

KHẢO SÁT NGUYÊN NHÂN, ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN SUY ĐA TẠNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Nguyễn Thị Trang*, Vũ Thanh Bình*, Đỗ Minh Dương**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát nguyên nhân, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân suy đa tạng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình. **Phương pháp:** tiến cứu và hồi cứu, tự chứng. **Kết quả:** Trong 82 bệnh nhân suy đa tạng có tuổi trung bình là 59,4 ± 12,5 tuổi. Nam chiếm 78% và nữ chiếm 22%. Số lượng tạng tổn thương ở mỗi bệnh nhân dao động từ 2 - 6 tạng, trong đó suy 4 tạng gặp tỷ lệ cao nhất (45,1%), suy 2 tạng chiếm tỉ lệ thấp nhất (8,5%). Một số biểu hiện lâm sàng tổn thương các tạng gặp với tỷ lệ cao nhất là: Hô hấp: khó thở (100%), thở nhanh (45,5%), thở máy (72,5%); Tim mạch: nhịp nhanh (88,57%); Thận: thiếu/vô niệu (59,8%). Một số biểu hiện cận lâm sàng: bệnh nhân nhiễm khuẩn: 70,7% tăng bạch cầu; 58,5% thâm nhiễm phổi trên Xquang; 44,6% cấy máu (+) và 23% cấy đờm (+). Phần lớn có bạch cầu tăng 13,69 ± 9,06 và thiếu máu nhẹ hồng cầu 3,92 ± 0,85; Hemoglobin 113,9 ± 17,56. Phần lớn BN có nhiễm toan chuyển hóa pH 7,16 ± 0,21 và giảm oxy máu P/F: 208,49 ± 85,16; Creatinin máu tăng 245,17 ± 145,89mg/dL, tăng Billirubin TP 55,05 ± 72,57mg/dL và Lactate máu tăng cao 10,4 ± 6,91. Trong 4 nhóm nguyên nhân gây SĐT thì nhiễm khuẩn chiếm tỷ lệ cao nhất (79,4%) và nguồn nhiễm khuẩn chủ yếu từ hô hấp và tiêu hóa. **Kết luận:** Suy đa tạng thường gặp ở các bệnh nhân lớn tuổi với tỷ lệ nam nhiều hơn nữ với tổn thương ở nhiều cơ quan có biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng đa dạng và nhiễm khuẩn vẫn là nguyên nhân hàng đầu chiếm tỷ lệ cao gây suy đa tạng, do đó cần phát hiện sớm, có biện pháp dự phòng và tích cực điều trị.

Từ khóa: suy đa tạng.

SUMMARY

SURVERY OF CAUSES, CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH MULTI-ORGAN FAILURE AT THAI BINH PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

Objectives: Survery of causes, clinical and subclinical characteristics of patients with multi-organ failure at Thai Binh Provincial General Hospital. **Method:** prospective self control study. **Results:** In 82 patients with multiple organ failure, the mean age was 59.4 ± 12.5 years. Male accounted for 78% and female accounted for 22%. The number of damaged organs in each patient ranged from 2 to 6 organs, of which failure of 4 organs had the highest rate

(45.1%), failure of 2 organs accounted for the lowest rate (8.5%). Some of the clinical manifestations of organ damage encountered with the highest rate are: Respiratory: dyspnea (100%), rapid breathing (45.5%), mechanical ventilation (72.5%); Cardiovascular: tachycardia (88.57%); Kidney: oliguria/anuria (59.8%). Some subclinical manifestations: infected patients: 70.7% leukocytosis; 58.5% pulmonary infiltrates on X-ray; 44.6% blood culture (+) and 23% sputum culture (+). Most had a white blood cell increase of 13.69 ± 9.06 and a mild anemia with a red blood cell of 3.92 ± 0.85; Hemoglobin 113.9 ± 17.56. Most of the patients had metabolic acidosis, pH 7.16 ± 0.21 and hypoxemia P/F: 208.49 ± 85.16; Serum creatinine increased 245.17 ± 145.89mg/dL, Total Billirubin increased 55.05 ± 72.57mg/dL and blood lactate increased 10.4 ± 6.91. Among the four groups of causes of multi-organ failure, infection accounts for the highest rate (79.4%) and the main source of infection is respiratory and digestive. **Conclusion:** Multi-organ failure is common in elderly patients with a higher rate of males than females, with lesions in many organs with diverse clinical and subclinical manifestations and infections still being the leading cause of high rates of morbidity and mortality. multi-organ failure, so it is necessary to detect early, take preventive measures and actively treat.

