

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH BÉO PHÌ

TRINH HỒNG SƠN, VŨ ĐẠI QUẾ, NGUYỄN TIẾN THÀNH,
NGÔ THẾ MẠNH, BÙI TRUNG NGHĨA, NGUYỄN THÀNH KHIÊM,
QUÁCH VĂN KIẾN, PHẠM GIA ANH, PHẠM THẾ ANH,
NGUYỄN HOÀNG, NINH VIỆT KHẢI, NGUYỄN HÀM HỘI,
NGUYỄN MINH TRỌNG, ĐÀO ĐỨC DŨNG, NGUYỄN THẾ SÁNG,
NGUYỄN TRƯỜNG GIANG, VŨ HỒNG TUÂN

ĐẶT VẤN ĐỀ

Béo phì (tiếng anh gọi Obesity) là một bệnh lí mạn tính do tăng quá nhiều lượng mỡ dư thừa trong cơ thể. Bệnh không chỉ ảnh hưởng thẩm mỹ, sinh hoạt của người bệnh mà còn làm tăng tỉ lệ chết và làm tăng nguy cơ mắc các bệnh chuyển hóa: đái tháo đường, tăng huyết áp, rối loạn chuyển hóa... Bệnh gặp chủ yếu ở các nước công nghiệp và nhanh chóng lan rộng và tăng mạnh ở các nước đang phát triển. Số người mắc bệnh béo phì chiếm tới 1/3 dân số thế giới, hiện nay trên thế giới tỉ lệ người thừa cân và béo phì cao đã vượt qua tỉ lệ người suy dinh dưỡng [6]. Theo tổ chức y tế thế giới WHO (World Health Organization) năm 2008 có khoảng 1,4 tỷ người lớn trên 20 tuổi thừa cân trong số đó có 200 triệu đàn ông và 300 triệu phụ nữ béo phì. Năm 2010 có khoảng 40 triệu trẻ em dưới 5 tuổi bị thừa cân. Có rất nhiều nguyên nhân dẫn đến căn bệnh béo phì như ăn uống quá nhiều, ít vận động tập thể dục thể thao, lối sống công nghiệp (ăn nhiều thức ăn nhanh và ít vận động), mắc các bệnh rối loạn chuyển hóa[1]. Ngoài ra còn có một số yếu tố làm tăng tỉ lệ mắc bệnh béo phì như yếu tố gia đình, yếu tố gen..., nhưng chủ yếu là do sự mất cân bằng giữa lượng năng lượng (Kalo) đưa vào và lượng năng lượng tiêu thụ, cân bằng dương tính cho năng lượng đưa vào.

Bài viết này tóm tắt chẩn đoán và điều trị bệnh béo phì.

CHẨN ĐOÁN BỆNH BÉO PHÌ

Chẩn đoán béo phì chủ yếu dựa vào các dấu hiệu lâm sàng, các xét nghiệm cận lâm sàng chỉ có giá trị để chẩn đoán các bệnh kèm theo hoặc có giá trị tiên lượng bệnh.

Chẩn đoán bệnh béo phì là đưa ra bằng chứng về sự gia tăng quá mức lượng mỡ dư thừa trong cơ thể. Cách trực tiếp và trung thành nhất là đo tỉ lệ mỡ trong cơ thể bằng máy chụp X-Quang năng lượng kép, tuy nhiên phương pháp này rất tốn kém và phức tạp khó có thể áp dụng rộng rãi trên lâm sàng. Chính vì điều này mà các nhà khoa học đã nghiên cứu và tìm ra các công thức tính độ béo phì dựa trên cơ sở các số đo của cơ thể như: chiều cao, cân nặng, vòng eo... gọi chung là các phương pháp nhân trắc.

1. Các triệu chứng lâm sàng

Tăng cân là triệu chứng trung thành và duy nhất, tăng nhanh, nhiều và duy trì bền vững trọng lượng cơ thể. Bệnh nhân có thể trạng béo từ rất sớm (khi còn trẻ con) càng lớn thì cân nặng càng tăng nhiều hơn so với lứa tuổi. Bệnh nhân có thể áp dụng các phương pháp

điều trị giảm cân có hiệu quả. Dấu hiệu quần áo chật nhanh.

Thèm ăn là triệu chứng rất hay kèm theo: người bệnh càng nặng thì nhu cầu năng lượng càng cao, chính vì vậy mà bệnh nhân rất chóng đói, ăn rất nhiều (cơn thèm ăn vô độ).

Vận động hạn chế: do cơ thể nặng nề nên đa số bệnh nhân rất lười vận động, chóng mệt mỗi khi vận động.

Ngoài ra người béo phì thường có rối loạn tâm lí, thường có tâm lí hưởng thụ luôn đòi hỏi quan tâm của những người xung quanh.

