

MỘT SỐ BIỆN PHÁP PHÒNG NGỪA BỆNH THỪA CÂN, BÉO PHÌ

SOME MEASURES TO PREVENT OVERWEIGHT AND OBESITY

ThS. Nguyễn Bá Hậu - Trường Đại học Giao thông vận tải

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thừa cân béo phì (TCBP) hiện là vấn nạn của nhiều quốc gia trên thế giới. Tại Việt Nam, tỷ lệ béo phì đang tăng rất nhanh trong những năm vừa qua. Hiện nay, nhiều người có thói quen ăn uống không điều độ, ăn quá mức so với nhu cầu, kèm theo lối sống ít vận động, hoạt động thể dục thể thao (TDTT). Điều này khiến dễ mắc phải tình trạng thừa cân béo phì, dẫn tới nhiều hệ quả như tăng huyết áp, mắc bệnh tim mạch, rối loạn nội tiết, rối loạn mỡ máu, đái tháo đường tuýp 2... Đây là tình trạng nguy hiểm do TCBP là mối nguy hại đối với sức khỏe cộng đồng. Vậy cần có biện pháp như thế nào để giảm tải tình trạng thừa cân béo phì?

Kết quả sơ bộ điều tra tình hình TCBP ở Việt Nam cho thấy có đến 16.8% người từ 25-60 tuổi TCBP (theo tiêu chuẩn châu Á). Đặc biệt thừa cân có xu hướng giảm theo tuổi, cụ thể 2/3 số người TCBP có độ tuổi 45 trở xuống, 1/3 còn lại từ 25 – 45 tuổi.

Sự phát triển mạnh mẽ của khoa học công nghệ, các ứng dụng của khoa học công nghệ vào lao động sản xuất và cuộc sống hàng ngày đã giúp cho con người giảm được việc lao động chân tay nặng nhọc, nguy hiểm. Tuy nhiên nó lại dẫn đến việc con người ngày càng ít vận động hơn nếu như không chú ý đến việc rèn luyện thân thể.

Nguyên nhân cơ bản của TCBP là sự mất cân bằng năng lượng giữa lượng calo ăn vào và lượng calo tiêu hao. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng, sự gia tăng sử dụng lượng thức ăn năng lượng cao có nhiều chất béo, giảm hoạt động thể lực, thói quen ăn uống/sinh hoạt không hợp lý và đô thị hóa... là những yếu tố nguy cơ đối với thừa cân béo phì.

Muốn giải quyết được vấn đề trên thì việc vận động nâng cao thể lực, rèn luyện

TDTT để phòng ngừa tình trạng TCBP là yếu tố quan trọng và hết sức cần thiết.

2. NỘI DUNG

2.1. Khái niệm thừa cân béo phì

Thừa cân béo phì là tình trạng tích lũy mỡ thái quá và không bình thường một cách cục bộ hay toàn thể tới mức ảnh hưởng xấu đến sức khoẻ. TCBP ngày càng gia tăng và đã trở thành đại dịch toàn cầu, ảnh hưởng đến một phần lớn dân số thế giới. Nhưng TCBP có được gọi là “bệnh” hay không đã gây tranh cãi từ những năm 1997 của thế kỷ trước, tại thời điểm này đã có một số quan điểm cho rằng béo phì là một quá trình bệnh, nhưng bên cạnh đó lại có những quan điểm trái chiều cho rằng BP không phải là một căn bệnh, thời gian sau các quan điểm này đã chuyển dần theo hướng chấp nhận đề xuất rằng BP là một quá trình bệnh. Đến tận năm 2004, Trung tâm Dịch vụ Medicare và Trợ cấp y tế tại Hoa Kỳ đã loại bỏ ngôn ngữ nói rằng BP không phải là một căn bệnh. Năm 2013, Hiệp hội Y khoa Hoa Kỳ đã công nhận BP là một căn bệnh. Sau đó một thời gian ngắn, một số tổ chức y tế chuyên nghiệp khác như: Hiệp hội bác sĩ nội tiết lâm sàng Hoa Kỳ; Học viện bác sĩ gia đình Hoa Kỳ; Đại học Tim mạch Hoa Kỳ; Đại học phẫu thuật Hoa Kỳ; Hiệp hội Y học Sinh sản Hoa Kỳ; Hiệp hội Tiết niệu Hoa Kỳ; Hiệp hội Nội tiết; Hiệp hội béo phì, chụp mạch máu và can thiệp, Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm, Viện Y tế Quốc gia cũng công nhận BP là một bệnh. BP có phải là bệnh mãn tính và tái phát không đã được chứng tỏ trong một số nghiên cứu.

