

Nghiên cứu gốc

TÌNH TRẠNG THỪA CÂN, BÉO PHÌ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH TẠI 2 QUẬN VÀ 1 HUYỆN THUỘC HÀ NỘI NĂM 2018

Đỗ Hải Anh[✉], Trịnh Bảo Ngọc, Nguyễn Quang Dũng

Trường Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng thừa cân, béo phì và xác định một số yếu tố liên quan ở người trưởng thành tại Hà Nội.

Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang trên 573 người từ 18–64 tuổi sống tại ở quận Hai Bà Trưng, quận Cầu Giấy và huyện Ba Vì thuộc thành phố Hà Nội năm 2018.

Kết quả: Tỷ lệ thừa cân, béo phì của người tham gia nghiên cứu lần lượt là 15,4% và 1,9% và không có sự khác biệt giữa nội thành (15,8% và 3,1%) và ngoại thành (15,0% và 1,0%) với $p > 0,05$. So với người không hút thuốc, người hút thuốc lá có thể có khả năng cao hơn bị thừa cân-béo phì với $OR = 3,03$ (95%CI: 1,47–6,23) với $p = 0,002$.

Kết luận: Nghiên cứu chỉ ra tỷ lệ cao thừa cân và tỷ lệ thấp béo phì của người trưởng thành tại một số quận, huyện Hà Nội năm 2018. Yếu tố liên quan đến thừa cân-béo phì có thể là thói quen hút thuốc.

Từ khoá: Thừa cân, béo phì, người trưởng thành, Hà Nội.

THE OVERWEIGHT-OBESITY STATUS AND RELATED FACTORS AMONG ADULTS IN TWO URBAN DISTRICTS AND ONE RURAL DISTRICT IN HANOI CITY, 2018

ABSTRACT

Aims: To investigate the prevalence overweight and obesity and some related factors among adults in Hanoi City.

Methods: A cross-sectional study was conducted on 573 adults aged 18–64 years living in Hai Ba Trung and Cau Giay urban districts, and Ba Vi rural district of Hanoi city, 2018.

Results: The rates of overweight and obesity of the participants were 15.4% and 1.9%, respectively. There was no statistically significant difference in the rates of overweight and obesity between urban (15.8% and 3.1%) and rural (15.0% and 1.0%) districts ($p > 0.05$). As compared to non-smoker, smokers may be more likely to get overweight and obesity ($OR = 3,03$; 95%CI: 1.47–6.23; $p = 0.002$).

Conclusion: The study showed that a high rate of overweight and a low rate of obesity among adults in some districts of Hanoi in 2018. Smoking habits may be associated with overweight and obesity in the participants.

Keywords: overweight, obesity, adults, Ha Noi.

✉ Tác giả liên hệ: Đỗ Hải Anh
Email: dohaianh5@gmail.com
Doi: 10.56283/1859-0381/363

Gửi bài: 13/9/2022 Chính sửa: 24/9/2022
Chấp nhận đăng: 9/12/2022 Xuất bản online: 22/2/2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ thừa cân và béo phì đang gia tăng nhanh chóng trên toàn thế giới, được mô tả là đại dịch và trở thành gánh nặng y tế toàn cầu [1, 2]. Theo ước tính của Tổ chức y tế thế giới, năm 2016, toàn cầu có hơn 1,9 tỷ người từ 18 tuổi trở lên bị thừa cân và trong số đó có 650 triệu người béo phì, chiếm tỷ lệ tương ứng là 39% và 13%. So với năm 1975, tỷ lệ béo phì năm 2016 trên thế giới tăng gần gấp ba lần. Không chỉ gia tăng ở những nước thu nhập cao, béo phì cũng ngày càng phổ biến ở những nước thu nhập trung bình hoặc thấp [3].

