Cập nhật chẩn đoán và điều trị béo phì

TS. BS. Phan Hữu Hên
Phó khoa Nội Tiết
Bệnh viện Chợ Rẫy

Bài báo cáo được tài trợ bởi Gigamed (nhãn hàng Novo Nordisk)

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN 2023
CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN & ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ NGƯỜI CAO TUỔI
14 - 15 - 16.04.2023 | KHÁCH SẠN NALOD - ĐÀ NẴNG

VN23SX00025

Nội dung chính

01 Béo phì là bệnh mạn tính

02 Hướng dẫn điều trị thế giới và Việt Nam

03 Vai trò của Dược lý trị liệu và GLP-1 RA

04 Phối hợp đa chuyên khoa

VN23SX00025

Béo phì được xem là một bệnh **mạn tính**

WOF

"WOF cho rằng béo phì là một **bệnh lý mạn tính, tái phát và tiến triển** và nhấn mạnh sự cần thiết phải hành động ngay lập tức để **ngăn ngừa và kiểm soát đại dịch** toàn cầu này"[1]

World Obesity Federation – Liên Đoàn Béo Phì Quốc Tế

OC

"Béo phì đặc trưng bởi tình trạng **dư thừa lượng mỡ trong cơ thể**. Điều này có thể **đe dọa sức khỏe** của bạn. Hiện nay, nhiều tổ chức bao gồm Obesity Canada, xem **béo phì là một bệnh lý mạn tính.**"[4]

Obesity Canada

AMA

"AMA nhận ra thừa cân và béo phì là **tình trạng y tế mạn tính** (bệnh lý không chính thức) và vấn đề sức khỏe cộng đồng khẩn cấp...và hành động hướng đến nhận thức **can thiệp béo phì như là một dịch vụ y tế thiết yếu...**"[2]

American Medical Association

EASO

"Một bệnh lý **tiến triển, ảnh hưởng nghiêm trọng đến mỗi cá nhân và toàn xã hội**, béo phì được công nhận rộng rãi là **cửa ngõ của nhiều loại bệnh tật...**"[5]

European Association for the Study of Obesity

RCP UK

"Điều quan trọng với nền y tế quốc gia là chúng ta phải **xóa bỏ sự kì thị liên quan đến béo phì.** Đây không phải do sự lựa chọn lối sống của người tham ăn mà là một bệnh lý gây ra bởi sự mất cân bằng sức khỏe, ảnh hưởng của di truyền và các yếu tố xã hội.."

Royal College of Physicians UK

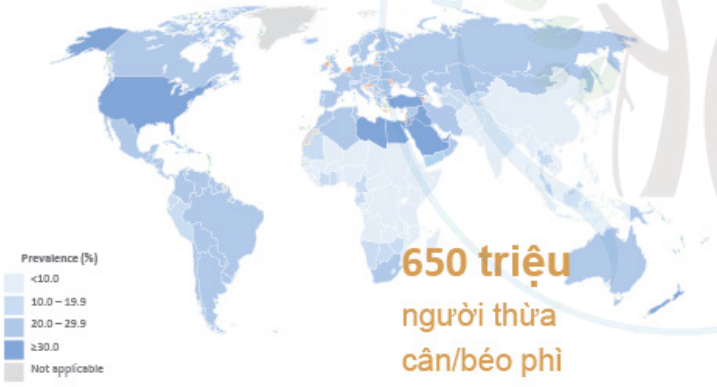
1. Bray et al. Obes Rev 2017;18:715–23; 2. AMA Resolutions. June 2012. Available here; 3. Obesity Canada. Available here; 4. EASO: 2015 Milan Declaration: A Call to Action on Obesity. Available here. Last accessed: June 2019; 5. Royal College of Physicians. Anon. BMJ 2019;364:l45; https://www.rcplondon.ac.uk/news/rcp-calls-obesity-be-recognised-disease

VN23SX00025

Tỷ lệ Béo phì ngày càng gia tăng, ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe và rút ngắn tuổi thọ của con người

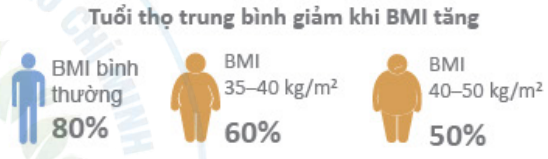
Thừa cân và béo phì
là những yếu tố nguy cơ chính của một số bệnh mạn tính, bao gồm tiểu đường, bệnh tim mạch và ung thư

Tỷ lệ béo phì đang gia tăng trên toàn cầu

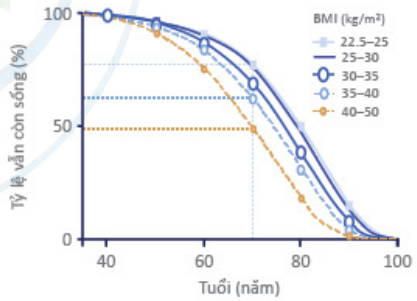


BMI, chỉ số khối cơ thể.

Tuổi thọ trung bình giảm khi BMI tăng



Cơ hội sống đến tuổi 70

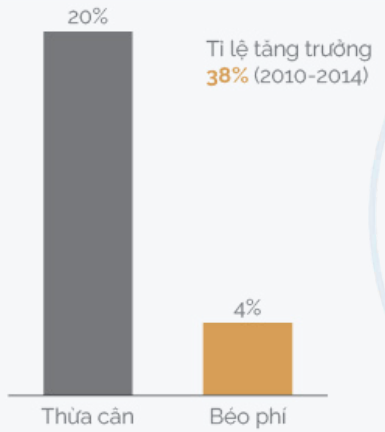


VN23SX00025

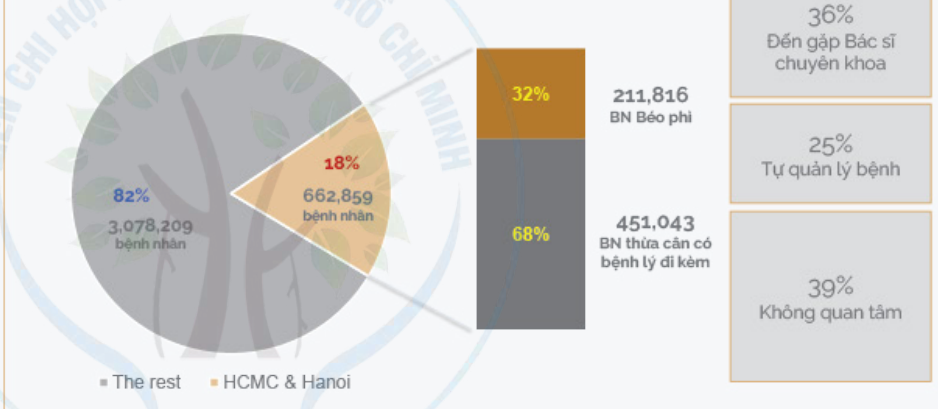
Tình trạng thừa cân, béo phì tại Việt Nam tăng nhanh

Rất ít bệnh nhân được tiếp cận điều trị

Tỉ lệ thừa cân, béo phi tại Việt Nam



Phân bố dân số Thừa cân có bệnh lý đi kèm và Béo phi tại Việt Nam



Sources:
Tackling obesity in ASEAN - Prevalence, impact, and guidance on interventions, The Economist Intelligence Unit Limited 2017
Finkelstein E. A., Trogdon J. G., Cohen J. W. et al (2009). Annual medical spending attributable to obesity: payer-and service-specific estimates. Health Affairs, 28(5), 822–831.

