

Nghiên cứu tổng quan**BÉO PHÌ NGƯỜI LỚN: XU HƯỚNG DỊCH TỄ VÀ NHỮNG TIẾN BỘ TRONG CHẨN ĐOÁN - ĐIỀU TRỊ****Adult obesity: Epidemiological trends and advances in diagnosis and treatment**

**Lê Minh Tân<sup>1,\*</sup>, Nguyễn Anh Tuyên<sup>1</sup>, Lê Thị Hồng<sup>2</sup>, Nguyễn Trung Tín<sup>2</sup>, Trương Nguyễn Thoại Nhân<sup>3</sup>**

*<sup>1</sup>Khoa Nội Tổng Hợp, Đơn vị Tiêu Hóa - Nội Soi, Bệnh Viện Đa Khoa Hoàn Mỹ Đà Nẵng, TP. Đà Nẵng, Việt Nam; <sup>2</sup>Khoa Nội Tổng Hợp, Đơn vị Nội Tiết, Bệnh Viện Đa Khoa Hoàn Mỹ Đà Nẵng, TP. Đà Nẵng, Việt Nam; <sup>3</sup>Khoa Nhi, Bệnh Viện Đa Khoa Hoàn Mỹ Đà Nẵng, TP. Đà Nẵng, Việt Nam*

\*Tác giả liên hệ | Corresponding author: [drleminhtan@gmail.com](mailto:drleminhtan@gmail.com)

**TÓM TẮT**

Béo phì là bệnh mạn tính do nhiều yếu tố chi phối, liên quan đến rối loạn điều hòa năng lượng và sự tích tụ quá mức mô mỡ, đặc biệt là mỡ nội tạng. Tỷ lệ béo phì đang tăng nhanh trên toàn cầu và tại Việt Nam, kéo theo gánh nặng bệnh lý như đái tháo đường típ 2, tăng huyết áp, bệnh tim mạch và gan nhiễm mỡ. Chẩn đoán dựa trên chỉ số khối cơ thể, vòng bụng và phân tầng nguy cơ toàn diện, trong đó hệ thống Edmonton (EOSS) phản ánh chính xác hơn mức độ ảnh hưởng lên sức khỏe. Điều trị hiện nay dựa trên mô hình đa mô thức, bao gồm can thiệp hành vi, điều chỉnh dinh dưỡng, tăng hoạt động thể lực, thuốc tác động incretin có hiệu quả giảm cân mạnh, các kỹ thuật nội soi như bóng dạ dày và khâu tạo hình dạ dày qua nội soi, cùng phẫu thuật chuyển hóa cho các trường hợp nặng. Cách tiếp cận cá thể hóa và duy trì hỗ trợ lâu dài là chìa khóa giúp cải thiện sức khỏe chuyển hóa và đạt kết quả bền vững.

**Từ khóa:** béo phì; giảm cân; incretin; nội soi giảm béo; phẫu thuật giảm béo; hệ thống phân tầng Edmonton, EOSS.

**ABSTRACT**

Obesity is a chronic, multifactorial disease characterized by dysregulated energy balance and excessive adipose tissue accumulation, particularly visceral fat. Its prevalence continues to rise globally and in Vietnam, contributing to a growing burden of comorbidities such as type 2 diabetes, hypertension, cardiovascular disease, and nonalcoholic fatty liver disease. Diagnosis is based on body mass index (BMI), waist circumference, and comprehensive risk stratification, with the Edmonton Obesity Staging System (EOSS) providing a more accurate assessment of health impact than anthropometric measures alone. Current management follows a multimodal approach incorporating behavioral interventions, nutritional modification, increased physical activity, incretin-based pharmacotherapy with robust weight-loss efficacy, endoscopic bariatric procedures such as intragastric balloons and endoscopic sleeve gastropasty, and metabolic surgery for advanced cases. Personalized treatment strategies and sustained long-term support are essential to improve metabolic health and achieve durable outcomes.

**Keywords:** obesity; weight loss; incretin therapy; endoscopic bariatric procedures; metabolic and bariatric surgery; Edmonton Obesity Staging System, EOSS.

Received: 30/11/2025 |

Accepted: 18/03/2026 |

Published: 02/06/2026 |

©The authors. This **open-access** work is licensed under a [CC BY 4.0 License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Béo phì là một bệnh mạn tính phức tạp, đặc trưng bởi sự tích tụ quá mức mô mỡ trong cơ thể, dẫn đến nhiều hậu quả bất lợi cho sức khỏe và làm tăng nguy cơ tử vong do các bệnh không lây nhiễm. Trong hơn hai thập kỷ qua, tỷ lệ béo phì trên toàn cầu đã gia tăng với tốc độ đáng lo ngại và được xem là một trong những thách thức y tế công cộng nghiêm trọng nhất của thế kỷ 21.<sup>1</sup> Hiện nay, khoảng 42% người trưởng thành tại Hoa Kỳ mắc béo phì, và ước tính trên toàn thế giới có gần 800 triệu người bị ảnh hưởng.<sup>1</sup>

