

CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BÉO PHÌ, HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA

PGS.TS. Nguyễn Ngọc Châu

Bộ môn Khớp và Nội tiết, Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

MỤC TIÊU:

1. Hiểu được khái niệm, phân độ, nguyên nhân và yếu tố nguy cơ của béo phì.
2. Hiểu và biết rõ các biện pháp cụ thể điều trị béo phì.
3. Biết cách tư vấn cho người bệnh các dự phòng, điều trị lâu dài béo phì.

1. ĐỊNH NGHĨA

Béo phì là tình trạng tăng trọng lượng cơ thể mạn tính do tăng khối lượng mỡ quá mức và không bình thường, liên quan đến dinh dưỡng và chuyển hóa. Sự phát triển kinh tế - xã hội đã làm thay đổi chế độ dinh dưỡng, cung nhiều hơn cầu, kết hợp phong cách sống tĩnh tại nhiều hơn vận động, dẫn đến tình hình béo phì tăng lên với tốc độ báo động, không những ở các quốc gia phát triển, mà còn ở các quốc gia đang phát triển. Béo phì là nguy cơ của nhiều bệnh không lây nhiễm như đái tháo đường, rối loạn lipid máu, xơ vữa động mạch, tăng huyết áp, thoái hóa khớp, ung thư... Mức độ béo phì được đánh giá theo nhiều phương pháp, trong đó công thức BMI (Body Mass Index: chỉ số khối cơ thể) đơn giản, dễ sử dụng và được quốc tế công nhận:

$$\text{BMI} = \text{Trọng lượng (Kg)}/\text{Chiều cao (m)}^2$$

Để phù hợp với đặc điểm các nước vùng châu Á, từ nghiên cứu thực tế ở các quốc gia đã lấy tiêu chuẩn ban hành năm 2000:

Bảng 1. Tiêu chuẩn ban hành năm 2000 về phân loại béo phì

Loại		BMI
Gầy		< 18,5
Bình thường		18,5 - 22,9
Tăng cân	Nguy cơ	≥ 23 - 24,9
	Béo phì độ 1	25 - 29,9
	Béo phì độ 2	≥ 30

Bảng 2. Đánh giá mức độ béo phì theo Tổ chức Y tế Thế giới

Loại		BMI
Gầy		< 18,5
Bình thường		18 - 24,9
Tăng cân		25 - 29,9
Béo phì	Béo phì độ 1	30 - 34,9
	Béo phì độ 2	35 - 39,9
	Béo phì độ 3	≥ 40

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Yếu tố môi trường

Là những yếu tố liên quan đến tình trạng cung cấp nhiều calo so với nhu cầu của cơ thể:

- Ăn nhiều: dẫn đến dư thừa calo, đặc biệt các loại thức ăn nhanh, thức ăn chứa nhiều glucid. Ăn nhiều có thể do thói quen có tính chất gia đình, hoặc ăn nhiều trong bệnh lý tâm thần.

- Giảm hoạt động thể lực: do nghề nghiệp tĩnh tại hoặc hạn chế vận động do tuổi già. Giảm hoạt động thể lực nên sử dụng năng lượng ít dẫn đến dư thừa và tích lũy.

2.2. Di truyền

Có nhiều bằng chứng kết luận di truyền có đóng vai trò trong bệnh béo phì, như gia đình có bố và mẹ béo phì thì con bị béo phì đến 80%, có bố hoặc mẹ béo phì thì con béo phì thấp hơn 40%, và bố mẹ không béo phì thì chỉ 7% số con bị béo phì.

2.3. Nguyên nhân nội tiết

- Hội chứng Cushing: phân bố mỡ nhiều ở mặt, cổ, bụng trong khi tứ chi gầy.

- U tiết insulin: tăng cảm giác ngon miệng và tăng tân sinh mô mỡ từ glucid.

- Suy giáp: béo phì do chuyển hóa cơ bản giảm.