Keywords: multiple organ failure.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy đa tạng (SĐT) là bệnh cảnh thường gặp tại các khoa hồi sức với suy cùng lúc hoặc liên tiếp ít nhất hai tạng có tiến triển nặng với cơ chế tổn thương phức tạp [1].

Y học hiện đại có nhiều bước tiến mới trong điều trị nhưng tỷ lệ tử vong do SĐT vẫn còn rất cao, từ 22% khi suy 1 tạng tăng lên đến 83% khi suy ≥ 4 tạng. Mục tiêu điều trị là hỗ trợ chức năng các tạng và phòng ngừa các tác dụng không mong muốn do điều trị cho đến khi các tạng hồi phục. Cuối năm 2019 đại dịch COVID-19 bùng phát lấy đi tính mạng hàng triệu người trên toàn thế giới, cơ chế gây tử vong chủ yếu bằng kích hoạt hệ miễn dịch tạo ra những cơn bão cytokine khiến tổn hại các cơ quan đích gây rối loạn đa chức năng cơ quan [2]. Các bệnh nhân SĐT tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình được chẩn đoán và điều trị kết hợp bằng nhiều phương pháp trong đó có hỗ trợ lọc máu liên tục. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu về các đặc điểm của suy đa tạng để chẩn đoán sớm và chính xác giúp điều trị đạt hiệu quả hơn. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu: *Khảo sát nguyên nhân, đặc điểm lâm sàng, cận*

*Trường ĐH Y Dược Thái Bình

**Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thanh Bình

Email: thanhbinhmd@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 30.3.2022

Ngày duyệt bài: 13.4.2022

lâm sàng của bệnh nhân suy đa tạng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Hồi cứu: Các bệnh án thỏa mãn có bệnh nhân ≥ 18 tuổi được chẩn đoán Suy đa tạng theo tiêu chuẩn Knaus sửa đổi (2005) đủ dữ liệu nghiên cứu nhập BV Đa khoa tỉnh Thái Bình từ tháng 01/2019 đến tháng 11/2020.

Tiến cứu: Các bệnh nhân ≥ 18 tuổi được chẩn đoán Suy đa tạng theo tiêu chuẩn Knaus sửa đổi (2005) nhập BV Đa khoa tỉnh Thái Bình từ tháng 12/2020 đến tháng 08/2021.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân và bệnh án của bệnh nhân hôn mê tổn thương não không hồi phục.
- Bệnh nhân và bệnh án của bệnh nhân SĐT có AIDS, xuất huyết tiêu hóa cao do giãn vỡ tĩnh mạch thực quản, ung thư giai đoạn cuối.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- **Địa điểm nghiên cứu:** Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình

- Thời gian nghiên cứu:

Hồi cứu: 1/2019 - 11/2020

Tiến cứu: 12/2020 - 8/2021

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

- Tiến cứu và hồi cứu, tự chứng.
- Cỡ mẫu: chọn mẫu thuận tiện lấy mẫu toàn bộ 82: trong đó 40 bệnh án hồi cứu và 42 bệnh nhân tiến cứu.

2.3.2. Chỉ số nghiên cứu:

- Đặc điểm chung của đối tượng NC (tuổi, giới, số tạng suy, điểm SOFA).
- Phân bố bệnh nhân theo nguyên nhân SĐT, theo nguồn nhiễm khuẩn.
- Các chỉ số lâm sàng của bệnh nhân:
 - Ý thức: đánh giá theo thang điểm Glasgow.
 - Nhịp tim, đo huyết áp tâm thu/tâm trương, tính huyết áp trung bình.
 - Theo dõi điện tim, SpO₂, tần số thở.
 - Triệu chứng: phù, thiếu niệu/vô niệu.
 - Bệnh nhân không thở máy: theo dõi nồng độ Oxy được hỗ trợ (L/phút).
 - Bệnh nhân thở máy: theo dõi FiO₂ trên các thông số máy thở.
- Huyết học: Hb, Bạch cầu, tiểu cầu.
- Đông máu: PT, APTT.
- Sinh hóa máu: Bilirubin TT/TP; SGOT/SGPT, Ure/Creatinin, Na/K, Lactat...
- Khí máu động mạch: pH, paO₂, paCO₂, HCO₃⁻.
- Cấy máu, cấy nước tiểu, cấy đờm, cấy dịch

ở ổ nhiễm khuẩn...