VN23SX00025

Định nghĩa và phân loại béo phì

- Béo phì là tình trạng tích tụ mỡ thừa hoặc bất thường, có thể ảnh hưởng xấu đến sức khỏe.
- **Chỉ số khối cơ thể - Body mass index (BMI)** là thước đo mức độ thừa cân và béo phì trong dân số tiện lợi nhất hiện nay

$$BMI = \frac{Cân\ nặng\ (kg)}{Chiều\ cao^2\ (m)}$$

Phân độ	BMI (kg/m²)	
	Thế giới[1]	Châu Á[2]
Nhẹ cân	<18.5	
Bình thường	18.5 – 24.9	18 – 22.9
Tiền béo phì*	25 – 29.9	23 – 24.9
Béo phì	≥ 30	≥ 25
Độ I	30 – 34.9	25 – 29.9
Độ II	35 – 39.9	≥ 30
Độ III	≥ 40	

*trước đây là thừa cân
BMI, body mass index - chỉ số khối cơ thể
1. WHO. Factsheet . Accessed on June 2019; 2. Misra, A., et al. J Assoc Physicians India 2009; 57:163–70; 3. Kubota, Y., et al., J Epidemiol, 2013. 23(8): 333-8; 4. Ota, T., et al., Diabetes Care, 2002. 23(7): 1252-3.

VN23SX00025

Vòng bụng (vòng eo) là một thước đo bệnh béo phì

- Vòng bụng (vòng eo) giúp tầm soát nguy cơ thừa cân và béo phì.
- Nguy cơ này tăng lên khi vòng bụng
  ≥ 80cm ở nữ và
  ≥ 90cm ở nam.

Phân độ	BMI (kg/m²)	Nguy cơ bệnh tật so với cân nặng bình thường	
		Nam < 90 cm Nữ < 80 cm	Nam ≥ 90 cm Nữ ≥ 80 cm
Thừa cân	23 – 24.9	Tăng	Cao
Béo phì		Cao	Rất cao
Độ I	25 – 29.9	Rất cao	Rất cao
Độ II	≥ 30	Cực kì cao	Cực kì cao

BMI, body mass index - chỉ số khối cơ thể
BYT (2022). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh béo phì

VN23SX00025

Béo phì chưa được chẩn đoán và điều trị đầy đủ

*Includes lifestyle and behavioural counseling, anti-obesity medications and bariatric surgery
Adapted from: Colby, Ortman. Available at: www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2015/demo/p25-1143.pdf. 2015 (last accessed Oct 2017); Centers for Disease Control and Prevention. www.cdc.gov/nchs/fastats/obesity-overweight.htm. 2017 (last accessed Oct 2017); Ma et al. Obesity (Silver Spring) 2009;17:1077–83; IMS Xponent Dec-15; Caterson et al. Diabetes Obes Metab 2019; 21(8): 1914-1924

VN23SX00025

02. Hướng dẫn điều trị Thế giới và Việt Nam

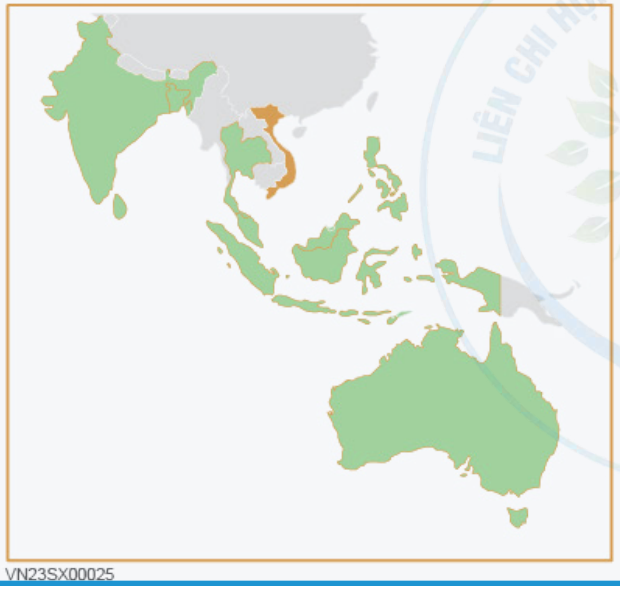
Nhiều hiệp hội trên thế giới ban hành hướng dẫn điều trị béo phì

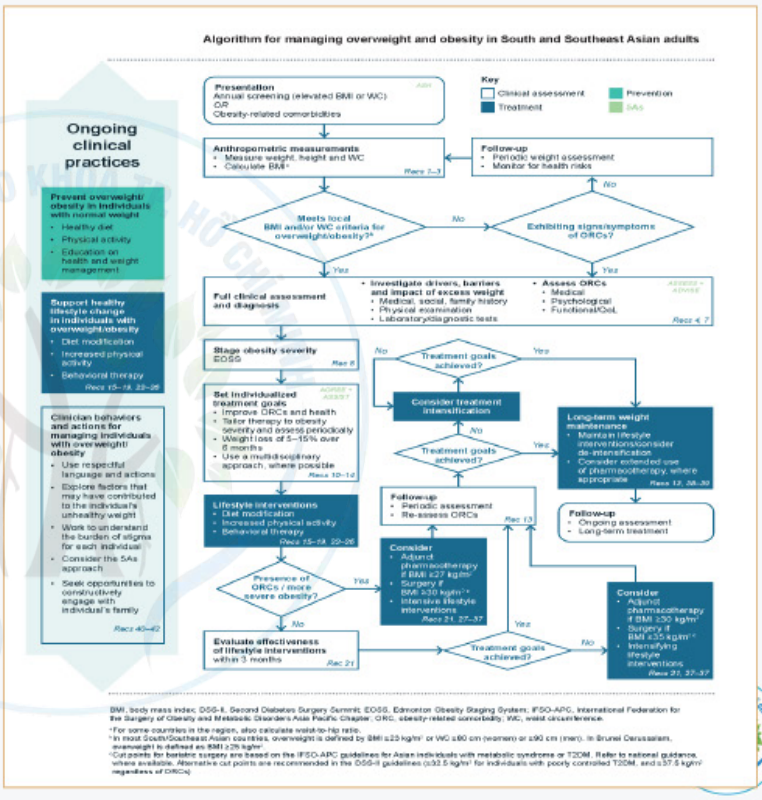
	Đo lường béo phì	Ăn uống/ lối sống	Thuốc	Phẫu thuật
AACE/ACE 2016	BMI + VE	≥25	≥27 or ≥27 + CMB	≥35 + CMB
Canadian Task Force 2015	BMI	≥25	không khuyến cáo	không có chỉ định
EASO 2015	BMI + BC + VE	≥20.5	≥30 or ≥27 + BC	≥40 or ≥35 + BC
NICE 2014	BMI + VE cho ≥35	>25	≥30 or ≥28 + BC	≥40 or ≥35 + BC
ENDO/ESE/TOS 2015	BMI + BC	≥25	≥30 or ≥27 + BC	≥40 or ≥35 + BC
AHA/ACC/TOS 2013	BMI + VE cho NCTM	>25 + NCTM hay BC	≥30 or ≥27 + BC	≥40 or ≥35 + BC
ADA 2018*	BMI	≥25	≥27	>35
IDF 2011*	BMI	không có chỉ định	không có chỉ định	≥35 or ≥30 + BC
AACE/TOS/ASMBS 2013*	BMI	không có chỉ định	không có chỉ định	≥40 or ≥35 + BC hay ≥30 + ĐTĐ2/ HCCH

