

suỵ giảm chức năng thận [5]. Độc tính trên thận được báo cáo dao động từ 5-11% nếu sử dụng đơn độc và tăng lên đến 22% nếu phối hợp kháng sinh aminoglycoside và độc tính trên thận có thể xảy ra ở ngày điều trị thứ 5.

V. KẾT LUẬN

Cần có các chương trình toàn diện để cải thiện việc sử dụng vancomycin trong các bệnh viện. Việc sử dụng Vancomycin nên được theo dõi để tối ưu hóa việc sử dụng thuốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Thị Hương Quỳnh và Triệu Alpha (2018)**, "Khảo sát tình hình sử dụng vancomycin tại bệnh viện Thống Nhất thành phố Hồ Chí Minh", Tạp chí Y học, 1, 66-70.
2. **Đặng Nguyễn Đoàn Trang (2019)**, "Khảo sát và đánh giá hiệu quả theo dõi nồng độ vancomycin trong trị liệu tại Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố hồ chí minh", Nghiên cứu dược và thông tin thuốc 2019, tập 10, số 3, trang 30-37
3. **Nguyễn Thị Mai Anh (2019)**, "Phân tích thực

trạng sử dụng kháng sinh vancomycin tại bệnh viện Thanh Nhàn", luận văn Thạc sĩ dược học, trường Đại học Y Hà Nội

4. **Hiramatsu K.** Vancomycin-resistant *Staphylococcus aureus*: a new model of antibiotic resistance. *Lancet Infect Dis* 2001;1(3):147-55.
5. **Linden P. K. (2007)**, "Optimizing therapy for vancomycin-resistant enterococci (VRE)", *Semin Respir Crit Care Med.* 28 (6), pp. 632-645.
6. **Nimish Patel, Manjunath P. Pai, Keith A. Rodvold, Ben Lomaestro, George L. Drusano, Thomas P. Lodise, Vancomycin: We Can't Get There From Here**, *Clinical Infectious Diseases*, Volume 52, Issue 8, 15
7. **Richard H Drew, George Sakoulas. Vancomycin: Parenteral dosing, monitoring and adverse effects in adults.** Uptodate. Truy cập ngày 31/07/2017.
8. **Rybak M, Lomaestro B, Rotschafer JC, et al.** Therapeutic monitoring of vancomycin in adult patients: a consensus review of the American Society of Health-System Pharmacists, the Infectious Diseases Society of America, and the Society of Infectious Diseases Pharmacists. *Am J Health Syst Pharm* 2009; 66(1): 82-98.

Kiến thức, thực hành về vệ sinh an toàn thực phẩm của người chế biến thực phẩm tại bếp ăn tập thể một số bệnh viện tại Hà Nội năm 2020

Nguyễn Thị Thu Hà¹, Trịnh Bảo Ngọc¹, Trần Ngọc Tú²

TÓM TẮT

Một nghiên cứu cắt ngang được tiến hành trên 96 người chế biến thực phẩm tại bếp ăn tập thể của 32 bệnh viện tại Hà Nội. Kết quả của nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ người chế biến thực phẩm có kiến thức chung về an toàn thực phẩm đạt 10,4%. Tỷ lệ người chế biến thực phẩm có thực hành chung về an toàn vệ sinh thực phẩm (ATVSTP) đạt 55,2%. Như vậy, tỷ lệ người chế biến thực phẩm có kiến thức và thực hành đạt về ATVSTP còn thấp.

Từ khóa: Vệ sinh thực phẩm, An toàn thực phẩm, bếp ăn tập thể, bệnh viện.

SUMMARY

KNOWLEDGE, PRACTICES OF FOOD SAFETY AND HYGIENE OF FOOD HANDLERS AT THE COMMUNAL KITCHENS OF HOPITALS IN HA NOI IN 2020

A cross-sectional study was conducted on 96 food processors in the communal kitchens of 32 hospitals in

Ha Noi. The results of this study showed that the proportion of food workers with general knowledge about food safety reached 10.4%. The proportion of correct common food safety and hygiene practices of people personally dealing with food was 55.2%. Thus, the proportion of food handlers who have both knowledge and practice about food safety is low.

