

mạch máu và giảm lưu lượng máu chảy ra bên ngoài. Tỷ lệ sử dụng nhóm thuốc này là 11,07%.

Ngoài các thuốc điều trị cơ bản, việc phối hợp các thuốc giảm căng thẳng thần kinh (an thần) trong điều trị viêm loét dạ dày tá tràng sẽ góp phần giảm tiết acid đáng kể.

Tuy nhiên nếu lạm dụng nhóm thuốc trên không tránh khỏi những tương tác bất lợi trong phối hợp điều trị. Vì vậy cần xem xét và cân nhắc khi chỉ định sử dụng các thuốc trên.

## V. KẾT LUẬN

• Các nhóm thuốc ức chế bơm proton được sử dụng có tỷ lệ trên 89,69% người bệnh khảo sát. Gồm 02 thuốc sử dụng tại khoa trong thời gian khảo sát, với tỷ lệ sử dụng như sau: thuốc esomeprazol có tỷ lệ sử dụng cao nhất là 75,95% trong đó dạng thuốc tiêm có tỷ lệ là 44,66% và dạng thuốc uống là 31,3%. Thuốc pantoprazol có tỷ lệ là 20,23%, dạng thuốc tiêm là 2,29%, dạng thuốc uống là 17,94%.

• Có 6 nhóm thuốc được sử dụng hỗ trợ trong điều trị viêm loét dạ dày tá tràng: các thuốc nhóm an thần, nhóm chống co thắt, nhóm chống nôn giảm đầy hơi, nhóm vitamin và khoáng chất, nhóm cầm máu và nhóm thiếu máu. Trong đó, nhóm thuốc chống co thắt có tỷ lệ sử dụng trong điều trị hỗ trợ viêm loét dạ dày tá tràng cao nhất với tỷ lệ 91,98%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế (2013)**, Chẩn đoán và điều trị các bệnh ngoại khoa, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, tr. 329 – 364.
- Bộ Y tế (2018)**, Dược thư quốc gia Việt Nam, Nhà xuất bản Y học Hà Nội.
- Hoàng Trọng Thắng (2014)**, Giáo trình sau Đại học Bệnh tiêu hóa gan – mật, Nhà xuất bản Đại học Huế, tr. 105 – 147.
- Hoàng Trọng Thắng, Phạm Phú Anh (2018)**, “Hiệu quả của phát đồ lai (EA – EACT) 14 ngày trong điều trị loét tá tràng có Helicobacter pylori”, Tạp chí Khoa học Tiêu Hóa Việt Nam 9(52): 3239 – 3245.
- Lê Thành Lý, Lê Thị Bích Vân và cs (2007)**, “Đánh giá hiệu quả ban đầu tiêm truyền tĩnh mạch thuốc Esomeprazol trong phòng ngừa chảy máu tái phát sau nội soi điều trị xuất huyết do loét dạ dày tá tràng”, Tạp chí tiêu hóa tháng 8: 34 – 36.
- Nguyễn Hữu Sản (2014)**, Khảo sát tình hình sử dụng thuốc điều trị bệnh viện loét dạ dày tá tràng tại khoa Nội 3 bệnh viện Quân khu 3, Luận văn Dược sĩ chuyên khoa cấp 1, Đại học Dược Hà Nội.
- Nguyễn Thị Thanh Bình (2009)**, Đánh giá kết quả cầm máu bằng tiêm cầm máu qua nội soi kết hợp Nexium (Esomeprazol) liều cao ở bệnh nhân xuất huyết do loét dạ dày tá tràng, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
- Phan Thị Đường (2013)**, Khảo sát tình hình sử dụng thuốc trong điều trị viêm loét dạ dày tá tràng tại khoa Nội bệnh viện Đa khoa huyện Võ Nhai tỉnh Thái Nguyên, Luận văn dược sĩ chuyên khoa cấp I, Trường Đại học Dược Hà Nội.
- Poynard T, Lemaire M, Agostini H (1995)**, “Meta-analysis of randomized clinical trials comparing lansoprazole with ranitidine or famotidine in the treatment of acute duodenal ulcer”, Eur J Gastroenterol Hepatol; 7(7):661-665.