*Chỉ liên quan ĐTĐ2. AACE, American Association of Clinical Endocrinologists; ACC, American College of Cardiology; ACE, American College of Endocrinology; ADA, American Diabetes Association; AHA, American Heart Association; ASMBS, American Society for Metabolic & Bariatric Surgery; BC, biến chứng; ĐTĐ2, đái tháo đường type 2; EASO, European association for the study of obesity; ENDO, Endocrine Society; ESE, European Society of Endocrinology; HCCH, hội chứng chuyển hóa; IDF, International Diabetes Federation; MS, metabolic syndrome; NCTM, nguy cơ tim mạch; NICE, National Institute for Health and Care Excellence; TM, tim mạch; TOS, The Obesity Society; VE, vòng eo

VN23SX00025

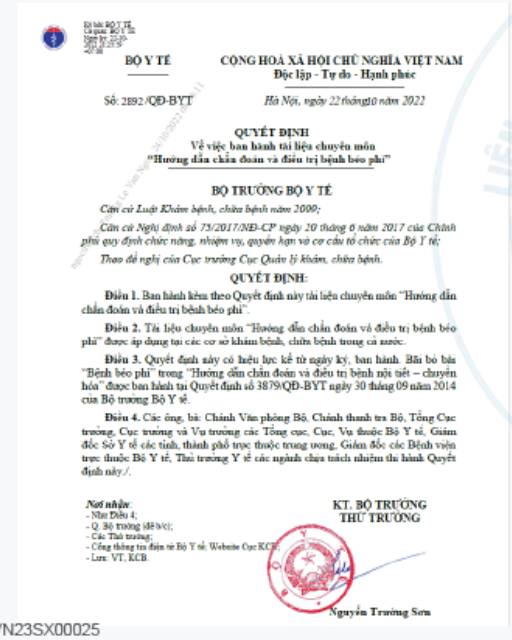
Đồng thuận về chăm sóc và quản lý béo phì khu vực Nam Á – Đông Nam Á 10.2022





VN23SX00025

22.10.2022 – BYT ban hành "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh béo phì"



BỘ Y TẾ — CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: 2892/QĐ-BYT — *Hà Nội, ngày 22 tháng 10 năm 2022*

QUYẾT ĐỊNH
Về việc ban hành tài liệu chuyên môn
"Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh béo phì"

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2009;

Căn cứ Nghị định số 75/2017/NĐ-CP ngày 20 tháng 6 năm 2017 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Theo đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý khám, chữa bệnh.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh béo phì".

Điều 2. Tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh béo phì" được áp dụng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong cả nước.

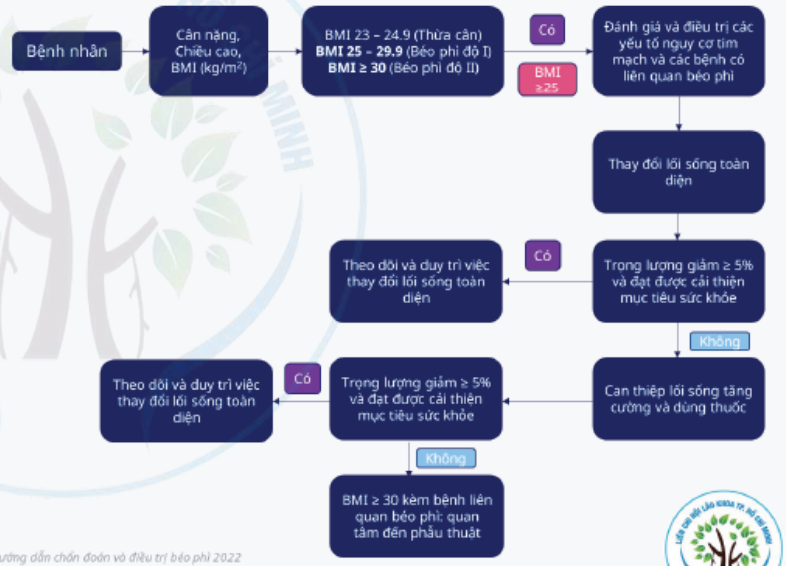
Điều 3. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành. Bãi bỏ bài "Bệnh béo phì" trong "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội tiết – chuyển hóa" được ban hành tại Quyết định số 3879/QĐ-BYT ngày 30 tháng 09 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

Điều 4. Các ông, bà: Chánh Văn phòng Bộ, Chánh thanh tra Bộ, Tổng Cục trưởng, Cục trưởng và Vụ trưởng các Tổng cục, Cục, Vụ thuộc Bộ Y tế, Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương, Giám đốc các Bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế, Thủ trưởng Y tế các ngành chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:
- Như Điều 4;
- Q. Bộ trưởng (để b/c);
- Các Thứ trưởng;
- Cổng thông tin điện tử Bộ Y tế; Website Cục KCB;
- Lưu: VT, KCB.

KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG

Nguyễn Trường Sơn



Bộ Y Tế Việt Nam – Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị béo phì 2022

VN23SX00025

03. Vai trò của Dược lý trị liệu và GLP-1 RA

VN23SX00025

Chiến lược điều trị béo phì

Thay đổi lối sống là tiêu chí bắt buộc

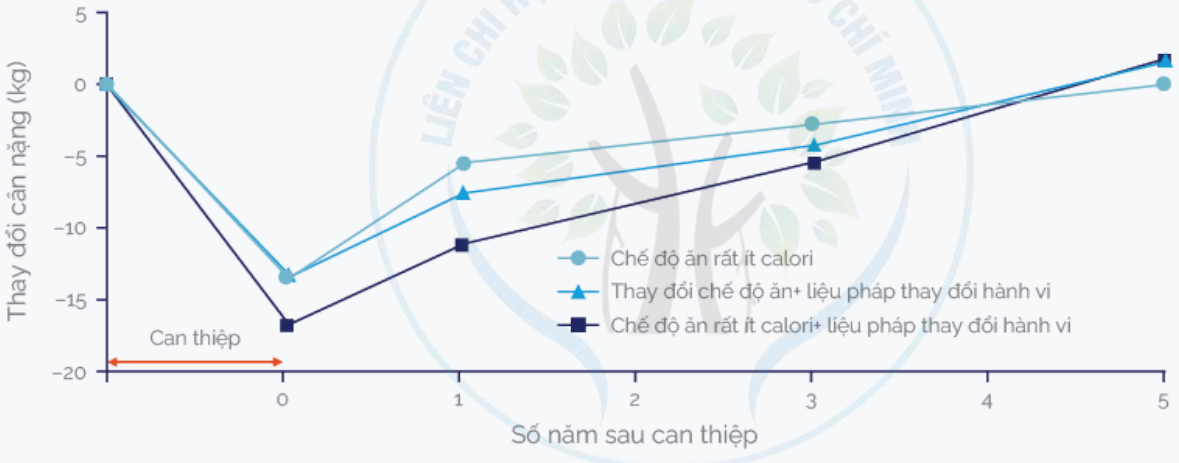
Việc sử dụng thuốc điều trị giúp đạt được hiệu quả điều trị tốt hơn