Tại Việt Nam, dù xuất phát điểm thấp hơn các nước phát triển, xu hướng gia tăng thừa cân - béo phì diễn ra nhanh chóng và đáng quan ngại. Theo số liệu của Bộ Y tế và Viện Dinh dưỡng Quốc gia, tỷ lệ thừa cân - béo phì ở người trưởng thành đã tăng từ 8,5% năm 2000 lên hơn 19% vào năm 2020; riêng tại các đô thị lớn, tỷ lệ này khoảng 20-26%.<sup>2</sup> Béo phì trung tâm cũng ngày càng phổ biến, với vòng bụng tăng cao được ghi nhận ở khoảng 23% nam giới và 31% phụ nữ trưởng thành, kéo theo sự gia tăng nhanh chóng của các bệnh lý chuyển hóa như đái tháo đường típ 2, tăng huyết áp và bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu.<sup>1-3</sup>

Xuất phát từ yêu cầu cấp thiết trong việc tối ưu hóa quản lý bệnh béo phì, bài tổng quan này nhằm cung cấp một phân tích toàn diện và cập nhật về béo phì ở người trưởng thành, bao gồm tình hình dịch tễ trên thế giới và tại Việt Nam, hệ thống chẩn đoán - phân tầng nguy cơ, cùng những tiến bộ trong điều trị từ can thiệp lối sống, dinh dưỡng, hoạt động thể lực đến điều trị thuốc, can thiệp nội soi và phẫu thuật chuyển

hóa.

Để tổng hợp các bằng chứng hiện có, chúng tôi tiến hành tìm kiếm các công bố khoa học liên quan đến béo phì ở người trưởng thành, xu hướng dịch tễ, chẩn đoán và các phương pháp điều trị hiện nay theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh béo phì của Bộ Y tế, và trên các cơ sở dữ liệu quốc tế như PubMed, Embase, Google Scholar, Cochrane Library cũng như các tài liệu hướng dẫn từ Tổ chức Y tế Thế giới (WHO). Thời gian tìm kiếm bao gồm các công bố từ năm 2000 đến năm 2025. Các từ khóa được sử dụng trong quá trình tìm kiếm bao gồm: “obesity”, “adult obesity”, “epidemiology”, “obesity diagnosis”, “obesity treatment”, “antiobesity medications”, “endoscopic bariatric therapy” và “metabolic and bariatric surgery”. Các bài báo tổng quan hệ thống, thử nghiệm lâm sàng, nghiên cứu quan sát quy mô lớn và các hướng dẫn lâm sàng có liên quan được ưu tiên lựa chọn nhằm đảm bảo tính cập nhật và giá trị thực hành lâm sàng của bài tổng quan.

## II. DỊCH TỄ HỌC

### 1. Xu hướng toàn cầu

Trong giai đoạn 1975 - 2014, tỷ lệ béo phì toàn cầu đã tăng gấp ba lần.<sup>1</sup> Dự báo cho thấy nếu không có các biện pháp can thiệp mạnh mẽ, vào năm 2030 hơn 50% người trưởng thành tại Hoa Kỳ có thể mắc béo phì.<sup>4</sup> Tình trạng béo phì phổ biến hơn ở các quốc gia thu nhập cao, song các nước thu nhập trung bình - trong đó có Việt Nam - đang chứng kiến tốc độ gia tăng nhanh đáng kể.

### 2. Tình hình tại Việt Nam

Trong khoảng 15 - 20 năm qua, Việt Nam chứng kiến sự gia tăng nhanh chóng tỷ lệ thừa cân - béo phì ở người trưởng thành trên phạm

vi cả nước. Theo thống kê của Bộ Y tế năm 2020, tỷ lệ thừa cân - béo phì ở người trưởng thành đã tăng từ 8,5% vào năm 2000 lên gần 20% vào năm 2020, phản ánh xu hướng tăng đáng kể chỉ trong hai thập kỷ.<sup>2</sup> Tại các đô thị lớn như Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh, tình trạng này còn rõ rệt hơn, với tỷ lệ béo phì dao động từ 20% đến 26% ở người trưởng thành.<sup>2</sup> Báo cáo của Viện Dinh dưỡng Quốc gia năm 2019 cho thấy nhóm tuổi 25 - 49 là đối tượng có tốc độ gia tăng nhanh nhất, phù hợp với bối cảnh thay đổi mô hình tiêu thụ dinh dưỡng, bao gồm tăng lượng chất béo và đồ uống có đường, đồng thời giảm mức độ hoạt động thể lực trong đời sống thường ngày.<sup>5</sup> Bên cạnh đó, tỷ lệ béo phì trung tâm cũng tăng lên đáng kể, với vòng bụng vượt ngưỡng nguy cơ chiếm khoảng 31% ở phụ nữ và 23% ở nam giới trưởng thành, góp phần làm gia tăng tỷ lệ mắc các bệnh chuyển hóa như đái tháo đường típ 2, tăng huyết áp và bệnh tim mạch.<sup>2,3</sup>

Những thay đổi nhanh chóng trong đô thị hóa, lối sống, điều kiện kinh tế - xã hội và hành vi tiêu thụ thực phẩm được xem là các yếu tố then chốt thúc đẩy sự gia tăng thừa cân - béo phì tại Việt Nam trong những năm gần đây.