- Quang, điện tim, siêu âm ổ bụng...

2.4. Xử lý số liệu. Các số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Tính tỷ lệ %, tính giá trị trung bình. So sánh 2 số trung bình bằng T-test. So sánh 2 tỷ lệ bằng kiểm định χ^2 . Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu

- Nghiên cứu được tiến hành trên cơ sở tuân thủ các quy định về thực hành lâm sàng tốt của Bộ Y tế và được Hội đồng khoa học trường Đại học Y Dược Thái Bình thông qua.

- Các số liệu thu thập được chỉ dùng trong nghiên cứu và trong việc chẩn đoán, điều trị cho bệnh nhân, toàn bộ các thông tin về bệnh nhân được bảo mật theo quy định hiện hành.

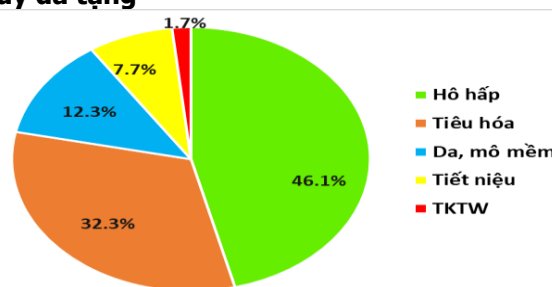
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Một số đặc điểm của nhóm nghiên cứu

- Tuổi trung bình là $60,2 \pm 13,5$ (tuổi). Tuổi thấp nhất là 26, tuổi cao nhất là 94. Nhóm tuổi ≥ 60 chiếm tỷ lệ cao nhất là 53,7%. Kết quả tương đồng với NC của Nguyễn Đăng Tuấn (57 ± 17 tuổi, chủ yếu gặp nhóm tuổi > 60 tuổi với tỷ lệ 51,9%) [3], của Payen ($57,6 \pm 12,6$ tuổi) [4].

- Bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 78% cao hơn bệnh nhân nữ chiếm 22%. Tỷ lệ này tương đồng với NC của Nguyễn Gia Bình (nam: 75,4% - nữ: 24,6%) [5], của Lê Thị Diễm Tuyết (nam: 74,5% - nữ: 25,5%) [1]. Tỷ lệ nam nhiều hơn nữ vì liên quan đến bệnh mạn tính như COPD, nghiện thuốc lá và rượu thường gặp ở nam.

3.2. Một số đặc điểm về nguyên nhân suy đa tạng



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ các cơ quan nhiễm khuẩn (n=65)

Các nguồn nhiễm khuẩn phần lớn từ hô hấp 46,1% và tiêu hóa 32,3%. Ronco C (2003) nghiên cứu nhóm nhiễm khuẩn dẫn đến SĐT cho thấy 61-66% nguyên nhân là nhiễm khuẩn hô hấp và ổ bụng [6].

Bảng 3.1. Các nguyên nhân gây suy đa tạng (n = 82)

Nguyên nhân	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Sốc nhiễm khuẩn	65	79,4

Viêm tụy cấp	7	8,6
Sốc tim	4	4,8
Ngộ độc	4	4,8
Khác	2	2,4

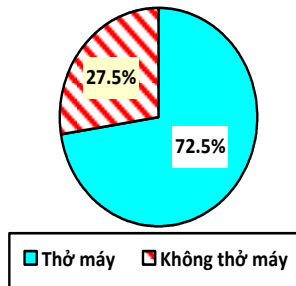
Sốc nhiễm khuẩn là nguyên nhân chủ yếu dẫn tới suy đa tạng. Nguyên nhân SĐT trong NC của chúng tôi phù hợp với nguyên nhân gây SĐT trong NC của Nguyễn Gia Bình, theo đó nhiễm khuẩn là nguyên nhân chính chiếm 93,8% [5].