	BMI 25 – 29.9 kg/m²	BMI 30–34.9 kg/m²	BMI ≥ 35 kg/m²
Phẫu thuật	Bệnh đồng mắc liên quan đến béo phì	+	+
Thuốc	Khi can thiệp lối sống > 3 tháng mà không giảm 5% cân nặng	+	+
Thay đổi lối sống toàn diện	+	+	+

BMI, body mass index.
Bộ Y Tế Việt Nam – Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị béo phì 2022

VN23SX00025

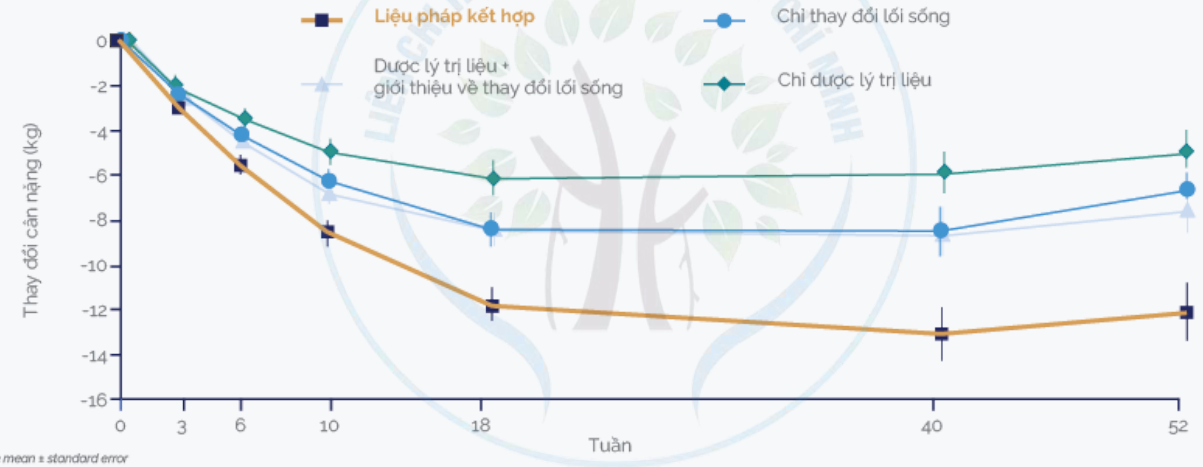
Can thiệp kiểm soát cân nặng bằng thay đổi lối sống: tình trạng tăng cân dội ngược



Dữ liệu từ can thiệp chế độ ăn và hành vi
Wadden et al. Ann Intern Med 1993;119:688–93

VN23SX00025

Điều trị Thuốc cùng với chế độ ăn uống và tập thể dục hợp lý giúp bệnh nhân giảm cân tốt hơn



Data are mean ± standard error
Pharmacotherapy: sibutramine; Pharmacotherapy alone: Patients received a daily dose of 15 mg/day; Lifestyle modification alone: Patients attended 30 lifestyle counselling sessions; Pharmacotherapy + brief therapy: Patients were given sibutramine and received brief lifestyle counselling; Combined therapy: Patients received sibutramine and attended 30 lifestyle counselling sessions.
Wadden et al. N Engl J Med 2005;353:2111–20

VN23SX00025

Các thuốc giảm cân đã được phê duyệt tại Việt Nam

Liraglutide 3.0mg[1]

Liraglutide là **GLP-1 người tái tổ hợp**,với 97% trình tự axit amin tương đồng với GLP-1 nội sinh.

Orlistat[2]

Chất ức chế tác dụng kéo dài, đặc hiệu và có thể đảo ngược của men lipase đường tiêu hóa, cần thiết cho sự hấp thu các chất béo trung tính trong chế độ ăn uống.

1. *Liraglutide 3.0mgApproved NZ Data Sheet*
2. *Xenical® Approved NZ Data Sheet*

VN23SX00025

GLP-1 là gì?

- GLP-1 là một peptide gồm 31 amino acids
- Thành viên của gia đình incretin
- Được tiết ra chủ yếu từ L-cells trong ruột, não (nhân bó đơn độc)

GLP-1 người nội sinh

His Ala Glu Gly Thr Phe Thr Ser Asp Val Ser Lys Ala Ala Gln Gly Glu Leu Tyr Ser Glu Phe Ile Ala Trp Leu Val Lys Gly Arg Gly

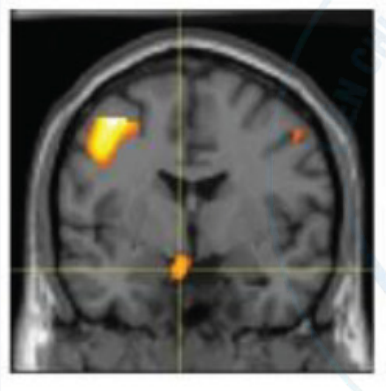
Thoái giáng bởi enzyme DPP-4

$t_{½}$=1.5–2 phút

DPP-4, dipeptidyl peptidase-4; GLP-1, glucagon-like peptide-1; t½, thời gian bán hủy
Merchenthaler et al. J Comp Neurol 1999;403:261–80; Baggio, Drucker. Gastroenterology 2007;132:2131–57; Ducker, Nauck. Lancet 2006;368:1696–705

VN23SX00025

GLP-1 hoạt hóa các vùng não liên quan đến điều hòa sự thèm ăn



- Đáp ứng GLP-1 sau bữa ăn có liên quan đến sự hoạt hóa các vùng điều hòa sự thèm ăn và tiêu thụ thức ăn
- Đỉnh GLP-1 gia tăng sau ăn tương quan với gia tăng lưu lượng máu não ở vỏ não trước trán trái và vùng hạ đồi.

GLP-1, glucagon-like peptide-1; PET, positron emission tomography
Pannacciulli et al. Neuroimage 2007;35:511–17

VN23SX00025

Liraglutide 3.0 mg hoạt động trên não để giảm cảm giác thèm ăn và do đó giảm lượng thức ăn ăn nạp vào[1]

GLP-1 là một loại hormone tự nhiên được giải phóng để đáp ứng với lượng thức ăn nạp vào và hoạt động như một chất điều hòa sinh lý sự thèm ăn[1,3]
Liraglutide tương đồng 97% với GLP-1 người[1*]

Liraglutide hoạt động ở vùng hạ đồi - nơi nó tương tác với các TB thần kinh cụ thể điều hòa sự thèm ăn và lượng thức ăn nạp vào[2†]

Liraglutde làm tăng cảm giác no và giảm cảm giác đói[1]

Do cơ chế hoạt động của Liraglutide, bệnh nhân sẽ cảm thấy no và ăn ít thức ăn hơn, dẫn đến giảm cân[1]

*Liraglutide là kết quả của 2 sửa đổi cấu trúc đối với GLP-1 tự nhiên, giúp kéo dài thời gian bán hủy của nó từ dưới 2 phút đến khoảng 13 giờ, khi được tiêm dưới da, cho phép dùng liều một lần/ngày.[3,4]
†Thể hiện trong các mô hình động vật. Không nhất thiết phải dự đoán hiệu quả lâm sàng của con người.

1. Liraglutide 3.0mg Data Sheet 2. Secher A, Jelsing J, Baquero AF, et al. J Clin Invest. 2014;124(10):4473-4488. 3. Jacobsen LV, Flint A, Olsen AK, Ingwersen SH. Clin Pharmacokinet. 2016;55:657-672. 4. Knudsen LB, Nielsen PF, Huusfeldt PO, et al. J Med Chem. 2000;43(9):1664-1669.

