

thành công giữa nhóm sỏi ống mật chủ có túi thừa tá tràng và không có túi thừa tá tràng

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Leivonen, M.K., J.A.** Halttunen, and E.O. Kivilaakso, Duodenal diverticulum at endoscopic retrograde cholangiopancreatography, analysis of 123 patients. *Hepatogastroenterology*, 1996. **43**(10): p. 961-6.
2. **Sun, Z., et al.**, Different Types of Periapillary Duodenal Diverticula Are Associated with Occurrence and Recurrence of Bile Duct Stones: A Case-Control Study from a Chinese Center. *Gastroenterol Res Pract*, 2016. **2016**: p. 9381759.
3. **Egawa, N., et al.**, The role of juxtaapillary

duodenal diverticulum in the formation of gallbladder stones. *Hepatogastroenterology*, 1998. **45**(22): p. 917-20.

4. **Chong, V.H., H.B. Yim, and C.C. Lim**, Endoscopic retrograde cholangiopancreatography in the elderly: outcomes, safety and complications. *Singapore Med J*, 2005. **46**(11): p. 621-6.
5. **Xu, L., et al.**, Endoscopic Sphincterotomy with Large Balloon Dilation versus Endoscopic Sphincterotomy for Bile Duct Stones: A Systematic Review and Meta-Analysis. *BioMed Research International*, 2015. **2015**: p. 673103.
6. **Shelat, V.G., V.J. Chia, and J. Low**, Common bile duct exploration in an elderly Asian population. *Int Surg*, 2015. **100**(2): p. 261-7.

## SỰ PHÂN BỐ VÀ TÍNH KHÁNG THUỐC CỦA TRỤC KHUẨN MỦ XANH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THANH HÓA NĂM 2020

Lê Văn Cường\*, Dương Quang Hiệp\*\*

### TÓM TẮT

Trực khuẩn mũ xanh (*Pseudomonas aeruginosa*) là một mầm bệnh cơ hội gây ra hầu hết các bệnh nhiễm trùng mạn tính ở người. **Mục đích:** Nghiên cứu này được thực hiện để xác định tỉ lệ nhiễm trùng và đặc điểm kháng kháng sinh của trực khuẩn mũ xanh từ các bệnh phẩm lâm sàng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang được thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa từ tháng 1 đến tháng 8 năm 2020. Trực khuẩn mũ xanh được phân lập từ một số bệnh phẩm khác nhau tại Khoa Vi sinh. Phân lập, định danh và xác định mức độ nhạy cảm với các kháng sinh. **Kết quả:** 78 chủng *Pseudomonas aeruginosa*. Được phân lập chủ yếu từ nước tiểu, mủ, dịch vết thương, đờm, dịch hút khí quản và máu. 55,8% kháng với Cefotaxime, 53,3% kháng với Cefepime, 24,3% kháng với Piperacillin/Tazobactam. Nhiều nghiên cứu trước đây cho thấy các loại thuốc kháng sinh như Imipenem, Meropenem, Ciprofloxacin, Gentamicin, Amikacin và Tobramycin được cho là lựa chọn tốt, nhưng ở nghiên cứu này đã có sự gia tăng đề kháng các loại kháng sinh trên rất nhiều. Trước đây *Pseudomonas aeruginosa* hoàn toàn nhạy cảm với Colistin nhưng hiện tại đã kháng với tỉ lệ 8,3%. **Kết luận:** Việc theo dõi liên tục mức độ nhạy cảm với kháng sinh của *Pseudomonas aeruginosa* là điều cần thiết và cần có phác đồ điều trị hợp lý do bác sĩ lâm sàng kê đơn để hạn chế sự lan rộng của tình trạng kháng kháng sinh.

