

# TIẾP CẬN BỆNH NHÂN SỤT CÂN KHÔNG CHỦ Ý

*Lưu Ngọc Mai, Quách Trọng Đức*

## MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Nêu được định nghĩa sụt cân không chủ ý, phân biệt với các khái niệm sụt cân không giải thích được, thiếu cơ, hội chứng suy mòn
2. Trình bày được các nguyên nhân thường gặp của sụt cân không chủ ý
3. Trình bày được các bước tiếp cận một trường hợp sụt cân không chủ ý dựa trên hỏi bệnh và thăm khám
4. Biết đề nghị cận lâm sàng để chẩn đoán xác định

## NỘI DUNG BÀI GIẢNG

### ĐỊNH NGHĨA

- Sụt cân không chủ ý (unintentional, involuntary or unintended weight loss) được định nghĩa là sụt cân không do chủ đích của bệnh nhân, không bao gồm sụt cân do một bệnh lý đã biết hay do tác động của điều trị (ví dụ: điều trị lợi tiểu trong suy tim). Sụt cân có ý nghĩa lâm sàng khi giảm ít nhất 5% cân nặng trong vòng 6 – 12 tháng.
- Cần phân biệt với:
  - Sụt cân không giải thích được (unexplained weight loss), sụt cân đơn độc (isolated weight loss) hoặc sụt cân không rõ nguyên nhân (unknown weight loss): là tình trạng sụt cân mà không tìm được nguyên nhân sau khi đã hỏi bệnh, khám và làm các xét nghiệm thăm dò.
  - Thiếu cơ (sarcopenia): là một hội chứng ở người cao tuổi, đặc trưng bởi sự mất khối lượng cơ và suy giảm sức cơ. Sụt cân không phải là tiêu chuẩn để chẩn đoán thiếu cơ.
  - Hội chứng suy mòn (cachexia): là hội chứng chuyển hóa do viêm bao gồm mất khối cơ do bệnh lý, sụt cân ít nhất 5% cân nặng trong vòng 12 tháng kèm theo 3 trong 5 triệu chứng sau:
    1. Giảm sức cơ
    2. Mệt mỏi
    3. Chán ăn
    4. Chỉ số khối mỡ tự do thấp
    5. Xét nghiệm sinh hóa bất thường (tăng các dấu ấn viêm, thiếu máu, albumin huyết thanh thấp)

Bệnh nhân sụt cân không chủ ý có thể có hoặc không có hội chứng suy mòn, tùy thuộc vào nguyên nhân gây sụt cân.

### NGUYÊN NHÂN

- Có nhiều nguyên nhân gây ra sụt cân không chủ ý (**bảng 1** và **bảng 2**). Khi không có sốt hoặc không có nguyên nhân nào khác làm tăng nhu cầu năng lượng (ví dụ: cường giáp), sụt cân chủ yếu là do giảm lượng nhập thức ăn.
- Sụt cân không chủ ý tiến triển dần thường là chỉ điểm một bệnh lý hay một rối loạn tâm thần nghiêm trọng. Bệnh lý mạn tính ảnh hưởng tới bất kì cơ quan nào cũng có thể gây chán ăn và sụt cân.
- Trong các nguyên nhân gây sụt cân không chủ ý, bệnh lý ác tính là nguyên nhân chính chiếm 15-37%, bệnh lý tiêu hóa lành tính chiếm 10-20%, các nguyên nhân tâm thần chiếm 10-23%, 25% không rõ nguyên nhân.

#### 1. Bệnh lý ác tính

- Các bệnh lý ác tính thường gặp nhất gây sụt cân không chủ ý là ung thư dạ dày ruột, tụy, máu, phổi, vú, niệu dục, buồng trứng và tiền liệt tuyến.
- Chán ăn và sụt cân hiện diện ở 15-40% bệnh nhân ung thư lúc được chẩn đoán, nhưng

tần suất cao nhất ở ung thư phổi (60%) hoặc ung thư tiêu hóa (80%). Hội chứng suy mòn trong bệnh ác tính liên quan đến các bất thường chuyển hóa phức tạp làm suy giảm khối cơ.

- Bệnh nhân sụt cân do bệnh ác tính thường có biểu hiện một hoặc nhiều bất thường khi hỏi bệnh và thăm khám. Chẳng hạn như bệnh nhân có thể có đau bụng, chướng bụng, buồn nôn, nôn, nuốt khó, ăn nhanh no do gan lách to hoặc tắc nghẽn ruột do khối u, triệu chứng tăng canxi máu hoặc các triệu chứng của kém hấp thu.
- Ở bệnh nhân sụt cân không chủ ý, bệnh lý ác tính tiềm ẩn rất hiếm gặp nếu đánh giá tầm soát ban đầu không ghi nhận bất thường.

## 2. Bệnh lý tiêu hóa lành tính

- Nhiều bệnh lý tiêu hóa lành tính có thể gây sụt cân, chẳng hạn như bệnh lý loét dạ dày tá tràng, các bệnh gây kém hấp thu, bệnh viêm ruột, hội chứng rối loạn vận động, viêm tụy mạn, táo bón, viêm teo dạ dày. Bệnh nhân thường có các triệu chứng tiêu hóa như: chán ăn, đau bụng, ăn nhanh no, nuốt khó, nuốt đau, tiêu chảy, tiêu phân mỡ hoặc biểu hiện của xuất huyết tiêu hóa kéo dài. Bệnh nhân có thể có các triệu chứng liên quan đến quá trình viêm mạn tính, thiếu máu mạn, tắc ruột hoặc rò tiêu hóa. Bệnh nhân bệnh viêm ruột có thể có các triệu chứng ngoài tiêu hóa. Bệnh nhân bị hội chứng kém hấp thu có thể sụt cân kèm hoặc không kèm theo tăng cảm giác thèm ăn.
- Các vấn đề răng miệng cũng dễ bị bỏ sót và có thể biểu hiện triệu chứng hôi miệng, vệ sinh răng miệng kém, khô miệng, nhai khó, hội chứng khớp thái dương hàm, mất răng, đau do sâu răng hay áp xe hàm mặt.