### III. CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN TẦNG NGUY CƠ

#### 1. Chỉ số BMI và giới hạn áp dụng

Chỉ số khối cơ thể (Body mass index - BMI) là công cụ được sử dụng rộng rãi để sàng lọc thừa cân và béo phì nhờ tính đơn giản, dễ áp dụng. Ở người trưởng thành, BMI từ 25 đến 29,9 kg/m<sup>2</sup> thường được xem là thừa cân, trong khi giá trị từ 30 kg/m<sup>2</sup> trở lên phản ánh tình trạng béo phì. Tuy nhiên, khi áp dụng cho các quần thể châu Á - bao gồm Việt Nam - cần cân nhắc

điều chỉnh ngưỡng đánh giá do nguy cơ chuyển hóa xuất hiện ở mức BMI thấp hơn so với quần thể phương Tây. Dựa trên các khuyến nghị gần đây, BMI từ 23 kg/m<sup>2</sup> đã được coi là thừa cân và từ 25 - 27,5 kg/m<sup>2</sup> trở lên là ngưỡng gợi ý béo phì tùy theo mục tiêu đánh giá lâm sàng.<sup>6</sup> Những điều chỉnh này giúp phản ánh chính xác hơn nguy cơ bệnh lý chuyển hóa trong bối cảnh đặc điểm sinh học của người châu Á.

#### 2. Đánh giá béo phì trung tâm và nguy cơ chuyển hóa

Mặc dù BMI hữu ích trong phân loại tổng quát, nó không phản ánh sự phân bố mỡ cơ thể - yếu tố có ý nghĩa quan trọng trong đánh giá nguy cơ tim mạch và chuyển hóa. Béo phì trung tâm, đặc trưng bởi sự tích tụ mỡ quanh ổ bụng, được xem là chỉ dấu mạnh hơn về nguy cơ bệnh lý so với BMI đơn thuần. Vòng bụng vì vậy trở thành thước đo quan trọng trong thực hành lâm sàng. Theo tiêu chuẩn dành cho người châu Á do Liên đoàn Đái tháo đường Quốc tế (IDF) đề xuất, vòng bụng từ 90 cm trở lên ở nam giới và từ 80 cm trở lên ở nữ giới cho thấy nguy cơ cao hơn đối với các rối loạn chuyển hóa, bao gồm đề kháng insulin, tăng huyết áp và bệnh tim mạch.<sup>7</sup> Do đó, việc kết hợp vòng bụng với BMI giúp cải thiện đáng kể khả năng nhận diện các trường hợp nguy cơ cao.

#### 3. Hệ thống phân tầng Edmonton

Hệ thống phân tầng Edmonton (EOSS) được phát triển nhằm khắc phục hạn chế của BMI trong đánh giá mức độ nặng của béo phì. Thay vì chỉ dựa vào cân nặng, EOSS phân loại người bệnh dựa trên ba lĩnh vực chính: tình trạng chuyển hóa - thực thể, sức khỏe tâm thần - hành vi, và mức độ hạn chế chức năng.<sup>8</sup> Nhờ đó, EOSS phản ánh đúng gánh nặng bệnh lý

mà béo phì gây ra đối với cơ thể.

EOSS gồm năm mức độ từ 0 đến 4. Mức 0 chỉ tình trạng chưa có bất thường lâm sàng hay chuyển hóa. Mức 1 bao gồm các dấu hiệu sớm nhưng chưa đủ tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh lý. Mức 2 là khi đã có bệnh lý rõ rệt như tăng huyết áp, đái tháo đường hoặc rối loạn lipid. Ở mức 3, các biến chứng cơ quan đích bắt đầu xuất hiện, trong khi mức 4 phản ánh tình trạng bệnh tiến triển nặng, ảnh hưởng đáng kể đến khả năng hoạt động và chất lượng sống.<sup>8</sup>

Các nghiên cứu quan sát quy mô lớn cho thấy EOSS dự đoán tử vong và biến cố tim mạch hiệu quả hơn BMI hoặc các chỉ số nhân trắc khác.<sup>9</sup> Những người có BMI cao nhưng chỉ ở mức EOSS 0–1 có nguy cơ tử vong không tăng đáng kể, trái ngược với nhóm mức 2–4 vốn có nguy cơ tử vong và biến chứng tim mạch cao hơn, dù BMI có thể thấp hơn.<sup>9</sup> Điều này nhấn mạnh rằng mức độ ảnh hưởng lâm sàng, chứ

không chỉ trọng lượng, mới là yếu tố quyết định nguy cơ.<sup>9</sup>

Trong thực hành, EOSS giúp định hướng chiến lược điều trị phù hợp: các mức thấp ưu tiên thay đổi lối sống và điều trị nội khoa, trong khi các mức cao hơn có thể cần tiếp cận tích cực như thuốc tác động incretin, can thiệp nội soi hoặc phẫu thuật chuyển hóa. Nhờ khả năng đánh giá toàn diện, EOSS ngày càng được xem như công cụ quan trọng trong quản lý béo phì mang tính cá thể hóa.

#### IV. CHIẾN LƯỢC ĐIỀU TRỊ BÉO PHÌ

Điều trị béo phì đòi hỏi cách tiếp cận lâu dài và đa mô thức, trong đó các can thiệp hành vi, dinh dưỡng, hoạt động thể lực, điều trị thuốc, can thiệp nội soi và phẫu thuật đóng vai trò bổ trợ lẫn nhau. Bảng 1 tóm tắt các đặc điểm chính của các nhóm điều trị này.