## GÂY TÊ MẶT PHẪNG CƠ DỰNG SỐNG TRONG CẮT GAN Ở TRẺ EM: BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP

Trần Hùng\*, Nguyễn Văn Huy\*, Đinh Hồng Kỳ\*,  
Nguyễn Văn Sáng\*, Nguyễn Thị An\*, Đặng Hanh Tiệp\*

### TÓM TẮT

Gây tê mặt phẳng cơ dựng sống là kỹ thuật gây tê vùng mới, có tác dụng giảm đau tương tự như gây tê khoang cạnh sống, về mặt kỹ thuật dễ thực hiện, ít biến chứng và không bị chống chỉ định tuyệt đối ở bệnh nhân có rối loạn đông máu. Chúng tôi báo cáo trường hợp bệnh nhi 30 tháng, nặng 12 kg được chẩn đoán u nguyên bào gan. Bệnh nhi được phẫu thuật cắt gan không điển hình phân thùy 6,7. Bệnh nhân được

gây mê nội khí quản, giảm đau đa phương thức bao gồm truyền liên tục Fentanyl, paracetamol và gây tê mặt phẳng cơ dựng sống bên phải. Bệnh nhi nằm nghiêng trái, đặt đầu dò siêu âm ngang mức đốt sống ngực 7 bên phải, thực hiện chọc kim gây tê dưới siêu âm, xác định mặt phẳng cơ dựng sống, kiểm tra hút kim không có máu và khí, tiến hành bơm 6ml dung dịch levobupivacain 0,25% vào mặt phẳng cơ dựng sống. Sau phẫu thuật bệnh nhi được rút ống nội khí quản thuận lợi, an toàn và được chuyển đến phòng hồi tỉnh sau mổ với tình trạng tỉnh hoàn toàn, giảm đau tốt (thang điểm FLACC: 0). Gây tê mặt phẳng cơ dựng sống lồng ngực một lần với chiến lược giảm đau đa phương thức có tác dụng giảm đau tốt, bệnh nhi có thể rút nội khí quản an toàn, thuận lợi sau khi cắt gan.

**Từ khóa:** Gây tê mặt phẳng cơ dựng sống, cắt thùy gan, trẻ em.

\**Bệnh viện Nhi Trung Ương*

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hùng

Email: tranhungnhp@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 8.8.2022

Ngày duyệt bài: 15.8.2022

**SUMMARY****ERECTOR SPINAE PLANE BLOCK FOR PEDIATRIC LIVER LOBECTOMY: A CASE REPORT**

Erector spinae plane block is a new regional anesthetic technique, with similar analgesic effects as paravertebral space anesthesia, technically easy to perform, has fewer complications, and is not absolutely contraindicated in patients with coagulopathy. We report a male patient a 30-month-old, body weighing 12kg, diagnosed with hepatoblastoma. The patient underwent liver lobectomy 6th and 7th. The patient received endotracheal anesthesia, and multimodal analgesia including continuous infusion of fentanyl, paracetamol, and right-side erector spinae plane block. The patient is lying on the left side, placing the ultrasound probe at the level of the 7th thoracic vertebra on the right side, performing an anesthetic needle puncture under ultrasound, determining the plane of the erector spinae plane, checking the needle aspiration without blood and air, conducting inject 6 ml of Levobupivacaine 0.25% solution into the erector spinae plane. After surgery, the patient was able to safely and conveniently extubate the endotracheal tube and was transferred to the postoperative recovery room with complete consciousness and good pain relief (FLACC score: 0). Erector spinae plane block with multimodal analgesia has good analgesia, and pediatric patients can safely and conveniently extubate after liver lobectomy.