- Béo phì-sinh dục: mỡ phân bố nhiều ở thân và gốc chi kèm suy sinh dục. **3.**

CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

Béo phì trên lâm sàng biểu hiện sự tăng cân được xác định bằng phương pháp đo nhân trắc (anthropometry) lâm sàng:

- Chỉ số khối cơ thể (BMI) (bảng 1 và bảng 2).

- Công thức Lorenz (Trọng lượng thực/trọng lượng lý tưởng) x100%

+ > 120-130%: tăng cân

+ > 130 % : béo phì

- Độ dày của nếp gấp da: phản ánh lớp mỡ dưới da. Có thể đo bằng compar, ở nhiều vị trí. Trên lâm sàng thường đo ở cánh tay (cơ tam đầu), giữa vai và đùi. Trung bình, độ dày nếp gấp cơ tam đầu là 16,5 đối với nam và 12,5 đối với nữ.

+ Chỉ số cánh tay đùi: 0,58 đối với nam, 0,52 đối với nữ.

+ Chỉ số vòng bụng vòng hông: < 0,9 đối với nam, <0,85 đối với nữ.

3.2. Cận lâm sàng

- Siêu âm: đo độ dày mô mỡ tại vị trí muốn xác định như cánh tay, đùi, bụng...
- Chụp cắt lớp tỷ trọng: xác định được lượng mỡ phân bố ở da và các tạng.
- Impedance Metri: đo lượng mỡ hiện có và lượng mỡ lý tưởng của cơ thể từ đó tính ra lượng mỡ dư thừa.

3.3. Chẩn đoán xác định

- Áp dụng chỉ số BMI cho các nước châu Á (bảng 1).
- Áp dụng chỉ số BMI theo TCYTTG (bảng 2).
- Dựa vào công thức Lorenz:
 - + > 120-130%: tăng cân.
 - + > 130% : béo phì.

4. PHÂN LOẠI BÉO PHÌ

4.1. Theo tuổi

- Béo phì bắt đầu ở tuổi trưởng thành (thể phì đại): số lượng tế bào mỡ không tăng, béo phì do gia tăng sự tích tụ mỡ trong mỗi tế bào. Điều trị bằng giảm glucid thường có kết quả.

- Béo phì thiếu niên (thể tăng sản - phì đại): vừa tăng thể tích, vừa tăng số lượng tế bào mỡ, thể béo phì này khó điều trị hơn.

4.2. Theo sự phân bố mỡ

- Béo phì dạng nam (béo phì kiểu bụng, béo phì kiểu trung tâm) (androide obesity = male pattern): phân bố mỡ ưu thế ở phần cao trên rốn như: gáy, cổ, mặt, vai, cánh tay, ngực, bụng trên rốn.

- Béo phì dạng nữ (gynoid obesity = female pattern): phân bố mỡ ưu thế phần dưới rốn đùi, mông, cẳng chân. Béo phì hỗn hợp: mỡ phân bố khá đồng đều. Các trường hợp quá béo phì thường là béo phì hỗn hợp.

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Nguyên tắc chung

- Chỉ định đầu tiên là chế độ tiết thực giảm cân, phối hợp với tăng cường tập luyện - vận động thể lực để tăng tiêu hao năng lượng.

- Nếu chưa đạt mục đích, chỉ định thuốc và các can thiệp khác.

- Mục đích điều trị là giảm cân, giảm 5-10% trọng lượng ban đầu cũng cải thiện các biến chứng của béo phì như rối loạn lipid máu, đái tháo đường, tăng huyết áp...

5.2. Điều trị cụ thể

5.2.1. Tiết thực giảm trọng lượng

- Điều trị béo phì chưa có biến chứng chủ yếu dựa vào tiết thực giảm calo và giảm mỡ. Năng lượng đưa vào phải ít hơn nhu cầu cơ thể, để cơ thể huy động năng lượng từ mô mỡ. Sự cân bằng âm về calo sẽ giúp giảm trọng cơ thể (khoảng 0,5-1 kg/tuần là phù hợp).