**Từ khóa:** Kháng kháng sinh; *Pseudomonas aeruginosa*.

\*Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hoá

\*\*Phân hiệu Trường Đại học Y Hà Nội tại Thanh Hoá

Chịu trách nhiệm chính: Dương Quang Hiệp

Email: Duongquanghieptm@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 12.01.2022

Ngày duyệt bài: 21.01.2022

### SUMMARY

#### DISTRIBUTION AND ANTIBIOTIC RESISTANCE IN *P. AERUGINOSA* AT THANH HOA PROVINCE GENERAL HOSPITAL

*Pseudomonas aeruginosa* is an opportunistic pathogen that causes most chronic infections in humans. **Purposes:** This study was performed to determine the infection rate and antibiotic resistance characteristics of *pseudomonas aeruginosa* from the clinical specimens. **Subjects and methods:** Cross-sectional description was performed at Thanh Hoa General Hospital from January to August 2020. *Pseudomonas aeruginosa* is isolated from a number of different specimens at the Department of Microbiology Isolation, identification and determination of antibiotic sensitivity. **Results:** 78 strains of *Pseudomonas aeruginosa*. Isolated mainly from urine, pus, wound fluid, sputum, tracheal suction fluid and blood. That of 55,8% resistant to Cefotaxime, 53,3% resistant to Cefepime, 24,3% resistant to Piperacillin/Tazobactam. Many previous studies showed that antibiotics such as Imipenem, Meropenem, Ciprofloxacin, Gentamicin, Amikacin and Tobramycin had been thought to be good options, but in this study those which increased in resistance to antibiotics immensely. Previously, *Pseudomonas aeruginosa* was completely sensitive to Colistin but now the resistance 8,3%. **Conclusion:** Keeping continuously of monitoring to the antibiotic sensitivity of *Pseudomonas aeruginosa* is essential and reasonable and a need for being prescribed properly by the clinician to limit the spread of antibiotic resistance.

**Keywords:** Antibiotic resistance; *Pseudomonas aeruginosa*.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đại dịch kháng kháng sinh toàn cầu tác động tới toàn bộ các bệnh nhân và nhân viên y tế. Đại dịch này được xem như là một thảm họa sinh thái.

Nhiều thuốc kháng sinh đã được đưa vào sử

dụng điều trị trong 4 thập niên qua cho thấy hầu như không còn có một nhóm thuốc kháng sinh mới nào sẽ được sử dụng trong tương lai gần. Khả năng thích nghi cũng như sinh đột biến kháng kháng sinh ở mức độ sinh học phân tử cao đã giúp cho các chủng vi khuẩn có lợi thế hơn hẳn so với loài người trong cuộc chiến chống đại dịch kháng kháng sinh toàn cầu.

Hiện nay, nhờ sự phát triển mạnh mẽ của khoa học cũng như y học, người ta đã phân lập, phát hiện ra rất nhiều loại vi khuẩn có khả năng gây bệnh; đặc biệt là loại vi khuẩn gây nhiễm trùng cơ hội Trục khuẩn mũ xanh (tên khoa học là *Pseudomonas aeruginosa*) - một trong những tác nhân quan trọng gây nhiễm khuẩn bệnh viện.

Trước yêu cầu của thực tiễn, chúng tôi tiến hành đề tài: "Nghiên cứu sự phân bố và tính kháng thuốc của trục khuẩn mũ xanh (*Pseudomonas aeruginosa*) tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa năm 2020" nhằm các mục tiêu nghiên cứu sau:

1. *Xác định tỉ lệ nhiễm trùng do Trục khuẩn mũ xanh trên bệnh nhân nằm viện tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa.*

2. *Đặc điểm kháng kháng sinh của Trục khuẩn mũ xanh trên bệnh nhân nằm viện tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Các chủng vi khuẩn *Pseudomonas aeruginosa* được phân lập tại khoa Vi sinh, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa từ tháng 01-2020 đến tháng 08-2020.

- Phân lập *P. aeruginosa* từ một số bệnh phẩm (máu, mủ vết thương, dịch mũi họng, đờm, dịch nội khí quản, nước tiểu...).

- Nghiên cứu mức độ kháng kháng sinh của *P. aeruginosa* dựa trên kết quả kháng sinh đồ của các chủng *P. aeruginosa* phân lập được.

- Tỉ lệ nhiễm trục khuẩn mũ xanh của bệnh nhân nằm viện tại các khoa.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

#### 2.2.1. Vật liệu nghiên cứu

##### Thiết bị và dụng cụ

- Hệ thống Bruker Microflex MALDITOF;
- Hệ thống định danh và KSD Phoenix;
- Tủ an toàn sinh học.