**Keywords:** Erector spinae plane block,, liver lobectomy, pediatric

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Gây tê ngoài màng cứng từ trước tới nay được coi là tiêu chuẩn vàng để giảm đau cho các phẫu thuật lớn ở lồng ngực và ổ bụng. So với thuốc giảm đau toàn thân đường tĩnh mạch, gây tê ngoài màng cứng có tác dụng giảm đau tốt và ít biến chứng hơn, không có kháng định nào về sự an toàn cho việc đặt catheter ngoài màng cứng trong các phẫu thuật cắt gan vì rối loạn đông máu thường xảy ra sau phẫu thuật [1]. Gây tê khoang cạnh sống ngực để giảm đau sau phẫu thuật mở lồng ngực có hiệu quả như giảm đau ngoài màng cứng, với ít biến chứng hơn, đặt catheter khoang cạnh sống ngực bên phải truyền liên tục có khả năng giảm đau tốt, dài ngày sau khi cắt gan, gây tê khoang cạnh sống ngực một lần cũng giúp giảm đau tốt trong 12 đến 24 giờ đầu [2], [3], [4].

Gây tê mặt phẳng cơ dựng sống là kỹ thuật gây tê vùng mới, có tác dụng giảm đau tương tự như gây tê khoang cạnh sống, về mặt kỹ thuật dễ thực hiện, ít biến chứng và không có chống chỉ định tuyệt đối ở bệnh nhân có rối loạn đông máu. Ở người lớn, gây tê mặt phẳng cơ dựng

sống hai bên dưới hướng dẫn của siêu âm có tác dụng giảm đau tốt sau phẫu thuật và cải thiện khả năng phục hồi sau khi cắt gan [5]. Bài báo này báo cáo áp dụng gây tê mặt phẳng cơ dựng sống giảm đau sau phẫu thuật cắt gan ở trẻ em.

**II. BÁO CÁO CA BỆNH**

Bệnh nhi nam 30 tháng, nặng 12 kg được chẩn đoán u nguyên bào gan. Sau bốn đợt hóa trị khối u giảm kích thước từ 10 cm xuống 4 cm, bệnh nhi đã được chỉ định phẫu thuật cắt gan phân thùy 6, 7.

Trước phẫu thuật, chúng tôi tiền mê midazolam 1 mg đường tĩnh mạch. Bệnh nhi được gây mê toàn thân bằng sevoflurane 6% trong oxy, atropine 0,1mg, propofol 35mg, fentanyl 50mcg, Atracurium 5mg, đặt ống nội khí quản số 4,5 không bóng chèn. Bệnh nhi được theo dõi các chỉ số: nhịp tim, huyết áp động mạch liên tục, áp lực tĩnh mạch trung tâm qua catheter tĩnh mạch cảnh trong bên phải, Spo2, BIS, nhiệt độ thực quản.

Bệnh nhân được giảm đau đa phương thức bao gồm fentanyl, paracetamol 15 mg/kg và gây tê mặt phẳng cơ dựng sống, Ca mổ kết thúc với tổng lượng máu mất ước tính khoảng 30ml, nước tiểu 1,2ml/kg/giờ. Vì đường mổ rạch ngang dưới hạ sườn phải tương đương từ T6 đến T8 và đặt dẫn lưu ở mức T10, chúng tôi tiến hành gây tê mặt phẳng cơ dựng sống ngang mức phong bế T7, bệnh nhân nằm nghiêng phải cong lưng tôm, sát khuẩn trái toan vô trùng vùng gây tê, bọc đầu dò bằng túi nội soi vô trùng, thực hiện đặt đầu dò song song và dọc với cột sống bên phải, xác định được móm ngang T7, trên mặt phẳng dọc thấy các cấu trúc thân xương sườn, diện khớp với móm ngang, tại vị trí móm ngang sẽ thấy 3 lớp cơ từ ngoài vào trong theo thứ tự là cơ thang, cơ trám và cơ dựng sống. Chọc kim sát phía trong mặt phẳng đầu dò siêu âm sao cho kim nằm giữa mặt phẳng cơ dựng sống và móm ngang. Tiêm 2ml dung dịch Natriclorua 0,9 % để xác định kim đã đúng vị trí và mở rộng khoang cơ dựng sống, tiêm 6ml dung dịch levobupivacain 0,25% vào mặt phẳng cơ dựng sống để gây tê bề mặt cơ dựng sống. Sau khi kết thúc phẫu thuật, bệnh nhi được rút ống nội khí quản thuận lợi, an toàn và được chuyển đến phòng hồi tỉnh sau mổ với tình trạng tỉnh hoàn toàn, giảm đau tốt (thang điểm FLACC: 0).