2. Đo tỉ lệ chất béo bằng máy X-Quang năng lượng kép DXA (Dual-energy X-ray Absorptiometry)

Như chúng ta đã biết cơ thể con người được cấu tạo từ 4 loại mô cơ bản: biểu mô, mô liên kết, mô cơ và mô thần kinh. Nói cụ thể hơn cơ thể chúng ta được tạo nên bởi cơ (nạc), mỡ, xương và tổ chức liên kết. Mỗi loại trong đó lại chiếm một tỉ lệ nhất định chính vì vậy để chẩn đoán bệnh liên quan đến thành phần này người ta sẽ tiến hành đo tỉ lệ của các thành phần. Ví dụ để chẩn đoán bệnh loãng xương người ta tiến hành đo tỉ lệ xương trong cơ thể, cũng theo nguyên tắc như vậy để chẩn đoán béo phì người ta tiến hành đo chỉ số PBF (Percentage Body of Fat). Người trưởng thành có tỉ lệ chất béo có PBF lớn hơn 25% ở nam và 35% ở nữ thì được xác định là béo phì [7]. Theo tác giả Hồ Phạm Thục Lan(2011) thì tại Việt Nam khi PBF của đàn ông ≥ 30 và ở nữ ≥ 40 được xác định là béo phì [3].

Người ta dùng máy chụp X-Quang kép DXA để xác định tỉ lệ mỡ trong cơ thể PBF [9]. Máy DXA sẽ phát ra đồng thời hai tia X với cường độ khác nhau chiếu vào người bệnh, dựa vào tín hiệu thu được từ 2 tia và với giả thiết về sự phân phối các chất trong cơ thể mà ta có thể xác định được người bệnh thừa hay thiếu chất đó. Phương pháp này có độ chính xác cao trong chẩn đoán béo phì, tuy nhiên máy DXA rất đắt không phải cơ sở y tế nào cũng trang bị được. Hơn nữa, việc đọc kết quả rất phức tạp nên áp dụng DXA để chẩn đoán rộng rãi và thường qui béo phì là rất hạn chế, chủ yếu dùng cho nghiên cứu.

3. Chỉ số khối cơ thể BMI (Body Mass Index)

Để thuận tiện cho việc chẩn đoán béo phì các nhà khoa học đã không ngừng nghiên cứu để tìm ra một công thức để tính độ béo của cơ thể.

Chỉ số BMI do nhà toán học người Bỉ Adolphe Quetelet tìm ra vào thế kỉ 19 và được nhanh chóng áp

dụng rộng rãi trên toàn thế giới.

Theo khuyến nghị của Tổ chức y tế thế giới WHO thì từ 1998 chỉ số BMI là thước đo độ béo của cơ thể con người.

BMI (kg/m²) = Cân nặng (kg): ((chiều cao (m) x chiều cao (m)).

[BMI = cân nặng (kg)/bình phương chiều cao (m)]

BMI (kg/m ²)	Phân loại
18,5	Gầy
18,5 - 24,9	Bình thường
25 - 29,9	Quá cân
≥ 30,0	Béo phì
30,0 - 34,9	Độ I
35,0 - 39,9	Độ II
≥ 40	Độ III

Phân loại này chủ yếu áp dụng cho người Châu Âu và châu Mỹ. Đối với Châu Á do có một số khác biệt về nhân chủng học nên có một số điều chỉnh kèm theo tiêu chuẩn số đo chu vi vòng eo.

Đại diện tổ chức y tế thế giới tại khu vực Thái Bình Dương (WPRO) và Hội nghiên cứu béo phì quốc tế đã phối hợp với Viện nghiên cứu Bệnh đái tháo đường Quốc tế (IDI) đã hợp và thống nhất về tiêu chuẩn BMI trong chẩn đoán béo phì cho người Châu Á (2000).

Phân loại trạng thái dinh dưỡng ở người trưởng thành (20 - 69 tuổi) dựa vào chỉ số BMI cho các nước châu Á

WHO, 1998 BMI (kg/m ²)	IDI&WPRO, 2000 BMI (kg/m ²)	Phân loại
≤18,5	≤18,5	Gầy
18,5 - 24,9	18,5 - 22,9	Bình thường
25 - 29,9	23-24,9	Quá cân
≥30,0	≥ 25,0	Béo phì
30,0 - 34,9	25,0 - 29,9	Độ I
35,0 - 39,9	≥30	Độ II
≥ 40		Độ III

4. Chu vi vòng eo, hông và tỉ lệ eo/hông

Để bổ xung cho nhược điểm của phương pháp BMI (không phân biệt được cơ thể nặng do mỡ hay do cơ) giáo sư Lean ở đại học Glasgow (Anh) đã công bố nghiên cứu mối liên hệ giữa chu vi vòng eo và chỉ số BMI[10]. Nghiên cứu cho thấy: Với chu vi vòng eo ≥ 94 cm ở nam và ≥ 80 cm ở nữ thì tương đương với BMI ở ≥ 25 kg/m². Khi chu vi này ≥ 102 cm (nam) và ≥ 88 (nữ) thì tương đương với BMI ≥ 30 kg/m². Chu vi vòng eo và tỉ lệ chu vi Eo/Hông càng cao thì nguy cơ béo phì và các bệnh liên quan của nó càng tăng cao. Tỉ lệ Eo/Hông ≥ 0,95 (nam) và ≥ 0,80 (nữ) được xác định là thừa cân.