Thừa cân, béo phì liên quan chặt chẽ đến các bệnh mạn tính không lây như bệnh tim mạch, ung thư, tiểu đường typ 2, bệnh xương khớp, hội chứng ngưng thở dẫn đến đột tử khi ngủ. Mỗi năm, trên thế giới có hơn 2,8 triệu ca tử vong bởi các bệnh liên quan đến thừa cân, béo phì [3, 4]. Thừa cân, béo phì còn ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống, gây sự tự ti, stress, trầm cảm, làm tăng nguy cơ biến chứng thai sản và giảm năng suất lao động [5]. Béo phì tác động đáng kể đến nền kinh tế bởi những chi phí chăm sóc sức khỏe cho những người mắc phải tình trạng này [6, 7]. Tại Mỹ, chi phí bổ sung hàng năm chăm sóc sức khỏe cho mỗi người đàn ông trưởng thành béo phì

là 1152 đô la và mỗi người phụ nữ trưởng thành béo phì là 3613 đô la [5]. Tại Việt Nam, năm 2015, tỷ lệ béo phì ở người trưởng thành chiếm 1,6% (1,3-2,1%) [2]. Tỷ lệ thừa cân, béo phì ở thành thị cao hơn so với ở nông thôn [8, 9].

Hà Nội là thủ đô của Việt Nam. Hai mươi năm trở lại đây, Hà Nội đã có sự phát triển nhanh chóng và vượt trội so với nhiều địa phương khác trong cả nước về mọi mặt như kinh tế, hạ tầng, giao thông... Sự phát triển nhanh chóng đó đã làm thay đổi nhiều đến thói quen ăn uống, lối sống, hoạt động thể chất... của người dân. Vậy với những thay đổi đó, thực trạng thừa cân và béo phì tại Hà Nội hiện nay như thế nào? Những yếu tố nào liên quan đến thực trạng thừa cân và béo phì của người dân Hà Nội? Với mong muốn trả lời những câu hỏi trên nhằm đưa ra những khuyến nghị giúp cải thiện tình trạng thừa cân, béo phì cho người trưởng thành tại Hà Nội cũng như các vùng đô thị, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với 2 mục tiêu: (1) *Đánh giá thực trạng thừa cân, béo phì* và (2) *Xác định một số yếu tố liên quan đến thừa cân, béo phì ở người trưởng thành tại 2 quận nội thành và 1 huyện ngoại thành Hà Nội năm 2018*.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế và đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang tháng 11 và 12 năm 2018 tại quận Cầu Giấy, Hai Bà Trưng và huyện Ba Vì, thành phố Hà Nội. Đối tượng nghiên cứu là người trưởng thành từ 18-64 tuổi thỏa mãn các tiêu chuẩn sau:

* Tiêu chuẩn lựa chọn

- Có hộ khẩu và thường xuyên sinh sống tại địa điểm nghiên cứu;
- Trí tuệ minh mẫn để có thể trả lời phỏng vấn;
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

* **Tiêu chuẩn loại trừ**

- Người mắc bệnh cấp, mạn tính tại thời điểm điều tra;
- Người có dị tật ảnh hưởng đến hình dáng cơ thể như: gù vẹo, các dị tật bẩm sinh;

- Đối tượng gặp khó khăn về nói;
- Người bị bệnh tâm thần;
- Những người không có mặt tại địa điểm nghiên cứu trong thời điểm điều tra.

2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho việc xác định một tỷ lệ:

$$n = Z_{\left(1-\frac{\alpha}{2}\right)}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

- n : cỡ mẫu tối thiểu cần thiết cho nghiên cứu.
- $Z_{(1-\alpha/2)}$: là giá trị z được lấy ở độ tin cậy 95% ($\alpha = 0,05$) $\rightarrow Z_{\alpha/2} = 1,96$.
- p : tỷ lệ thừa cân, béo phì của một nghiên cứu trước. Lấy $p = 0,173$ (tỷ lệ thừa cân, béo phì của người từ 18-69 tuổi trên toàn quốc trong điều tra của Bộ y tế năm 2015) [10].
- d : mức độ sai số chấp nhận được, ta chọn $d = 0,05$