**Bảng 1:** So sánh các phương pháp điều trị béo phì

Phương pháp	Chỉ định chính	Mức giảm cân trung bình	Ưu điểm	Hạn chế
<b>Thay đổi lối sống</b> (ăn kiêng, tăng vận động, điều chỉnh hành vi)	BMI ≥ 23 kg/m <sup>2</sup> (theo tiêu chuẩn châu Á)	3 - 7%	An toàn, chi phí thấp, áp dụng cho tất cả bệnh nhân	Khó duy trì lâu dài, hiệu quả hạn chế
<b>Điều trị bằng thuốc</b>	BMI ≥ 25 kg/m <sup>2</sup> hoặc ≥ 23 kg/m <sup>2</sup> kèm bệnh lý chuyển hóa	5 - 15% tùy thuốc	Không xâm lấn, hỗ trợ giảm cân tốt hơn lối sống đơn thuần	Chi phí cao (đặc biệt incretin), cần dùng kéo dài
<b>Nội soi giảm béo</b> (đặt bóng dạ dày, ESG)	BMI 27–40 kg/m <sup>2</sup> hoặc thất bại với điều trị nội khoa	10 - 20%	Ít xâm lấn hơn phẫu thuật, hồi phục nhanh	Hiệu quả dài hạn còn hạn chế dữ liệu
<b>Phẫu thuật</b>	BMI ≥ 35 kg/m <sup>2</sup> hoặc ≥ 30 kg/m <sup>2</sup> kèm bệnh lý	25 - 35%	Hiệu quả giảm cân và cải thiện bệnh chuyển hóa cao nhất	Xâm lấn, nguy cơ biến chứng phẫu thuật

## 1. Mục tiêu điều trị

Mục tiêu điều trị béo phì không chỉ dừng lại ở việc giảm cân đơn thuần, mà hướng đến cải thiện toàn diện sức khỏe chuyển hóa và giảm nguy cơ biến chứng lâu dài. Theo quan điểm hiện đại, can thiệp điều trị cần tập trung vào ba mục tiêu chính.<sup>2,10,11</sup>

+ Giảm khối lượng mỡ cơ thể đến mức có lợi cho sức khỏe;

+ Cải thiện các rối loạn đi kèm như tăng huyết áp, đái tháo đường típ 2, rối loạn lipid máu, gan nhiễm mỡ và hội chứng ngưng thở khi ngủ;

+ Duy trì giảm cân bền vững thông qua thay đổi hành vi và tối ưu hóa các yếu tố lối sống.

Trong thực hành, mức giảm 5–10% cân nặng ban đầu đã được chứng minh mang lại lợi ích lâm sàng rõ rệt, bao gồm hạ huyết áp, giảm kháng insulin, cải thiện hồ sơ lipid máu và giảm nguy cơ bệnh tim mạch.<sup>12</sup> Với những bệnh nhân mắc béo phì mức độ nặng hoặc có biến chứng chuyển hóa, mục tiêu có thể cao hơn (10 - 15% hoặc hơn), tùy thuộc vào mức độ bệnh, khả năng đáp ứng và phương pháp điều trị.<sup>2,3,10</sup> Ngoài ra, việc phòng ngừa tăng cân trở lại và nâng cao chất lượng cuộc sống là một phần quan trọng của chiến lược quản lý lâu dài.

Mục tiêu điều trị cần được cá thể hóa dựa trên hệ thống phân tầng nguy cơ như EOSS, tình trạng sức khỏe nền, động lực của bệnh nhân và khả năng tiếp cận các phương thức điều trị khác nhau. Cách tiếp cận này giúp đảm bảo việc điều trị béo phì là an toàn, thực tế và mang tính bền vững.

## 2. Can thiệp hành vi

Can thiệp hành vi là nền tảng của mọi chương trình điều trị béo phì. Các chương trình

hỗ trợ chuyên sâu, thường bao gồm tối thiểu 14 buổi trong vòng sáu tháng, được chứng minh mang lại hiệu quả rõ rệt. Nội dung xuyên suốt của các chương trình này là thay đổi thói quen ăn uống, tăng nhận thức về hành vi, xây dựng kỹ năng tự theo dõi khẩu phần, mức độ hoạt động và cân nặng. Khi được áp dụng đầy đủ, các can thiệp hành vi có thể giúp giảm khoảng 5 - 10% cân nặng và đi kèm với cải thiện về huyết áp, đường huyết và hồ sơ lipid máu.<sup>2,10,11</sup> Tuy nhiên, mức độ đáp ứng phụ thuộc đáng kể vào sự tuân thủ và hỗ trợ lâu dài của hệ thống chăm sóc sức khỏe.

## 3. Dinh dưỡng

Chiến lược dinh dưỡng có vai trò quyết định trong giảm cân và duy trì cân nặng. Các khuyến nghị hiện nay tập trung vào giảm năng lượng nạp vào khoảng 500 - 750 kcal mỗi ngày, hạn chế thực phẩm chế biến sẵn và tăng lượng protein và chất xơ trong khẩu phần.<sup>2,10,11</sup> Nhiều mô hình dinh dưỡng đã cho thấy hiệu quả trong các thử nghiệm lâm sàng, bao gồm chế độ ăn giảm năng lượng tổng thể, chế độ ăn kiểu Địa Trung Hải và các chương trình thay thế bữa ăn. Mặc dù thành phần dinh dưỡng cụ thể có thể thay đổi, điểm chung của các mô hình hiệu quả là giảm mật độ năng lượng và tăng thực phẩm toàn phần ít qua chế biến.