##### Sinh phẩm, hóa chất và vật tư tiêu hao

- Matrix HCCA
- Bruker Bacterial Test Standard (BTS);
- Card định danh và kháng sinh đồ Phoenix;
- Khoanh giấy kháng sinh.

#### 2.2.2. Các kỹ thuật sử dụng trong

## ngiên cứu

### Nuôi cấy vi khuẩn *P.aeruginosa*

Đặc điểm nuôi cấy trục khuẩn mũ xanh: hiếu khí, mọc dễ dàng trên các môi trường nuôi cấy thông thường như thạch dinh dưỡng, thạch máu, canh thang. Nhiệt độ nuôi cấy 35-37°C và pH từ 7,2 - 7,5.

Trên môi trường lỏng làm đục đều, trên bề mặt có vầng. Trên môi trường đặc có hai loại khuẩn lạc: Khuẩn lạc S (tròn đều mặt nhẵn, trung tâm hơi lõm), khuẩn lạc R (dẹt, xù xì). Tính chất đặc trưng của trục khuẩn mũ xanh là sinh sắc tố và chất thơm.

**Phân lập và định danh vi khuẩn *P. Aeruginosa*.** Sau tối thiểu 18-24h, tối đa 72h khi có khuẩn lạc nghi ngờ làm phiến phết nhuộm Gram kiểm tra hình thái. Sau đó tiến hành phân lập và định danh theo quy trình bằng máy định danh nhanh Malditof hoặc hệ thống máy Phoenix.

**Xác định độ nhạy kháng của vi khuẩn** với các kháng sinh bằng phương pháp khoanh giấy khuếch tán hoặc hệ thống máy Phoenix, tham chiếu mức độ nhạy cảm của kháng sinh dựa trên CLSI 2019-2020.

**3.3. Xử lý số liệu:** Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học sử dụng phần mềm thống kê Vi sinh Whonet 5.6. Xử lý theo phần mềm Excel.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 01/2020-08/2020 chúng tôi đã phân lập được 78 chủng vi khuẩn *P. aeruginosa* từ các mẫu bệnh phẩm.

### 3.1. Đặc điểm chung:

#### 3.1.1. Tỉ lệ bệnh nhân nhiễm *Pseudomonas aeruginosa* theo nhóm tuổi

**Bảng 1. Tỉ lệ bệnh nhân nhiễm *Pseudomonas aeruginosa* theo nhóm tuổi**

Độ tuổi	Số lượng	Tỉ lệ (%)
11-20	5	6,41
21-40	8	10,26
41-60	36	46,15
60-80	19	24,36
> 80	10	12,82

#### 3.1.2. Tỉ lệ bệnh nhân nhiễm *Pseudomonas aeruginosa* giữa các khoa

**Bảng 2. Tỉ lệ bệnh nhân nhiễm *Pseudomonas aeruginosa* giữa các khoa tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa 2020**

Khoa	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Hồi sức tích cực 1	5	6,41
Hồi sức tích cực 2	3	3,85
Các khoa Ngoại	45	57,69
Các khoa Nội	24	30,77
Các chuyên khoa khác	1	1,28

**3.1.3. Tỷ lệ phân lập Pseudomonas aeruginosa được trong các loại bệnh phẩm**

**Bảng 3. Tỷ lệ phân lập Pseudomonas aeruginosa được trong các loại bệnh phẩm**

Bệnh phẩm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Dịch họng + Đờm	14	17,95