VN23SX00025

SCALE giai đoạn 3: tổng quan về chương trình phát triển lâm sàng

Giai đoạn 3a

SCALE Béo phì và Tiền ĐTĐ (1839)[1]
Kiểm soát cân nặng và làm chậm khởi phát ĐTĐ
- Liraglutide 3.0 mg n=2487
- Giả dược n=1244

SCALE ĐTĐ (1922)[2]
Kiểm soát cân nặng ở bệnh nhân ĐTĐ2
- Liraglutide 3.0 mg n=423
- Liraglutide 1.8 mg n=211
- Giả dược n=212

SCALE Duy trì (1923)[3]
Ngăn ngừa tăng cân trở lại
- Liraglutide 3.0 mg n=212
- Giả dược n=210

SCALE Ngưng thở lúc ngủ (3970)[4]
Tác động của liraglutide trên bệnh nhân béo phì và ngưng thở lúc ngủ trung bình – nặng
- Liraglutide 3.0 mg n=180
- Giả dược n=179

Giai đoạn 3b

SCALE-Insulin[5]
Lợi ích lâm sàng của Liraglutide + IBT trên bệnh nhân dùng insulin nền
- Liraglutide 3.0 mg + IBT + insulin nền n=198
- Giả dược + IBT + insulin nền n=198

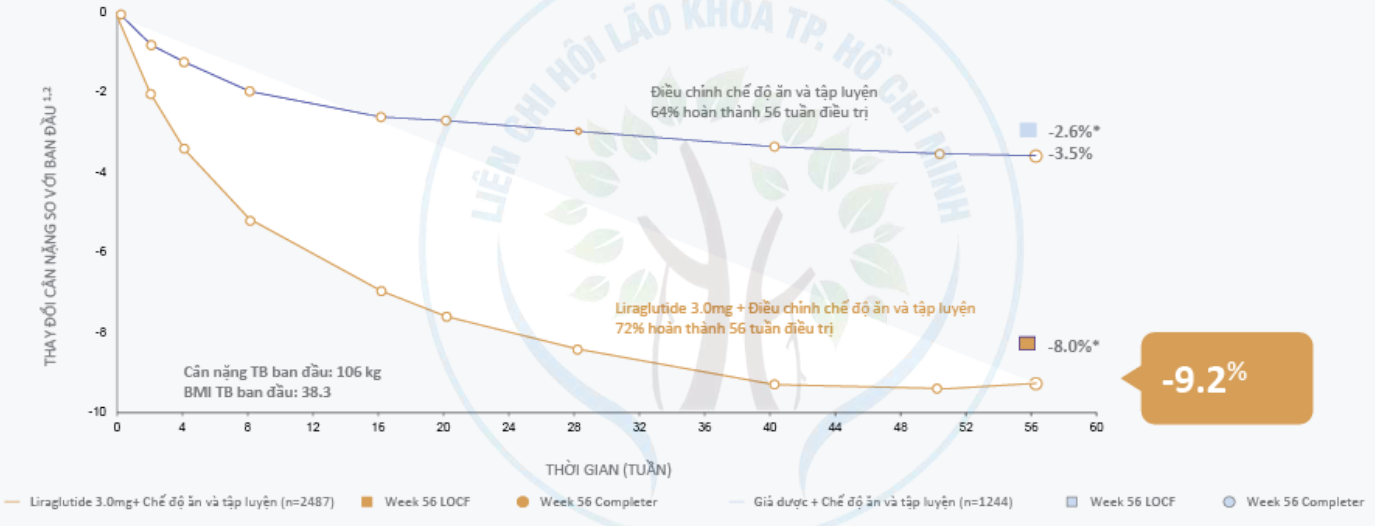
SCALE-IBT[6]
Kiểm soát cân nặng với liraglutide 3.0 mg như là một liệu pháp kết hợp với liệu pháp can thiệp hành vi tích cực
- Liraglutide 3.0 mg + IBT n=142
- Giả dược + IBT n=140

IBT: intensive behavioral therapy

1. Pi-Sunyer et al. N Engl J Med 2015;373:11–22; 2. Davies et al. JAMA 2015;314:687–99; 3. Wadden et al. Int J Obes (Lond) 2013;37:1443–51; 4. Blackman et al. Int J Obes (Lond). 2016;40:1310-9; 5. Garvey et al. Diabetes Care 2020; 43(5): 1085-1093; 6. Wadden et al. Obesity (Silver Spring) 2020; 28(3): 529-536

VN23SX00025

Kết quả SCALE: giảm cân lên đến 9.2% và Vòng eo giảm 8,2 cm ở bệnh nhân dùng Liraglutide 3.0[1]



Quan sát thấy giảm chu vi vòng eo trung bình là 8,2 cm ở nhóm bệnh nhân được điều trị bằng Liraglutide 3,0 mg so với 3,9 cm ở nhóm giả dược (P<0,001)[2]

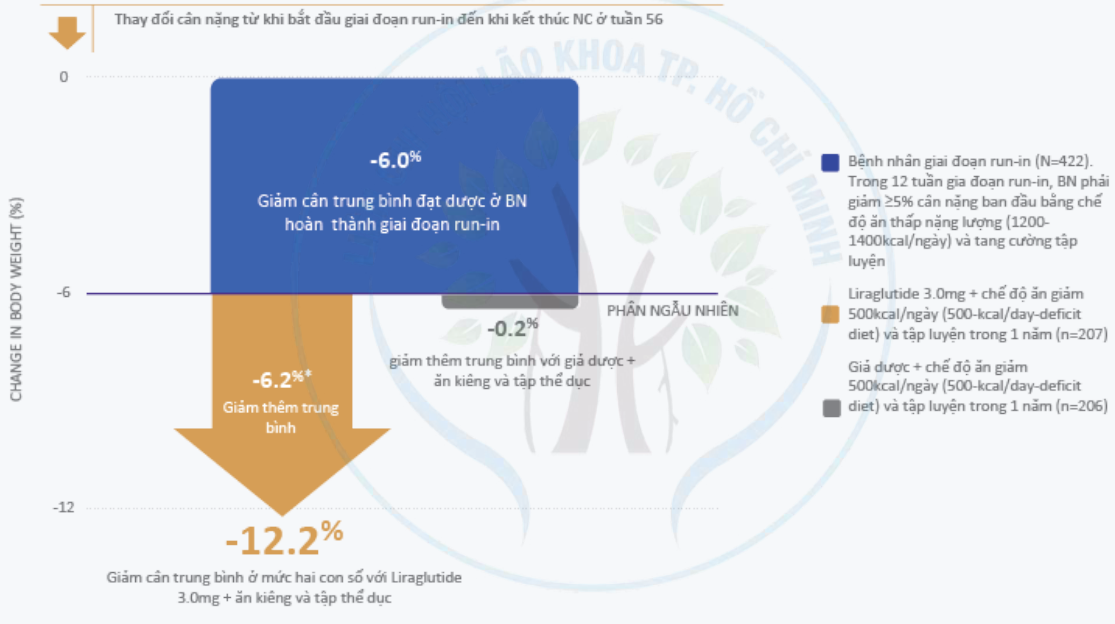
*LOCF: last observation carried forward

*Data are observed means from the SCALE[IM] Obesity and Pre-diabetes study of patients who were stratified by BMI and pre-diabetes status and randomised in a 2:1 ratio to receive once-daily Liraglutide 3.0mgor placebo.[2] *P<0.001.*

1. Liraglutide 3.0mg Data Sheet 2. Pi-Sunyer et al. N Engl J Med. 2015;373(1):11-22 and supplementary appendix. doi:10.1056/NEJMoa1411892.