Keywords: food hygiene, food safety, communal kitchen, hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngộ độc thực phẩm là vấn đề sức khỏe cộng đồng phổ biến và quan trọng trên toàn thế giới. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) ước tính có tới 30% dân số mắc các bệnh do thực phẩm gây ra ở các nước phát triển và gây ra 2 triệu ca tử vong mỗi năm ở các nước đang phát triển[1].

Tại Việt Nam, theo số liệu của Tổng cục Thống kê cho thấy, năm 2017 ghi nhận 111 vụ ngộ độc thực phẩm, làm 3374 người bị ngộ độc và có 22 người đã bị tử vong. Trong 6 tháng đầu năm 2018, cả nước xảy ra 44 vụ ngộ độc thực phẩm, làm 1.207 người bị ngộ độc và 7 trường hợp tử vong[2].

Trong đó, bếp ăn tập thể (BÁTT) là nơi có nguy cơ cao dẫn đến ngộ độc thực phẩm (90%) do số lượng suất ăn lớn nên quá trình chế biến

¹Viện Đào tạo YHDP & YTCC, Đại học Y Hà Nội

²Chi cục An toàn vệ sinh thực phẩm Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hà

Email: hanguyen1595@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.01.2021

Ngày phản biện khoa học: 16.3.2021

Ngày duyệt bài: 25.3.2021

bảo quản và vận chuyển đã ảnh hưởng đến chất lượng của các suất ăn[3]. Từ năm 2011 Bộ Y tế ban hành Thông tư 08/2011/TT-BYT trong đó có qui định về việc thành lập các BẮTT cung cấp suất ăn cho bệnh nhân tại khoa dinh dưỡng của các bệnh viện. Cho đến nay rất nhiều bệnh viện đã có khoa dinh dưỡng tiết chế và xây dựng được các bếp ăn bệnh viện.

Vì vậy, bên cạnh việc đảm bảo điều kiện an toàn vệ sinh thực phẩm (ATVSTP) thì việc đảm bảo kiến thức và thực hành của người chế biến thực phẩm (CBTP) tại BẮTT bệnh viện đóng vai trò vô cùng quan trọng ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe bệnh tật của người bệnh đặc biệt là tại Hà Nội - một trong những nơi tập trung các bệnh viện tuyến Trung ương, các bệnh viện và cơ sở y tế uy tín với nhiều chuyên khoa khác nhau. Bên cạnh đó, hiện nay vẫn chưa có nghiên cứu nào tìm hiểu thực trạng về kiến thức thực hành về ATVSTP của người CBTP tại bếp ăn của bệnh viện. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu 'Mô tả kiến thức, thực hành về vệ sinh an toàn thực phẩm của người CBTP tại BẮTT một số bệnh viện tại Hà Nội năm 2020'.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Người CBTP làm việc tại BẮTT thuộc khoa dinh dưỡng của 32 bệnh viện tại Hà Nội.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu: Tại mỗi bệnh viện chọn chủ đích 3 người CBTP với tiêu chí là người tham gia trực tiếp tại các khâu trọng yếu của quá trình CBTP: sơ chế, nấu nướng, chia thức ăn vào nghiên cứu. Như vậy sẽ có tổng cộng 96 người CBTP được lựa chọn tham gia nghiên cứu.

2.2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 8/2020 đến 3/2021 tại BẮTT của 32 bệnh viện tại Hà Nội.

2.2.4. Phương pháp thu thập số liệu: sử dụng bộ câu hỏi đánh giá kiến thức, thực hành thông qua phỏng vấn trực tiếp và quan sát kỹ năng thực hành của người CBTP; bộ câu hỏi được tham khảo theo Quyết định số 37/QĐ-ATTP ngày 02/2/2015 của Cục ATTP, Bộ Y tế về việc "Ban hành tài liệu tập huấn kiến thức ATTP và bộ câu hỏi đánh giá kiến thức ATTP của chủ cơ sở và người trực tiếp chế biến, kinh doanh dịch vụ ăn uống và đáp án trả lời", bộ câu hỏi được thử nghiệm trước khi tiến hành nghiên cứu.