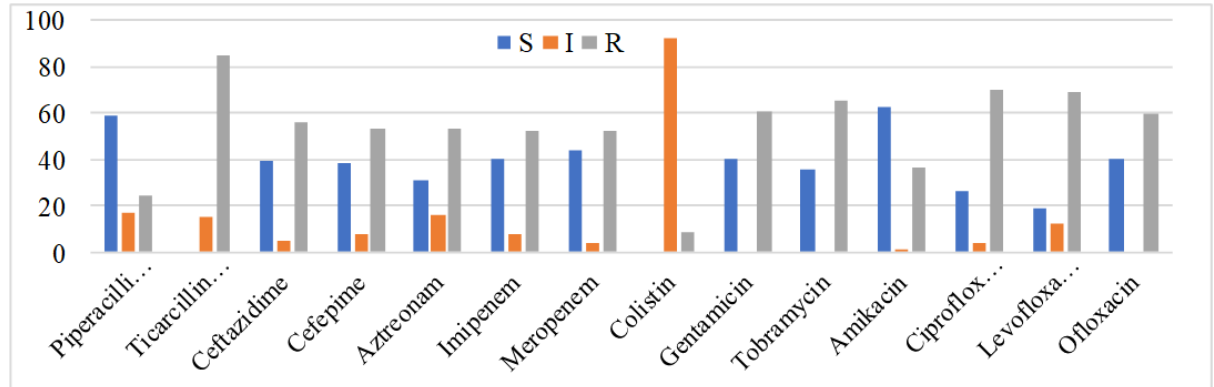
+DKQ		
Mủ	13	16,67
Nước tiểu	40	51,28
Máu	4	5,13
Các loại dịch	7	8,97

**3.2. Khảo sát mức độ kháng kháng sinh của Pseudomonas aeruginosa**

**Bảng 4. Mức độ kháng kháng sinh của Pseudomonas aeruginosa**

Nhóm	Kháng sinh	S (%)	I (%)	R (%)
<b>Nhóm β-lactam</b>				
A	Piperacillin/ Tazobactam	59,0	16,7	24,3
O	Ticarcillin/Clavulanate	0,0	15,0	85,0
<b>Cephems</b>				
A	Ceftazidime	39,0	5,2	55,8
B	Cefepime	38,7	8,0	53,3
<b>Monobactam</b>				
B	Aztreonam	31,2	15,6	53,2
<b>Carbapenems</b>				
B	Imipenem	40,0	8,0	52,0
B	Meropenem	43,6	3,8	52,6
<b>Lipopeptid</b>				
O	Colistin	0,0	91,7	8,3
<b>Aminoglycosides</b>				
A	Gentamicin	39,7	0,0	60,3
A	Tobramycin	35,2	0,0	64,8
B	Amikacin	62,2	1,4	36,5
<b>Quinolone</b>				
B	Ciprofloxacin	26,4	4,2	69,4
B	Levofloxacin	19,1	11,8	69,1
O	Ofloxacin	40,0	0,0	60,0

Chú thích: S: Nhạy cảm, I: Trung gian, R: Kháng



**Hình 1. Biểu đồ sự đề kháng kháng sinh của P. aeruginosa năm 2020 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa**

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm chung**

**4.1.1. Tỷ lệ bệnh nhân nhiễm Pseudomonas aeruginosa theo nhóm tuổi.**

Tỷ lệ bệnh nhân nhiễm Pseudomonas aeruginosa theo nhóm tuổi Trong nghiên cứu này xem Bảng 1, chúng tôi phân lập được 78 chủng P. aeruginosa từ các mẫu bệnh phẩm: Đờm, mủ,

máu, nước tiểu và dịch não tủy. Các chủng P. aeruginosa phân lập được từ các bệnh phẩm chủ yếu trên những bệnh nhân tuổi trung niên, đa phần từ 40 tuổi trở lên (chiếm 83,33%). Kết quả này cũng phù hợp với một số nghiên cứu trên thế giới, Hoàng Doãn Cảnh và nhóm nghiên cứu (2014)[3]; Nghiên cứu sự phân bố và tính kháng thuốc của trực khuẩn mủ xanh (Pseudomonas

aeruginosa) tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa năm 2014 (người trên 50 tuổi là 70,96%) [1].

**4.1.2. Tỷ lệ bệnh nhân nhiễm *Pseudomonas aeruginosa* giữa các khoa.** Tỷ lệ *Pseudomonas aeruginosa* phân lập được tại các khoa hệ Ngoại khá cao chiếm 57,69%, cao hơn với Nghiên cứu sự phân bố và tính kháng thuốc của trực khuẩn mủ xanh (*Pseudomonas aeruginosa*) tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa năm 2014 là 45,10% [1].