Chu vi vòng eo WC ≥ 90 cm ở nam và ≥80 cm ở nữ là quá cân.

Chu vi vòng eo WC ≥ 102 cm ở nam và ≥88 cm ở nữ là béo phì.

Ngoài ra còn có một số công thức khác để đo cân nặng lý tưởng[5].

- Công thức Bruck

Công thức này được người Nhật Bản sử dụng.

Cân nặng lý tưởng (kg) = (Chiều cao (cm) - 100) x 0,9

- Công thức Bongard

Cân nặng lý tưởng (kg) = (chiều cao(cm) x vòng ngực TB (cm): 240)

- Công thức Lorentz

Cân nặng lý tưởng (kg) = T - 100 - (T - 150/ N)

Trong đó: T là chiều cao (cm), N = 4 với Nam và N = 2 với Nữ.

Có thể nhìn vào bảng để biết cân nặng lý tưởng của mình như sau:

Bảng1: Số cân nặng lý tưởng tương ứng với chiều cao

Nam		Nữ	
Chiều cao (cm)	Cân nặng LT (kg)	Chiều cao (cm)	Cân nặng LT (kg)
155,0	61,7	145,0	52,2
157,5	62,6	147,5	53,1
160,0	63,5	150,0	54,0
162,5	64,4	152,5	55,3
165,0	65,8	155,0	56,7
167,5	67,1	157,5	58,1
170,0	68,5	160,0	59,4
172,5	69,9	162,5	60,8
175,0	71,2	165,0	62,1
178,0	72,6	167,5	63,5
180,5	73,9	170,0	64,7
183,0	75,8	172,5	66,2
185,5	77,6	175,0	67,6
188,0	78,9	178,0	68,9
190,5	81,2	180,5	70,3

Bảng 1 chỉ áp dụng với người ở lứa tuổi 25-59 có bộ xương vừa phải. Với người có cỡ xương to thì cộng thêm 3-6 kg, với người có cỡ xương nhỏ thì giảm đi 3-6 kg.

- Công thức do cơ quan bảo hiểm Mỹ đưa ra:

Cân nặng lý tưởng (kg) = 50 + 0,75 (chiều cao (cm) - 150)

- Công thức Broca:

Cân nặng lý tưởng (kg) = Chiều cao (cm) - 100

Tuy nhiên các công thức này ít được áp dụng và chủ yếu mang tính chất tham khảo.

Ngoài ra còn một số phương pháp khác để xác định tăng lượng mỡ trong cơ thể như: đo lớp mỡ dưới da, đo chu vi vòng cánh tay, vòng đùi...ít được dùng.

Nói tóm lại, để chẩn đoán xác định bệnh béo phì, hiện nay dựa vào:

Lâm sàng: tăng cân nhiều và bền (khó giảm hoặc giảm lại tăng), có những cơn thèm ăn vô độ, ăn nhiều. Đo chỉ số BMI cũng như chu vi vòng eo tăng quá giới hạn qui định.

Cận lâm sàng: đo tỉ lệ chất béo bằng máy DXA hoặc tính bằng công thức Gallagher. PBF ≥ 25 % ở nam và ≥ 35 % ở nữ được xác định là béo phì.

Ngoài ra cần khám lâm sàng tỉ mỉ và làm các xét nghiệm cận lâm sàng khác như ghi điện tim, chụp X-Quang tim, phổi, cũng như các xét nghiệm cơ bản (để tiên lượng hoặc xác định các bệnh kèm theo, chẩn đoán phân biệt, chuẩn bị trước mổ... (công thức máu: có thể thấy tăng bạch cầu nguyên phát. Sinh hóa máu: đường máu khi nhịn ăn, HbA1c, mỡ máu, men gan, men thận và điện giải đồ. Hócmon: TSH...).

PHÂN LOẠI BÉO PHÌ

1. Phân loại theo tuổi: 2 thể

- Béo phì ở tuổi trưởng thành (thể phì đại): số tế bào mỡ cố định và tăng trong là do tích tụ quá nhiều lipid trong mỗi tế bào, điều trị giảm glucid là có hiệu quả.

- Béo phì ở người trẻ và trẻ em (thể tăng sản phì đại): không chỉ các tế bào phì đại mà còn tăng số lượng, khó điều trị.