**III. BÀN LUẬN**

Gây tê ngoài màng cứng từ trước tới nay được coi là tiêu chuẩn vàng để giảm đau cho các

phẫu thuật lớn ở lồng ngực và ổ bụng, với các triệu chứng kèm theo như hạ huyết áp, nhức đầu nhẹ, bí tiểu, ngứa và trong một số trường hợp hiếm gặp là tổn thương thần kinh nghiêm trọng. Ngoài ra còn có thể gây một bên hay vùng gây tê lan rộng ra nữa [6]. Hơn nữa, những khó khăn về kỹ thuật đã làm giảm khả năng đặt catheter ngoài màng cứng, đặc biệt là ở trẻ em.

Gây tê khối cơ cạnh cột sống ngực có hiệu quả như gây mê ngoài màng cứng trong việc kiểm soát cơn đau sau phẫu thuật mở lồng ngực và giảm đáng kể tình trạng hạ huyết áp, buồn nôn, nôn, ngứa và bí tiểu [3], [4]. Thực hiện gây tê khối cơ cạnh cột sống ngực dễ hơn giảm đau ngoài màng cứng lồng ngực và giảm tỷ lệ thất bại trong phẫu thuật tim trẻ em [7]. Bên cạnh đó, gây tê khối cơ cạnh cột sống ngực là một lựa chọn tốt để thay thế kỹ thuật gây tê xương cùng cho các phẫu thuật bụng ở trẻ em [5]. Tuy nhiên, gây tê khối cơ cạnh cột sống ngực không thể mang lại hiệu quả giảm đau tốt hơn giảm đau ngoài màng cứng khi tiến hành phẫu thuật cắt gan mở trong một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên. Các tác giả đã sử dụng các điểm mốc để chọn tê thay vì siêu âm hay kích thích thần kinh làm hướng dẫn cho việc đặt catheter gây tê khối cơ cạnh cột sống ngực [6]

Bằng cách áp dụng phương pháp siêu âm để gây tê khối cơ cạnh cột sống ngực trong phẫu thuật vú có tác dụng giảm đau tốt hơn kỹ thuật tê theo mốc giải phẫu. Vì dây thần kinh cột sống ngực là mục tiêu giảm đau trong phẫu thuật cắt gan, phẫu thuật lồng ngực và phẫu thuật vú, nên gây tê khối cơ cạnh cột sống ngực dưới hướng dẫn bằng siêu âm có thể được áp dụng cho các phẫu thuật trên [8]

Năm 2016, gây tê mặt phẳng cơ dựng sống được thực hiện sự hướng dẫn của siêu âm đã trở thành một kỹ thuật hiệu quả giúp điều trị chứng đau ngực do thần kinh [8]. Gây tê mặt phẳng cơ dựng sống có tỷ lệ các biến chứng thấp hơn như hạ huyết áp, nhịp tim chậm và tụt máu. Kỹ thuật dễ thực hiện và không có chống chỉ định tuyệt đối ở những bệnh nhân đang trong tình trạng rối loạn đông máu. [9], [10]. Mặc dù tràn khí màng phổi là một biến chứng đáng quan tâm đối với tê khối cơ cạnh cột sống ngực nhưng gây tê mặt phẳng cơ dựng sống lại ít xảy ra [9]. Các tai biến của gây tê khối cơ cạnh cột sống ngực bao gồm tiêm vào màng phổi, khoang dưới nhện, dưới màng cứng hoặc ngoài màng cứng có thể xảy ra nhưng dưới hướng dẫn của siêu âm giúp tránh được các tai biến trên do đánh giá độ sâu của đầu kim tiêm vào cơ dựng sống [8], [9], [10].

Ngoài ra, sử dụng Fentanil trong quá trình phẫu thuật có tác dụng giảm đau thích hợp cũng như tránh hạ huyết áp không mong muốn do phong bế vùng. Sự chuyển hóa cực nhanh của Fentanil làm giảm các biến chứng bất lợi của các thuốc giảm đau gây nghiện như buồn nôn, nôn và ức chế hô hấp. Giảm đau đa phương thức bằng propacetamol cũng có thể làm giảm tiêu thụ thuốc giảm đau gây nghiện sau phẫu thuật [5], [6], [8], [9].