## 4. Hoạt động thể lực

Hoạt động thể lực đóng vai trò hỗ trợ quan trọng, đặc biệt trong giai đoạn duy trì cân nặng sau giảm cân. Các hướng dẫn hiện nay khuyến nghị tập luyện aerobic từ 150 đến 300 phút mỗi tuần kết hợp với các bài tập tăng sức mạnh cơ tối thiểu hai buổi mỗi tuần.<sup>2,10,11</sup> Mặc dù hoạt động thể lực có thể chỉ tạo ra mức giảm cân khiêm tốn nếu đứng riêng lẻ, nó giúp duy trì khối

cơ, cải thiện chuyển hóa và hạn chế tăng cân trở lại, do đó luôn được xem là thành phần cốt lõi của phác đồ điều trị.

**5. Thuốc điều trị**

Điều trị bằng thuốc được xem xét khi các biện pháp lối sống đơn thuần không đạt hiệu quả mong muốn. Thuốc được chỉ định chủ yếu cho những người có BMI ≥ 30 kg/m<sup>2</sup> hoặc BMI ≥ 27 kg/m<sup>2</sup> kèm theo bệnh lý liên quan. Trong những năm gần đây, nhóm thuốc tác động lên

trục incretin-đặc biệt là các chất chủ vận GLP-1 và GIP/GLP-1 - đã mang lại bước tiến đáng kể trong điều trị béo phì.<sup>13</sup> Semaglutide liều 2,4 mg và tirzepatide cho thấy khả năng giảm cân vượt trội, lần lượt đạt khoảng 12 - 16% và 15 - 21% trong các nghiên cứu lâm sàng.<sup>13</sup> Các thuốc khác như phentermine-topiramate, naltrexone-bupropion và orlistat cũng được sử dụng nhưng cho mức giảm cân khiêm tốn hơn (Bảng 2).<sup>13-17</sup>

**Bảng 2:** Thuốc điều trị béo phì và hiệu quả giảm cân

Thuốc	Cơ chế tác dụng	Đường dùng/Tần suất	Mức giảm cân trung bình
Semaglutide 2,4 mg <sup>12</sup>	Chủ vận GLP-1	Tiêm dưới da, 1 lần/tuần	12 - 16%
Tirzepatide <sup>13</sup>	Đồng chủ vận GIP/GLP-1	Tiêm dưới da, 1 lần/tuần	15 - 21%
Phentermine-topiramate <sup>14</sup>	Tăng cảm giác no, giảm thèm ăn	Uống, 1 lần/ngày	6 - 11%
Naltrexone-bupropion <sup>15</sup>	Tác động trung tâm điều hòa ăn uống	Uống, 2 lần/ngày	~6%
Orlistat <sup>16</sup>	Ức chế lipase ruột	Uống, 3 lần/ngày cùng bữa ăn	3 - 5%

Mặc dù các thuốc tác động lên trục incretin mang lại hiệu quả giảm cân vượt trội, việc áp dụng rộng rãi trong thực hành lâm sàng vẫn đối mặt với một số hạn chế. Trước hết, chi phí điều trị tương đối cao và việc tiếp cận thuốc còn hạn chế tại nhiều quốc gia có thu nhập trung bình, trong đó có Việt Nam. Bên cạnh đó, các thuốc này thường cần sử dụng kéo dài để duy trì hiệu quả giảm cân, điều này có thể làm tăng gánh nặng chi phí và ảnh hưởng đến khả năng tuân thủ điều trị. Một số tác dụng phụ đường tiêu hóa như buồn nôn, nôn, đầy bụng hoặc tiêu chảy cũng được ghi nhận, đặc biệt trong giai đoạn đầu điều trị, mặc dù đa số ở mức độ nhẹ và có

xu hướng giảm dần theo thời gian. Vì vậy, việc lựa chọn bệnh nhân phù hợp và theo dõi trong quá trình điều trị là yếu tố quan trọng để tối ưu hóa hiệu quả và tính an toàn của nhóm thuốc này.

**6. Can thiệp nội soi trong điều trị béo phì**

Can thiệp nội soi là nhóm phương pháp ít xâm lấn, nằm giữa điều trị nội khoa và phẫu thuật, được phát triển nhằm đáp ứng nhu cầu của những bệnh nhân chưa đạt mục tiêu giảm cân với thay đổi lối sống hoặc thuốc, nhưng cũng chưa đủ tiêu chuẩn hoặc chưa sẵn sàng cho phẫu thuật chuyển hóa. Trong thập kỷ gần đây, các kỹ thuật nội soi giảm béo đã có nhiều

tiến bộ, mang lại mức giảm cân đáng kể và tính an toàn tương đối cao.