Theo phân loại thống kê Quốc tế về bệnh tật và các vấn đề sức khỏe có liên quan lần thứ 10 (ICD10), bệnh BP được phân loại trong danh mục là “Bệnh nội tiết, bệnh về dinh dưỡng và bệnh chuyển hóa”, nhưng việc phân

Lý luận Giáo dục thể chất và Thể thao trường học

loại này bỏ qua những yếu tố trọng khác, như việc tiêu hao năng lượng, yếu tố tâm lý và các hoạt động thứ cấp khác. Do đó, đối với ICD11, Hiệp hội nghiên cứu về béo phì Châu Âu đã đề xuất liệt kê bệnh BP vào phần của gia đình nói chung và cải thiện các tiêu chí chẩn đoán cho bệnh BP dựa trên các căn nguyên, mức độ của mô mỡ và mức độ ảnh hưởng đến sức khỏe.

Một số người mắc bệnh béo phì không kèm theo bất kỳ bệnh lý liên quan nào, những người này được gọi là “béo phì khỏe mạnh”. Tuy nhiên, hiện nay rõ ràng từ các nghiên cứu theo dõi dài hạn thì một nửa hoặc hơn những người này sẽ phát triển những bệnh liên quan đến béo phì trong suốt cuộc đời của họ. Một số nghiên cứu khác cho thấy, mối quan hệ giữa trọng lượng cơ thể và tỉ lệ tử vong ngày càng rõ rệt sau 18 tuổi.

2.2. Các bệnh lý do thừa cân béo phì gây ra

TCBP có ảnh hưởng lâu dài đến tình trạng sức khỏe, tâm lý và kinh tế, các chi phí y tế bình quân theo đầu người của một người béo phì cao hơn so với một người cân nặng bình thường khoảng 42%, vượt xa chi phí y tế cho những người hút thuốc lá và uống rượu cộng lại. TCBP được xếp hạng là nguy cơ tử vong thứ năm trên toàn cầu. Ngoài ra, 44% gánh nặng bệnh đái tháo đường, 23% gánh nặng bệnh tim thiếu máu cục bộ và từ 7% - 41% gánh nặng ung thư là do TCBP gây ra. Đối với tất cả các trạng thái bệnh lý này, là do mối liên quan giữa tăng trọng lượng cơ thể hoặc BMI và bệnh tật là đường cong. Đó là, khi trọng lượng cơ thể hoặc BMI tăng so với trung bình, nguy cơ mắc bệnh đái tháo đường, bệnh túi mật, bệnh tim mạch và ung thư tăng. Một nghiên cứu về BMI và tỉ lệ tử vong, cho thấy chỉ số BMI tối ưu (22,5 đến 25) cho tỉ lệ tử vong thấp nhất; tăng mỗi 5 đơn vị BMI thì tỉ lệ tử vong tăng 30%, bệnh thận mãn tính tăng 60% và đái tháo đường tăng 120%. Mối quan hệ này giữa BMI và nguy cơ tử vong cũng được các tác giả khác nghiên cứu.

2.2.1. Tăng huyết áp, đột quỵ và bệnh tim mạch

Tăng huyết áp, đột quỵ và các bệnh tim mạch tăng ở người béo phì. Một số cơ chế liên quan đến sự phát triển của THA, đột quỵ và bệnh tim mạch, các adipokine tiền viêm và tiền huyết khối có thể góp phần làm tăng nguy cơ mắc bệnh tim mạch, tăng thể tích mạch máu, sức cản động mạch lớn hơn và giải phóng Angiotensinogen từ các tế bào mỡ mở rộng có thể góp phần làm THA. Khi nghiên cứu những ảnh hưởng bất lợi của người bị TCBP tại Biên Hòa của tác giả Hà Văn Thiệu và cộng sự cho thấy tỉ lệ THA tâm thu là 36,82%, THA tâm trương là 14,75%. Đỗ Thị Phương Hà và cộng sự đã chỉ ra trẻ TCBP bị THA là 26% và người có tỉ số vòng eo/chiều cao cao có nguy cơ THA cao gấp 4,1 lần nhóm người có BMI hay vòng eo/chiều cao bình thường.