## 3. Các rối loạn tâm thần

Các rối loạn tâm thần thường gây sụt cân, đặc biệt là trầm cảm, chiếm 31-58% nguyên nhân gây sụt cân ở nhóm này.

- **Trầm cảm:** gây sụt cân do phối hợp nhiều yếu tố, bao gồm sự cô lập với xã hội, tàn tật về mặt thể chất, sa sút trí tuệ, khó nuốt, thuốc sử dụng và nhiều bệnh mạn tính kèm theo.
- **Các rối loạn về ăn uống:** Ở bệnh nhân có cân nặng bình thường hoặc thiếu cân, sự ám ảnh bị thừa cân có thể dẫn đến sụt cân do bệnh nhân giảm ăn uống, tập luyện thể lực quá mức, tự móc họng gây nôn, dùng thuốc/thảo dược để giảm cân, và/hoặc các hành vi gợi ý chứng chán ăn tâm thần/chứng ăn – ói.
- **Khác:** Mất cảm giác thèm ăn và sụt cân không chủ ý cũng có thể xảy ra ở các bệnh nhân bị rối loạn tâm thần. Trong giai đoạn hưng cảm của rối loạn lưỡng cực, sự tăng hoạt động và lo lắng có thể ảnh hưởng đến ăn uống. Trong một số hiếm trường hợp, bệnh nhân có ảo giác hoặc hoang tưởng dẫn đến quan niệm khác thường về thức ăn khiến cho họ ăn ít đi và gây sụt cân.

## 4. Bệnh nội tiết

- **Cường giáp:** Sụt cân là triệu chứng kinh điển của cường giáp. Hầu hết bệnh nhân ăn nhiều hơn. Một số bệnh nhân trẻ bị cường giáp nhẹ vẫn ăn lượng đủ để gây tăng cân. Ở bệnh nhân lớn tuổi hơn, cường giáp thường gây chán ăn kèm sụt cân tăng dần.
- **Đái tháo đường:** Đái tháo đường không kiểm soát có thể gây sụt cân với tăng cảm giác thèm ăn, đặc biệt là đái tháo đường type 1 mới khởi phát. Mặc dù bệnh nhân đái tháo đường type 2 chưa được chẩn đoán hoặc kém kiểm soát đôi khi có thể biểu hiện sụt cân, tăng cân thường gặp hơn ở những bệnh nhân này. Tuy nhiên, một số bệnh nhân đái tháo đường type 2 có thể biểu hiện hội chứng suy mòn do bệnh lý thần kinh đái tháo đường, một hội chứng ít gặp chưa rõ cơ chế được đặc trưng bởi sụt cân nghiêm trọng (có thể tới 60% cân nặng) và thường có biểu hiện đau liên quan thần kinh ở vùng trước đùi.
- **Suy thượng thận:** Suy thượng thận nguyên phát mạn tính thường biểu hiện triệu chứng sụt cân, mặc dù các triệu chứng khác nổi trội hơn như mất nước, chán ăn, mệt mỏi, uể oải, yếu ớt. Suy thượng thận cấp hoặc do rối loạn chức năng hạ đồi hoặc tuyến

yên thường không gây sụt cân.

- **U tủy thượng thận:** Tình trạng tăng hoạt giao cảm ở bệnh nhân u tủy thượng thận về mặt giả thuyết có thể gây sụt cân kèm tăng cảm giác thèm ăn, nhưng chỉ 5% bệnh nhân u tủy thượng thận có biểu hiện sụt cân.

## 5. Bệnh nhiễm

- **Nhiễm HIV:** Bệnh nhân nhiễm HIV có nhu cầu năng lượng hàng ngày tương tự như người bình thường. Sụt cân ở người nhiễm HIV thường từng đợt, xảy ra khi có nhiễm trùng thứ phát hoặc có bệnh lý dạ dày ruột xảy ra làm giảm ăn uống. Trạng thái ngủ lịm và mệt mỏi khi có nhiễm trùng có thể giúp duy trì cân bằng năng lượng và cân nặng.
- **Lao:** Nhiều bệnh nhân lao hoạt động bị sụt cân. Đối với lao tái hoạt động, sụt cân ý nghĩa là một trong các triệu chứng then chốt.
- **Viêm gan virus C:** Nhiễm virus viêm gan C mạn tính cũng có thể gây sụt cân, kèm theo buồn nôn, chán ăn và mệt mỏi.
- **Nhiễm giun sán:** Một số bệnh nhiễm giun sán có thể gây suy dinh dưỡng và sụt cân.