**4.1.3. Tỷ lệ phân lập *Pseudomonas aeruginosa* được trong các loại bệnh phẩm**

Tỷ lệ *Pseudomonas aeruginosa* phân lập được trong các loại các bệnh phẩm xem Bảng 2. Trong số 78 chủng *P.aeruginosa* có 14 chủng (17,95%) phân lập được từ đờm, kết quả này khác với kết quả nghiên cứu của Phạm Hùng Vân và nhóm MIDAS (2009) là 55,2%, theo Hoàng Doãn Cảnh và nhóm nghiên cứu (2014) là 50% [3], theo Nghiên cứu sự phân bố và tính kháng thuốc của trực khuẩn mủ xanh (*Pseudomonas aeruginosa*) tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa năm 2014 là 55,2%[1]. Tỷ lệ *Pseudomonas aeruginosa* phân lập được chủ yếu lại từ bệnh phẩm nước tiểu với 40 chủng chiếm tỷ lệ 51,28%. Điều này có thể nói Trực khuẩn mủ xanh nay đã trở thành một trong những tác nhân nghiêm trọng gây viêm đường tiết niệu.

**4.2. Khảo sát mức độ kháng kháng sinh của *Pseudomonas aeruginosa*.** Xem Bảng 4, ta thấy *P. aeruginosa* kháng với hầu hết các loại kháng sinh. Mức độ kháng với các kháng sinh: Piperacillin/Tazobactam (24,3%), Ticarcillin/Clavulanate (85%), Ceftazidime (55,8%), Cefepime (53,3%), Imipenem (52%), Meropenem (52,6%), Gentamicin (60,3%), Tobramycin (64,8%), Amikacin (36,5%), Ciprofloxacin (69,4%), Levofloxacin (69,1%), Ofloxacin (60%). Riêng Colistin kháng ít nhất với tỷ lệ 8,3%, tuy nhiên Colistin là kháng sinh nhóm O – kháng sinh trước đây chỉ dùng trên động vật thì nay phải sử dụng với cơ thể người vì tất cả kháng sinh còn lại đã kháng. Tỷ lệ này thể hiện sự đa kháng thuốc của *P. aeruginosa* và mức độ kháng kháng sinh của *P. aeruginosa* là rất cao; đặc biệt một tỷ lệ kháng lại Imipenem là 52% và Meropenem là 52,6%, một kháng sinh thuộc nhóm Carbapenem được xem đã từng là vũ khí hữu hiệu nhất để điều trị bệnh nhiễm trùng do *P. aeruginosa* gây nên. So sánh với kết quả nghiên cứu của một số tác giả khác thì chúng tôi nhận thấy:

- Có sự gia tăng tỷ lệ kháng kháng sinh của *P. Aeruginosa* rất nhiều so với năm các năm 2008, 2014, theo Bùi Khắc Hậu (2008) tỷ lệ kháng

gentamicin, ciprofloxacin, amikacin lần lượt là 54%, 30,9%, 29,1% [2]; Hoàng Doãn Cảnh Và nhóm nghiên cứu (2014) là 50%, 44,4%, 39,3%; Nghiên cứu sự phân bố và tính kháng thuốc của trực khuẩn mủ xanh (*Pseudomonas aeruginosa*) tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa năm 2014 lần lượt là 47,09%, 43,87%, 35,48%.

- Có sự gia tăng rất nhiều về tỷ lệ kháng kháng sinh Imipenem (kháng sinh thuộc nhóm Carbapenem), theo Bùi Khắc Hậu (2008) tỷ lệ kháng Imipenem là 15,8%, Phạm Hùng Vân và nhóm MIDAS (2009) là 20,7%, nghiên cứu sự phân bố và tính kháng thuốc của trực khuẩn mủ xanh (*Pseudomonas aeruginosa*) tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa năm 2014 là 23,22%; của chúng tôi năm 2020 là 52%. Sự gia tăng đề kháng với Imipenem rất nhiều là điều đáng chú ý vì Imipenem và các kháng sinh thuộc nhóm Carbapenem là vũ khí hữu hiệu nhất để điều trị bệnh nhiễm trùng do *P. aeruginosa* gây nên. Khi so sánh khả năng kháng kháng sinh của *P. aeruginosa* với một số nghiên cứu trên thế giới, chúng tôi cũng nhận thấy có sự tương đồng về tỷ lệ kháng kháng sinh của *P. aeruginosa*.