2.2.2. Viêm xương khớp mãn tính và bệnh Gout

Béo phì có nguy cơ bị đau lưng, bệnh viêm khớp mãn tính và bệnh Gout. Trong đó viêm xương khớp phổ biến hơn ở những người béo phì. Điều này có thể liên quan đến cả khớp chịu trọng lượng và không chịu trọng lượng, cho thấy rằng sinh lý bệnh phải liên quan đến cả khối lượng cơ thể tăng Adipokine lưu thông, các yếu tố gây viêm hoặc các cơ chế sinh lý bệnh khác.

2.2.3. Ung thư

BP dự đoán sự phát triển của một số dạng ung thư, đặc biệt là ở phụ nữ. Sản xuất Estrogen bởi mô mỡ và nguy cơ ung thư nội mạc tử cung và vú liên quan đã được biết đến. Ở phụ nữ sau mãn kinh, mô mỡ là nguồn chính của các hợp chất Oestrogen vì buồng trứng không còn sản xuất Oestrogen. Ngoài ra, các yếu tố tăng trưởng được tạo ra bởi mô mỡ như yếu tố tăng trưởng nguyên bào sợi-21 (FGF21), yếu tố tăng trưởng thần kinh, biến đổi yếu tố tăng trưởng và yếu tố tăng trưởng nội mô mạch máu, cũng như Insulin, cũng có thể tham gia vào sự phát triển của các tế bào

Lý luận Giáo dục thể chất và Thể thao trường học

cuối cùng trở thành ác tính đóng góp một thành phần khác vào nguy cơ mắc các dạng ung thư đa dạng ở người béo phì.

2.2.4. Bệnh đường tiêu hóa

Bệnh sỏi mật phổ biến hơn ở bệnh nhân béo phì, đối với những người có xu hướng hình thành sỏi túi mật, lượng Cholesterol tăng thêm từ chất béo tăng lên có thể là điểm bùng phát cho sự hình thành sỏi và bệnh túi mật.

2.2.5. Đái tháo đường

Có mối liên quan chặt chẽ giữa béo phì và bệnh đái tháo đường không phụ thuộc Insulin. Nguy cơ đái tháo đường không phụ thuộc insulin tăng lên liên tục khi BMI tăng và giảm đi khi cân nặng giảm. Một nghiên cứu cho thấy, nếu một người tăng từ 5-8kg thì nguy cơ đái tháo đường tuýp 2 tăng gấp 2 lần so với người không tăng cân, khi tăng 20kg thì nguy cơ mắc bệnh đái tháo đường tuýp 2 tăng gấp 4 lần. Các nguy cơ đó tiếp tục tăng lên khi BP ở thời kỳ trẻ em và thiếu niên, tăng cân liên tục, hoặc béo bụng. Khi cân nặng giảm, khả năng dung nạp Glucose tăng, sự kháng lại Insulin giảm.

2.2.6. Rối loạn chuyển hóa Lipid máu

BP có liên quan với rối loạn chuyển hóa Lipid máu bao gồm tăng Triglycerid, tăng Cholesterol và Cholesterol lipoprotein tỷ trọng thấp (LDL-C). Khi các acid béo không được sử dụng sẽ tập hợp ở mô mỡ. Tại các mô mỡ này, các acid béo kết nối tạo thành Triglycerid,

khi lượng Triglycerid quá nhiều sẽ tràn vào máu gây Triglycerid máu cao. Khi tập thể dục, các Triglycerid phân hủy thành các acid béo vào máu và đi đến cơ thể để đốt cháy tạo năng lượng, quá trình đốt cháy này sẽ làm giảm lượng Triglycerid ở mô mỡ và trong máu. Nghiên cứu 442 người mắc bệnh béo phì tại quận 10 TP. Hồ Chí Minh của tác giả Trần Quốc Cường và cộng sự năm 2010 - 2011, cho kết quả là tỉ lệ tăng Cholesterol toàn phần, Triglyceride, LDL-C và giảm HDL-C (Cholesterol lipoprotein tỷ trọng cao) lần lượt là 22,6%, 22,6%, 22,2% và 5,9%, rối loạn chuyển hóa Lipid là vấn đề phổ biến ở người bị béo phì.