### **Đặt bóng dạ dày**

Đặt bóng dạ dày qua nội soi là phương pháp đã được sử dụng rộng rãi, dựa trên nguyên lý làm giảm thể tích dạ dày và tạo cảm giác no sớm. Sau khi đưa vào dạ dày, bóng được bơm nước hoặc khí đến dung tích 400 - 700 mL và lưu lại trong 6 tháng.<sup>18</sup> Nhiều nghiên cứu cho thấy đặt bóng dạ dày mang lại mức giảm khoảng 10% cân nặng so với ban đầu và cải thiện các chỉ số chuyển hóa như đường huyết và lipid.<sup>19</sup>

Tuy nhiên, hiệu quả giảm cân phụ thuộc chặt chẽ vào khả năng tuân thủ chế độ dinh dưỡng và thay đổi lối sống trong thời gian đặt bóng. Một số tác dụng phụ thường gặp bao gồm buồn nôn, nôn và khó chịu vùng thượng vị trong những ngày đầu, nhưng đa số được kiểm soát bằng điều trị triệu chứng.<sup>18,19</sup>

### **Khâu tạo hình dạ dày qua nội soi (Endoscopic Sleeve Gastroplasty - ESG)**

ESG là phương pháp nội soi tiên tiến hơn, sử dụng hệ thống khâu xuyên thành để tạo hình dạ dày thành dạng ống tương tự phẫu thuật tạo hình làm nhỏ dạ dày (sleeve gastrectomy) nhưng không cắt bỏ mô. Các nếp khâu làm giảm đáng kể dung tích dạ dày, đồng thời làm chậm quá trình làm rỗng dạ dày, từ đó hỗ trợ kiểm soát lượng ăn vào và cải thiện cảm giác no.<sup>20</sup>

Các dữ liệu nghiên cứu gần đây cho thấy ESG mang lại mức giảm cân cao hơn so với đặt bóng dạ dày, với giảm khoảng 14% trọng lượng sau một năm và có thể đạt 15 - 20% ở những bệnh nhân có tuân thủ tốt chương trình thay đổi hành vi.<sup>20</sup> ESG cũng chứng minh hiệu quả cải

thiện đường huyết, huyết áp và chỉ số kháng insulin, do đó được xem là một lựa chọn có tiềm năng cho người béo phì có rối loạn chuyển hóa.

Ưu điểm của ESG là khả năng hồi phục nhanh, thời gian nằm viện ngắn, và tỷ lệ biến chứng thấp. Các biến chứng hiếm gặp như viêm phúc mạc hoặc thủng ống tiêu hóa đã được báo cáo nhưng xảy ra với tỷ lệ rất thấp khi thủ thuật được thực hiện bởi chuyên gia được đào tạo bài bản.

Trong thực hành lâm sàng, việc lựa chọn giữa đặt bóng dạ dày và ESG cần dựa trên nhiều yếu tố, bao gồm mức độ béo phì, mục tiêu giảm cân và khả năng tuân thủ của người bệnh. Đặt bóng dạ dày thường phù hợp với những bệnh nhân có BMI khoảng 27 - 35 kg/m<sup>2</sup> và mong muốn một biện pháp tạm thời, ít xâm lấn. Trong khi đó, ESG thường được cân nhắc ở bệnh nhân có BMI từ 30 - 40 kg/m<sup>2</sup> hoặc những trường hợp cần mức giảm cân lớn hơn và hiệu quả kéo dài hơn. Việc lựa chọn phương pháp cần được thực hiện sau khi đánh giá toàn diện và tư vấn đầy đủ cho người bệnh.

### **Vai trò của nội soi can thiệp trong chiến lược điều trị béo phì**

So với điều trị nội khoa, các can thiệp nội soi mang lại mức giảm cân lớn hơn và bền vững hơn trong trung hạn (6 - 24 tháng). Tuy nhiên, so với phẫu thuật, mức giảm cân của nội soi vẫn thấp hơn và đòi hỏi sự phối hợp chặt chẽ với chương trình dinh dưỡng - hành vi để duy trì hiệu quả lâu dài. Trong bối cảnh điều trị béo phì theo từng mức độ nặng, can thiệp nội soi là lựa chọn lý tưởng cho<sup>3,10,18</sup>:

- + Bệnh nhân có BMI khoảng 30 - 40 kg/m<sup>2</sup>,
- + Không đạt được mục tiêu giảm cân với phương pháp nội khoa,

+ Hoặc không muốn hoặc chưa đủ điều kiện phẫu thuật.

Do tính chất ít xâm lấn, tính linh hoạt và khả năng lặp lại, ESG và bóng dạ dày được kỳ vọng sẽ đóng vai trò ngày càng quan trọng trong quản lý béo phì, đặc biệt tại các quốc gia đang phát triển - nơi nhu cầu điều trị tăng nhanh nhưng khả năng tiếp cận phẫu thuật còn hạn chế.

Tại Việt Nam, các kỹ thuật nội soi giảm béo đang bắt đầu được triển khai tại một số trung tâm nội soi chuyên sâu. Với ưu điểm ít xâm lấn, thời gian hồi phục nhanh và khả năng thực hiện qua nội soi tiêu hóa, các phương pháp này được xem là lựa chọn tiềm năng cho nhóm bệnh nhân chưa đủ chỉ định phẫu thuật hoặc chưa sẵn sàng cho phẫu thuật chuyển hóa. Tuy nhiên, kinh nghiệm triển khai và dữ liệu theo dõi dài hạn tại Việt Nam hiện vẫn còn hạn chế, do đó cần có thêm các nghiên cứu đánh giá hiệu quả và tính an toàn của các phương pháp này trong điều kiện thực hành trong nước.