- Hạn chế năng lượng khoảng 20-25 kcalo/kg/ngày. Áp dụng chế độ tiết thực giảm cân về mức độ cung cấp năng lượng còn phụ thuộc tuổi, hoạt động thể lực, và mục tiêu giảm cân.

- Khẩu phần ăn có sự cân đối giữa glucid, lipid và protid. Tránh dùng nhiều glucid (năng lượng do glucid cung cấp khoảng 50 % năng lượng của phần ăn, lipid khoảng 30% và protid khoảng 20%), hạn chế đường đơn, mỡ bão hòa.

- Hạn chế bia - rượu.

- Bổ sung chất xơ, vitamin, yếu tố vi lượng từ các loại rau, củ và hoa quả.

- Chia nhiều bữa (ít nhất 3 bữa). Nhịn đói để giảm cân là nguy hiểm. Khi đói, mỡ và protid sẽ bị dị hóa nhiều, thiếu muối, thiếu các yếu tố vi lượng. Vì vậy, dễ tổn thương các cơ quan.

- Tiết thực giảm carbohydrate: Cambridge diet: cung cấp đầy đủ yếu tố vi lượng, giảm glucid, giảm cân có hiệu quả, không gây tai biến.

5.2.2. Tăng cường tập luyện - vận động thể lực để tăng sử dụng năng lượng

- Giúp giảm cân, duy trì cân nặng lý tưởng.

- Góp phần giảm TC, TG, LDL-C và tăng HDL-C.

- Hỗ trợ kiểm soát tốt đường huyết và huyết áp.

- Thời gian tập luyện-vận động thể lực khoảng 60 đến 75 phút mỗi ngày, cường độ và thời gian tập tùy thuộc vào tình trạng sức khỏe nhất là những người có bệnh lý huyết áp, mạch vành, suy tim...

5.2.3. Thay đổi hành vi (Behavior modification)

Trị liệu thay đổi hành vi là một trị liệu tâm lý để người bệnh béo phì thừa nhận béo phì là một bệnh lý, từ đó tích cực tuân thủ các biện pháp điều trị như tiết thực giảm calo, tăng cường tập luyện - vận động thể lực để tăng sử dụng năng lượng.

5.2.4. Thuốc

Thuốc điều trị béo phì ít có kết quả nếu không phối hợp với tiết thực giảm cân và tăng cường vận động thể lực để tăng sử dụng năng lượng. Mặt khác dùng thuốc phải áp dụng liệu trình lâu dài vì sự tăng cân trở lại khi ngừng thuốc. Một số người bệnh không đáp ứng với thuốc giảm cân: sau 4 tuần điều trị, cân không giảm, hoặc sự giảm cân dừng lại sau 6 tháng điều trị, hoặc sau một năm điều trị có sự tăng cân trở lại mặc dù thuốc vẫn tiếp tục dùng. Vì vậy, phần lớn các trường hợp béo phì không nên dùng thuốc để điều trị do nhiều tác dụng phụ. Một số thuốc có thể dùng phối hợp với tiết thực giảm cân và tăng cường vận động thể lực để tăng sử dụng năng lượng. Theo FDA Mỹ (United States Food and Drug Administration), một số thuốc được dùng để điều trị béo phì dựa trên các tác dụng gây chán ăn, ức chế men lipase làm cho mỡ không hấp thu được.

- Sibutramine (meridia): ức chế tái hấp thụ norepinephrine, serotonin, dopamin vào hệ thần kinh, dẫn đến tăng nồng độ của chúng trong máu gây chán ăn.

- Orlistat (Xenical): ức chế men lipase làm cho mỡ không hấp thu được tại hệ tiêu hóa.

- Lưu ý, không bao giờ giảm cân bằng các thuốc lợi tiểu, hormon giáp, riêng thuốc làm giảm lipid nói chung không nên cho ngay lúc đầu.