## 6. Bệnh lý mạn tính tiến triển

- **Suy tim sung huyết:** Gần phân nửa các bệnh nhân suy tim phân độ NYHA III và IV có biểu hiện sụt cân và bị suy dinh dưỡng. Sụt cân ở những bệnh nhân này có thể do chán ăn, ăn nhanh no, trầm cảm, sung huyết gan và ruột, tăng nồng độ cytokine và angiotensin II. Tình trạng ứ dịch trong suy tim mạn thường che lấp tình trạng mất khối cơ. Sụt cân ở bệnh nhân suy tim mạn có liên quan tới tăng tỉ lệ tử vong.
- **Bệnh phổi mạn tính (hội chứng suy mòn do bệnh phổi):** Sụt cân mạn tính kèm suy dinh dưỡng có thể xảy ra trong bệnh phổi mạn tính nặng và được gọi là hội chứng suy mòn do bệnh phổi. Hội chứng suy mòn hiện diện trong bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính với tỉ lệ thay đổi từ 30 – 70%. Sụt cân tăng dần có thể xảy ra ngay cả khi nhập đủ lượng calo do tăng nhu cầu làm việc của cơ hô hấp và đáp ứng viêm hệ thống. Thông thường sụt cân xảy ra theo đợt, liên quan đến đợt cấp của bệnh phổi, nhưng không hồi phục lại cân nặng sau khi đợt cấp qua đi. Điều trị glucocorticoid, đáp ứng viêm hệ thống và không vận động góp phần làm mất khối lượng cơ trong bệnh phổi nặng.
- **Bệnh thận tiến triển:** Trong bệnh thận tiến triển, chán ăn và các triệu chứng do ure huyết cao khác xảy ra khi độ lọc cầu thận giảm dưới 15 ml/phút. Cũng như trong suy tim, tình trạng ứ dịch trong bệnh thận tiến triển thường che lấp sự mất khối lượng cơ.

## 7. Các bệnh lý thần kinh

Một số bệnh thần kinh như đột quỵ, sa sút trí tuệ, bệnh Parkinson và xơ cứng cột bên teo cơ có thể gây sụt cân. Sụt cân có thể do một hoặc nhiều khiếm khuyết như thay đổi nhận thức, rối loạn vận động, nuốt khó.

## 8. Thuốc/ hóa chất

Các thuốc không kê toa, thuốc được kê toa, các thuốc cấm có thể gây sụt cân. Sụt cân có thể là một tác dụng ngoại ý đã biết của một số thuốc kê toa thường gặp như thuốc chống động kinh, thuốc hạ đường huyết và thuốc điều trị bệnh lý tuyến giáp. Thuốc ức chế anticholinesterase dùng trong điều trị sa sút trí tuệ (như donepezil, rivastigmine, galantamine) có thể góp phần gây sụt cân. Sụt cân rõ rệt có thể xảy ra sau khi giảm liều hoặc ngưng một số thuốc chống loạn thần mà bệnh nhân đã dùng liều cao trong nhiều năm (như chlorpromazine, haloperidol, thioridazine, mesoridazine).

Sụt cân cũng có thể xảy ra khi lạm dụng một số thuốc/ hóa chất:

- Rượu: Nhiều bệnh nhân lệ thuộc rượu chủ yếu thu nạp năng lượng từ rượu, do đó bị suy dinh dưỡng và sụt cân. Tuy nhiên, sụt cân ở bệnh nhân xơ gan rượu có thể bị che lấp do báng bụng và phù.
- Cocaine: Khoảng 40% bệnh nhân dùng cocaine mạn tính bị sụt cân, chán ăn và rối loạn giấc ngủ.
- Amphetamine: Amphetamine làm tăng phóng thích catecholamine từ đầu tủy thần kinh tiền synap dẫn đến giảm cảm giác thèm ăn và tăng chuyển hóa cơ bản.

- Marijuana (cần sa): Cai nghiện cần sa có thể gây các triệu chứng bao gồm chán ăn, sụt cân, dễ kích động, mộng mị.
- Thuốc lá: Nghiện thuốc lá nặng có thể gây sụt cân, trong khi ngưng thuốc lá có thể gây tăng cân.

**9. Bệnh thấp:** Bệnh nhân bị các bệnh thấp (như viêm khớp dạng thấp, viêm mạch máu thái dương tế bào khổng lồ) thường biểu hiện sụt cân như là một trong các triệu chứng hệ thống.

#### 10. Khác

- **Các yếu tố xã hội dẫn đến chế độ ăn uống thiếu hụt:** ví dụ như không thể tiếp cận với thức ăn, đặc biệt ở người lớn tuổi.
- **Vận động viên:** Một số nghề nghiệp đòi hỏi phải có thể hình ốm (như vận động viên chạy đường dài, người mẫu, vũ công ballet, người tập thể dục dụng cụ). Một số người khi tham gia huấn luyện tăng cường phải tăng nạp calo một cách thận trọng để duy trì cân nặng và khối lượng cơ bắp. Tăng lượng thức ăn nạp vào không phải luôn đủ để duy trì trọng lượng cơ thể, dẫn đến sụt cân thoáng qua hoặc kéo dài.

**Bảng 1: Các nguyên nhân gây sụt cân không chủ ý**

Các nguyên nhân chính gây sụt cân không chủ ý
1. Bệnh ác tính (ví dụ: ung thư dạ dày - ruột, ung thư phổi, lymphoma, ung thư thận, ung thư tiền liệt tuyến)
2. Các bệnh lý tiêu hóa lành tính (ví dụ: loét dạ dày tá tràng, bệnh celiac, bệnh viêm ruột)
3. Rối loạn tâm thần (đặc biệt là trầm cảm), các rối loạn liên quan ăn uống
4. Bệnh nội tiết (ví dụ: cường giáp, đái tháo đường, suy thượng thận)
5. Bệnh nhiễm (ví dụ: nhiễm HIV, viêm gan virus, lao, nhiễm khuẩn hay nhiễm nấm mạn tính, nhiễm giun sán mạn tính)
6. Bệnh mạn tính tiến triển (ví dụ: hội chứng suy mòn do suy tim, do bệnh phổi, do suy thận)
7. Bệnh lý thần kinh (ví dụ: đột quỵ, sa sút trí tuệ, xơ cứng cột bên teo cơ)
8. Thuốc/ hóa chất
9. Bệnh thấp (ví dụ: viêm khớp dạng thấp nặng, viêm mạch tế bào khổng lồ)
10. Tập luyện thể lực nặng kéo dài (ví dụ: chạy đường dài, múa ballet, tập thể dục dụng cụ)
Các thuốc/ hóa chất liên quan đến sụt cân
• Rượu
• Cocaine
• Amphetamines
• Hội chứng ngưng thuốc (ngưng thuốc sau khi sử dụng kéo dài cần sa hoặc các thuốc hướng tâm thần liều cao)
• Thuốc lá
• Tác dụng phụ của các thuốc được kê toa (ví dụ: thuốc chống động kinh ở người đái tháo đường, thuốc điều trị bệnh lý tuyến giáp)
• Thảo dược hoặc các thuốc không kê toa (5-hydroxytryptophan, nha đam, caffeine, cascara, chitosan, crôm, bồ công anh, cây ma hoàng, garcinia, glucomannan, guarana, guar gum, thảo dược lợi tiểu, nicotine, pyruvate, cây ban Âu)