Từ công thức, chúng tôi tính được cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu là 220 người cho mỗi địa điểm nghiên cứu.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu

Phỏng vấn trực tiếp đối tượng tham gia nghiên cứu bằng bộ câu hỏi đã được thiết kế và thử nghiệm trước. Bộ phiếu gồm các câu hỏi về nhân khẩu học, trình độ văn hóa, nghề nghiệp, một số yếu tố liên quan đến thừa cân, béo phì như thói quen ăn uống, hút thuốc lá, uống rượu/bia, tập luyện thể chất.

Đo chỉ số nhân trắc, bao gồm cân nặng, chiều cao đứng và tỷ lệ mỡ cơ thể.

- Cân nặng được đo bằng cân SECA (Độ chính xác 0,1kg) và kết quả được ghi theo kg với 1 số lẻ.

Thực tế, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu trên 259 người trưởng thành ở quận Cầu Giấy, quận Hai Bà Trưng và 314 người trưởng thành ở huyện Ba Vì.

Chọn mẫu:

- Bước 1: Chọn ngẫu nhiên (bắt thăm) quận, huyện đưa vào nghiên cứu.
- Bước 2: Đối với quận, huyện được lựa chọn, bốc thăm chọn một phường/xã đưa vào nghiên cứu.
- Bước 3: Lập danh sách tất cả các đối tượng là người trưởng thành (18-64 tuổi) trong phường với sự giúp đỡ của cán bộ Trạm Y tế phường, xã.
- Bước 4: Tại mỗi phường, xã chọn toàn bộ đối tượng 18-64 tuổi đồng ý tham gia nghiên cứu để phỏng vấn và đo chỉ số nhân trắc.

- Vòng eo, vòng mông được đo bằng thước dây không co giãn, kết quả được ghi theo cm với một số lẻ. Vòng eo đo ở mức tương ứng với điểm giữa của bờ dưới xương sườn cuối với bờ trên mào chậu trên đường nách giữa. Vòng mông đo tại vùng to nhất của mông.

- Chiều cao đứng được đo bằng bảng thước gỗ, có độ chia chính xác tới milimét. Chiều cao được ghi theo cm và 1 số lẻ. Đối tượng bỏ guốc dép, đi chân không, đứng quay lưng vào thước đo. Gót chân, mông, vai, đầu theo một

đường thẳng áp sát vào thước đo đứng, mắt nhìn thẳng theo một đường thẳng nằm ngang. Hai tay buông thõng theo hai bên mình. Kéo thanh chặn đầu của thước từ trên xuống, khi áp sát đến đỉnh đầu, nhìn vào thước, đọc kết quả.

- Tỷ lệ (%) mỡ cơ thể được đo bằng máy đo điện trở sinh học OMRON của Nhật Bản.

Các ngưỡng phân loại

- Chỉ số khối cơ thể (BMI - Body Mass Index) được tính theo cân nặng (kg) chia bình phương chiều cao (m). Đánh giá tình trạng dinh dưỡng thông qua BMI

2.4. Phân tích số liệu

Số liệu được làm sạch, nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và được phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0 và Excel 2013. Thống kê mô tả của các biến phân loại và biến phụ thuộc được trình bày dưới dạng phân phối tần số và tỷ lệ phần trăm. Tất cả các giá trị đo được được

(kg/m²) theo cách phân loại của WHO [11,12]: Thừa cân (≥ 25), Tiền béo phì (25,0–29,9), Béo phì độ I (30,0–34,9), Béo phì độ II (35,0–39,9), Béo phì độ III ($\geq 40,0$)

- Phần trăm (%) mỡ cơ thể: béo phì khi tỉ lệ mỡ cơ thể $> 25\%$ ở nam và $> 35\%$ ở nữ [11].

- Số đo vòng eo: béo bụng khi vòng eo $> 90\text{cm}$ ở nam và $> 80\text{cm}$ ở nữ [13].