5.2.5. Một số điều trị đặc biệt

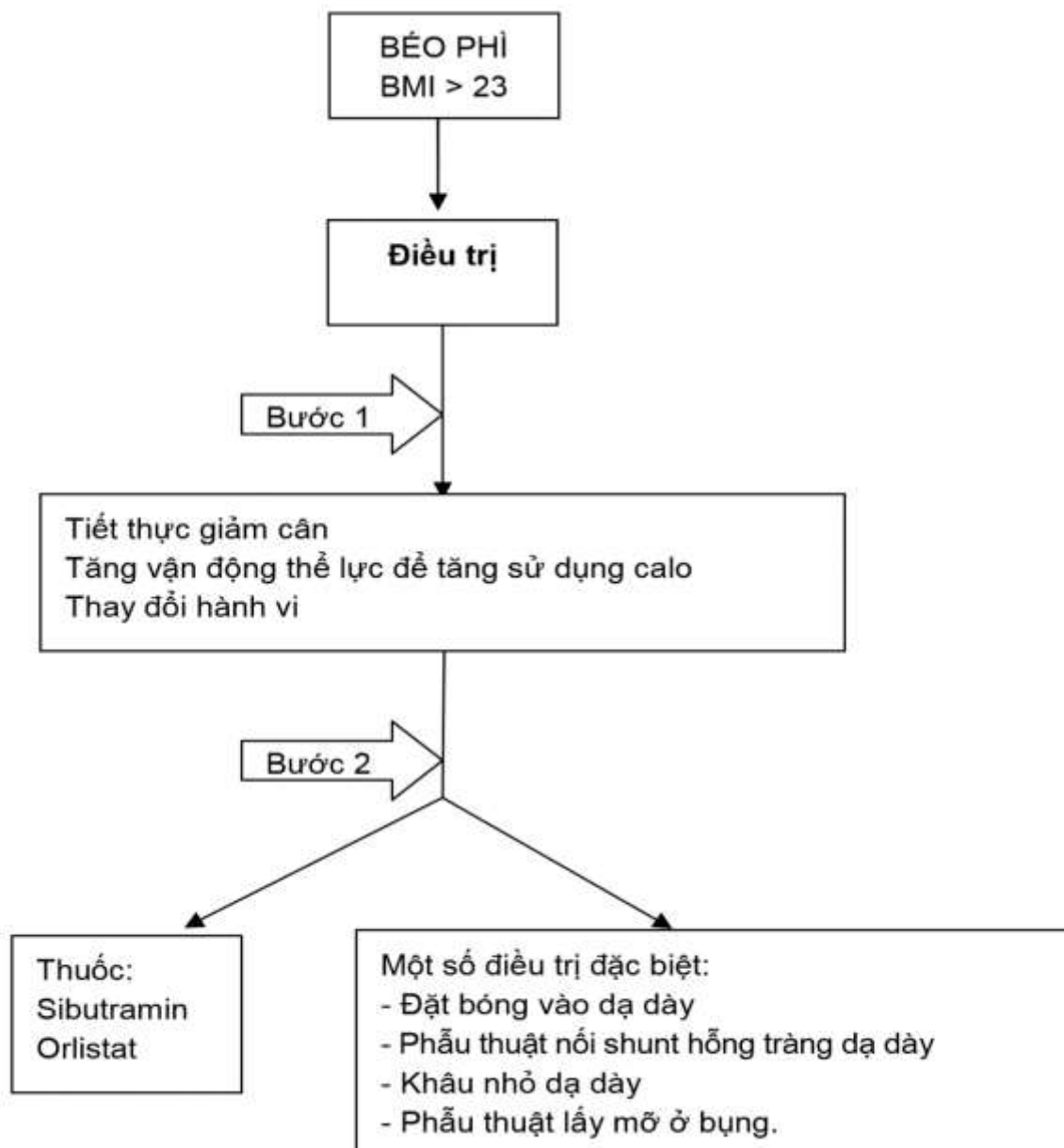
- Đặt bóng vào dạ dày, gây cảm giác đầy dạ dày, cảm giác no và hạn chế ăn.