VN23SX00025

Kết quả SCALE: Liraglutide 3.0mg có thể kết hợp với chế độ ăn Low Energy Diet (LED)[1] giúp giảm thêm 6.2% cân nặng



Data are observed means using LOCF. LOCF=last observation carried forward. *P<0.0001 vs placebo.[1]

1. Wadden *et al. Int J Obes (Lond).* 2013;3(11):1443-1451.

VN23SX00025

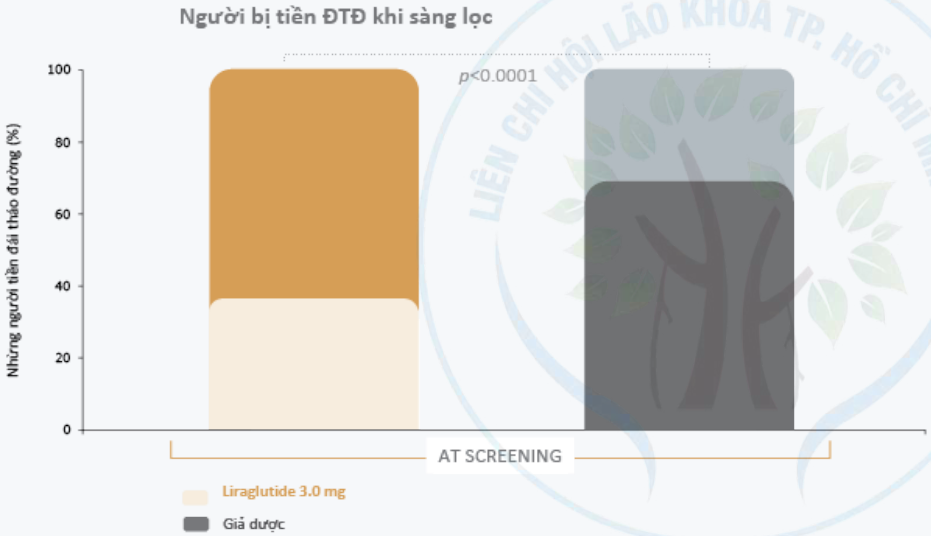
Kết quả SCALE: Những lợi ích có ý nghĩa lâm sàng khi điều trị với Liraglutide 3.0mg[1-4]

- Giảm đường huyết và nguy cơ tiến triển thành ĐTĐ típ 2[1-3]
- Giảm huyết áp và lipd máu[1-3]
- Giảm mức độ nặng của ngưng thở khi ngủ[1,4]
- Cải thiện chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe[1-3]

1. Liraglutide 3.0mgData Sheet 2. Pi-Sunyer X et al. N Engl J Med 2015;373:11–22. 3. le Roux et al. Lancet 2017;389:1399–409.
4. Blackman et al. Int J Obesity (Lond). 2016;40(8):1310-9

VN23SX00025

Kết quả SCALE: 69% bệnh nhân tiền đái tháo đường trở về đường huyết bình thường sau 1 năm[1]



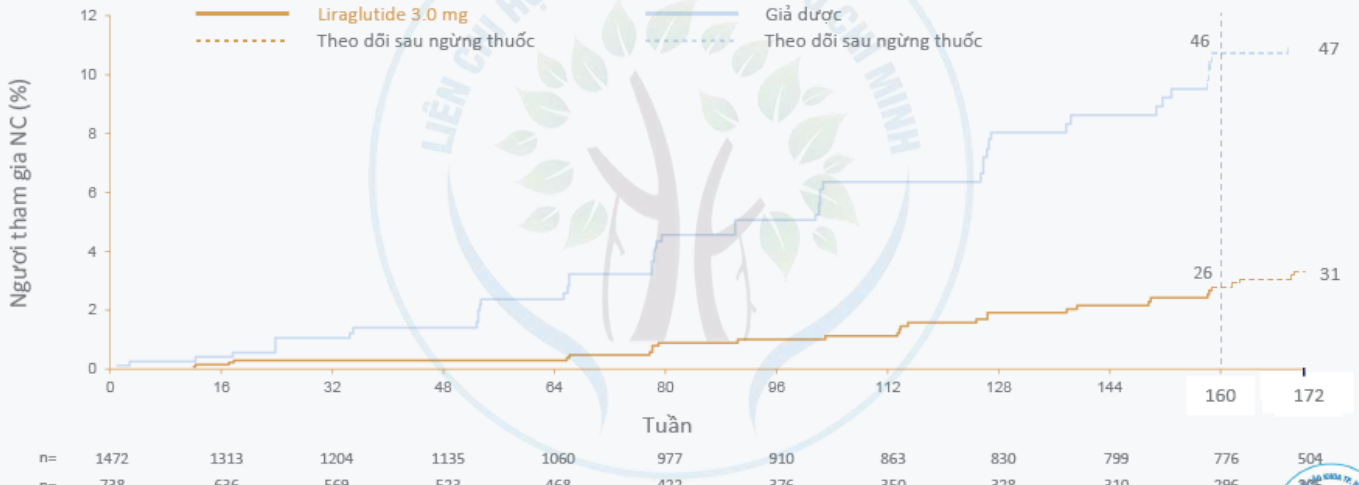
Đường huyết đói giảm 0.46 mmol/L ở nhóm sử dụng Liraglutide 3.0mg so với 0.01 mmol/L ở nhóm dùng giả dược (P<0.001)[1]

FAS LOCF. Graphs are observed proportions. Statistical analysis is logistic regression. In this analysis prediabetes includes subjects with transient and confirmed type 2 diabetes. EOR, estimated odds ratio; FAS, full analysis set; LOCF, last observation carried forward
Adopted from 1. Pi-Sunyer et al. N Engl J Med. 2015;373:11–22.

VN23SX00025

Kết quả SCALE: Những người tham gia được chẩn đoán mắc bệnh T2D theo thời gian

SCALE Béo phì và tiền đái tháo đường: tuần 0–172

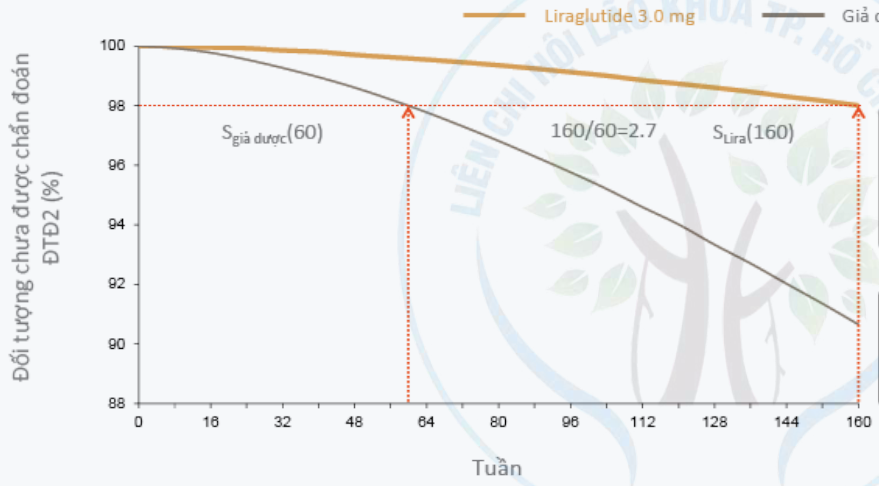


Full analysis set. Numbers in the figure correspond to the accumulated number of diagnosed participants
T2D, type 2 diabetes
1. le Roux et al. Lancet 2017;389:1399–409

VN23SX00025

Kết quả SCALE: Thời gian khởi phát ĐTĐ tip 2

Kéo dài thời gian khởi phát ĐTĐ2 với liraglutide 3.0 mg được hiểu như thế nào?