- Tỷ lệ vòng eo/vòng hông: được coi là cao khi giá trị này $> 0,85$ đối với nữ và $> 0,9$ đối với nam [11, 13].

biểu thị dưới dạng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. χ^2 test được sử dụng để so sánh sự khác biệt giữa các tỷ lệ trong cùng một nhóm và giữa 2 nhóm nghiên cứu. Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1 trình bày đặc điểm đối tượng tham gia nghiên cứu. Đối tượng tham gia nghiên cứu chủ yếu là nữ, chiếm tỷ lệ 77,7%. So sánh tỷ lệ nam, nữ giữa nội thành và ngoại thành tương đương nhau, $p > 0,05$.

Ở nội thành, đối tượng tham gia nghiên cứu là lao động trí óc chiếm tỷ lệ cao nhất với 47,1%; lao động chân tay chỉ chiếm 4,6%. Ở ngoại thành, lao động chân tay chiếm tỷ lệ cao nhất là 86,3% và tỷ lệ lao động trí óc là 4,8%. Sự khác biệt về tỷ lệ lao động trí óc và lao động chân tay giữa nội và ngoại thành có ý nghĩa, $p < 0,05$.

Tỷ lệ đối tượng tham gia nghiên cứu ở ngoại thành không biết chữ hoặc có học vấn tiểu học và trung học cơ sở cao hơn so với nội thành. Ngược lại, học vấn trung học phổ thông trở lên ở nội thành cao hơn. Sự khác biệt về học vấn giữa nội và ngoại thành có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$.

Ở nội thành, tỷ lệ người tham gia nghiên cứu sống độc thân chiếm 28,2%, cao hơn so với 2,9% người sống ở ngoại thành và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$.

Bảng 1. Thông tin chung của đối tượng tham gia nghiên cứu

Đặc điểm	Nội thành (n=259)		Ngoại thành (n=314)		p
	n	%	n	%	
Giới tính					
Nam	54	20,8	74	23,6	> 0,05
Nữ	205	79,2	240	76,4	> 0,05
Nghề nghiệp					
Lao động chân tay	12	4,6	271	86,3	< 0,05
Lao động trí óc	122	47,1	15	4,8	< 0,05
Hưu trí	62	24,0	5	1,6	< 0,05
Nội trợ	11	4,2	4	1,3	> 0,05
Tự do	52	20,1	19	6,0	< 0,05
Học vấn					
Mù chữ	2	0,8	43	13,7	< 0,05
Tiểu học	3	1,2	71	22,6	< 0,05
Trung học cơ sở	20	7,7	145	46,2	< 0,05
Trung học phổ thông	80	30,9	43	13,7	< 0,05
Đại học, cao đẳng	140	54	12	3,8	< 0,05
Sau đại học	14	5,4	0	0	< 0,05
Tình trạng hôn nhân					
Độc thân	73	28,2	9	2,9	< 0,05
Kết hôn	177	68,3	279	88,8	< 0,05
Li dị	3	1,2	26	8,3	< 0,05
Khác	6	2,3	0	0	> 0,05

Bảng 2. Trung bình chiều cao, cân nặng, BMI, vòng eo, vòng hông của đối tượng tham gia nghiên cứu

Chỉ số	Nội thành		Ngoại thành		Tổng	
	Nam	Nữ	Nam	Nữ	Nam	Nữ
Chiều cao (m)	166,4±10,0	155,7±5,3	162,2±5,7	153,5±6,9	163,9±6,2	154,5±6,3
Cân nặng (kg)	64,0 ± 9,1	53,3 ± 8,1	58,5 ± 8,0	51,3± 7,0	60,7 ± 8,9	52,2 ± 7,6
BMI (kg/m ²)	23,1 ± 2,9	22,0 ± 3,2	22,2 ± 2,6	21,8 ± 2,7	22,5 ± 2,8	21,9 ± 3,0
Vòng eo (cm)	83,7 ± 8,6	76,8 ± 8,9	79,5 ± 7,9	76,6 ± 7,8	80,8 ± 8,3	76,7 ± 8,3
Vòng hông (cm)	94,8 ± 5,6	91,6 ± 6,2	91,6 ± 5,1	89,9 ± 5,1	92,9 ± 5,5	90,7 ± 5,7

Số liệu trong bảng trình bày theo trung bình ± độ lệch chuẩn.