2. Phân loại theo giới: phân loại này được đặt ra do có sự khác biệt về phân bố mỡ trong cơ thể giữa nam và nữ.

- Béo phì nam giới (androide): thường gặp nhất ở đàn ông, mỡ tập chung ưu thế ở phần cao cơ thể, trên rốn, gáy cổ, vai ngực, bụng, bụng trên rốn.

- Béo phì nữ giới (gynoid): thường gặp ở phụ nữ, ưu thế ở bụng dưới rốn, háng, đùi, mông và cẳng chân.

PHÂN ĐỘ BÉO PHÌ

Dựa vào chỉ số BMI: bảng phân loại theo Tổ chức quốc tế về béo phì (International Obesity Task Force) 1998 như đã nêu trên.

Đối với các quốc gia Châu Á để áp dụng phù hợp với đặc điểm từng vùng qua các nghiên cứu về béo phì tại đây, tổ chức y tế thế giới đã chính thức đồng ý các quốc gia châu Á lấy tiêu chuẩn ban hành tháng 2/2000 làm tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh béo phì[1].

Bảng tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh béo phì dựa vào BMI và số đo vòng eo - áp dụng cho người trưởng thành châu Á.

BMI (kg/m ²)	Phân loại
Yếu tố phối hợp: Số đo vòng eo ≥ 90cm với nam ≥ 80cm với nữ	
18,5	Gầy
18,5 - 22,9	Bình thường
≥ 23	Quá cân
23,0 - 24,9	Tiền béo phì
25,0 - 29,9	Béo phì độ I
≥ 30	Béo phì độ II

Tuy nhiên chỉ số BMI cũng có những hạn chế, như đối với vận động viên thể thao đặc biệt là môn tập thể hình thì tuy rằng cân nặng cao nhưng chủ yếu lại là cơ (nạc) chứ không phải mỡ. Rất may là không ai lại đi đặt chẩn đoán béo phì cho đối tượng này. Chỉ số BMI được dùng chủ yếu tại châu Âu và châu Mỹ, tại châu Á thì cần áp dụng thêm một số biện pháp phụ như tính vòng eo, hông hoặc là đo trực tiếp tỉ lệ mỡ trong cơ thể PBF(Percentage Body of Fat) vì PBF ở người Châu Á thường cao hơn người châu Âu và châu Mỹ[5], [6].

Ngoài ra còn có phân độ theo công thức khác như phương pháp Rolentz nhưng thường ít được áp dụng trên thực tế lâm sàng.

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Béo phì cần được phân biệt với các bệnh có tăng cân như

- Hội chứng phù: suy tim, hội chứng thận hư, hội chứng xơ gan cổ chướng...

- Hội chứng rối loạn chuyển hóa (Cushing): lớp mỡ tập trung ở vùng trung tâm (mặt, cổ, thân).

- Khối u mỡ: khối mỡ chỉ khu trú ở vị trí nhất định có

thể gây biến dạng cơ thể hoặc bộ phận cơ thể.

CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BỆNH BÉO PHÌ

Điều trị bệnh béo phì cũng như các bệnh khác cần có chỉ định và nguyên tắc điều trị. Chỉ định điều trị bệnh béo phì chỉ được đặt ra khi bệnh nhân được chẩn đoán xác định là béo phì hoặc thừa cân có các bệnh kèm theo như tiểu đường, tăng huyết áp.... Chỉ định điều trị cho những người được chẩn đoán quá cân hoặc béo phì được đặt ra khi người bệnh có:

- Béo phì độ I trở lên hoặc

- Tiền béo phì (quá cân) kèm theo các bệnh do thừa cân gây ra như:

. Tăng huyết áp, đái tháo đường typ II hoặc

. Lượng mỡ phát triển trong ổ bụng quá nhiều hoặc

. Mặc các bệnh trên nền của béo phì tiến triển nặng hơn: các bệnh cột sống, thoái khớp...hoặc căng thẳng về tâm lí quá nhiều do quá béo.

Điều trị béo phì là một quá trình bền bỉ lâu dài, đòi hỏi sự kết hợp không chỉ giữa bệnh nhân và thầy thuốc mà cần sự kết hợp của cả cộng đồng.

Chiến lược điều trị chia làm 2 giai đoạn: giai đoạn 1 giảm cân, giai đoạn 2 là giữ cân không để tăng lại. Đây là giai đoạn quyết định thành công của điều trị.

Thực hiện giảm cân đã khó thì thực hiện giữ cho cân nặng không tăng trở lại kéo dài lại càng khó hơn, nó đòi hỏi người bệnh phải tuân thủ nghiêm ngặt các qui định về chế độ ăn uống, vận động và chế độ thuốc của bác sĩ. Chính vì vậy mà động lực và sự hợp tác tích cực của bệnh nhân đóng vai trò quan trọng trong thành công của quá trình điều trị.