#### IV. KẾT LUẬN

Gây tê mặt phẳng cơ dựng sống một lần kết hợp với giảm đau đa phương thức đã giảm đau tốt cho bệnh nhân cắt phần thùy gan, bệnh nhi có thể rút nội khí quản ngay sau khi phẫu thuật cắt gan kết thúc. Gây tê mặt phẳng cơ dựng sống 1 bên sử dụng ít thuốc gây tê cục bộ hơn so với gây tê mặt phẳng cơ dựng sống hai bên hoặc khoang xương cùng và có thể xem xét việc đặt catheter mặt phẳng cơ dựng sống truyền liên tục giảm đau dài ngày sau phẫu thuật cho bệnh nhi.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Li J, Pourrahmat MM, Vasilyeva E, Kim PT, Osborn J and Wiseman SM:** Efficacy and Safety of Patient-controlled Analgesia Compared With Epidural Analgesia After Open Hepatic Resection: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Surg* 2019; 270(2): 200-208
2. **Tzimas P, Prout J, Papadopoulos G and Mallett SV:** Epidural anaesthesia and analgesia for liver resection. *Anaesthesia* 2013; 68(6): 628-35
3. **Baidya DK, Khanna P and Maitra S:** Analgesic efficacy and safety of thoracic paravertebral and epidural analgesia for thoracic surgery: a systematic review and meta-analysis. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2014; 18(5): 626-35
4. **Yeung JH, Gates S, Naidu BV, Wilson MJ and Gao Smith F:** Paravertebral block versus thoracic epidural for patients undergoing thoracotomy. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 2(CD009121)
4. **Chen H, Liao Z, Fang Y, Niu B, Chen A, Cao F, Mei W and Tian Y:** Continuous right thoracic paravertebral block following bolus initiation reduced postoperative pain after right-lobe hepatectomy: a randomized, double-blind, placebocontrolled trial. *Reg Anesth Pain Med* 2014; 39(6): 506-12
5. **Krediet AC, Moayeri N, van Geffen GJ, Bruhn J, Renes S, Bigeleisen PE and Groen GJ:** Different Approaches to Ultrasound-guided Thoracic Paravertebral Block: An Illustrated Review. *Anesthesiology* 2015; 123(2): 459-74
6. **Schreiber KL, Chelly JE, Lang RS, Abuelkasem E, Geller DA, Marsh JW, Tsung A and Sakai T:** Epidural Versus Paravertebral Nerve Block for Postoperative Analgesia in Patients Undergoing Open Liver Resection: A Randomized Clinical Trial. *Reg Anesth Pain Med* 2016; 41(4): 460-8
7. **Patnaik R, Chhabra A, Subramaniam R, Arora MK, Goswami D, Srivastava A, Seenu V and Dhar A:** Comparison of Paravertebral Block by

- Anatomic Landmark Technique to Ultrasound-Guided Paravertebral Block for Breast Surgery Anesthesia: A Randomized Controlled Trial. *Reg Anesth Pain Med* 2018; 43(4): 385-390
8. **Forero M, Adhikary SD, Lopez H, Tsui C and Chin KJ:** The Erector Spinae Plane Block: A Novel Analgesic Technique in Thoracic Neuropathic Pain. *Reg Anesth Pain Med* 2016; 41(5): 621-7
9. **Huang W, Wang W, Xie W, Chen Z and Liu Y:** Erector spinae plane block for postoperative

- analgesia in breast and thoracic surgery: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Anesth* 2020; 66(109900)
10. **Fang B, Wang Z and Huang X:** Ultrasound-guided preoperative single-dose erector spinae plane block provides comparable analgesia to thoracic paravertebral block following thoracotomy: a single center randomized controlled double-blind study. *Ann Transl Med* 2019; 7(8): 174

## NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM VÀ KẾT CỤC THAI KỲ CỦA NHỮNG THAI PHỤ BÉO PHÌ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2020-2022