3.3. Một số đặc điểm lâm sàng suy đa tạng

Bảng 3.2. Đặc điểm về tổn thương tạng thời điểm chẩn đoán SĐT (n = 82)

Thông số	Khoảng tứ phân vị	Trung vị
Số tạng suy T0	3 - 4,25	4
Điểm SOFA T0	10 - 14	10

Bệnh nhân tổn thương nhiều tạng với trung vị là 4 tạng tương ứng với điểm SOFA trung vị là 10 điểm. Điểm SOFA của đối tượng NC tại thời điểm nhập viện của chúng tôi thấp hơn so với Nguyễn Đăng Tuấn (điểm SOFA: 11,9±2,8 điểm; số tạng suy: 4,7 ± 2,8 tạng) [3]. Có sự khác nhau này có thể do nhóm BN của chúng tôi được chẩn đoán sớm hơn.



Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ bệnh nhân phải thở máy (n=80)

Trong 80 bệnh nhân tổn thương hệ hô hấp 100% có triệu chứng khó thở và cần hỗ trợ hô hấp. Tỷ lệ bệnh nhân suy hô hấp thở máy chiếm đa số 72,5%. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự các tác giả khác, tỷ lệ BN suy hô hấp chiếm 94,4% có suy hô hấp trong nghiên cứu của Elizabeth B và CS [7]. NC của Hoàng Văn Quang có suy hô hấp là 86,7% [8].

Bảng 3.3. Biểu hiện tổn thương trên tim mạch (n=72)

Biểu hiện	Số lượng	Tỷ lệ
-----------	----------	-------

Bảng 3.5. Giá trị trung bình các chỉ số huyết học và đông máu (n = 82)

Chỉ số	Min	Max	$\bar{x} \pm SD$
Bạch cầu (G/L)	0,36	40,18	13,69 ± 9,06
Hồng cầu (L)	1,13	5,73	3,92 ± 0,85
Hemoglobin (g/dL)	33	137	113,90 ± 17,56
Tiểu cầu (G/L)	8	571	177,07 ± 121,01

	(n)	(%)
HATB < 65mmHg	72	100
Nhịp nhanh > 100 lần/p	62	86
Bloc nhĩ thất độ III	5	7
Nhịp chậm <60l/p	2	2,8
Rung nhĩ	1	1,4

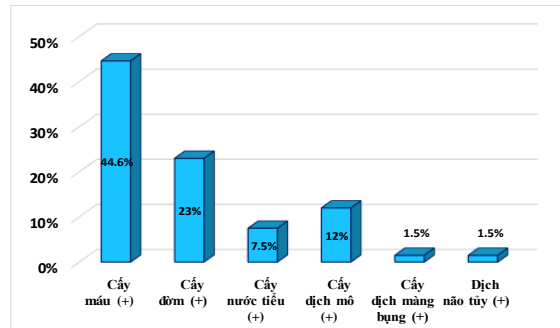
Tất cả các trường hợp có tổn thương tim mạch đều có HATB< 65mmHg. Trong đó nhịp nhanh chiếm tỉ lệ cao nhất 86%. Kết quả này khá tương đồng với kết quả từ các NC khác. NC của Elizabeth B và CS ghi nhận tỷ lệ suy tuần hoàn là 70,4% [7].

Bảng 3.4. Biểu hiện tổn thương thận (n=62)

Biểu hiện F	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Phù	10	16,1
Vô niệu	22	35,5
Thiểu niệu	30	48,4

Thiểu niệu và vô niệu là triệu chứng hay gặp nhất ở các bệnh nhân có tổn thương thận cấp ở SĐT chiếm lần lượt 48,4% và 35,5%. Kết quả chúng tôi cao hơn với NC của Elizabeth B và CS khi tỷ lệ bệnh nhân có suy thận là 50% [7]. Rimes S.C và CS cho thấy tỷ lệ tử vong do tổn thương thận cấp trong 11 ngày đầu tiên tại ICU là 30%, tăng lên 48,4% trong năm đầu và 61,8% sau 5 năm.