**Bảng 2: Các nguyên nhân sụt cân không chủ ý ở người lớn tuổi (MEALS ON WHEELS)**

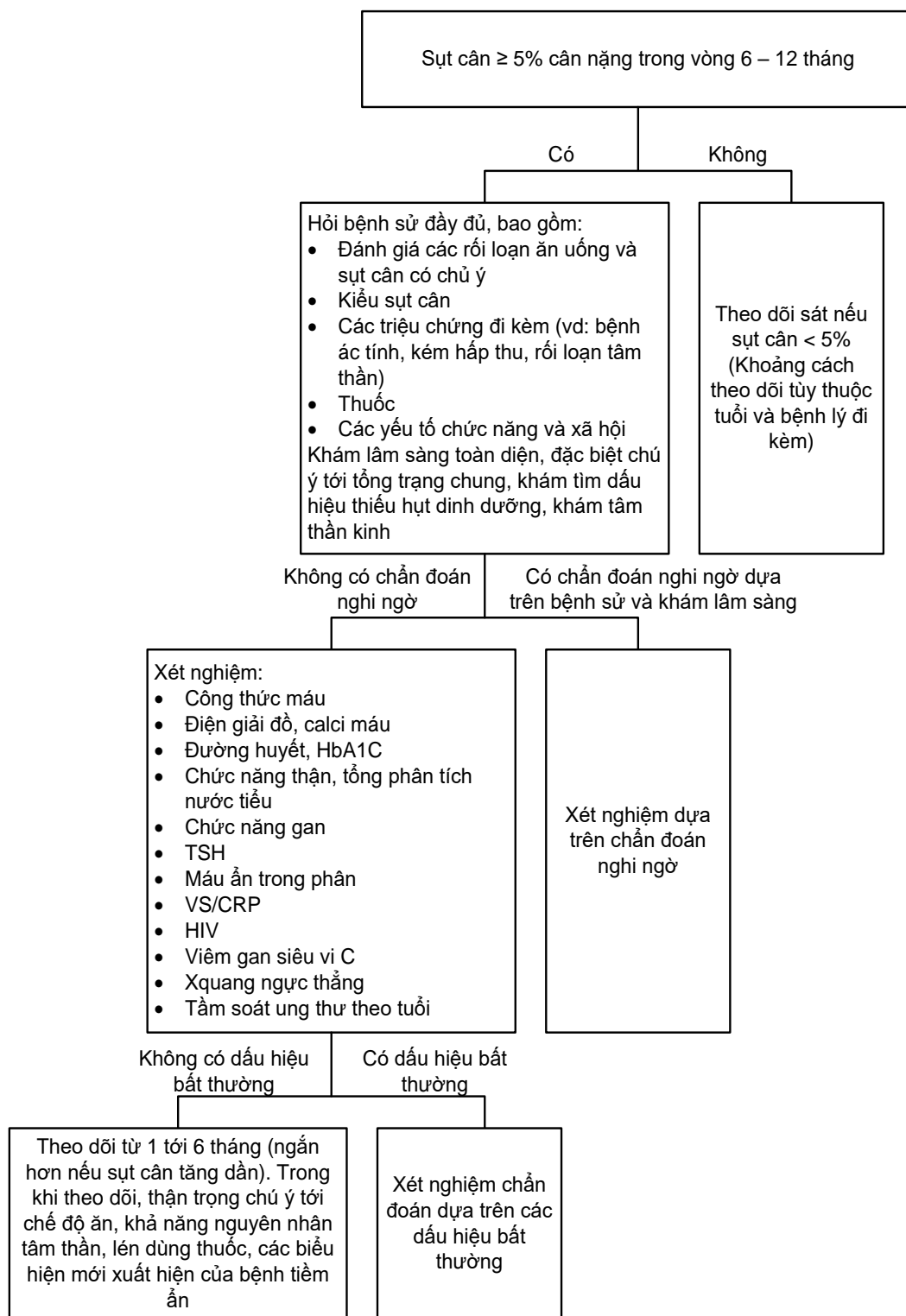
**Medications - Thuốc** (ví dụ: digoxin, theophylline, SSRIs, kháng sinh)