Điều trị bệnh béo phì có thể điều trị nội bảo tồn, cũng có thể điều trị phẫu thuật. Điều trị giai đoạn 1 bao gồm điều trị bảo tồn và điều trị phẫu thuật [4].

ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

Điều trị bảo tồn bệnh được thực hiện tuân tự theo các bước sau:

1. Chế độ ăn kiêng giảm năng lượng

Chế độ ăn kiêng giảm năng lượng bao gồm nhiều cấp độ khác nhau từ thấp đến cao tùy theo phân độ của béo phì và giai đoạn của điều trị béo phì.

- Chế độ ăn giảm mỡ

Năng lượng cung cấp cho cơ thể mỗi ngày ít đi 500 kcal năng lượng tiêu thụ cơ bản, theo đó lượng mỡ hấp thu mỗi ngày sẽ giảm 60 gr mà không cần hạn chế ăn đường. Giảm cân có thể đạt được là 3,2-4,3 kg trong vòng 6 tháng.

- Thức ăn hỗn hợp giảm năng lượng trung bình

Với chế độ ăn này mỗi ngày sẽ giảm được 500-800 kcal năng lượng tiêu thụ cơ bản, các thành phần giàu năng lượng như mỡ, đường và protein sẽ được hạn chế tối đa. Việc tăng lượng thức ăn giàu chất xơ nghèo năng lượng và lâu tiêu hóa sẽ duy trì cảm giác no lâu.

Với phương pháp này trong vòng 12 tháng có thể giảm 5,1 kg.

Công thức tính năng lượng tiêu thụ cơ bản (NLTTCB) theo BMI [4]

. Với bệnh nhân quá cân:

$NLTTCB(MJ/d) = 0,045 \times P(kg) + 1,006 \times \text{Giới tính} - 0,015 \times \text{Tuổi(năm)} + 3,407$

. Với bệnh nhân béo phì từ độ I trở lên
 $NLTTCB(MJ/d) = 0,05 \times P(kg) + 1,103 \times \text{Giới tính} - 0,016 \times \text{Tuổi(năm)} + 2,924$
 Giới tính: Nam=1, Nữ=0
 Qui đổi 1 kJ = kcal x 0,239

- Bữa ăn thay thế bằng các thức ăn dạng công thức

Thức ăn dạng công thức trong chương trình này có thể rất linh động, trong đó 1-2 bữa chính sẽ được thay bằng các sản phẩm có công thức chứa khoảng 200 kcal/bữa ăn. Mỗi ngày cung cấp cho cơ thể 1200-1600 kcal thì sau 3 tháng có thể giảm 6,5kg.

- Công thức ăn kiêng

Chế độ ăn kiêng với 800-1200 kcal mỗi ngày có thể làm giảm 0,5-2 kg / tuần trong khoảng thời gian 12 tháng. Với chế độ ăn kiêng rất ít calo nhỏ hơn 800 kcal / ngày chỉ đặt ra với bệnh nhân có BMI ≥ 30 kg/m², chỉ đặt ra trong thời gian hạn chế và kèm theo chế độ vận động giảm béo. Sau 12 tuần nên chuyển sang chế độ thức ăn hỗn hợp giảm năng lượng trung bình, để giảm nguy cơ biến chứng ăn kiêng xuất hiện.

2. Chế độ vận động tiêu năng lượng

Thông qua vận động cơ thể tích cực làm cho lượng năng lượng tiêu thụ tăng cao, do đó lượng mỡ trong cơ thể ít đi và giảm cân. Quá trình này đóng 1 phần quan trọng trong chiến lược giảm cân và cũng rất quan trọng trong quá trình giữ cho cân không tăng thêm. Cụ thể:

Để nhận ra sự giảm cân thì thời gian vận động tích cực tối thiểu 5 giờ mỗi tuần tương đương với năng lượng tiêu thụ 2500 kcal.

Với năng lượng tiêu thụ 1500 kcal /tuần tương ứng 3-5 giờ phù hợp với giai đoạn giữ không để cân tăng.

3. Chế độ thuốc giảm cân

Chỉ định cho việc dùng thuốc để điều trị bệnh béo phì phải tuân theo các tiêu chuẩn sau:

Một là: bệnh nhân béo phì từ độ I với điều trị cơ bản (ăn kiêng và vận động) không đạt hiệu quả tức là không giảm được quá 5% trọng lượng cơ thể trong vòng 3-6 tháng hoặc tái tăng cân.

Hai là: bệnh nhân quá cân kèm theo các bệnh như tiểu đường, tăng huyết áp với chương trình ăn kiêng và luyện tập thất bại.

Ba là: thuốc điều trị giảm cân chỉ nên kéo dài khi trong vòng 4 tuần đầu giảm được ít nhất 2 kg.