2.2.7. Hội chứng chuyển hóa

Béo phì làm tăng nguy cơ mắc hội chứng chuyển hóa do béo phì làm tăng nguy cơ THA, tăng Triglycerid máu đồng thời cũng làm tăng nguy cơ giảm dung nạp Glucose. Béo phì ở trẻ em làm tăng nguy cơ mắc kèm theo bệnh béo phì và các bệnh mãn tính không lây dẫn đến hội chứng chuyển hóa ở người trưởng thành. Tỉ lệ HCCH ở trẻ TCBP 6-11 tuổi ở Nhật Bản là 14,5%. Nghiên cứu 510 trẻ 10 -15 tuổi bị TCBP đến khám tại Bệnh viện Nhi Đồng Nai, cho thấy tỉ lệ mắc HCCH là 31,37%.

2.3. Cách chẩn đoán, thừa cân béo phì

Theo tiêu chuẩn của WHO (Tổ chức Y tế thế giới):

$$BMI = \frac{W}{(H)^2}$$

W= Cân nặng (kg), H = Chiều cao (m)

BMI	Tình trạng
$18,5 \leq 25$	Bình thường
$25 < 30$	Thừa cân
Từ $30 \geq$	Béo phì

Dựa vào các chỉ số BMI để chẩn đoán béo phì là chưa đủ và chính xác, vì chỉ số BMI không đủ phân chia và chưa thật chính xác. Chỉ số BMI không phân chia được tỉ lệ nạc và lượng mỡ. Vì thế muốn chẩn đoán, xác định béo phì thì phải sử dụng máy DXA (Dual energy X-ray Absorptiometry). Trong điều

kiện không có máy DXA thì có thể áp dụng phương trình Gallagher (áp dụng cho người châu Á) để tính tỷ lệ mỡ trong cơ thể. Theo đó chúng ta cần tính chỉ số BMI và xác định độ tuổi sau đó tính tỷ lệ này thông qua phương trình sau:

- Đối với nữ:

Lý luận Giáo dục thể chất và Thể thao trường học

TLCB (tỉ lệ chất béo) = $63.7 - 735/BMI + 0.029 \times \text{Tuổi}$

- Đối với nam:

TLCB (tỉ lệ chất béo) = $51.6 - 735/BMI + 0.029 \times \text{Tuổi}$

Nếu nữ TLCB >35%, Nam TLCB >25% thì chẩn đoán người đó béo phì

2.4. Một số phương pháp phòng ngừa, điều trị thừa cân béo phì

2.4.1. Thay đổi khẩu phần

Các biện pháp can thiệp thay đổi chế độ ăn uống trước đây chủ yếu nhằm vào việc thay đổi tỉ lệ thành phần các chất dinh dưỡng đa lượng (Glucid, Protein, Lipid) trong khẩu phần của trẻ TCBP. Một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng tiến hành trong vòng hai năm, so sánh các chế độ ăn với bốn chế phẩm có tỉ lệ các chất dinh dưỡng đa lượng khác nhau đã kết luận rằng: “Khẩu phần giảm calo có hiệu quả giảm cân mà không phụ thuộc vào tỉ lệ các chất dinh dưỡng đa lượng trong khẩu phần đó”. Hơn nữa, các chế độ ăn uống giảm calo không giúp cho trẻ có cảm giác no, trẻ luôn có xu hướng muốn tìm đồ ăn thêm dẫn tới việc duy trì chế độ ăn uống đó gặp nhiều khó khăn. Với những kết quả tương tự đến từ một số thử nghiệm khác, các khuyến nghị chính sách y tế về các biện pháp can thiệp chế độ ăn uống đã chuyển từ khẩu phần ít calo chú trọng thay đổi tỉ lệ các chất dinh dưỡng đa lượng sang phương pháp thay đổi khẩu phần nhấn mạnh việc kiểm soát kích thước khẩu phần và đậm độ năng lượng.

