trái bị chèn ép bởi góc kẹp giữa ĐMMTTT và ĐMCB, tỉ số đường kính trước sau của tĩnh mạch thận trái tại rốn thận và tại vị trí chèn ép  $>4-5$  [6]. Sự hiện diện đồng thời của hội chứng động mạch mạc treo tràng trên và hội chứng kẹp hạt dẻ cho thấy ảnh hưởng của góc kẹp giữa ĐMMTTT và ĐMCB không chỉ gây chèn ép tá tràng đoạn D3 mà còn liên quan đến cản trở tuần hoàn tĩnh mạch thận trái [6], [9], [10].



Hình 3. CLVT bụng có tiêm thuốc cản quang: giãn lớn đoạn gần D3 tá tràng (mũi tên dài) và giãn nhẹ hồng tràng (mũi tên cong), vị trí dấu sao mô tả vị trí hẹp của đoạn D3 tá tràng bởi ĐMMTTT ở phía trước và ĐMCB ở phía sau.

Nhận xét: Hình 3 ghi nhận vị trí tắc ở D3 tá tràng và nguyên nhân tắc là do mạch máu chèn ép.



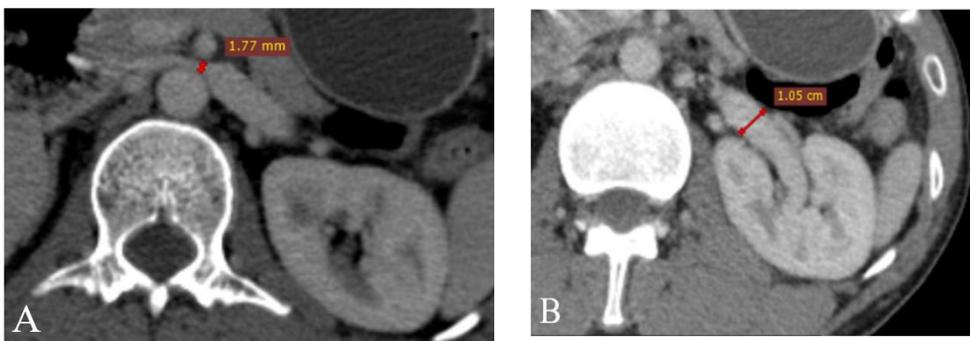
Hình 4. A. Hẹp góc giữa ĐMMTTT (mũi tên cong) và ĐMCB (mũi tên dài) (khoảng  $19,5^\circ$ ). B. Giảm khoảng cách ĐMMTTT và ĐMCB khoảng 6 mm, đoạn D3 tá tràng hẹp ngay chỗ đi ngang qua góc tạo bởi ĐMMTTT và ĐMCB.

Nhận xét: Hình 4 chỉ rõ góc kẹp cũng như hẹp khoảng cách giữa ĐMMTTT và ĐMCB phù hợp với hội chứng ĐMMTTT.



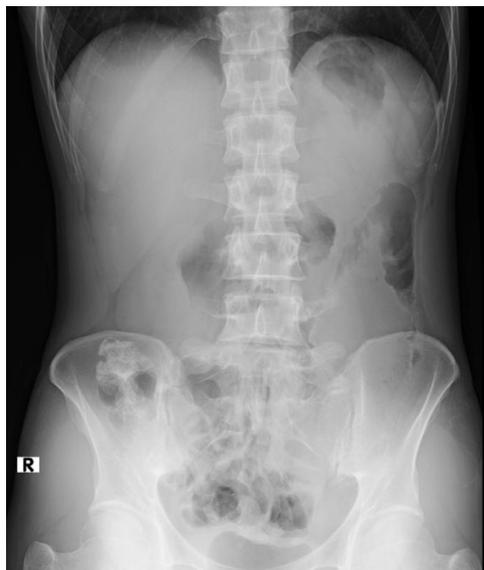
Hình 5. Tĩnh mạch thận trái (mũi tên dài) bị chèn ép bởi ĐMMTTT (mũi tên cong) ở phía trước và ĐMCB (mũi tên ngắn) ở phía sau.

Nhận xét: Hình 5 ghi nhận thêm bất thường tĩnh mạch thận trái bị chèn ép tại đoạn đi qua giữa ĐMMTTT và ĐMCB, gợi ý hội chứng kẹp hạt dẻ.



Hình 6. Tỷ số đường kính trước sau của tĩnh mạch thận trái tại rốn thận trái (hình B) và tại vị trí hẹp (hình A) là 5,93.

Nhận xét: Hình 6 cho thấy các tỷ số đường kính tĩnh mạch thận tại các vị trí rốn thận và vị trí hẹp nhất do chèn ép phù hợp với hội chứng kẹp hạt dẻ.