Hiện nay có ba dòng thuốc được trên lâm sàng để giảm béo:

- Sibutramine: là loại ức chế chọn lọc sự tái thu giữ cả 2 loại serotonin và norepinephrin, thuốc có tác dụng lên thần kinh trung ương làm giảm ngưỡng ngon miệng và làm cho bệnh nhân có cảm giác no sớm, tăng sinh nhiệt, giảm đồng hóa năng lượng nên giảm trọng lượng. Hiệu quả giảm cân là từ khoảng 2,8 – 4,4 kg trong khoảng thời gian điều trị 3-12 tháng. Tác dụng phụ của thuốc: khô miệng, táo bón, chóng mặt, rối loạn giấc ngủ, ngoài ra thuốc còn làm tăng huyết áp. Chống chỉ định dùng thuốc: tăng huyết áp trên 145 mmHg, bệnh mạch vành, tăng nhãn áp, rối loạn nhịp tim.

- Orlistat; là loại ức chế lipase tụy, giảm hấp thu mỡ ở ruột. Tác dụng phụ là thường gây đi ngoài phân

nhão, có mỡ trong phân.

- Rimonabant: là loại ức chế thụ thể CB1, thụ thể này có tác dụng kiểm soát lượng thức ăn đưa vào, làm người bệnh có cảm giác dạ dày đầy làm bệnh nhân chán ăn. Với liều 20 mg trên ngày, có thể giảm 3,9 -6,7 kg.

Ngoài ra có một số loại thuốc cũng có tác dụng giảm cân nhưng do tác dụng phụ quá nhiều nên không được áp dụng trên lâm sàng để điều trị béo phì.

4. Thay đổi hành vi sinh hoạt để giữ cân lâu dài

Bao gồm các chế độ sinh hoạt, lối sống thậm chí là nghề nghiệp để duy trì cân nặng ổn định.

ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT

1. Chỉ định và điều kiện: chỉ định điều trị phẫu thuật được đặt ra khi các biện pháp điều trị bảo tồn trong vòng 12 tháng thất bại và trên bệnh nhân có chẩn đoán[12]:

Béo phì từ độ III, độ II với người Châu Á

Béo phì độ II, độ I đối với Châu Á kèm theo các bệnh chuyển hóa như tiểu đường, tăng huyết áp....

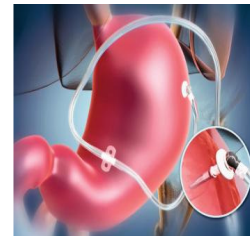
Điều kiện: phẫu thuật giảm béo chỉ được tiến hành tại các cơ sở y tế kỹ thuật cao, trang thiết bị hiện đại và ưu tiên cho các kỹ thuật xâm nhập tối thiểu.

2. Các phương pháp phẫu thuật

2.1. Đặt máy tạo nhịp dạ dày (Gastric Stimulation).

Mục đích: giảm tín hiệu đói từ dạ dày về thần kinh trung ương.

Chỉ định: bệnh nhân béo phì \leq độ II có mắc bệnh tiểu đường.



Về nguyên tắc máy tạo nhịp dạ dày giống như máy tạo nhịp tim, máy phát ra tín hiệu theo chu kỳ thông qua điện cực đặt ở phình vị lớn dạ dày (vùng cảm giác đói) đưa tín hiệu về não là dạ dày đã căng và thế là không còn cảm giác đói nữa, hoặc no nhanh. Máy này rất hiệu quả đối với bệnh nhân với những cơn đói vô độ. Tuy nhiên vẫn chưa có các báo cáo lâu dài về phương pháp điều trị này.

2.2. Đặt bóng trong dạ dày (Gastric Balloon)

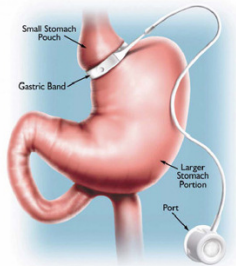
Mục đích: giảm dung tích dạ dày làm ăn ít và chóng no.



Quả bóng bằng chất dẻo sẽ được đặt vào dạ dày qua miệng thực quản. Quả bóng sẽ được bơm đầy với 600 ml Xanh Methylen. Tác dụng thể tích dạ dày sẽ bị chiếm chỗ bởi quả bóng, do đó bệnh nhân sẽ ăn ít đi và sẽ giảm cân. Tuy nhiên quả bóng này chỉ có thể nằm 6 tháng trong dạ dày.

Mổ đặt đai dạ dày (Gastric Band)

Mục đích: giảm dung tích dạ dày làm ăn ít và chóng no.