2.4.2. Kích thích khẩu phần

Một biện pháp kiểm soát kích thước khẩu phần khác là hạn chế tiếp xúc các thực phẩm giàu năng lượng. Điều này có thể làm được với các loại đồ ăn nhanh được đóng gói dưới dạng lỏng. Có bằng chứng cho thấy việc tiêu thụ đồ ăn nhanh dạng lỏng giúp hạn chế năng lượng và giảm cân. Ngoài ra còn có bằng chứng cho thấy tác động tiêu cực của đồ ăn nhanh dạng rắn đối với việc giảm cân. Các nghiên cứu đều cho thấy biện pháp kiểm soát khẩu phần có hiệu quả giảm cân, tuy nhiên hiệu quả duy trì lâu dài cân nặng đã đạt được

của biện pháp này cần phải được nghiên cứu thêm.

2.4.3. Thay đổi thói quen ăn uống

Hai yếu tố thiết yếu của một can thiệp dinh dưỡng bao gồm thay đổi chế độ ăn uống và giáo dục dinh dưỡng nhằm thay đổi hành vi ăn uống. Prelip và cộng sự đã chứng minh rằng các can thiệp dinh dưỡng có áp dụng giáo dục dinh dưỡng như một chiến lược can thiệp có sự cải thiện đáng kể về kiến thức dinh dưỡng, thái độ và hành vi ăn uống. Một biện pháp can thiệp giúp thay đổi nhận thức và hành vi ăn uống là tổ chức các lớp học dinh dưỡng. Can thiệp tại Philadelphia bằng cách giáo dục dinh dưỡng, tiếp cận gia đình, chính sách dinh dưỡng trong trường học và tiếp thị xã hội trong vòng hai năm tại 10 trường học cho kết quả là giảm 50% tỉ lệ TCBP (7,5% và 14,9%). Can thiệp bằng biện pháp truyền thông giáo dục kết hợp gia đình và nhà trường phòng chống TCBP ở học sinh tiểu học thành phố Huế do Phan Thị Bích Ngọc và cộng sự cho kết quả tại trường can thiệp tỉ lệ TCBP giảm từ 8% xuống còn 6,4%.

2.4.4. Tăng cường hoạt động thể lực

Hoạt động thể lực được coi là một yếu tố bảo vệ cho sức khỏe của con người, thực hiện các hoạt động thể lực là cải thiện về sức khỏe thể chất, tâm lý và tinh thần cho người tham gia. Hoạt động thể lực có thể giúp tăng cường hoạt động của hệ tim mạch, thúc đẩy sự hoàn thiện và phát triển các chức năng của não bộ. Hoạt động thể lực ở trẻ em có liên quan đến TCBP. Hoạt động thể lực là một biện pháp quan trọng trong can thiệp giảm cân vì vừa giúp giảm cân vừa duy trì hiệu quả giảm cân lâu dài và có ảnh hưởng tích cực đến các nguy cơ bệnh tật gắn liền với tình trạng TCBP.

Đi bộ, chạy là hoạt động vận động tự nhiên của cơ thể, nó đơn giản dễ thực hiện, phù hợp với mọi lứa tuổi, giới tính, trình độ tập luyện, không cần điều kiện sân bãi dụng cụ phức tạp. Người tập chủ động về thời gian đi bộ và chạy, do vậy đây là phương pháp rèn luyện thân thể, giảm cân chống béo phì có hiệu quả và được

Lý luận Giáo dục thể chất và Thể thao trường học

coi là hoạt động mang tính đại chúng. Sau đây khi chúng tôi xin giới thiệu một bài tập đi bộ tốt cho việc phòng chống thừa cân béo phì.

2.4.5. Phương pháp dùng thuốc

Đôi khi, bác sĩ sẽ kê đơn thuốc để giúp một người giảm cân. Tuy nhiên, người bệnh cần kết hợp thay đổi chế độ ăn uống ít calo, tập thể dục để giảm cân không ảnh hưởng đến sức khỏe.

