

BÉO PHÌ

Sub by Tổ 9 – Y13B - YDS

I. Định nghĩa:

Béo phì:

- + định nghĩa khó nhất
- + là tình trạng tích tụ mỡ ở mô, dưới da, mà **quá mức**
- + chứng minh nguy hại cho sức khỏe

Vd: một đứa nhỏ béo phì thì sao chứng minh được nó nguy hại, phải chờ 30-50 năm đến khi nó trưởng thành như vậy thì lâu quá.

II. Phân loại:

Chủ yếu dựa vào **BMI** (vd thầy cao 57kg, cao 1m64 -> BMI =20)

Theo thể giới:

Người lớn

- + BMI ≥ 25 : quá cân
- + BMI ≥ 30 : béo phì

Trẻ em

- + BMI ≥ 85 bách phân vị: quá cân
- + BMI ≥ 95 bách phân vị: béo phì

Trẻ <2 tuổi

- + Không biết thế nào là béo phì không biết thế nào là thừa cân
- + Không dùng chữ béo phì, mà dùng nhẹ hơn là thừa cân
- + BMI ≥ 95 bách phân vị: quá cân

Theo CN/CD:

Theo cân nặng đơn thuần:

Cân nặng > 120% cân nặng lý tưởng. (Ví dụ: 1 tuổi 10kg, nếu đứa bé >12 kg nghi có thừa cân béo phì, nếu chẩn đoán xác định phải đo thêm chiều cao).

Chẩn đoán béo phì trẻ em bắt buộc phải **dùng biểu đồ** (mà bs có mấy ai chịu dùng biểu đồ đâu)

Theo Tây TBD:

+ có nguy cơ béo phì – tiểu đường rất cao

+ BMI ≥ 23 : thừa cân

+ BMI ≥ 25 : béo phì

Dân VN 1 cổ 2 tròn. Khi nhỏ không có thức ăn: Suy DD, lớn mới ăn xiu xiu Béo Phì -> chết sớm. Người ta mới nghiên cứu vấn đề này liên quan đến cái gen “**hà tiện**”. Đa số dân VN có gen hà tiện, là kết quả của hàng chục năm tiến hóa. Là những người có gen tiến hóa ăn 10 phần, tiêu thụ 1-2 phần thôi, 4-5 phần dự trữ, nên sống lâu, dẫn đến quá trình chọn lọc tự nhiên -> tồn tại.

Theo WHO: có mấy hệ thống : theo phần trăm, theo bách phân vị, theo hệ SD người bt là 0 SD, Z-Score: theo bảng.

Béo phì điều trị dựa trên **hành vi**, không có gì tốt hơn là dự phòng béo phì.

III. Dịch tễ học:

1. Thế giới:

2. VN:

2006: có **16%** dân số là thừa cân-béo phì

Trẻ em: cứ **5** đứa trẻ 1 đứa là béo. (bé khỏe bé ngoan đa số là bé **béo**)

IV. Yếu tố nguy cơ:

1. Môi trường

+ Thành phố > Nông thôn:

+ Cui TV nhiều: là béo, nên không cho coi nhiều ở trẻ < 2 tuổi, coi >1h/ng là không bình thường.

+ Giảm ngủ: ngủ ít thì béo, ngủ nhiều lại không béo. (Không ngủ thì coi TV, xong buồn miệng lại ăn, thêm không vận động nữa). Muốn phòng ngừa béo phì thì phải ngủ nhiều. Còn béo rồi thì ngủ có biến chứng ngưng thở khi ngủ (ngáy) nên không ngủ được nhiều. Leptin ở mô mỡ giảm khi ngủ giảm, ghrelin là dạ dày tiết ra kêu ăn thêm, orexin cũng tiết ra khi đói. Giảm ngủ thì giảm nhạy insulin, tế bào thiếu đường nên đòi ăn thêm.

+ Ăn nhiều thức ăn

+ Thay đổi theo mùa: lạnh béo hơn

2. Di truyền:

+ Cha mẹ béo thì con béo, cha mẹ ruột hơn cha mẹ nuôi

+ Sinh nặng cân béo

+ Sinh nhẹ cân cũng béo: do có gen hà tiện, sinh nhẹ cân thì nephron ít -> suy thận, THA, tb beta tiểu đảo tụy giảm -> ĐTĐ, hệ võng nội mô giảm. Nên dễ mắc các bệnh mãn tính.

+ Trẻ có phản ứng âm tính: khó kiểm soát tính khí.

*Người béo điều hòa cân bằng năng lượng **không hoạt động tốt**. Điều hòa cân bằng chỉ xảy ra lúc bình thường, béo rồi thì khó lắm.*

V. Biến chứng:

Béo là quá trình viêm mạn tính: CRP cao hơn bình thường (mới biết vài năm nay)

+ \$ chuyển hóa: 2 hướng đi, một là THA, hai là tiểu đường. Trước khi qua 2 cái đó qua cái trung gian là rối loạn đường huyết và béo trung tâm. -> **Đề kháng insulin**

Ngoài ra nếu siêu âm còn có gan nhiễm mỡ, \$ buồng trứng đa nang, gout.

+ Tăng trưởng: cao hơn chưa chắc tốt hơn

+ Hô hấp: ngưng thở khi ngủ, \$ Pickwick: là ngủ ngày, do đêm ngủ k được

+ Tim mạch: đi bộ thôi đừng chạy bộ

+ Ung thư: 3 người ung thư thì 1 người do HTL, 1 người do béo phì, 1 người do các nguyên nhân còn lại.

Có 3 giai đoạn nhạy cảm cuộc đời: (1) nhũ nhi, (2) tới lớp, (3) dậy thì.

+ Phân biệt béo nguyên phát với béo thứ phát cứ **đo chiều cao**.

+ Đo vòng eo hoặc eo/mông (có hình 5 người thì người thứ 2 là bất thường rồi)

+ Đánh giá dinh dưỡng: gồm 4 cái

- Nhân trắc (BMI)
- Tiết chế (tính calo, chuyên viên dd tính): 5 cỡ trái cây (có thể ăn 2 cỡ 1 lần), ăn 3 bữa mà phải bỏ 1 bữa thì bỏ bữa trưa do thời gian 2 lần ăn <12 tiếng.

- Vận động: tích cực là mức độ trung bình (đổ mồ hôi, tim nhanh)
- Khám lâm sàng: acanthosis nigricans dấu xạm da, \$ Prader Willi đứa trẻ khóc mà to béo (chưa hiểu lắm)

Xét nghiệm: CN tuyến giáp thể hiện hormone tăng trưởng...

95% béo là nguyên phát: do ăn uống..., 5% là thứ phát như Turner, rối loạn NST...

VI. Điều trị

Mục tiêu điều trị: không phải là điều trị hết béo, mà là ăn uống hoạt động lành mạnh (chưa biến chứng) hoặc cải thiện biến chứng (có biến chứng). Không quan tâm đến cân nặng nữa.

Thuốc tăng hoạt động: Tyrosin (giáp), Salbutamol (hen)

Đặt mục tiêu SMART

Điều trị 4 mức độ: *mức độ **phòng ngừa** là hiệu quả nhất.*

Cách tốt nhất để theo dõi hành vi là ghi nhật ký.

Điều trị béo phì ở nước ngoài gồm 3 chuyên gia:

- (1) bác sĩ
- (2) tâm lý học
- (3) tiết chế ăn

Chọn thức ăn theo màu: Màu xanh là vô tư chạy, màu đỏ là không bao giờ ăn.

Cuối cùng, thông điệp 5 đến 0, GO.

Hết.