Emotional - Cảm xúc (ví dụ: trầm cảm, lo âu)
Alcoholism - Nghiện rượu, lạm dụng rượu
Late-life paranoia or bereavement – Hoang tưởng tuổi già hoặc nỗi đau sau mất người thân
Swallowing problems - Các vấn đề về nuốt
Oral factors - Yếu tố răng miệng (mất răng, khô miệng)
Nosocomial infections - Nhiễm khuẩn bệnh viện (ví dụ: lao, viêm phổi)
Wandering and other dementia-related factors - Đi lang thang hoặc các yếu tố liên quan sa sút trí tuệ
Hyperthyroidism, hypercalcemia, hypoadrenalism - Cường giáp, tăng calci máu, suy thượng thận
Enteral problems - Vấn đề tiêu hóa (ví dụ: hẹp thực quản, bệnh ruột gluten)
Eating problems - Vấn đề ăn uống
Low salt, low cholesterol, and other therapeutic diets - Chế độ ăn ít muối, ít cholesterol, và các chế độ ăn điều trị khác
Social isolation, stones - Cô lập với xã hội, sỏi (viêm túi mật mạn)

### **CÁC BƯỚC TIẾP CẬN BN SỤT CÂN KHÔNG CHỦ Ý**

Do có rất nhiều nguyên nhân gây sụt cân không chủ ý, không có cách tiếp cận duy nhất nào áp dụng được cho mọi bệnh nhân. Tiếp cận bệnh nhân nên bắt đầu bằng việc xác định có sụt cân, sau đó là hỏi bệnh sử và thăm khám lâm sàng kỹ lưỡng (**sơ đồ 1**). Đánh giá bệnh nhân sụt cân không chủ ý nên được cá thể hóa, dựa trên các phát hiện thu được từ bệnh sử và khám lâm sàng. Những bệnh nhân sụt cân dưới 5% cân nặng bình thường có thể được theo dõi sát, khoảng cách theo dõi có thể thay đổi tùy thuộc vào tuổi và bệnh lý đi kèm của bệnh nhân. Ở bệnh nhân sụt cân  $\geq 5\%$  cân nặng bình thường và có các bất thường khi hỏi bệnh sử hoặc thăm khám cần được chỉ định xét nghiệm để xác định chẩn đoán nghi ngờ.

### **Sơ đồ 1: SƠ ĐỒ TIẾP CẬN BỆNH NHÂN SỤT CÂN KHÔNG CHỦ Ý**



### Bước 1: Xác định có sụt cân

Nhiều bệnh nhân than phiền sụt cân nhưng khi cân đo lại không thấy có giảm cân. Do đó, việc xác định có sụt cân cần xem xét 3 yếu tố:

- Mức độ sụt cân
- Phương pháp xác định có sụt cân
- Khoảng thời gian xảy ra sụt cân

#### 1. Mức độ sụt cân

- Dao động cân nặng bình thường trong ngày: 1 – 2%
- Dao động cân nặng bình thường từ ngày này qua ngày khác: có thể tới 2.2 kg
- Sụt cân sinh lý ở người già: 0.1 – 0.2 kg/năm, có thể tới 0.5%/năm



- Sụt cân có ý nghĩa lâm sàng: ít nhất 5% trong vòng 6 tháng
- 2. Phương pháp xác định có sụt cân:**
- Dùng cân nặng đo được ở phòng khám nếu có
  - Dùng tiêu chuẩn của Marton và cộng sự: sụt cân đã được ghi nhận hoặc có ít nhất 2 trong 3 tiêu chuẩn sau:
    - Thay đổi kích cỡ quần áo
    - Bạn bè hoặc người thân nhận thấy có sụt cân
    - Bệnh nhân xác định được số cân nặng bị sụt giảm

**3. Khoảng thời gian xảy ra sụt cân:** trong vòng 6 – 12 tháng vừa qua.

## **Bước 2: Hỏi bệnh sử**

Bệnh sử bao gồm sụt cân được ghi nhận, đánh giá kiểu sụt cân, đánh giá các rối loạn ăn uống và sụt cân có chủ ý có thể có, và loại trừ các yếu tố khác có thể liên quan đến sụt cân.

- **Sụt cân được ghi nhận:** Đánh giá định tính bởi bệnh nhân về mức độ sụt cân của họ thường không đáng tin cậy. Trong một nghiên cứu tiền cứu về sụt cân không chủ ý, chỉ 50% bệnh nhân báo cáo sụt cân là có sụt cân thực sự. Do đó, đối với sụt cân được ghi nhận, quan trọng cần phải xác định cân nặng trước đó, nếu không có, hỏi các thành viên khác trong gia đình về tiền sử cân nặng của bệnh nhân, bao gồm cân nặng bình thường trước khi sụt cân xảy ra. Sụt cân không chủ ý tới 20% cân nặng thường ngày thường liên quan với suy dinh dưỡng nặng liên quan tới năng lượng từ protein, thiếu hụt dinh dưỡng, và rối loạn chức năng đa cơ quan.
- **Kiểu sụt cân:** Việc xác định thời gian và kiểu sụt cân là rất quan trọng, bao gồm cả những dao động cân nặng trong quá khứ và việc sụt cân tiến triển dần hay ổn định. Sụt cân mới xảy ra ở một người có cân nặng ổn định trong nhiều năm và sụt cân tiến triển dần thì đáng lo ngại hơn và cần đánh giá tìm nguyên nhân ngay. Các yếu tố khác cần xem xét bao gồm thay đổi cảm giác thèm ăn, lượng calo nhập, và hoạt động thể lực.
- **Đánh giá các rối loạn ăn uống và sụt cân có chủ ý:**
  - Các bác sĩ lâm sàng nên hỏi bệnh nhân về khả năng sụt cân có chủ ý (ví dụ như ăn kiêng ở bệnh nhân béo phì).
  - Bệnh nhân cũng nên được đánh giá về sụt cân có chủ ý do các rối loạn ăn uống. Các đặc điểm lâm sàng của chứng chán ăn tâm thần (anorexia nervosa) bao gồm hạn chế năng lượng nhập vào dẫn đến cân nặng bất thường, sợ tăng cân hoặc béo phì và có nhận thức lệch lạc về cân nặng và hình thể. Các đặc điểm lâm sàng của chứng ăn ói (bulimia) bao gồm ăn uống vô độ, hành vi bù trừ không thích hợp để ngừa tăng cân (như tự làm ói) và lo lắng qua mức về cân nặng và hình thể.
- **Hỏi các triệu chứng và yếu tố khác liên quan tới sụt cân để định hướng nguyên nhân:**
  - **Các triệu chứng liên quan:**
    - **Bệnh lý tiêu hóa:** Cần hỏi tất cả bệnh nhân về các triệu chứng tiêu hóa (như đau bụng, buồn nôn, khó nuốt, tiêu chảy, tiêu phân đen hoặc phân có máu).
    - **Bệnh ác tính:** Bệnh nhân có thể bị đổ mồ hôi đêm, sốt, mệt mỏi. Bệnh nhân cũng nên được đánh giá các triệu chứng của bệnh ác tính dựa trên tuổi và yếu tố nguy cơ (ví dụ: hỏi về tiêu phân đen hoặc tiêu phân máu ở bệnh nhân  $\geq 40$  tuổi hoặc có nguy cơ ung thư đại tràng, hoặc hỏi các triệu chứng hô hấp ở bệnh nhân hút thuốc lá hoặc từng hút thuốc lá).
    - **Kém hấp thu:** Các triệu chứng kém hấp thu như tiêu phân mỡ, mất cơ, tiêu lỏng. Bệnh nhân cũng có thể có triệu chứng thiếu hụt dinh dưỡng liên quan đến kém hấp thu (ví dụ xuất huyết dưới da do thiếu vitamin K).
    - **Các rối loạn tâm thần:** Bệnh nhân nên được đánh giá các rối loạn tâm thần, đặc biệt là trầm cảm.