Nếu 2% dân số **giả dược** mắc ĐTĐ trong vòng **1 năm**, nhóm dân số **liraglutide 3.0 mg** sẽ trì hoãn đến **2.7 năm** để 2% mắc ĐTĐ

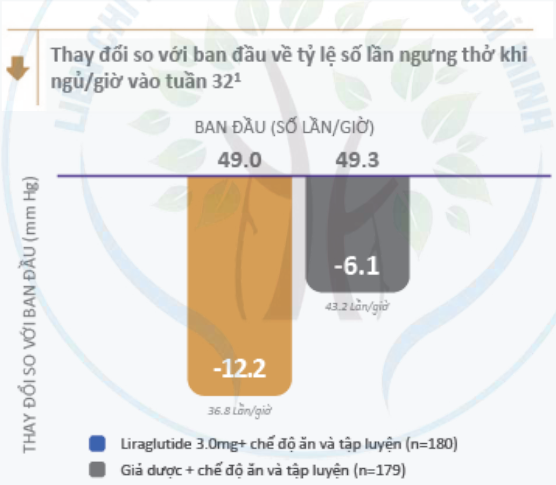
2.7 phải được diễn giải như **sự giảm nguy cơ khoảng 80%,** như đã thấy khi nhân tố kéo dài được chuyển thành **tỉ suất Hazard 0.21**

Bộ phận tích trọn. Thời điểm khởi phát ĐTĐ2 xuất hiện sau lần khám đánh giá đái tháo đường tiền nghiên cứu và lần đầu tiên tăng vượt của 2 xét nghiệm liên tiếp giống nhau của Hba1c, đường huyết đói hoặc dung nạp glucose. ĐTĐ2, đái tháo đường type 2
le Roux et al. Lancet 2017;389:1399–409

VN23SX00025

Kết quả SCALE: Liraglutide 3.0mg giảm 2 lần số lần ngưng thở khi ngủ mỗi giờ so với giả dược [1#]

Trong một nghiên cứu kéo dài 32 tuần trên 359 bệnh nhân có BMI ≥30 và mắc ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn ở mức độ trung bình hoặc nặng[1]



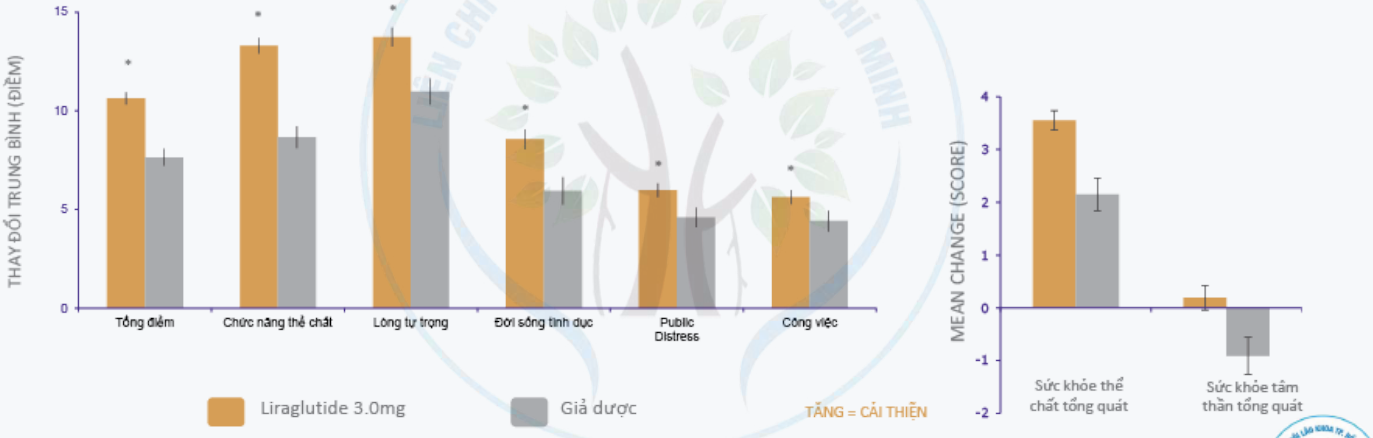
p=0.013. 95% CI: -11.0 to -1.2. Data are estimated means. AHI: apnoea-hypopnoea index. Apnoea is defined as loss of breath for >10 seconds.[1,3] Hypopnoea is defined as a decrease in blood oxygenation ≥4% from baseline.[1,3]

1. Blackman *et al. Int J Obesity (Lond).* 2016;40(8):1310-9 2. Park JG, Ramar K, Olsen EJ, *et al.* Updates on definition, consequences and management of obstructive sleep apnea. *Mayo Clin Proc* 2011; 86(6): 549–55.

VN23SX00025

Kết quả SCALE: Liraglutide 3.0mg cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân béo phì[1]

Bộ câu hỏi Chất lượng cuộc sống trong nghiên cứu SCALE™ béo phì và tiền đái tháo đường: 0–56 tuần[1]

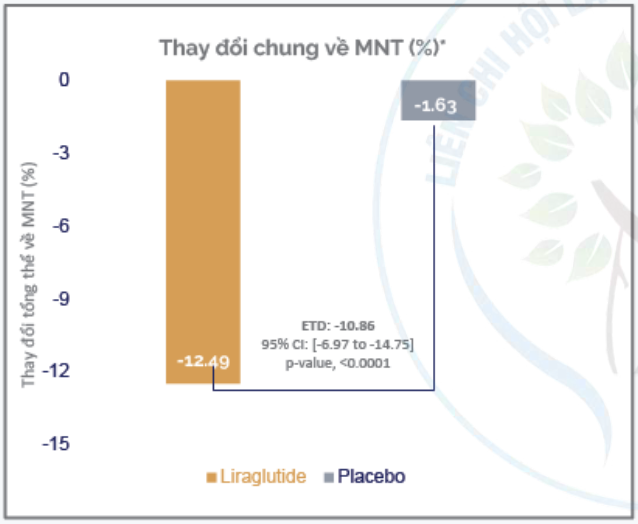


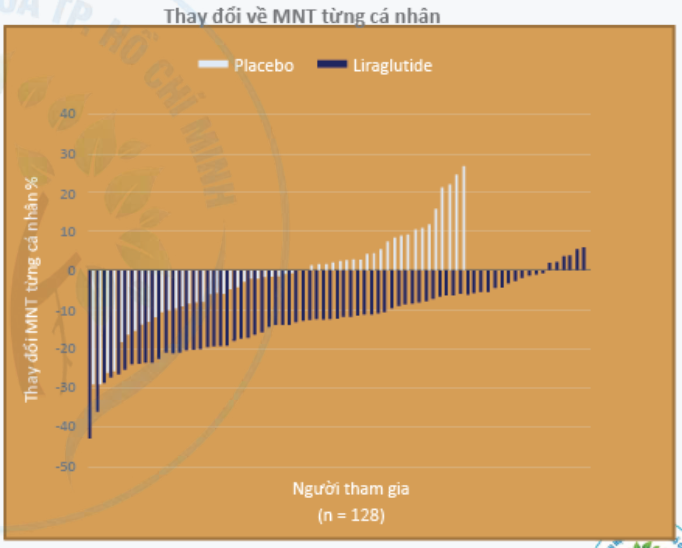
FAS LOCF. Bar graph is observed mean change from baseline. Statistical analysis is ANCOVA. *p<0.01; †p<0.05
ANCOVA, analysis of covariance; FAS, full analysis set; IWQOL-Lite, Impact of weight on quality of life-lite questionnaire; LOCF, last observation carried forward
1. Pi-Sunyer et al. N Engl J Med. 2015;373:11–22.