3.4. Một số đặc điểm cận lâm sàng suy đa tạng



Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ các xét nghiệm vi sinh trong SĐT do nhiễm khuẩn (n=65)

Tỷ lệ bệnh nhân có cấy máu (+) và cấy đờm (+) chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt 44,6% và 23%. Do phần lớn bệnh nhân nhiễm khuẩn có tổn thương hệ hô hấp nên thâm nhiễm Xquang chiếm 58,5%.

APTT (giây)	20	140	43,88 ± 25,52
PT (%)	5	129	58,41 ± 25,88
Fibrinogen (g/l)	0,36	10,6	3,61 ± 2,02

Đa số bệnh nhân có biểu hiện tăng bạch cầu, thiếu máu nhẹ và PT giảm còn lại các chỉ số đông máu khác nằm trong giới hạn bình thường. Các nghiên cứu về suy đa tạng của các tác giả khác ít đánh giá sự thay đổi số lượng bạch cầu mà chỉ đánh giá tỷ lệ bệnh nhân có nhiễm khuẩn huyết nặng hoặc SNK. Bạch cầu đóng vai trò quan trọng trong việc chống lại tác nhân gây bệnh. Tuy nhiên, sự kích hoạt bạch cầu quá mức sẽ gây tổn thương mô và các chất hóa hướng động. Sử dụng kháng sinh đúng thời điểm và phù hợp là nền tảng mang tính sống còn ở các bệnh nhân bị nhiễm khuẩn.

Bảng 3.6. Giá trị trung bình các chỉ số khí máu động mạch (n = 82)

Chỉ số	Min	Max	$\bar{x} \pm SD$
pH	6,56	7,46	7,16 ± 0,21
PaCO ₂ (mmHg)	1,9	209	34,21 ± 25,84
HCO ₃ ⁻ (mmol/l)	1,5	29	12,91 ± 6,43
PaO ₂ (mmHg)	31	288,3	96,18 ± 47,45
PaO ₂ /FiO ₂	77,2	413,33	208,49 ± 85,16

Phần lớn bệnh nhân có toan chuyển hóa pH máu trung bình là 7,16 ± 0,21 và giảm oxy máu P/F: 208,49 ± 85,16. Kết quả từ nghiên cứu của Quang-Ming C và CS năm 2015 cũng có tình trạng nhiễm toan chuyển hóa với pH là 7,3 ± 0,11 và HCO₃⁻ là 15,88 ± 3,73. Phần lớn các BN có suy hô hấp giảm oxy máu với nồng độ PaO₂ và tỷ lệ PaO₂/FiO₂ lúc chẩn đoán SĐT lần lượt là 96,18 ± 47,45mmHg và 208,49 ± 85,16. Sự trao đổi khí ở phổi thể hiện thông qua tỷ lệ PaO₂/FiO₂ trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả từ các NC trong và ngoài nước; nghiên cứu của Boussekey N và CS là 163 (150-186), của Hoàng Văn Quang là 198,4 ± 98 [8].

Bảng 3.7. Giá trị trung bình của một số chỉ số sinh hóa (n = 82)

Chỉ số	Min	Max	$\bar{x} \pm SD$
Urê (mg/dL)	2,8	47	14,28 ± 8,84
Creatinin (mg/dL)	14	801	245,17 ± 145,89
Bilirubin TP (mg/dL)	7,1	472	55,05 ± 72,57
Natri (mmol/L)	104	148	133,26 ± 7,32
Kali (mmol/L)	1,78	7,8	4,20 ± 1,32
Lactat (mmol/L)	1,21	28	10,40 ± 6,91

+ Chủ yếu các BN có suy thận tăng ure và creatinin (245,17 ± 145,89). Kết quả tương tự nghiên cứu của Boussekey N và CS (2008) là 250 (18-37) mmol/l và 217 (1,71-3,02) mg/dL.

+ Tổn thương gan có BillirubinTP tăng 55,05 ± 72,57. Có lẽ do các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ tổn thương gan nhiều.