- Phẫu thuật nối shunt hồng tràng dạ dày làm giảm hấp thu thức ăn.

- Khâu nhỏ dạ dày.

- Phẫu thuật lấy mỡ ở bụng.

Các điều trị này chỉ dành cho người quá béo, béo phì làm hạn chế mọi sinh hoạt, béo phì gây tàn phế cho người bệnh sau khi đã tiết thực đầy đủ, tăng cường vận động thể lực, thay đổi hành vi không hiệu quả. Nhìn chung việc điều trị béo phì ít hiệu quả như mong muốn, tốt nhất là phòng ngừa béo phì dựa tiết thực giảm cân và tăng cường vận động thể lực khi mới phát hiện vượt trọng lượng lý tưởng.



Lược đồ điều trị béo phì

6. BIẾN CHỨNG

6.1. Biến chứng chuyển hóa

Béo phì là một thành tố của hội chứng chuyển hóa (HCCH), sự gia tăng khối lượng mô mỡ quá mức là yếu tố nguy cơ của nhiều thành tố khác trong HCCH.

- Rối loạn chuyển hóa glucid: có tình trạng kháng insulin, cường insulin nên dẫn đến bệnh lý tiền đái tháo đường, đái tháo đường típ 2.

- Rối loạn lipid máu: ở người béo phì, tăng nồng độ triglycerid, VLDL-C, giảm HDL-C. Nhiều acid béo tự do được giải phóng từ mô mỡ đến gan, chúng được ester hóa tại tế bào gan và trở thành triglycerid. Chúng cũng được tích vào VLDL-C rồi được giải

phóng và lưu thông vào tuần hoàn. Tăng nồng độ insulin máu cũng thúc đẩy quá trình tổng hợp acid béo tại gan. Khẩu phần ăn chứa nhiều carbohydrate cũng dẫn đến gan tăng tổng hợp VLDL-C. Khi giảm cân thì nồng độ HDL-C tăng, triglyceride, VLDL-C giảm.

- Rối loạn chuyển hóa acid uric (Gout): liên quan tăng triglyceride, chú ý tăng acid uric do điều trị thuốc chống béo phì (tăng thoái biến protein) gây gout cấp.

6.2. Biến chứng tim mạch

- Tăng huyết áp: do rối loạn lipid máu gây xơ vữa động mạch. Ngoài ra, tăng huyết áp có liên quan kháng insulin, cường insulin làm tăng hấp thụ Na^+ ở ống thận và tăng catecholamin làm co mạch. Có sự liên quan giữa tăng huyết áp với béo phì, khi giảm cân huyết áp cũng giảm theo.

- Bệnh mạch vành: thiếu máu cơ tim và nặng hơn nữa là nhồi máu cơ tim. Biến chứng mạch vành xảy ra ngay cả khi không có các yếu tố nguy cơ khác như tăng HA, ĐTD... và sẽ trầm trọng hơn khi có phối hợp với các yếu tố nguy cơ này.

6.3. Biến chứng về tiêu hóa

- Gan nhiễm mỡ: gan lớn tiến triển thành viêm gan mỡ, xơ gan.
- Sỏi túi mật: do tăng cholesterol trong dịch mật và kết tinh thành nhân của sỏi.
- Viêm tụy cấp: liên quan đến tăng tỉ lệ sỏi mật ở người béo phì.
- Trào ngược dạ dày thực quản: ở người béo phì thường xảy ra bệnh lý trào ngược dạ dày thực quản hơn ở người không béo phì.

6.4. Biến chứng ở phổi

- Giảm chức năng hô hấp: béo phì làm hạn chế di động của lồng ngực khi hít thở nên dẫn đến suy hô hấp.

- Ngừng thở khi ngủ (hội chứng Pickwick), ngủ ngáy: cũng thường gặp ở người béo phì.