VN23SX00025

Liraglutide 3.0 mg: mô mỡ nội tạng

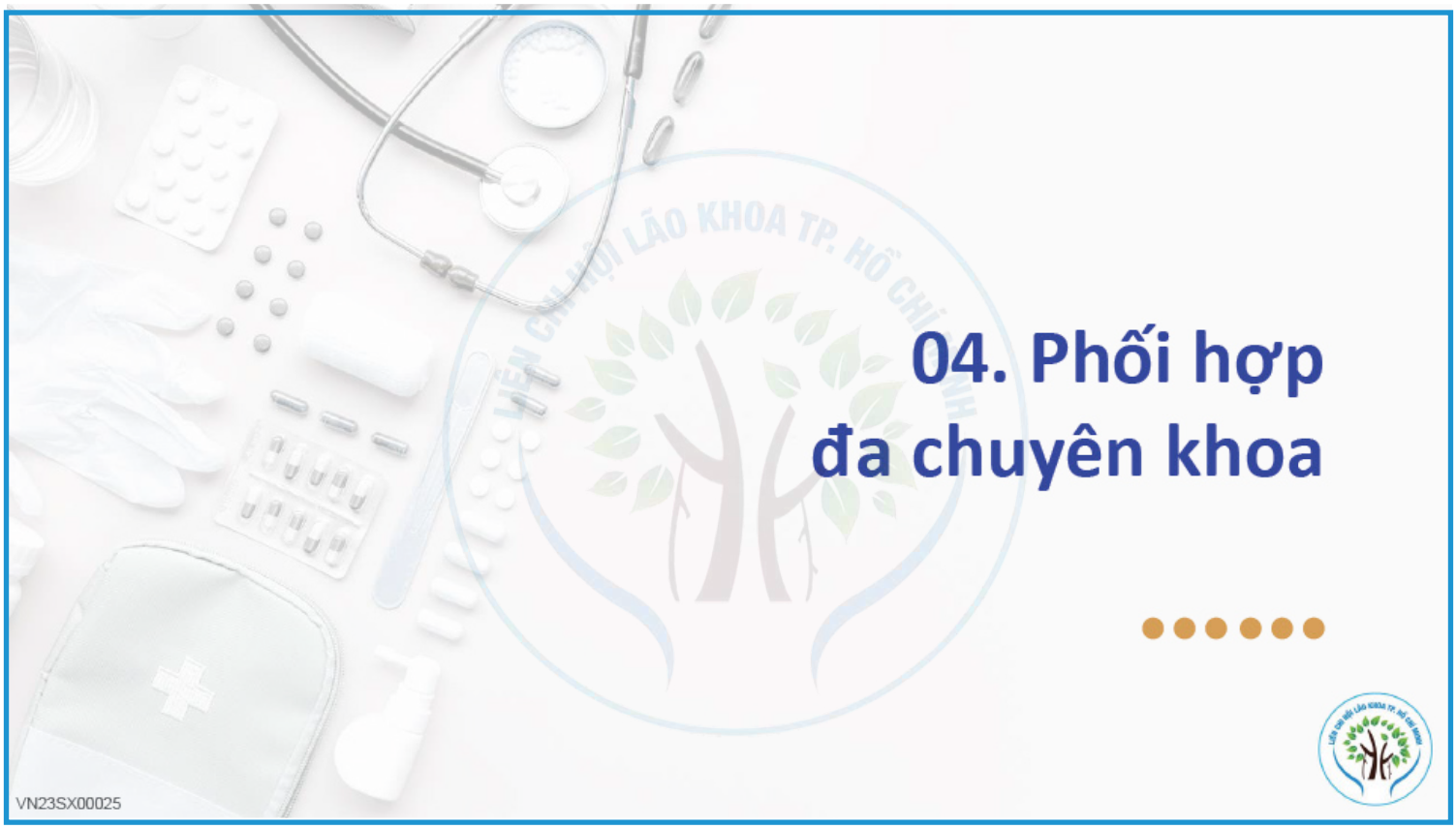
Thay đổi về mỡ nội tạng từ ban đầu đến khi kết thúc điều trị





MNT, Mỡ nội tạng;
Values are estimated means. Estimated treatment differences are calculated using analysis of covariance from the modified intention-to-treat (mITT) population without imputation
Neeland et al. The Lancet Diabetes & Endocrinology 2021; 9(9): 595-605

VN23SX00025



04. Phối hợp đa chuyên khoa

VN23SX00025

Phối hợp đa chuyên khoa là gì?

"Một nhóm bác sĩ thuộc các chuyên khoa khác nhau, gặp nhau tại một thời điểm nhất định (cùng một trung tâm, bằng video hoặc hội nghị từ xa) để thảo luận về một bệnh nhân nhất định.
Mỗi bác sĩ có thể đóng góp độc lập vào các quyết định chẩn đoán và điều trị"

Department of Health. Manual for Cancer Services. London; 2004

VN23SX00025

Vì sao chúng ta cần phối hợp đa chuyên khoa trong quản lý và điều trị béo phì?

Béo phì là một bệnh mạn tính phức tạp

Nhiều biến chứng có thể yêu cầu đánh giá hoặc điều trị bởi nhiều chuyên khoa
ví dụ: hô hấp, tâm lý học, chỉnh hình...

Điều trị nhiều vấn đề khác nhau

Chế độ ăn uống, y tế, phẫu thuật, vật lý trị liệu, huấn luyện viên thể chất, tâm lý học

Những vấn đề này có thể nằm ở những giai đoạn điều trị khác nhau

Bác sĩ luôn đóng vai trò quan trọng trong quản lý bệnh mạn tính

Hruby A, et al. Pharmacoeconomics. 2015;33(7):673-689

VN23SX00025

Phối hợp đa chuyên khoa trong điều trị béo phì

PHĐCK: Phối hợp đa chuyên khoa

Cochrane, et al. BMC Public Health. 2017; 17: 814; Foster, et al. 2017; 30(4): 244-24; Tsai, et al. Obesity (Silver Spring) 2010; 18(8): 1614-1618; Ronen Ben-Ami, et al. Journal of Antimicrobial Chemotherapy.2013; 68:3; 25–33; Apovian, et al. Obesity (Silver Spring) 2009; 17(5): 871-879

VN23SX00025

Kết luận

1. Béo phì là một bệnh mạn tính nghiêm trọng, cần can thiệp điều trị.
2. Nhiều hướng dẫn chẩn đoán và điều trị gần đây được ban hành, phù hợp hơn cho người Việt Nam.
3. Nhóm thuốc GLP-1 RA được Bộ Y Tế khuyến cáo trong điều trị béo phì với hiệu quả được chứng minh.
4. Phối hợp đa chuyên khoa là cần thiết để giúp người bệnh quản lý béo phì.

VN23SX00025