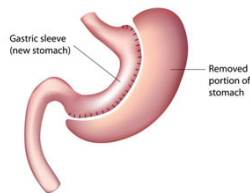


Một đai Silicon sẽ được đặt bao quanh tâm vị để tạo ra một dạ dày phụ nhỏ phía trên đai, bệnh nhân ăn sẽ nhanh no và ăn được ít do đó giảm cân. Đai này có thể tăng giảm chu vi theo lượng chất lỏng đưa vào đai qua 1 cổng đặt ngay dưới da. Biến chứng hay gặp, tụt đai hoặc tắc ống dẫn dịch.

Mổ cắt dạ dày tạo hình ống (Sleeve Gastrectomy)

Mục đích: giảm dung tích dạ dày làm ăn ít và chóng no.

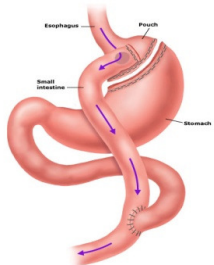
Vertical Sleeve Gastrectomy



Phẫu thuật nội soi cắt dạ dày dọc theo bờ cong nhỏ dạ dày để tạo ra một dạ dày mới như 1 quai ruột gọi là dạ dày hình ống. Dạ dày này chỉ còn 10% dung tích do đó bệnh nhân ăn ít và giảm cân. Tuy nhiên nếu bệnh nhân ăn nhiều dạ dày sẽ giãn tiếp ra, bệnh nhân sẽ béo trở lại.

Mổ cắt dạ dày nối quai chữ Y (Roux-en-Y Bypass Gsectomy)

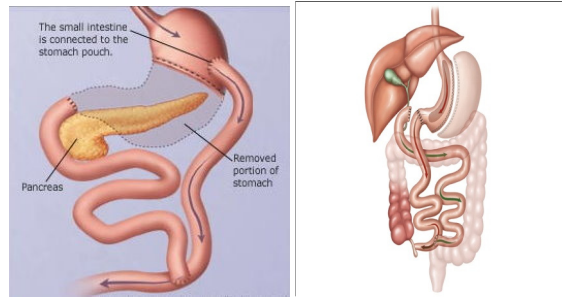
Mục đích: Giảm dung tích dạ dày giảm diện tích hấp thu ở ruột non làm ăn ít, chóng no và hấp thu thức ăn ít hơn.



Phẫu thuật nội soi cắt 95 % dạ dày, tạo ra túi dạ dày được lấp lại bằng nối quai ruột chữ Y, quai ruột dẫn thức ăn từ túi dạ dày dài khoảng từ 135-150 cm, quai dẫn dịch tiêu hóa dài 80-100 cm tùy theo chỉ số BMI. Bệnh nhân phải dùng Vitamin và chất vi lượng dạng thuốc cả đời.

Tách dòng mật tụy (biliopancreatic diversion)

Mục đích: Giảm dung tích dạ dày và giảm mạnh hấp thu tại ruột non (quai ruột chung rất ngắn):

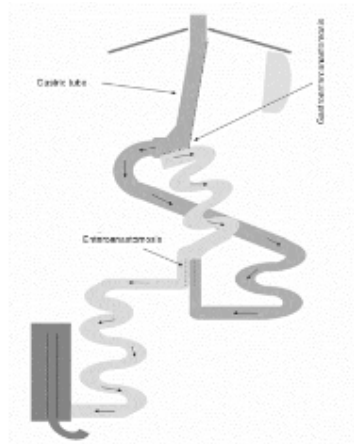


Dạ dày bị cắt đi 3/4 dưới (hình vẽ) quai ruột non sẽ được cắt cách góc Tretzt 50 cm, quai dưới sẽ được kéo lên nối với dạ dày, quai trên (dẫn mật tụy) sẽ được nối với hồi tràng cách van Bouhin 50 cm. Như vậy qui chung (nơi diễn ra quá trình tiêu hóa) sẽ chỉ còn rất ngắn do đó bệnh nhân nhận được rất ít năng lượng từ thức ăn đưa vào. Một cải biến của phẫu thuật này là dạ dày sẽ được cắt hình ống (hình vẽ), tá tràng sẽ được cắt khỏi môn vị, quai hồng tràng sẽ được nối với môn vị và vị trí miệng nối chữ Y cách van Bouhin 100 cm.

Phẫu thuật Santoro[11]:

Mục đích: giảm dung tích dạ dày, giảm hấp thu tại ruột

Phương pháp này thường được áp dụng cho bệnh nhân tiền sử mổ bụng, chiều dài ruột non lớn, chỉ mổ mỡ.



Trên cơ sở của cắt dạ dày hình ống (sleeve gastrectomy), hồng tràng sẽ được cắt cách góc Tretzt 40 cm, quai dưới sẽ được nối với ống dạ dày gần môn vị, ruột non sẽ được đo và giữ lại 500 cm còn lại cắt bỏ.

Miệng nối sẽ được thực hiện cách van Bouhin 200 cm (hình vẽ).