6.5. Biến chứng về xương khớp

Thoái hóa khớp (khớp gối, khớp háng, cột sống), thoát vị đĩa đệm, trượt cột sống, hay xảy ra ở người béo phì do thường xuyên chịu lực đè nén cao hơn so với người không béo phì.

6.6. Biến chứng về thần kinh

Béo phì cũng là yếu tố nguy cơ của nhồi máu não hay xuất huyết não do rối loạn lipid máu, xơ vữa động mạch, tăng huyết áp.

6.7. Đục thủy tinh thể (Cataract)

Nguy cơ tăng tỉ lệ đục thủy tinh thể có liên quan đến kháng insulin.

6.8. Biến chứng về sinh dục

Giảm khả năng sinh dục, rối loạn kinh nguyệt.

6.9. Biến chứng khác

Chứng rụng lông, tăng nguy cơ ung thư, sỏi mật, tắc tĩnh mạch, sừng hóa gan bàn tay, bàn chân, rạn da, nhiễm độc thai nghén, khó sinh...

7. DỰ PHÒNG

- Chế độ tiết thực hợp lý.
- Tăng cường vận động - tập luyện thể lực.
- Đo BMI để phát hiện béo phì sớm, điều trị kịp thời.

Khi phát hiện béo phì phải khám huyết áp, xét nghiệm lipid máu, glucose máu, acid uric... để phát hiện sớm biến chứng béo phì và có thái độ điều trị tích cực.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Khuyến cáo của Hội Tim mạch học Việt Nam về các bệnh lý tim mạch và chuyển hóa (2010), trang 1-5
2. Trần Hữu Dàng (2008), Béo phì, Giáo trình sau đại học chuyên ngành nội tiết chuyển hóa, trang 304-31
3. Williams textbook of endocrinology (10th Edition), Disorders of lipid metabolism, Section 8, pp 1619-1635. 4. Harrison's (18th Editon), Endocrinology and Metabolic, Part 06, chapter 77-78.
4. Bộ Y tế (2015), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội tiết - chuyển hóa. trang 247 - 254.

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM VỀ BỆNH BÉO PHÌ

Chọn câu trả lời đúng nhất

1. Để xác định mức độ béo phì người ta dựa vào:

- a. Hiệu số của chiều cao (cm) - 100
- b. BMI = Trọng lượng (Kg)/Chiều cao (m²)

2. Các nguyên nhân và yếu tố nguy cơ của béo phì là:

- a. Di truyền, môi trường.
- b. Môi trường, di truyền và nội tiết.

3. Giá trị BMI bình thường của tổ chức y tế thế giới là:

- a. 18,0 - 22,9
- b. 18,0 - 24,9

4. Giá trị BMI bình thường của người châu Á là:

- a. 18,5 - 22,9
- b. 18,0 - 23,0

5. Với người châu Á, béo phì độ 1 khi:

- a. BMI từ 25,5 - 29,9
- b. BMI từ 23,0 - 25,0

6. Biến chứng hay gặp của béo phì là:

- a. Rối loạn chuyển hóa, tim mạch
- b. Rối loạn chuyển hóa, tim mạch, cơ quan tiêu hóa.

7. Nguyên tắc điều trị béo phì là:

- a. Tăng tiêu hao năng lượng, dùng thuốc theo chỉ định.
- b. Nhịn ăn một số bữa, tăng vận động, dùng thuốc theo chỉ định.

8. Tiết thực giảm trong lượng là:

- a. Giảm lượng glucide, lượng lipid đưa vào cơ thể kèm theo ăn nhiều bữa ăn nhỏ.
- b. Giảm bớt số lượng các bữa ăn.

9. Các thuốc có thể được dùng trong điều trị béo phì là:

- a. Sibutramine, Orlistat, hormon giáp.
- b. Sibutramine, Orlistat, hạ lipid máu.

10. Luôn bắt đầu điều trị béo phì bằng:

- a. Tiết thực giảm trọng lượng, tăng vận động thể lực và thuốc.
- b. Tiết thực giảm trọng lượng, tăng vận động thể lực.