- So sánh với thống kê tỷ lệ kháng kháng sinh của *P. aeruginosa* năm 2019: Số trường hợp nhiễm trực khuẩn mủ xanh cùng kỳ năm 2019 là 84 trường hợp, như vậy tỷ lệ nhiễm trùng do trực khuẩn mủ xanh đã giảm nhẹ. Tuy nhiên tỷ lệ kháng nhóm Carbapenem đang có xu hướng tăng lên đáng kể (Năm 2019 tỷ lệ kháng Impenem là 47,4 nhưng năm 2020 nó là 52%); kháng sinh Colistin những năm trước chưa phát hiện trường hợp kháng nào thì năm 2020 đã xuất hiện kháng tỷ lệ 8,3%. Các loại kháng sinh khác cũng có sự gia tăng kháng thuốc đáng kể.

## V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

### 5.1. Kết luận

- Có sự gia tăng về tỷ lệ kháng kháng sinh của *P. aeruginosa* và kết quả nghiên cứu của chúng tôi là xác thực, đặc biệt là có sự gia tăng đề kháng với Imipenem và Meropenem, điều này cần phải được nghiên cứu sâu hơn vì nếu cơ chế của đề kháng là do vi khuẩn tiết được enzym Carbapenemase thì nguy cơ lan truyền tính kháng thuốc sẽ rất cao vì gen đề kháng có thể nằm trên plasmid và có thể lan truyền được.

- 51,28% số chủng *P. aeruginosa* được phân lập từ bệnh phẩm nước tiểu. 83,33% bệnh nhân nhiễm nhiễm *P. aeruginosa* là những bệnh nhân trung niên trở lên, chủ yếu từ 40 tuổi.

- Tỷ lệ *Pseudomonas aeruginosa* phân lập được tại các khoa hệ Ngoại khá cao 57,69%.

- *P. aeruginosa* kháng lại tất cả các loại kháng sinh với tỉ lệ rất cao, kể cả kháng sinh nhóm Carbapenem. Chỉ còn kháng sinh Colistin và Piperacillin/Tazobactam kháng ít hơn với tỉ lệ lần lượt là 8,3%, 24,3%, tuy nhiên Colistin là kháng sinh khuyến cáo thuộc nhóm O – rất hạn chế trong việc sử dụng.

**5.2. Kiến nghị**

- Cần tiến hành thường xuyên các nghiên cứu giám sát vi khuẩn kháng lại kháng sinh tại các cơ sở y tế để có các giải pháp cụ thể. Cần thường xuyên kiểm tra vệ sinh khoa phòng bằng thuốc sát trùng phù hợp để loại bỏ trường hợp lây chéo tác nhân gây nhiễm trùng bệnh viện.

- Cần có các công trình nghiên cứu sâu hơn ở cấp độ phân tử về tính kháng thuốc của *P.*

*aeruginosa*, đặc biệt là các gen mã hóa cho Carbapenemase.

- Cần có sự phối hợp thuốc khi sử dụng thuốc kháng sinh để điều trị cho các trường hợp đa kháng.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- 1. Ngô Thị Thanh Xuân (2014).** Nghiên cứu sự phân bố và tính kháng thuốc của trực khuẩn mũ xanh tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa 2014.
- 2. Bùi Khắc Hậu và cộng sự (2008).** Dịch tễ học phân tử các chủng *Pseudomonas aeruginosa* đa kháng thuốc nhiễm trùng bệnh viện tại Hà Nội, Báo cáo kết quả nghiên cứu Đề tài cấp Bộ, Đại học Y Hà Nội.
- 3. Hoàng Doãn Cảnh và cộng sự (2014).** Tình hình kháng kháng sinh của *Pseudomonas aeruginosa* phân lập được trên bệnh phẩm tại viện Pasteur, TP Hồ Chí Minh.
- 4. M100 – Performance standard for Antimicrobial Susceptibility Testing 2020.**