KẾT LUẬN

Chẩn đoán béo phì trên thế giới hiện nay còn chưa thống nhất do chưa có một tiêu chuẩn vàng chung cho tất cả các dân tộc cũng như các châu lục trên thế giới. Nguyên tắc để chuẩn đoán béo phì là phải xác định tỉ lệ chất béo cơ thể PBF bằng máy chụp X-Quang năng lượng kép chuyên dụng... Tuy nhiên phương pháp này rất đắt và khó áp dụng rộng rãi trên lâm sàng nên người ta đã dùng một số phương pháp nhân trắc dựa trên cân nặng và chiều cao của cơ thể để chẩn đoán béo phì. Theo qui định của tổ chức y tế thế giới chẩn đoán béo phì dựa vào chỉ số khối cơ thể BMI. Người trưởng thành có chỉ số BMI lớn hơn 25 kg/m² là thừa cân và lớn hơn 30 kg /m² là béo phì. Chỉ định điều trị bệnh béo phì được đặt ra khi người bệnh được chẩn đoán là béo phì độ I (BMI > 30 kg / m², châu Á BMI > 25 kg / m²). Đây là một quá trình bền bỉ lâu dài và hao tổn tiền của, đòi hỏi người bệnh phải tuân thủ rất nghiêm ngặt các chỉ định của thầy thuốc cũng như của bản thân trong thay đổi chế độ ăn uống sinh hoạt. Ngày nay với sự phát triển ngày càng nhanh của béo phì cộng với sự gia tăng thất bại trong điều trị bảo tồn thì điều trị ngoại khoa đối với béo phì càng đóng vai trò quan trọng. Các phương pháp phẫu thuật có thể kể: đặt máy tạo nhịp dạ dày, đặt bóng trong dạ dày, đặt đai dạ dày, mổ cắt dạ dày tạo hình ống, cắt dạ dày nối quai chữ Y (Roux-en-Y), tách dòng mật tụy hoặc phẫu thuật Santoro.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh học béo phì.
<http://www.benhhoc.com/content/2241-Beo-phi.html>
2. Đỗ Trung Quân. Chẩn đoán bệnh béo phì.
<http://www.benh.vn/noi-Tiet/Chan-doan-benh-beo-phi/30/746/31-10-2011.htm>
3. Hồ Phạm Thục Lan, Đoàn Công Minh, Phạm Ngọc Khánh, Phạm Ngọc Hoa, Nguyễn Đình Nguyên, Nguyễn Văn Tuấn. Phát triển tiêu chuẩn tỉ trọng mỡ cơ thể cho

chẩn đoán béo phì ở người Việt. Thời sự y học, số 59. Tr. 3-9.

4. Hiệp hội Dinh dưỡng y học cộng hòa liên bang Đức, "Phòng và điều trị bệnh béo phì"

5. Nguyễn Điểm. Cách tính trọng lượng tiêu chuẩn và mức độ béo phì của cơ thể người.
http://www.dostbinhdinh.org.vn/MagazineNewsPage.asp?TinTS_ID=725&TS_ID=66

6. Nguyễn Văn Tuấn. Người Châu Á béo phì ảo?
<http://www.baomoi.com/Nguoi-chau-A-dang-beo-phi-ao/82/3905139.epi>

7. Nguyễn Văn Tuấn. Tiêu chuẩn chẩn đoán béo phì cho người Việt.
http://ykhoea.net/binhluan/nguyenvantuan/nvt_IBM.htm

8. Gallagher D, Heymsfield SB, Heo M, Jebb SA, Murgatroyd PR, Sakamoto Y.

Healthy percentage body ranges: an approach for developing guidelines based on body mass index. American Journal of Clinical Nutrition 2000; 72:694-791.

9. He M, Tan KCB, Kung AWC. Body fat determination by dual energy Xray absorptiometry and its relation to body mass index and waist circumference in Hong Kong Chinese. International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders 2001; 25:748-52. (May DXA)

10. Lean ME, Han TS, Morrison CE. Waist circumference as a measure for indicating need for weight management. BMJ. 1995 Jul 15;311(6998):158-61. PubMed PMID: 7613427; PubMed Central PMCID: PMC2550221.

11. de Menezes Ettinger JE, Azaro E, Mello CA, Fahel E. Analysis of the vertical isolated gastroplasty: a new bariatric operation. Obes Surg. 2006 Sep;16(9):1261-3; author reply 1263-4.

12. Rudolf A. Weiner, Phẫu thuật béo phì: Phương pháp phẫu thuật, tai biến và chăm sóc sau mổ, Nhà xuất bản Elsevier, Đức.

13. World Health Organization. Obesity and Overweight. May 2012.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>

Xác định tỷ lệ và mô tả một số đặc điểm của chuyển dạ đẻ song thai.