Chiều cao trung bình của đối tượng nam ở nội thành là $166,4 \pm 10,0$ cm và nữ là $155,7 \pm 5,3$ cm. Chiều cao nam và nữ ở nội thành đều cao hơn so với ngoại thành. Chỉ số BMI trung bình ở mức bình thường ở cả nam và nữ (Bảng 2).

Tỷ lệ người tham gia nghiên cứu tiền béo phì chiếm 15,4% và béo phì độ I chiếm 1,9%. Sự khác biệt về tỷ lệ người tiền béo phì, béo phì độ I giữa nội và ngoại thành không có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$ (Bảng 3).

Bảng 3. Tình trạng dinh dưỡng dựa theo BMI của đối tượng tham gia nghiên cứu

Tình trạng dinh dưỡng	Nội thành (n=259)		Ngoại thành (n=314)		Tổng (n=573)		p^a
	n	%	n	%	n	%	
Thiếu cân (BMI <18,5)	23	8,9	29	9,2	52	9,1	> 0,05
Bình thường (BMI từ 18,5- 24,9)	187	72,2	253	74,8	440	73,6	> 0,05
Tiền béo phì (BMI: 25- 29,9)	41	15,8	47	15,0	88	15,4	> 0,05
Béo phì độ I (BMI từ 30- 34,9)	8	3,1	3	1,0	11	1,9	> 0,05

^a Kiểm định χ^2 test

Bảng 4. Tỷ lệ béo phì trung tâm dựa trên vòng eo, tỷ số vòng eo/vòng hông và phần trăm mỡ cơ thể của đối tượng tham gia nghiên cứu

Chỉ số	Nội thành (n= 259)		Ngoại thành (n=314)		p^a	
	n	%	n	%		
Vòng eo (cm)	Nam (> 90 cm)	9	16,6	4	5,4	< 0,05
	Nữ (> 80 cm)	67	32,7	70	29,2	> 0,05
	p^a	<0,05		<0,05		
Tỷ số vòng eo/vòng hông	Nam (> 0,90)	16	29,6	20	27	> 0,05
	Nữ (> 0,85)	132	64,4	184	76,6	< 0,05
	p^a	<0,05		<0,05		
Phần trăm mỡ cơ thể	Nam (>25%)	13	24,1	16	21,6	> 0,05
	Nữ (>35%)	99	48,3	130	54,2	> 0,05
	p^a	<0,05		<0,05		

^a Kiểm định χ^2 test

Kết quả ở Bảng 4 cho thấy: Nữ giới có tỷ lệ vòng eo cao, tỷ số vòng eo/vòng hông và tỷ lệ mỡ cơ thể cao hơn so với nam giới ($p < 0,05$). Tỷ lệ nam có vòng eo > 90 cm ở nội thành cao hơn ngoại thành ($p < 0,05$). Tỷ lệ nữ có tỷ số vòng eo $> 0,85$ ở ngoại thành cao hơn ở nội thành ($p < 0,05$).