+ Lactac máu tăng cao ở phần lớn BN nghiên cứu trung bình 10,4 ± 6,91. Lactat máu tăng > 2mmol/L là thông số chứng tỏ bệnh nhân có sốc và là yếu tố làm tăng tỷ lệ tử vong cho các bệnh nhân suy đa tạng.

V. KẾT LUẬN

+ Tuổi trung bình là 59,4 ± 12,5 tuổi. Nam chiếm 78% và nữ chiếm 22%.

+ Số lượng tạng tổn thương ở mỗi bệnh nhân dao động từ 2 - 6 tạng, trong đó suy 4 tạng gặp tỷ lệ cao nhất (45,1%), suy 2 tạng chiếm tỉ lệ thấp nhất (8,5%).

+ Nguyên nhân gây SĐT thì nhiễm khuẩn chiếm tỷ lệ cao nhất (79,4%) và nguồn nhiễm khuẩn chủ yếu từ hô hấp và tiêu hóa.

+ Một số biểu hiện lâm sàng tổn thương các tạng gặp với tỷ lệ cao nhất:

- Hô hấp: khó thở (100%), thở nhanh (45,5%), thở máy (72,5%).

- Tim mạch: nhịp nhanh (88,57%).

- Thận: thiếu/vô niệu (59,8%).

+ Một số biểu hiện cận lâm sàng:

- Bệnh nhân nhiễm khuẩn: 70,7% tăng bạch cầu; 58,5% thâm nhiễm phổi trên Xquang; 44,6% cấy máu (+) và 23% cấy đờm (+).

- Phần lớn có bạch cầu tăng 13,69 ± 9,06 và thiếu máu nhẹ hồng cầu 3,92 ± 0,85; Hb 113,9 ± 17,56.

- Phần lớn BN có nhiễm toan chuyển hóa pH 7,16 ± 0,21 và giảm oxy máu P/F: 208,49 ± 85,16; Creatinin máu tăng 245,17 ± 145,89mg/dL, tăng Billirubin TP 55,05 ± 72,57mg/dL và Lactate máu tăng cao 10,4 ± 6,91.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Thị Diễm Tuyết, Trần Minh Tuấn (2009). Đánh giá tác dụng của lọc máu liên tục trong điều trị suy đa tạng tại khoa hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai, Tạp chí Y học thực hành, (688), 7/2009,

- tr. 84-87.
- Abdin S.M., Elgendy S.M., Alyammahi S.K., et al. (2020).** Tackling the cytokine storm in COVID-19, challenges and hopes. *Life Sci*, 257, 118054.
 - Nguyễn Đăng Tuấn, Nguyễn Gia Bình (2008),** Nhận xét kỹ thuật lọc máu liên tục qua 190 lần lọc máu tại khoa điều trị tích cực bệnh viện Bạch Mai, tạp chí Y học lâm sàng số 34, trang 51-56.
 - Payen D., Mateo J., Cavaillon J.M., et al. (2009).** Impact of continuous venovenous hemofiltration on organ failure during the early phase of severe sepsis: A randomized controlled trial. *Crit Care Med*, 37(3), 803-810.
 - Nguyễn Gia Bình, Đặng Quốc Tuấn, Đỗ Quốc Huy và cs (2013).** Nghiên cứu ứng dụng một số kỹ thuật lọc máu hiện đại trong cấp cứu, điều trị một số bệnh, Đề tài cấp nhà nước, Bộ Khoa học và Công nghệ - Bộ Y tế, tr 93-100.
 - Ronco C., Tetta C., Mariano F., et al. (2003).** Interpreting the Mechanisms of Continuous Renal Replacement Therapy in Sepsis: The Peak Concentration Hypothesis. *Artif Organs*, 27(9), 792-801.
 - Elizabeth B, Desanka D, Sanja D, Sebastiao A, Antonio, Renato G.G, Terzi (2001):** "Multiple organ failure in septic patients", *Brazilian journal of infectious diseases*, 5 (3): 1-8. *Braz J Infect Dis*, 5(3).
 - Hoàng Văn Quang (2011).** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị suy đa tạng ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn, Luận án Tiến sĩ y học, Trường đại học Y Hà Nội.