Đánh giá kiến thức ATTP của người CBTP gồm 24 câu hỏi: Với câu hỏi một lựa chọn: trả lời đúng được 1 điểm, trả lời sai không được điểm.

Với câu hỏi nhiều lựa chọn: mỗi ý trả lời đúng được 1 điểm, sai không được điểm. Điểm tối đa cho 24 câu hỏi là 70 điểm, người CBTP được đánh giá là đạt yêu cầu về kiến thức ATVSTP khi đạt tối thiểu 80% số điểm, tương ứng với $70 \times 0,8 = 56$ điểm.

Đánh giá thực hành chung về ATTP gồm 18 câu, mỗi câu tương ứng với mức điểm nhất định. Dựa vào phần trả lời và quan sát thực tế các câu hỏi để tính điểm, điểm tối đa cho phần trả lời 18 câu là 29 điểm. Tổng điểm thực hành $\geq 80\%$ được đánh giá là thực hành đạt về ATTP, tương ứng với $29 \times 0,8 = 23$ điểm.

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được nhập, làm sạch bằng phần mềm Epidata 3.1 và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu hoàn toàn được sự đồng ý của các trường khoa Dinh dưỡng các bệnh viện nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu được giải thích rõ ràng về mục đích, ý nghĩa của nghiên cứu và tự nguyện tham gia nghiên cứu. Toàn bộ thông tin mà đối tượng cung cấp chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu, không sử dụng cho mục đích khác và được bảo mật tuyệt đối.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu (n=96)

Chỉ số	Thông tin	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	46	47,9
	Nữ	50	52,1
Nhóm tuổi	≤ 20 tuổi	6	6,3
	21 – 30 tuổi	43	44,8
	31 – 40 tuổi	26	27,1
	41 – 50 tuổi	17	17,7
	Trên 50 tuổi	4	4,2
Trình độ học vấn	Tiểu học	4	4,2
	THCS	29	30,2
	THPT	42	43,8
	Trung cấp	9	9,4
Trình độ về chế biến thực phẩm	Cao đẳng, đại học	12	12,5
	Sơ cấp nấu ăn	13	13,5
	Trung cấp nấu ăn	23	24,0
	Cao đẳng nấu ăn	10	10,4
Tuổi nghề	Không có bằng cấp	50	52,1
	Từ 6 tháng đến <1 năm	35	36,5
	1 – 5 năm	40	41,7
	6 – 10 năm	7	7,3
	11 – 20 năm	14	14,6

Bảng 1 cho thấy nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn so với nam giới (52,1% và 47,9%). Phần lớn tuổi của những người CBTP nằm trong khoảng từ 21

– 30 tuổi (44,8%), những người trên 50 tuổi và ≤ 20 tuổi chiếm tỷ lệ rất thấp lần lượt là 4,2% và 6,3%; trình độ học vấn đa phần tốt nghiệp THPT trở lên với 65,7%; thấp nhất là tiểu học (4,2%). Về trình độ chuyên môn của người CBTP

cho thấy có 52,1% người CBTP không được đào tạo về nấu ăn. Có 78,2% số người CBTP có thời gian làm nghề dưới 5 năm; thời gian hành nghề CBTP từ 11-20 năm chiếm 14,6% tổng số đối tượng.