### 7. Phẫu thuật điều trị béo phì

Phẫu thuật được xem là biện pháp có hiệu quả mạnh nhất và lâu dài nhất trong điều trị béo phì, đặc biệt ở những người có BMI  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup> hoặc BMI từ 30-34,9 kg/m<sup>2</sup> kèm biến chứng chuyển hóa đáng kể.<sup>21</sup> Hai thủ thuật phổ biến nhất hiện nay là cắt dạ dày hình ống và phẫu thuật nối tắt dạ dày kiểu Roux-en-Y.<sup>3,10</sup> Cắt dạ dày hình ống có thể giúp giảm khoảng 25% cân nặng, trong khi phẫu thuật nối tắt dạ dày đạt mức giảm khoảng 30%.<sup>21,22</sup> Ngoài giảm cân, phẫu thuật còn cải thiện đáng kể các bệnh lý đi kèm như đái tháo đường típ 2, tăng huyết áp và rối loạn lipid máu, với hiệu quả duy trì trên mười năm ở nhiều bệnh nhân.

### 8. Duy trì cân nặng sau giảm cân

Duy trì cân nặng sau giai đoạn giảm cân là một thách thức lớn trong quản lý béo phì. Nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tái tăng cân khá cao nếu không có các chiến lược hỗ trợ lâu dài. Hoạt động thể lực đóng vai trò quan trọng, với khuyến nghị tối thiểu 200 - 300 phút aerobic mỗi tuần để duy trì thành quả giảm cân.<sup>2,3,10</sup> Bên cạnh đó, theo dõi định kỳ kết hợp tư vấn hành vi lâu dài giúp người bệnh duy trì thói quen lành mạnh và xử lý kịp thời các yếu tố gây tăng cân trở lại. Việc tiếp tục điều trị thuốc, đặc biệt ở những bệnh nhân có đáp ứng tốt ban đầu, cũng được xem là giải pháp hiệu quả nhằm giảm nguy cơ tái phát. Một chế độ ăn ổn định, hạn chế dao động năng lượng quá lớn, là yếu tố không thể thiếu để duy trì kết quả lâu dài.

## V. KẾT LUẬN

Béo phì là một bệnh mạn tính với cơ chế phức tạp, liên quan mật thiết đến di truyền, yếu tố nội tiết - chuyển hóa và môi trường sống. Tại Việt Nam, tốc độ gia tăng thừa cân - béo phì trong hai thập kỷ qua đặt ra thách thức lớn cho hệ thống y tế, đặc biệt trong bối cảnh gia tăng các bệnh không lây nhiễm như đái tháo đường, tăng huyết áp và bệnh tim mạch.

Việc quản lý béo phì cần tiếp cận đa mô hình, cá thể hóa theo đặc điểm người bệnh, kết hợp thay đổi lối sống, dinh dưỡng, hoạt động thể lực, điều trị thuốc, can thiệp nội soi và phẫu thuật khi cần thiết. Các thuốc mới thuộc nhóm GLP-1 và GIP/GLP-1 đánh dấu bước tiến đáng kể, mở ra cơ hội cải thiện lâu dài tình trạng béo phì và các biến chứng liên quan.

Trong tương lai, cần có thêm các nghiên cứu theo dõi dài hạn nhằm đánh giá hiệu quả và tính an toàn của các phương pháp điều trị mới như

thuốc tác động incretin và các kỹ thuật nội soi giảm béo trong bối cảnh Việt Nam. Đồng thời, việc xây dựng mô hình quản lý béo phì theo hướng đa chuyên ngành, với sự phối hợp giữa bác sĩ lâm sàng, chuyên gia dinh dưỡng, tâm lý học và phục hồi chức năng, được xem là yếu tố then chốt để đạt được hiệu quả điều trị bền vững.

## TUYÊN BỐ CỦA TÁC GIẢ

### Đạo đức nghiên cứu:

Nghiên cứu tổng quan lý thuyết, không thuộc đối tượng cần phê duyệt đạo đức nghiên cứu.

### Nguồn tài trợ:

Không có nguồn tài trợ.

### Xung đột lợi ích:

Các tác giả cam kết không có xung đột lợi ích.

### Công bố trước đó:

Không.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Brauer M, Roth GA, Aravkin AY, et al. Global burden and strength of evidence for 88 risk factors in 204 countries and 811 subnational locations, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet*. 2024;403(10440):2162-2203. [DOI:10.1016/s0140-6736\(24\)00933-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(24)00933-4).
2. Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh béo phì. *Hà Nội: Bộ Y tế*. 2022; Ban hành kèm theo Quyết định số 2892/QĐ-BYT ngày 22 tháng 10 năm 2022 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
3. Elmaleh-Sachs A, Schwartz JL, Bramante CT, Nicklas JM, Gudzone KA, Jay M. Obesity Management in Adults. *JAMA*. 2023;330(20):2000. [DOI:10.1001/jama.2023.19897](https://doi.org/10.1001/jama.2023.19897).