Nguyễn Xuân Mỹ\*, Nguyễn Hữu Dự\*, Ngũ Quốc Việt\*

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Ngày nay tỷ lệ thai phụ béo phì ngày càng tăng, điều này sẽ gây nhiều biến chứng nguy hiểm cho mẹ và thai nhi trong thai kỳ. Với mục đích tìm hiểu đặc điểm của các thai phụ béo phì để dự đoán được những nguy cơ có thể xảy ra và từ đó đưa ra những khuyến cáo cho thai phụ nhằm làm giảm những biến chứng có thể xảy ra trong thai kỳ. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định đặc điểm và kết cục thai kỳ của các thai phụ béo phì. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** cắt ngang mô tả 76 thai phụ béo phì nhập viện sinh. Ghi nhận đặc điểm và kết cục thai kỳ của thai phụ thời điểm nhập viện. **Kết quả:** có 76 thai phụ béo phì, trong đó 59 béo phì I (77,63%) và 17 béo phì II (22,37%). Tỷ lệ thai phụ béo phì trong độ tuổi sinh đẻ gặp nhiều nhất (69,73%). Tỷ lệ thai phụ béo phì sống ở thành thị cao hơn thai phụ sống ở nông thôn (65,79% so với 34,21%). Tỷ lệ thai phụ béo phì tăng cân > 12 kg tương đương với thai phụ béo phì tăng cân ≤ 12 kg. Tỷ lệ thai phụ béo phì không được tầm soát đái tháo đường thai kỳ ở 3 tháng đầu cao (46,16%). Tỷ lệ thai phụ béo phì chấm dứt thai kỳ bằng mổ lấy thai cao hơn sinh đường âm đạo (85,53% so với 14,47%). Tỷ lệ trẻ được chăm sóc tại khoa sơ sinh thấp (3,95%). Có 2 trường hợp có biến chứng sau khi chấm dứt thai kỳ là băng huyết sau sinh và nhiễm trùng hậu phẫu. **Kết luận:** tỷ lệ thai phụ béo phì có xu hướng tăng và là 1 vấn đề của xã hội ngày nay

**Từ khóa:** thai phụ béo phì, đái tháo đường thai kỳ, mổ lấy thai

### SUMMARY

#### RESEARCH OF CHARACTERISTICS AND OUTCOME OF OBESE PREGNANCY WOMEN

\*Trường Đại học Y Dược Cần Thơ  
Chịu trách nhiệm chính:  
Email: drnguyenxuanmy@gmail.com  
Ngày nhận bài: 15.6.2022  
Ngày phản biên khoa học: 8.9.2022  
Ngày duyệt bài: 16.8.2022

### AT CAN THO OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL IN 2020-2022

**Background:** The rate of obese pregnant women is increasing, which causes many dangerous complications for mother and fetus. In order to understand the characteristics of obese pregnant to make recommendations beneficial to pregnant women as well as reduce possible complications during pregnancy. **Objectives:** To determine the characteristics of obese pregnant and evaluate the pregnancy outcomes of obese pregnant. **Subjects and methods:** Cross-sectional study on 76 obese pregnant women. Then, monitor and evaluate the clinical, subclinical symptoms and outcomes of pregnant women at the time of hospital admission and delivery. **Results:** There were 76 obese pregnant women, of which 59 were class I obesity (77,63%) and 17 were class II obesity (22,37%). The rates of obese pregnant in women of reproductive age was the most common (69,73%). The percentage of obese pregnant women living in urban areas was higher than that of women living in rural areas (65,79% versus 34,21%). In the group of class II obesity, the rate of weight gain > 12 kg was higher than the weight gain group ≤ 12 kg. The rate of obese pregnant women who are not screened for gestational diabetes in the first trimester is high (46,16%). The percentage of obese pregnant women who had cesarean section was significantly higher than vaginal delivery (85,53% versus 14,47%). The percentage of newborns being cared for in the neonatal department is low (3,95%). There were 2 cases of complications after pregnancy termination, complications were postpartum hemorrhage and postoperative infection. **Conclusion:** the percentage of pregnant women who are obese tends to increase and is a problem of today's society

**Keyword:** obese pregnant women, gestational diabetes, cesarean section.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Béo phì trong thai kỳ sẽ làm tăng nguy cơ mắc các bệnh lý và kết quả thai kỳ bất lợi: đái tháo đường (ĐTĐ) thai kỳ, tăng tỷ lệ mổ lấy thai