- **Thuốc/ hóa chất:** Hỏi bệnh sử kỹ lưỡng để xác định tất cả các thuốc (bao gồm cả thuốc không kê toa và thảo dược), sự thay đổi thuốc và bất kì hóa chất nào bệnh nhân sử dụng.
- **Các yếu tố chức năng:** Khó nuốt, chức năng răng kém, nhận thức kém/ sa sút trí tuệ có thể góp phần làm sụt cân.
- **Các yếu tố xã hội:** Yêu cầu bệnh nhân mô tả về chế độ ăn của họ và hỏi về các yếu tố xã hội liên quan đến thức ăn (ví dụ: cách bệnh nhân tiếp cận thức ăn, ai nấu ăn). Một số bệnh lý có các nhu cầu vi chất khác nhau mà chế độ ăn thông thường không đáp ứng được. Ở một số bệnh nhân, chúng ta cũng cần hỏi về tiền sử du lịch và đời sống tình dục để đánh giá nguy cơ của các bệnh nhiễm.

Một quá trình xem xét hệ thống là cần thiết nếu nguyên nhân vẫn chưa chắc chắn sau khi đã hỏi bệnh sử như trên.

### Bước 3: Khám lâm sàng

Khám lâm sàng tập trung vào việc đánh giá các triệu chứng liên quan đến các nguyên nhân khác nhau của sụt cân không chủ ý. Chúng ta cần đặc biệt chú ý tới:

- **Tổng trạng chung:** vẻ mặt thờ ơ không cảm xúc có thể là dấu hiệu của bệnh lý tâm thần.
- **Đầu mặt cổ:** Bệnh nhân cần được khám tìm dấu hiệu liệt vận nhãn và các dấu chứng của thiếu vi chất (ví dụ: khô nứt môi, viêm lưỡi) (**bảng 3**). Nên khám răng vì chất lượng răng kém có thể dẫn đến sụt cân.
- **Khám tim phổi:** Bệnh nhân có bệnh tim và phổi mạn có thể bị sụt cân
- **Khám bụng:** khám tìm đề kháng thành bụng, bóng bụng, gan lách to, khối u trong ổ bụng.
- **Khám thần kinh:** đánh giá các khiếm khuyết thần kinh. Đặc biệt ở người già, đánh giá suy giảm nhận thức và sa sút trí tuệ vì các bệnh này có thể góp phần gây sụt cân.
- **Khác:** khám tìm hạch to.

Các kết quả khám lâm sàng bất thường khá thường gặp (55-59%) trong bệnh lý ác tính. Trái lại, khám lâm sàng bất thường chỉ hiện diện ở 3% bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn tâm thần hoặc chưa tìm được nguyên nhân sụt cân sau khi thăm khám và xét nghiệm tầm soát.

**Bảng 3:** Biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng của các rối loạn hấp thu

<b>Kém hấp thu</b>	<b>Biểu hiện lâm sàng</b>	<b>Biểu hiện cận lâm sàng</b>
Calories	Sụt cân nhưng vẫn thèm ăn bình thường	
Chất béo	Phân nhiều và nhạt màu, tiêu chảy nhưng không chướng hơi, tiêu phân mỡ	Tỉ số bài tiết chất béo (% chất béo ăn vào không được hấp thu) >6%
Protein	Phù, teo cơ, mất kinh	Giảm albumin máu, giảm protein máu
Carbohydrate	Tiêu chảy phân nước, bụng trướng, không dung nạp sữa	Lượng hydrogen trong hơi thở tăng Phân có pH acid, khoảng trống thẩm thấu phân (stool osmotic gap)
Vitamin B12	Thiếu máu Thoái hóa hỗn hợp bán cấp dây thần kinh sống (triệu chứng sớm là dị cảm và mất điều hòa (ataxia) liên quan tới mất cảm giác rung và cảm giác vị trí	Thiếu máu hồng cầu to Nồng độ vitamin B12 giảm Xét nghiệm Schilling bất thường Nồng độ methylmalonic và homocystein huyết thanh tăng
Folic acid	Thiếu máu	Thiếu máu hồng cầu to Nồng độ folate trong hồng cầu và trong huyết thanh giảm Nồng độ homocystein huyết thanh tăng