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ KHE HỞ VÒM MIỆNG HAI BÊN TOÀN BỘ BẨM SINH THEO KỸ THUẬT PUSH BACK TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN NĂM 2018 - 2021**

**Tăng Xuân Hải\*, Trần Minh Long\*, Lê Xuân Thu\***

**TÓM TẮT**

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả liền thương, đóng kín khe hở sau phẫu thuật điều trị khe hở vòm miệng (KHVM) hai bên toàn bộ bẩm sinh theo kỹ thuật push-back và nêu một số đặc điểm lâm sàng khe hở vòm miệng hai bên toàn bộ được phẫu thuật điều trị theo kỹ thuật này. **Đối tượng, phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu, tiến cứu cỡ mẫu 38 BN đủ tiêu chuẩn bị KHVM hai bên toàn bộ bẩm sinh từ tháng 01/2018-08/2021 tại khoa Răng Hàm Mặt - BV Sản Nhi Nghệ An. **Kết quả:** Nam 25 BN (65,79 %); Nữ 10 BN (34,21 %); Ở nhóm tuổi ≤24 tháng: 8 (21,05%) BN; Nhóm >24-48 tháng: 60,53% (23 BN). Do di truyền: 18,42% (7 BN); mẹ bị cúm trong 3 tháng đầu mang thai: 34,21% (13 BN); không rõ nguyên nhân: 47,37% (18 BN). KHVM đơn thuần 4 BN (10,53%). KHVM kèm theo KHM 34 BN (89,47%). Nhóm nam: KHVM đơn thuần 12%; KHVM kết hợp KHM 88,00%. Nhóm nữ: KHVM đơn thuần 7,69%, KHVM kết hợp KHM 92,31%. Kích thước KHVM rộng 1-2 cm cao nhất 30 BN (78,95%); KHVM rộng >2 cm: 03 BN (21,05%). Không có biến chứng sau mổ 34 BN (89,47%). **Kết luận:** Tỷ lệ nam/nữ: 2/1; tuổi PT trung bình: 36,62±20,90 tháng (min 16, max 72 tháng (6 tuổi)); Nhóm tuổi ≤24 tháng: 21,05%; Nhóm >24-48

tháng: 60,53%; Nhóm >48-<72 tháng: 15,79%; Thấp nhất tuổi ≥72 tháng: 2,63%. Nguyên nhân: mẹ ốm 03 tháng đầu mang thai: 34,21%; di truyền 18,42%; không rõ 46,37%.

**Từ khóa:** Khe hở vòm miệng hai bên, khe hở môi, phẫu thuật, trẻ em.

**SUMMARY**

**TO ASSESS THE SURGICAL TREATMENT RESULTS OF BILATERAL CLEFT PALATE BY PUSH BACK TECHNIQUE IN NGHE AN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL IN 2018-2021**

**Objectives:** Evaluate the results of wound healing and closure of the cleft after surgery for bilateral cleft palate and describe the clinical characteristics of bilateral total cleft palate surgically treated by push-back technique. **Subjects-methods:** a cross-sectional descriptive study combined with retrospective, prospective sample size of 38 patients according to the above selection criterias of the bilateral total cleft palate from January 2018 to August 2021 at the Department of Odonto-Stomatology, NgheAn Obstetrics and Children's Hospital. **Results:** Male 25 (65.79%); Female 10 (34.21%); In the age ≤24 months: 8 (21.05%) patients; Group >24-48 months: 60.53% (23 patients). Genetic causes: 18.42% (7 patients); mother with flu in the first stage pregnancy: 34.21% (13 patients); unknown cause: 47.37% (18 patients). Only 4 patients (10.53%) cleft palate. Cleft palate with cleft lip 34 patients (89.47%). Male group: cleft palate 12.00%; Cleft palate with cleft

\**Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An*  
 Chịu trách nhiệm chính: Tăng Xuân Hải  
 Email: bstangxuanhai@gmail.com  
 Ngày nhận bài: 24.11.2021  
 Ngày phản biện khoa học: 12.01.2022  
 Ngày duyệt bài: 24.01.2022