Bảng 5. Yếu tố liên quan yếu tố liên quan đến thừa cân, béo phì của đối tượng tham gia nghiên cứu

Yếu tố	Thừa cân, béo phì		Bình thường, thiếu cân		OR (95% CI),	<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Ăn bữa phụ buổi tối						
Có	19	9,5	180	90,5	0,58 (0,34–1,02)	0,058
Không	57	15,2	317	84,8		
Hút thuốc						
Có	12	29,3	29	70,7	3,03 (1,47–6,23)	0,002
Không	64	12	468	88		
Uống rượu/bia						
Có	17	17,2	82	82,8	1,46 (0,81–2,63)	0,210
Không	59	12,4	415	87,6		

Theo kết quả ở Bảng 5, khả năng thừa cân-béo phì của người hút thuốc lá cao gấp 3 lần so với những người không có thói quen này ($p < 0,05$). Không thấy

mối liên quan giữa thừa cân-béo phì với thói quen ăn bữa phụ buổi tối và uống rượu bia của đối tượng nghiên cứu ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tình trạng thừa cân, béo phì của đối tượng tham gia nghiên cứu

Chỉ số BMI trung bình của cả nam và nữ trong nghiên cứu của chúng tôi nằm trong giới hạn bình thường. Tuy nhiên điều này không có nghĩa là tất cả các đối tượng tham gia nghiên cứu có tình trạng dinh dưỡng bình thường. Trong số những người tham gia nghiên cứu, có 15,4% người thừa cân và 1,9% người béo phì độ 1. Kết quả điều tra của Bộ Y tế năm 2015 về yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm trên toàn quốc với 3758 người từ 18–69 tuổi tham gia cho thấy, tỷ lệ người thừa cân là 15,6% và tỷ lệ người béo phì là 1,7%, tương đương với kết quả nghiên cứu của chúng tôi [10].

Dựa vào chỉ số vòng eo, chúng tôi nhận thấy, tỷ lệ đối tượng tham gia nghiên cứu béo phì trung tâm chiếm 26,2%. Tuy nhiên, khi dựa vào tỷ số vòng eo/vòng hông, tỷ lệ béo phì trung tâm lại tăng lên đến 64,1%. Trong đó, tỷ lệ nữ béo phì trung tâm dựa vào chỉ số vòng eo hay tỷ số vòng eo/vòng hông đều cao hơn so với nam giới với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$. Khi dựa vào chỉ số vòng eo, tỷ lệ phụ nữ béo phì trung tâm trong nghiên cứu của Cao Thị Thu Hương năm 2017 là 44,7%, cao hơn so với tỷ lệ phụ nữ béo phì trung tâm trong nghiên cứu của chúng tôi [9]. Khi dựa vào phần trăm mỡ cơ thể, chúng

tôi nhận thấy, tỷ lệ béo phì trung tâm ở nữ cao hơn so với nam (40% so với 5,1%) với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$. Kết quả nghiên cứu của Lê Thị Bạch Mai cũng cho thấy, tỷ lệ nữ thừa cân, béo phì dựa vào phần trăm mỡ cơ thể cao hơn so với nam, tương tự như kết quả nghiên cứu của chúng tôi [8]. Trên thế giới, nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng, béo bụng hay béo phì trung tâm được cho là phản ánh sự tích lũy mỡ trong các cơ quan nội tạng bao gồm mỡ ở gan, liên quan đến những bất thường về chuyển hóa bao gồm giảm dung nạp glucose, giảm nhạy cảm insulin và tích lũy chất béo bão hòa. Thừa cân quá mức, đặc biệt là khi liên quan đến tăng mỡ nội tạng là nguyên nhân chính gây tăng

huyết áp, chiếm từ 65% đến 75% nguy cơ mắc bệnh cao huyết áp nguyên phát ở người và góp phần phát triển bệnh thận mãn tính [14, 15]. Thậm chí, ngay cả khi có chỉ số BMI bình thường, những người có vòng eo hoặc tỷ số vòng eo/hông tăng cao có thể tăng nguy cơ mắc bệnh tim mạch từ hai đến ba lần. Trong đó, vòng eo được cho là tốt nhất để đánh giá béo bụng cũng như mối liên quan tới bệnh mạch vành và tiểu đường [14]. Như vậy, dựa vào chỉ số vòng eo hay vòng eo/vòng hông, nguy cơ mắc các bệnh chuyển hóa liên quan đến béo bụng của đối tượng tham gia nghiên cứu của chúng tôi đều cao và nguy cơ đối với nữ cao hơn so với nam.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến thừa cân, béo phì