Bảng 2. Kiến thức về chung về an toàn vệ sinh thực phẩm của người chế biến

		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Khoảng cách bàn sơ chế với mặt sàn	30 cm	1	1,0
	60 cm	23	24,0
	90 cm	20	20,8
	Không biết	52	54,2
Thiết kế bếp ăn	Thiết kế chế biến theo một chiều	64	66,7
	Các cửa, ô thoáng có kính hoặc lưới	65	67,7
	Nền, tường, trần khu bếp sáng màu	66	68,8
	Phân khu riêng biệt thực phẩm sống, chín	89	92,7
	Cổng thoát nước kín hay hở đều được	3	3,1
Vật liệu dụng cụ chế biến, chứa đựng thực phẩm	Inox	92	95,8
	Gốm, sứ, thủy tinh	11	11,5
	Các loại nhựa	15	15,6
Tác dụng của nước sạch	Phòng lây nhiễm mầm bệnh, chất độc vào thực phẩm	39	40,6
	Phòng được sự sinh sản và phát triển của mầm bệnh	30	31,3
	Cả 2 ý trên đều đúng	27	28,1
Người CBTP cần phải rửa tay	Trước khi CBTP	43	44,8
	Sau khi đi vệ sinh	68	70,8
	Sau khi tiếp xúc với rác, ngoáy tai, mũi, gãi ngứa	73	76,0
	Sau khi tiếp xúc với lông súc vật hoặc bề mặt không đảm bảo vệ sinh	65	67,7
	Tất cả ý trên đúng	22	22,9

Bảng 2 cho thấy có tới 54,2% người CBTP không biết về khoảng cách bàn sơ chế so với mặt sàn. Có hơn 90% người CBTP cho rằng cần phân khu riêng biệt thực phẩm sống – chín (92,7%). Tuy nhiên chỉ có 66,7% người CBTP cho biết BẮT thiết kế theo nguyên tắc 1 chiều; cửa, ô thoáng có kính hoặc lưới và nền tường, trần khu vực bếp sáng màu lần lượt với 67,7% và 68,8%. Vẫn còn 3,1% người CBTP cho rằng cổng thoát nước của khu chế biến kín hay hở đều được. 15,6% cho rằng dụng cụ chế biến có thể dùng các loại nhựa. Chỉ có 28,1% người CBTP hiểu đúng về tác dụng của việc sử dụng nước sạch trong CBTP. Khi được hỏi về việc rửa tay của người CBTP, trên 70% các đối tượng cho rằng cần phải rửa tay sau khi đi vệ sinh, sau khi tiếp xúc với rác và với lông súc vật. Tuy nhiên, chỉ có 43/96 đối tượng (44,8%) cho rằng cần phải rửa tay trước khi CBTP.

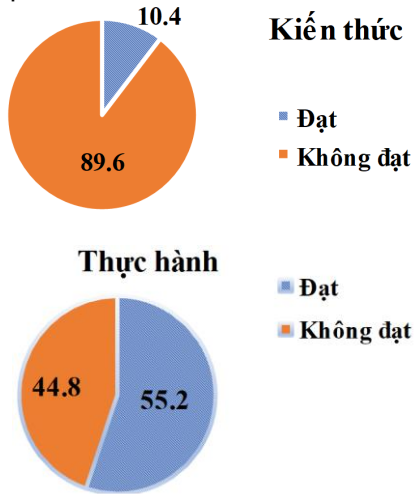
Bảng 3. Thực hành chung về an toàn thực phẩm của người chế biến

Thực hành chung	Chi số	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nơi chứa đựng rác,	Thùng rác có nắp đậy kín	58	60,4

chất thải	Túi nilon	41	42,7
	Đề dưới đất nền nhà bếp	5	5,2
	Đề ở nơi khác	2	2,1
Dao thớt riêng biệt	Có	88	91,7
	Không	8	8,3
Thực phẩm được bảo quản lưu giữ	Tủ lạnh	93	96,9
	Đề ngoài, không lưu	3	3,1
Nơi sơ chế TP	Đề trực tiếp trên nền nhà bếp	24	25,0
	Trên bàn cách mặt đất > 60cm	72	75,0
Trang phục sử dụng khi chế biến TP	Mũ chụp tóc	61	63,5
	Khẩu trang	28	29,2
	Găng tay	30	31,3
	Tạp dề	70	72,9
Quần áo bảo hộ	Quần áo bảo hộ	58	60,4
	NCB dùng tay trực tiếp để bốc thức ăn	Có	18
	Không	78	81,2