Vitamin B	Khô nứt môi, viêm lưỡi không đau, viêm môi tróc vảy, viêm da đầu chi, viêm nứt góc miệng	
Sắt	Thiếu máu hồng cầu nhỏ, viêm lưỡi, thèm ăn đá lạnh (pagophagia)	Sắt huyết thanh và ferritine giảm, khả năng gắn sắt toàn phần tăng
Canxi và Vitamin D	Đi cảm, tetany, gãy xương bệnh lý do nhuyễn xương, dấu hiệu Chvostek và Trousseau dương tính	Giảm canxi máu, phosphatase kiềm huyết thanh tăng, mật độ xương bất thường
Vitamin A	Dày sừng nang lông, quáng gà	Retinol huyết thanh giảm
Vitamin K	Hematoma, các rối loạn xuất huyết	Thời gian prothrombin kéo dài, yếu tố đông máu phụ thuộc vitamin K giảm

#### Bước 4: Xét nghiệm chẩn đoán

Ở bệnh nhân ghi nhận sụt cân  $\geq 5\%$  cân nặng bình thường và bệnh sử hoặc khám lâm sàng có bất thường, cần làm thêm xét nghiệm để xác định chẩn đoán nghi ngờ (**so đồ 1**). Bệnh nhân có bệnh sử hoặc khám lâm sàng liên quan đến kém hấp thu (**bảng 3**) nên được đánh giá thích hợp.

Khi bệnh sử và khám lâm sàng không giúp gợi ý chẩn đoán, cận lâm sàng chẩn đoán cơ bản sẽ giúp đưa ra chẩn đoán trong phần lớn trường hợp. Các xét nghiệm sâu hơn được chỉ định tùy thuộc vào kết quả của các xét nghiệm ban đầu. Một đánh giá chẩn đoán cơ bản nên bao gồm:

- Tổng phân tích tế bào máu
- Điện giải đồ
- Đường máu và HbA1C
- Calci máu
- Chức năng thận và tổng phân tích nước tiểu
- Chức năng gan
- Hormone tuyến giáp
- TSH
- Máu ẩn trong phân
- Độ lắng máu hoặc CRP
- Xét nghiệm HIV
- Xét nghiệm viêm gan siêu vi C ở bệnh nhân có yếu tố nguy cơ
- Xquang ngực thẳng
- Tầm soát ung thư theo tuổi (**bảng 4** và **bảng 5**)

**Bảng 4:** Tầm soát ung thư cho người lớn < 65 tuổi

Ung thư vú	Tiền sử gia đình liên quan	Tham vấn di truyền/xét nghiệm
	Hội chứng vú và buồng trứng có tính di truyền	Tầm soát theo các khuyến cáo
	Nữ > 40 tuổi	Thảo luận về việc tầm soát, tùy theo quyết định cá nhân, có thể chụp nhũ ảnh mỗi 2 năm
Ung thư cổ tử cung	Nữ 21 – 29 tuổi	Pap smear mỗi 3 năm
	Nữ $\geq 30$ tuổi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pap smear mỗi 3 năm HOẶC</li> <li>• Pap smear + xét nghiệm HPV mỗi 5 năm</li> </ul>
Ung thư đại	Bệnh nhân có yếu tố nguy cơ	Tầm soát theo các khuyến cáo

<i>trực tràng</i>	Bệnh nhân $\geq 40$ tuổi không có yếu tố nguy cơ	Tầm soát (lựa chọn tùy trường hợp: nội soi đại tràng, nội soi hậu môn trực tràng, xét nghiệm tìm máu ẩn trong phân)
<i>Ung thư phổi</i>	Bệnh nhân 55-74 tuổi, tiền căn hút thuốc $\geq 30$ gói-năm và hiện đang hút thuốc hoặc đã bỏ trong 15 năm gần đây	Xem xét tầm soát bằng chụp CT scan liều thấp
<i>Ung thư tiền liệt tuyến</i>	Nam nguy cơ cao 40-45 tuổi	Thảo luận về việc tầm soát, tùy theo quyết định của cá nhân
	Nam $\geq 50$ tuổi không có yếu tố nguy cơ	Thảo luận về việc tầm soát, tùy theo quyết định của cá nhân
<i>Melanoma</i>	Bệnh nhân nguy cơ cao	Khám da liễu định kì
	Bệnh nhân nguy cơ trung bình	Luôn thận trọng với những sang thương nghi ngờ