Thói quen ăn uống là nguyên nhân gây thừa cân và béo phì. Ăn tối muộn hoặc ăn khuya được chứng minh làm tăng nguy cơ béo phì, rối loạn lipid máu, tăng đường huyết và hội chứng chuyển hóa [16]. Vì thế, không phải chỉ với những người thừa cân và béo phì mà những người có cân nặng bình thường cũng cần phải điều chỉnh thời gian cũng như chế độ ăn hợp lý để có thể giảm được trọng lượng cơ thể. Khi ăn bữa phụ và đặc biệt là bữa phụ vào buổi tối, họ nên tham khảo ý kiến của các chuyên gia dinh dưỡng để không ảnh hưởng đến sức khỏe đồng thời không trở thành nguy cơ dẫn đến thừa cân, béo phì. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm người thừa cân và béo phì có tỷ lệ người có thói quen ăn bữa phụ vào buổi tối chiếm 14,5%, thậm chí ăn cả 3 bữa chiếm tới 10,5%. Với những người nhóm có cân nặng bình thường hoặc thiếu cân, tỷ lệ ăn bữa phụ buổi tối và cả 3 bữa lần lượt là 22,1% và 16,5%. Tuy nhiên, chúng tôi không nhận thấy mối liên quan giữa tình trạng thừa

cân, béo phì với thói quen ăn bữa phụ của những người tham gia nghiên cứu. Như vậy, mặc dù ăn bữa phụ được chứng minh là nguy cơ gây thừa cân, béo phì nhưng theo chúng tôi, cần phải quan tâm đến thực đơn của các bữa ăn đó. Bữa ăn phụ chỉ ảnh hưởng đến sức khỏe khi thực đơn của bữa ăn đó bao gồm những loại thực phẩm giàu năng lượng.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, người uống rượu có khả năng thừa cân, béo phì cao gấp 1,46 lần ($p > 0,05$) và người hút thuốc cao gấp 3 lần ($p < 0,05$) người không có thói quen này. Lối sống liên quan chặt chẽ tới tình trạng thừa cân, béo phì [3,4,16]. Một số nghiên cứu cho thấy, hút thuốc lá ở người mẹ hoặc người cha có thể gây béo phì cho con hoặc những người nghiện rượu có chỉ số khối cơ thể thấp hơn người khỏe mạnh, cho thấy tình trạng dinh dưỡng kém ở những người này. Vậy nguy cơ thừa cân và béo phì của người hút thuốc và uống rượu trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn người có tình trạng dinh dưỡng bình

thường hoặc thiếu cân, có thể giải thích rằng họ có thói quen nhưng chưa ở mức nghiện. Sử dụng một chút rượu, bia có thể kích thích tiêu hóa giúp họ ăn ngon hơn nên dễ dẫn đến tăng cân hơn và khi lạm dụng hay sử dụng nhiều sẽ gây tác hại đến sức khỏe.

Tuy nhiên, hạn chế của nghiên cứu của chúng tôi là người tham gia nghiên cứu tự nguyện và mỗi huyện/quận chỉ chọn 1 xã/phường nên kết quả không thể đại diện cho quần thể nghiên cứu. Hơn nữa, nghiên cứu cắt ngang, chưa thực

hiện được phân tích đa biến để đánh giá các yếu tố liên quan đến tình trạng thừa cân-béo phì của người tham gia nghiên cứu và chỉ đưa vào 3 yếu tố là thói quen hút thuốc lá, ăn bữa phụ buổi tối và uống rượu/bia. Kết luận đơn biến chưa tính đến yếu tố nhiễu và các yếu tố liên quan khác có thể có sai số. Vì vậy, cần có nghiên cứu sâu hơn với cỡ mẫu lớn và chọn mẫu đảm bảo ngẫu nhiên để mô tả tình trạng dinh dưỡng và đánh giá các yếu tố liên quan đối với tình trạng dinh dưỡng ở người trưởng thành.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 573 người 18–64 tuổi tại Hà Nội năm 2018 cho thấy tỷ lệ cao tiền béo phì (15,4%) và béo phì độ I chiếm tỷ lệ thấp (1,9%), và không có sự khác biệt về các tỷ lệ này giữa nội và ngoại thành. Tỷ lệ béo trung tâm dựa trên