Hình 7. X quang bụng đứng sau điều trị: không còn hình mức nước-hơi bất thường, không còn giãn tá tràng.

Nhận xét: Không còn các đặc điểm hình ảnh tắc nghẽn trên phim X quang bụng đứng sau điều trị.

Bệnh nhân được điều trị nội khoa bảo tồn bao gồm: bù nước điện giải, dinh dưỡng hỗ trợ, điều chỉnh tư thế sau ăn (nằm nghiêng trái hoặc nằm đầu thấp), chia nhỏ bữa ăn. Sau 5 ngày điều trị, triệu chứng cải thiện rõ rệt, bệnh nhân ăn uống được, giảm cảm giác đầy bụng, không còn nôn. X quang bụng đứng sau điều trị: không còn hình mức nước-hơi bất thường, không còn giãn tá tràng (Hình 7).

### III. BÀN LUẬN

Hội chứng động mạch mạc treo tràng trên là nguyên nhân hiếm gặp gây tắc ruột cơ học đoạn gần, đặc trưng bởi chèn ép đoạn D3 tá tràng giữa ĐMMTTT và ĐMCB [1], [2]. Các triệu chứng lâm sàng như đau vùng thượng vị sau ăn, buồn nôn và nôn thường không đặc hiệu, dẫn đến khó khăn trong chẩn đoán [1], [10].

Chẩn đoán hội chứng động mạch mạc treo tràng trên chủ yếu dựa vào hình ảnh học. CLVT bụng có tiêm thuốc cản quang cho phép đánh giá trực tiếp vị trí chèn ép, mức độ giãn tá tràng đoạn gần và đặc biệt là đo chính xác góc và khoảng cách giữa ĐMMTTT và ĐMCB. Ngưỡng chẩn đoán hình ảnh thường được chấp nhận là góc hẹp  $<22^\circ$  và khoảng cách  $<8$  mm [1], [7], [8]. Trường hợp của chúng tôi ghi nhận góc  $19,5^\circ$  và khoảng cách 6 mm, phù hợp với ngưỡng chẩn đoán. Hơn nữa, CLVT còn ghi nhận hình ảnh tĩnh mạch thận trái bị chèn ép giữa ĐMMTTT và ĐMCB gợi ý liên quan đến hội chứng kẹp hạt dẻ. Hội chứng này có cơ chế bệnh sinh tương tự hội chứng động mạch mạc treo tràng trên, cũng do giảm lớp mỡ quanh gốc mạc treo làm thu hẹp góc, dẫn đến chèn ép tĩnh mạch thận trái, làm cản trở hồi lưu tĩnh mạch thận [8], [10]. Mặc dù bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng điển hình của hội chứng kẹp hạt dẻ như tiểu máu hay đau hông nhưng hình ảnh học cho thấy dấu hiệu phù hợp hội chứng kẹp hạt dẻ giúp phát hiện sớm và theo dõi lâm sàng thích hợp.

Trong các nghiên cứu của Almunifi A [9], Diab S [10], báo cáo các trường hợp hội chứng động mạch mạc treo tràng trên được ghi nhận kèm theo hội chứng kẹp hạt dẻ ở bệnh nhân trẻ tuổi. Điều này gợi ý mối liên quan giải phẫu giữa hai bệnh cảnh, khi mà ĐMMTTT và ĐMCB tạo nên góc kẹp không chỉ gây chèn ép tá tràng đoạn D3 mà còn có thể làm hẹp tĩnh mạch thận trái. Sự hiện diện đồng thời của hai hội chứng này có thể làm trầm trọng hơn triệu chứng lâm sàng, bao gồm đau bụng sau ăn, sụt cân và tiểu máu do tăng áp tĩnh mạch thận trái.

Một điểm đáng chú ý là bệnh nhân không có các yếu tố nguy cơ điển hình như sụt cân nhanh, thể trạng yếu vốn thường gặp ở bệnh nhân hội chứng động mạch mạc treo tràng trên. Điều này gợi ý khả năng tồn tại các yếu tố giải phẫu bẩm sinh như góc mạch hẹp tự nhiên. Cần lưu ý rằng hội chứng động mạch mạc treo tràng trên có thể xảy ra ở cả những đối tượng có thể trạng bình thường nếu có bất thường giải phẫu tiềm ẩn. Một số nghiên cứu gần đây đã ghi nhận sự phối hợp giữa hai hội chứng này, nhất là khi góc góc giữa ĐMMTTT và ĐMCB hẹp đáng kể [9], [10]. Điều này nhấn mạnh giá trị của CLVT không chỉ trong chẩn đoán tắc ruột mà còn trong phát hiện các hội chứng mạch máu hiếm gặp. Đối với bệnh nhân trong báo cáo, điều trị nội khoa đạt hiệu quả tốt, triệu chứng cải thiện rõ sau 5 ngày và không cần phẫu thuật. Tuy nhiên, sự hiện diện của các đặc điểm hình ảnh học gợi ý kẹp hạt dẻ là một yếu tố cần theo dõi lâu dài. Ca bệnh này làm nổi bật vai trò của chẩn đoán hình ảnh trong phát hiện tắc ruột cao do nguyên nhân mạch máu chèn ép ít gặp trong ổ bụng. Việc chẩn đoán sớm và chính xác này giúp bác sĩ lâm sàng có kế hoạch điều trị toàn diện và hiệu quả. Nhờ vậy, bệnh nhân sẽ nhận được sự chăm sóc phù hợp, góp phần cải thiện đáng kể kết quả điều trị và chất lượng cuộc sống.