**Bảng 5:** Tầm soát ung thư cho người  $\geq 65$  tuổi

<i>Tầm soát ung thư</i>	Những yếu tố chính cần xem xét ở người lớn tuổi là: <ul style="list-style-type: none"> <li>Kỳ vọng sống: Liệu bệnh nhân có khả năng sống đủ lâu để được lợi từ việc tầm soát này không?</li> <li>Những tác hại có thể có: biến chứng của thủ thuật, lo âu, chi phí, chẩn đoán quá mức</li> <li>Mong muốn của chính bệnh nhân</li> </ul>
<i>Ung thư vú</i>	Cùng thảo luận để đưa ra quyết định, nếu bệnh nhân muốn tầm soát, chụp nhũ ảnh mỗi 2 năm nếu kỳ vọng sống ít nhất là 10 năm
<i>Ung thư đại trực tràng</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Xét nghiệm tìm máu ẩn trong phân, HOẶC</li> <li>Nội soi đại tràng kiểm tra mỗi 10 năm, HOẶC</li> <li>Nội soi hậu môn trực tràng mỗi 5 năm nếu kỳ vọng sống ít nhất 5 năm</li> </ul>
<i>Ung thư cổ tử cung</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Có thể ngưng làm Pap smear từ sau tuổi 65 nếu có 3 kết quả liên tiếp bình thường trong 10 năm.</li> <li>Có thể ngưng tầm soát sau khi chỉ định cắt tử cung do nguyên nhân bệnh lý lành tính</li> </ul>
<i>Ung thư phổi</i>	Chụp CT ngực liều thấp hàng năm cho những bệnh nhân nguy cơ cao cho đến khi 80 tuổi, ngưng tầm soát nếu bệnh nhân đã bỏ thuốc hơn 15 năm hoặc kỳ vọng sống thấp

### Bước 5: Theo dõi

Ngay cả khi đánh giá ban đầu thích hợp, có thể không tìm thấy nguyên nhân rõ ràng gây sụt cân. Nếu không tìm thấy bất thường nào, theo dõi từ 1 tới 6 tháng phù hợp với một bộ các xét nghiệm với khả năng khu trú chẩn đoán thấp (**sơ đồ 1**). Vì một bệnh lý cơ quan hiếm khi xảy ra ở những bệnh nhân có kết quả khám lâm sàng bình thường và xét nghiệm ban đầu bình thường, việc chờ đợi từ 1 tới 6 tháng ít nguy cơ gây ra dự hậu xấu cho bệnh nhân. Khi theo dõi, cần chú ý kĩ tới chế độ ăn, khả năng của các nguyên nhân tâm lý xã hội, lén dùng thuốc, và các biểu hiện mới xuất hiện của bệnh lý tiềm ẩn. Bệnh nhân có sụt cân tăng dần được ghi nhận qua nhiều lần thăm khám nên được theo dõi với khoảng cách ngắn hơn. Có thể cần tầm soát thêm về bệnh lý ung thư ở người lớn tuổi.

### KẾT LUẬN

Sụt cân không chủ ý là một tình huống lâm sàng thường gặp. Tuy nhiên, do có rất nhiều

nguyên nhân dẫn đến sụt cân không chủ ý, không có cách tiếp cận chung cho mọi bệnh nhân. Chẩn đoán thường bắt đầu bằng việc xác định có sụt cân, tiếp đó là hỏi bệnh sử và thăm khám lâm sàng cẩn thận. Tùy vào dữ kiện thu thập được mà đề nghị các xét nghiệm phù hợp để đi đến chẩn đoán nguyên nhân gây sụt cân không chủ ý.

### **CÂU HỎI THẢO LUẬN**

1. Làm thế nào để xác định bệnh nhân có thực sự sụt cân hay không?
2. Trên bệnh nhân béo phì hoặc có phù, đánh giá sụt cân không chủ ý như thế nào?
3. Nếu hỏi bệnh sử và khám lâm sàng không giúp gợi ý nguyên nhân sụt cân không chủ ý, kế hoạch tiếp theo cho bệnh nhân là gì?

#### **4. Tình huống lâm sàng**

Bệnh nhân nữ 73 tuổi đến khám vì sụt cân không chủ ý. Bệnh nhân khai sụt 6 kg trong năm vừa qua (từ 60 kg còn 54 kg ở thời điểm đến khám). Sụt cân xảy ra từ từ tăng dần. Gần đây bạn bè của bệnh nhân đều nói rằng trông bà ốm đi rõ rệt. Bệnh nhân ăn 3 bữa mỗi ngày như bình thường. Tuy nhiên, bệnh nhân thừa nhận rằng bà ăn ít hơn vào mỗi bữa. Một tháng nay, bệnh nhân có cảm giác buồn nôn và nhai nuốt khó khăn. Bệnh nhân không có thêm than phiền gì khác.

*Tiền căn:* loãng xương, gãy xương đùi trái cách 3 năm, viêm khớp, suy giáp và rối loạn lipid máu. Bệnh nhân đang uống levothyroxine, statin, biphosphonate, vitamin D và calci. Gần đây bệnh nhân bắt đầu dùng thuốc kháng viêm không steroids (NSAIDs) mỗi khi đau khớp gối. Bệnh nhân từng hút thuốc lá nhưng đã bỏ thuốc hơn 15 năm và không uống rượu bia. Bệnh nhân sống một mình. Chồng bệnh nhân mất đột ngột cách đây 3 năm vì nhồi máu cơ tim cấp.

*Khám:* Cân nặng tại phòng khám 55 kg, BMI là 22. Khám răng hàm mặt ghi nhận rằng lung lay nhiều, có vài vết loét ở vùng khẩu cái cứng. Ấn đau nhẹ thượng vị. Khớp gối trái đau và sưng nhẹ. Các cơ quan khác chưa ghi nhận bất thường.

#### Câu hỏi:

1. Những nguyên nhân nào có thể gây sụt cân trên bệnh nhân này?
2. Cần đề nghị xét nghiệm cận lâm sàng nào để xác định nguyên nhân sụt cân?

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Harrison's Principles of Internal Medicine, ấn bản lần thứ 19 (2016). Nhà xuất bản McGraw Hill.
2. Yamada's Textbook of Gastroenterology, tái bản lần thứ 6 (2016). Nhà xuất bản Wiley Blackwell
3. Approach to the patient with unintentional weight loss (2018). [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
4. Wong CJ. Involuntary weight loss. Med Clin North Am (2014) 98:625.