THỰC TRẠNG ĐIỀU KIỆN AN TOÀN THỰC PHẨM CỦA BẾP ĂN TẬP THỂ KHU CÔNG NGHIỆP TẠI TỈNH QUẢNG NINH

Nguyễn Thị Lan Thu¹, Đỗ Thị Hạnh Trang²

TÓM TẮT

Nguy cơ ô nhiễm thực phẩm và ngộ độc thực phẩm tại bếp ăn tập thể (BATT) khu công nghiệp (KCN) ngày càng gia tăng. Nghiên cứu này nhằm mô tả thực trạng điều kiện an toàn thực phẩm (ATTP) tại các BATT KCN thuộc tỉnh Quảng Ninh. Đây là nghiên cứu định lượng, sử dụng thiết kế cắt ngang. Số liệu được thu thập trên toàn bộ 25 BATT KCN đang hoạt động trên địa bàn tỉnh từ tháng 12 năm 2021 đến tháng 3 năm 2022, sử dụng bảng kiểm quan sát và xét nghiệm vi sinh dụng cụ. Tỷ lệ BATT đạt các tiêu chí về điều kiện cơ sở vật chất; trang thiết bị, dụng cụ; con người và hồ sơ hành chính lần lượt là 64%, 80%, 80% và 88%. Tỷ lệ BATT đạt điều kiện ATTP chung là 76%. Như vậy, tỷ lệ BATT KCN tại tỉnh Quảng Ninh đạt điều kiện ATTP còn thấp. Các doanh nghiệp cần tăng cường công tác nâng cao nhận thức về ATTP của người chế biến, tăng cường giám sát các điều kiện ATTP của BATT hàng ngày, nâng cấp sửa chữa các hạng mục sàn nhà, tường nhà, mua sắm bổ sung bàn chế biến, tủ lưu mẫu, lưới chắn côn trùng và tập huấn lại thực hành ghi chép sổ kiểm thực 3 bước và lưu mẫu thức ăn.

Từ khóa: an toàn thực phẩm, bếp ăn tập thể, khu công nghiệp, Quảng Ninh.

SUMMARY

FOOD SAFETY CONDITION OF PUBLIC CANTEENS IN INDUSTRIAL ZONES IN QUANG NINH PROVINCE IN 2022

¹Chi cục An toàn vệ sinh thực phẩm tỉnh Quảng Ninh

²Trường Đại học Y tế công cộng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Lan Thu

Email: lanthunguyenulis@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 30.3.2022

Ngày duyệt bài: 11.4.2022

There has been an increasing risk of food contamination and food poisoning at public canteens in industrial zones. This study was aimed to investigate the level that public canteens in industrial zones in Quang Ninh province meet the Government's food safety standards. This was a quantitative cross-sectional study. Data were collected from all 25 public canteens at industrial zones in Quang Ninh province from November 2021 to March 2022, using an observation checklist and microbiology testing. The results showed that the proportions of public canteens meeting food safety standards related to infrastructure, equipment, personnel, and food safety administrative records was 64%, 80%, 80% and 88%, respectively. The proportion of public canteens meeting the overall food safety standards was 76%. These results revealed that overall food safe condition at public canteens in industrial zones in Quang Ninh province was poor, implying that enterprises need to strengthen self-inspection and monitoring of food safety conditions of their canteens on a daily basis, upgrade and repair items of floors and walls, purchase additional tables. Training in food safety practices for food handlers, especially in three-step verification and food sampling is also important.

Keywords: public canteen, industrial zone, food safety, Quang Ninh province.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

An toàn thực phẩm (ATTP) là vấn đề luôn được các cấp, các ngành và toàn xã hội đặc biệt quan tâm. ATTP không chỉ tác động trực tiếp, thường xuyên đến sức khỏe của mọi người, mọi nhà, mà còn ảnh hưởng không nhỏ đến kinh tế, thương mại, du lịch và an sinh xã hội, về lâu dài còn ảnh hưởng đến sự phát triển giống nòi của dân tộc. Tại Việt Nam, trong giai đoạn 2016-2021 (tính đến hết tháng 6/ 2021), toàn quốc ghi nhận 722 vụ ngộ độc thực phẩm với 18.553