#### IV. KẾT LUẬN

Hội chứng động mạch mạc treo tràng trên là nguyên nhân hiếm gặp gây tắc tá tràng, trong một số trường hợp có thể phối hợp với hội chứng kẹp hạt dẻ do cùng cơ chế chèn ép mạch máu tại góc giữa ĐMMTTT và ĐMCB. Việc nhận diện cả hai hội chứng trên hình ảnh học giúp chẩn đoán chính xác, từ đó đưa ra chiến lược điều trị phù hợp và theo dõi lâu dài, nhất là khi có yếu tố giải phẫu bẩm sinh góp phần. Đây là một trường hợp hội chứng động mạch mạc treo tràng trên điển hình, có phối hợp với hội chứng kẹp hạt dẻ, cho thấy vai trò quan trọng của CLVT có tiêm thuốc cản quang trong phát hiện các hội chứng chèn ép mạch máu ổ bụng hiếm gặp, kể cả khi bệnh nhân không có biểu hiện điển hình.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Oka A, Awoniyi M, Hasegawa N, *et al.* Superior mesenteric artery syndrome: Diagnosis and management. *World J Clin Cases.* 2023. 11(15), 3369-3384, doi:10.12998/wjcc.v11.i15.3369.
2. Sinagra E, Raimondo D, Albano D, *et al.* Superior Mesenteric Artery Syndrome: Clinical, Endoscopic, and Radiological Findings. *Gastroenterol Res Pract.* 2018. 1937416, doi:10.1155/2018/1937416.
3. Maghraby GG, Elgendy H, Marzouk A, *et al.* Vomiting as the storyteller in superior mesenteric artery syndrome. *Egypt J Intern Med.* 2025. 37(77), doi:10.1186/s43162-025-00467-0.
4. Wan S, Zhang L, Yang J, Gao X, Wang X. Superior Mesenteric Artery Syndrome Improved by Enteral Nutritional Therapy: A Retrospective Case-Series Study in a Single Institution. *Ann Nutr Metab.* 2020. 76(1), 37-43, doi:10.1159/000506620.
5. Wills MV, Barajas-Gamboa JS, Mocanu V, *et al.* Long-term outcomes of laparoscopic duodenojejunostomy for superior mesenteric artery syndrome. *Surg Endosc.* 2025. 39, 5235-5243, doi:10.1007/s00464-025-11774-6.

6. Kolber MK, Cui Z, Chen CK, Habibollahi P, Kalva SP. Nutcracker syndrome: diagnosis and therapy. *Cardiovasc Diagn Ther* 2021. 11(5), 1140-1149, doi: 10.21037/cdt-20-160.
  7. Peric V, Ferenc T, Bratic T, *et al.* Controversies in treating nutcracker syndrome. *CVIR Endovasc*. 2025, 8(26), doi:10.1186/s42155-025-00544-z.
  8. Gozzo C, Giambelluca D, Cannella R, *et al.* CT imaging findings of abdominopelvic vascular compression syndromes: What the radiologist needs to know. *Insights Imaging*. 2020. 11(48), doi:10.1186/s13244-020-00852-z.
  9. Almunifi A, Al-Dhayan AZ, Alanazi M, Ababtain OA. Concurrent Encounter of Superior Mesenteric Artery Syndrome and Nutcracker Syndrome in a Young Female Patient: A Case Report and Literature Review. *Cureus*. 2024. 16(8), doi:10.7759/cureus.66002.
  10. Dahir Alasow MO, Elmi AM, Haji AM, Jama SMA, Hirei HH, *et al.* Combined superior mesenteric artery syndrome and nutcracker syndrome in a young male patient presenting as atypical vomiting and rapid weight loss: A case report. *Int Med Case Rep J*. 2025. 18, 937-942, doi:10.2147/IMCRJ.S519808.
-