Các tác dụng phụ có thể xảy ra khi dùng thuốc giảm cân với các triệu chứng tiêu hóa như: phân có mỡ, tăng hoặc giảm số lần đại tiện. Một số người còn có tác dụng phụ với hệ hô hấp, cơ, khớp, đau đầu...

2.4.6. Phương pháp phẫu thuật

Phẫu thuật giảm cân làm loại bỏ, thay đổi một phần dạ dày hoặc ruột non để người bệnh không tiêu thụ nhiều thức ăn hoặc hấp thụ nhiều calo như trước.

Việc phẫu thuật giúp người bệnh giảm cân, giảm nguy cơ huyết áp cao, bệnh tiểu đường tuýp 2, hội chứng chuyển hóa có thể xảy ra với bệnh béo phì. Phẫu thuật có thể làm cho dạ dày nhỏ lại hoặc có thể bỏ qua một phần của hệ thống tiêu hóa.

Cắt tạo hình dạ dày hình ống hoặc thắt đai dạ dày: Bác sĩ sẽ phẫu thuật dùng ống bọc dạ dày hoặc thắt đai để làm cho dạ dày nhỏ lại. Sau khi phẫu thuật, người bệnh không thể ăn nhiều hơn một chén thức ăn nên giảm đáng kể lượng thức ăn.

Cắt bỏ dạ dày để làm giảm kích thước của dạ dày: Thức ăn sẽ đi qua các bộ phận của hệ thống tiêu hóa, phần đầu tiên của đoạn giữa ruột non. Tuy nhiên, việc cắt bỏ dạ dày dễ gây

thiếu hụt vitamin, khoáng chất cao hơn vì cơ thể không còn hấp thụ được nhiều chất dinh dưỡng. Phẫu thuật có thể áp dụng cho người có chỉ số BMI từ 30 trở lên, tùy thuộc vào nhu cầu của người bệnh, tình trạng sức khỏe như:

Người bệnh có bị biến chứng do béo phì hay không.

Các phương pháp điều trị giảm cân không phẫu thuật đã thực hiện.

Các bác sĩ thường phẫu thuật giảm béo như thủ thuật nội soi hoặc phương pháp lỗ mổ nhỏ (keyhole).

3. KẾT LUẬN

Thừa cân ăn béo phì thì đang gia tăng và trở thành một vấn đề sức khỏe cho cộng đồng. Tại Việt Nam khi mà nền kinh tế phát triển, chế độ dinh dưỡng được cải thiện, phương tiện làm việc, đi lại, sinh hoạt tiện lợi, điều kiện tiếp xúc với thiên nhiên, với hoạt động thể lực bị hạn chế... Những tác nhân ấy đã gây ra cho người ta tình trạng thiếu vận động, đây là một nguyên nhân chính ảnh hưởng gây TCBP. Bài viết này hi vọng mỗi người chúng ta hãy thấy được tác hại, nguyên nhân gây thừa cân béo phì, tùy từng trường hợp mà chúng ta áp dụng một hoặc kết hợp nhiều biện pháp để ngăn chặn và đẩy lùi nguy cơ thừa cân béo phì. Mong rằng những hình thức rèn luyện thân thể, đặc biệt là tập luyện TDTT là phương tiện bổ ích để chúng ta tham khảo, áp dụng vào đời sống hàng ngày nhằm phòng ngừa giảm thiểu bệnh TCBP để giữ gìn sức khỏe, nâng cao hiệu quả công việc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Ngọc Cừ – Dương Nghiệp Chí (2001), Chuyên đề “Nâng cao tầm vóc của cơ thể con người”, Ủy ban thể dục thể thao – Viện Khoa học TDTT.

3. Viện khoa học Thể dục thể thao (2001), “Thực trạng thể chất người Việt Nam từ 6 đến 20 tuổi” NXB TDTT Hà Nội.

5. Viện Dinh dưỡng (2019), “Dinh dưỡng điều trị trong dự phòng và xử trí thừa cân - béo phì”, Dinh dưỡng lâm sàng, NXB Y học Hà Nội.

Ngày nhận bài: 15/02/2024; Ngày đánh giá: 04/03/2024; Ngày duyệt đăng: 11/03/2024.