4. Abarca-Gómez L, Abdeen ZA, Hamid ZA, et al. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. *The Lancet*. 2017;390(10113):2627-2642. [DOI:10.1016/s0140-6736\(17\)32129-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(17)32129-3).
5. Viện Dinh Dưỡng. Báo Cáo Tóm Tắt Tổng Điều Tra Dinh Dưỡng Toàn Quốc Năm 2019-2020. 2021.
6. WHO Expert Consultation. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *The Lancet*. 2004;363(9403):157-163. [DOI:10.1016/s0140-6736\(03\)15268-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(03)15268-3).
7. Ceriello A, Colagiuri S. IDF global clinical practice recommendations for managing type 2 diabetes – 2025. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2025;222:112152. [DOI:10.1016/j.diabres.2025.112152](https://doi.org/10.1016/j.diabres.2025.112152).
8. Sharma AM, Kushner RF. A proposed clinical staging system for obesity. *International Journal of Obesity*. 2009;33(3):289-295. [DOI:10.1038/ijo.2009.2](https://doi.org/10.1038/ijo.2009.2).
9. Padwal RS, Pajewski NM, Allison DB, Sharma AM. Using the Edmonton obesity staging system to predict mortality in a population-representative cohort of people with overweight and obesity. *Canadian Medical Association Journal*. 2011;183(14):E1059-E1066. [DOI:10.1503/cmaj.110387](https://doi.org/10.1503/cmaj.110387).
10. VA/DoD Clinical Practice Guideline Working Group. VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Adult Overweight and Obesity. *VA/DOD Clinical Practice Guidelines*. 2025.

11. Yurista SR, Eder RA, Feeley M, Kodur N, Tang WHW, Nguyen CT. A Closer Look at ACC/AHA and ESC Guidelines for Managing Obesity and Overweight in Adults. *JACC: Advances*. 2023;2(7):100570. [DOI:10.1016/j.jacadv.2023.100570](https://doi.org/10.1016/j.jacadv.2023.100570).
12. Ryan DH, Yockey SR. Weight Loss and Improvement in Comorbidity: Differences at 5%, 10%, 15%, and Over. *Current Obesity Reports*. 2017;6(2):187-194. [DOI:10.1007/s13679-017-0262-y](https://doi.org/10.1007/s13679-017-0262-y).
13. Wilding JPH, Batterham RL, Calanna S, et al. Once-Weekly Semaglutide in Adults with Overweight or Obesity. *New England Journal of Medicine*. 2021;384(11):989-1002. [DOI:10.1056/nejmoa2032183](https://doi.org/10.1056/nejmoa2032183).
14. Jastreboff AM, Aronne LJ, Ahmad NN, et al. Tirzepatide Once Weekly for the Treatment of Obesity. *New England Journal of Medicine*. 2022;387(3):205-216. [DOI:10.1056/nejmoa2206038](https://doi.org/10.1056/nejmoa2206038).
15. Gadde KM, Allison DB, Ryan DH, et al. Effects of low-dose, controlled-release, phentermine plus topiramate combination on weight and associated comorbidities in overweight and obese adults (CONQUER): a randomised, placebo-controlled, phase 3 trial. *The Lancet*. 2011;377(9774):1341-1352. [DOI:10.1016/s0140-6736\(11\)60205-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(11)60205-5).
16. Greenway FL, Fujioka K, Plodkowski RA, et al. Effect of naltrexone plus bupropion on weight loss in overweight and obese adults (COR-I): a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. *The Lancet*. 2010;376(9741):595-605. [DOI:10.1016/s0140-6736\(10\)60888-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(10)60888-4).
17. Davidson MH, Hauptman J, Digirolamo M, et al. Weight Control and Risk Factor Reduction in Obese Subjects Treated for 2 Years With Orlistat. *JAMA*. 1999;281(3):235. [DOI:10.1001/jama.281.3.235](https://doi.org/10.1001/jama.281.3.235).
18. Sullivan S. Endoscopy in the Management of Obesity. *Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America*. 2013;23(1):165-175. [DOI:10.1016/j.giec.2012.10.009](https://doi.org/10.1016/j.giec.2012.10.009).
19. Courcoulas A, Abu Dayyeh BK, Eaton L, et al. Intra-gastric balloon as an adjunct to lifestyle intervention: a randomized controlled trial. *International Journal of Obesity*. 2017;41(3):427-433. [DOI:10.1038/ijo.2016.229](https://doi.org/10.1038/ijo.2016.229).
20. Lopez-Nava G, Sharaiha RZ, Vargas EJ, et al. Endoscopic Sleeve Gastroplasty for Obesity: a Multicenter Study of 248 Patients with 24 Months Follow-Up. *OBES SURG*. 2017;27(10):2649-2655. [DOI:10.1007/s11695-017-2693-7](https://doi.org/10.1007/s11695-017-2693-7).
21. Sjöström L, Narbro K, Sjöström CD, et al. Effects of Bariatric Surgery on Mortality in Swedish Obese Subjects. *New England Journal of Medicine*. 2007;357(8):741-752. [DOI:10.1056/nejmoa066254](https://doi.org/10.1056/nejmoa066254).
22. Schauer PR, Bhatt DL, Kirwan JP, et al. Bariatric Surgery versus Intensive Medical Therapy for Diabetes — 5-Year Outcomes. *New England Journal of Medicine*. 2017;376(7):641-651. [DOI:10.1056/nejmoa1600869](https://doi.org/10.1056/nejmoa1600869).