tỷ lệ vòng eo và tỷ số vòng eo/vòng hông ở nữ giới cao hơn ở nam giới. Tuy chưa thể khẳng định, nghiên cứu bước đầu quan sát thấy những hút thuốc lá có tỷ lệ thừa cân-béo phì cao hơn so với những người không có thói quen này.

Tài liệu tham khảo

- Inoue Y, Qin B, Poti J, Sokol R, Gordon-Larsen P. Epidemiology of obesity in adults: Latest trends. *Curr Obes Rep*, 2018;7:276–288.
- GBD 2015 Obesity Collaborators; Afshin A, Forouzanfar MH, Reitsma MB, et al. Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. *N Engl J Med*. 2017;377(1):13-27
- World Health Organization. Obesity and overweight 2018. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
- Meldrum DR, Morris MA, Gambone JC. Obesity pandemic: causes, consequences, and solutions, but do we have the will?. *Fertil Steril*. 2017;107(4): 833-839.
- Waters H, et al. Weighing down america: the health and economic impact of obesity. <http://www.milkeninstitute.org/weighingdown-america>. Accessed March 5, 2016.
- Upadhyay J, Farr O, Perakakis N, Ghaly W, Mantzoros C. Obesity as a disease. *Med Clin*. 2018;102:13- 33.
- Plourde B, Sarrazin JF, Nault I, Poirier P. Sudden cardiac death and obesity. *Expert Rev Cardiovasc Ther*, 2014;12:1099– 1110.
- Lê Thị Bạch Mai, Lê Thị Hợp và cộng sự. Thừa cân béo phì ở người trưởng thành Việt Nam: Thực trạng và một số yếu tố nguy cơ. *Tạp chí y học Việt Nam*. 2017;460:57- 63.
- Cao Thị Thu Hương và Lê Danh Tuyên. Thừa cân- béo phì và các yếu tố xác định hội chứng chuyển hóa trên phụ nữ 25 – 59 tuổi tại hai phường, quận Bắc Từ Liêm, Hà Nội. *Tạp chí y học Việt Nam*. 2017; 4(1): 57- 63.
- Bộ y tế và Cục y tế dự phòng (2015) Điều tra quốc gia yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm, 2015.
- World Health Organization (WHO) (1995) Physical status: the use and interpretation of anthropometry: report of a WHO Expert Committee. Published 1995, Geneva, Switzerland: WHO Technical Report Series 854; p 378 http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_854.pdf

- 12 World Health Organization Western Pacific Region. The Asia-Pacific perspective: redefining obesity and its treatment. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206936/0957708211_eng.pdf
13. Nguyễn Thị Xuyên (2015) *Bệnh béo phì: Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội tiết- chuyển hóa*, Nhà xuất bản y học: Hà Nội. tr. 247- 254.
14. Pischon T, Boeing H, Hoffmann K, et al. General and abdominal adiposity and risk of death in Europe. *N Engl J Med.* 2008;359(20): 2105–2120.
15. Hall ME, do Carmo JM, da Silva AA, Juncos LA, Wang Z, Hall JE. Obesity, hypertension, and chronic kidney disease. *Int J Nephrol Renovasc Dis*, 2014;7: 75–88.
16. Yoshida J, Eguchi E, Nagaoka K, Ito T, Ogino K. Association of night eating habits with metabolic syndrome and its components: a longitudinal study. *BMC Public Health.* 2018;18(1):1366.