Bảng 3 cho thấy 60,4% cơ sở chứa đựng chất thải, rác thải và thùng rác có nắp đậy kín; tuy nhiên vẫn có 42,7% để rác ở túi nilong, 5,2% để dưới nền nhà bếp và 2,1% để ở nơi khác. Bên

cạnh đó, 96,9% số cơ sở khám sức khỏe tối thiểu 1 lần/năm cho người CBTP; 91,7% số cơ sở sử dụng dao thớt riêng biệt sống, chín. hầu hết các cơ sở (96,9%) thực phẩm được bảo quản, lưu giữ trong tủ lạnh. 75% người CBTP sơ chế TP trên mặt bàn cách mặt đất \geq 60cm. thấy sử dụng tạp dề, mũ chụp tóc, quần áo bảo hộ lần lượt với 72,9%; 63,5% và 60,4%. Tuy nhiên, chỉ có 31,3% người CBTP có sử dụng găng tay và 29,2% đối tượng có đeo khẩu trang. Bên cạnh đó, vẫn có 18,8% người CBTP dùng tay trực tiếp để bốc chia thức ăn chín.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ người chế biến đạt yêu cầu kiến thức và thực hành chung về an toàn vệ sinh thực phẩm (n=96)

Biểu đồ 1 cho thấy tỷ lệ người CBTP có kiến thức chung đạt yêu cầu về ATVSTP rất thấp (10,4%). Bên cạnh đó, tỷ lệ người CBTP đạt yêu cầu về thực hành VSATTP tại BÀTT là 55,2%.

IV. BÀN LUẬN

Đối với kiến thức về ATVSTP của người CBTP tại BÀTT bệnh viện, chỉ có 24% biết về yêu cầu của bàn sơ chế so với mặt sàn, 92,7% người CBTP cho rằng cần phân khu riêng biệt thực phẩm sống – chín, 66,7% người CBTP cho biết BÀTT thiết kế theo nguyên tắc 1 chiều. Tuy nhiên vẫn còn 3,1% người CBTP cho rằng cổng thoát nước của khu chế biến kín hay hở đều được. Kết quả này cao hơn kết quả của nghiên cứu Lê Thị Hồng Ngọc tại bếp ăn mầm non với 50% có kiến thức về thiết kế bếp ăn 1 chiều; 59,5% cổng rãnh thoát nước phải che đậy kín[4]. Tuy nhiên lại thấp hơn kết quả của nghiên cứu Đặng Quang Tân tại trường tiểu học khi tỷ lệ có kiến thức đúng hầu hết đều trên 90%[5].

Về vật liệu của dụng cụ chế biến, chứa đựng thực phẩm, vẫn có 15,6% cho rằng có thể dùng các loại nhựa. Đối với kiến thức về tác dụng của nước sạch, chỉ có 28,1% người CBTP hiểu đúng về tác dụng của việc sử dụng nước sạch trong CBTP. Bên cạnh đó, trên 70% các đối tượng cho rằng cần phải rửa tay sau khi đi vệ sinh, sau khi tiếp xúc với rác và với lông súc vật. Tuy nhiên, chỉ có 44,8% đối tượng cho rằng cần phải rửa tay trước khi CBTP. Kết quả này thấp hơn kết quả của nghiên cứu Lê Như Huỳnh với tỷ lệ người CBTP tại các trường mầm non có kiến thức đúng về vật liệu chứa đựng thực phẩm và hiểu biết về vệ sinh tay đều trên 90%[6].

Đối với thực hành chung về ATVSTP của người CB, 60,4% cơ sở chứa đựng chất thải, rác thải và thùng rác có nắp đậy kín; tuy nhiên vẫn có 42,7% để rác ở túi nilong và 5,2% để dưới nền nhà bếp. Bên cạnh đó, 96,9% số cơ sở khám sức khỏe tối thiểu 1 lần/năm cho người CBTP; 91,7% số cơ sở sử dụng dao thớt riêng biệt sống, chín; 96,9% các bếp ăn có thực phẩm được bảo quản, lưu giữ trong tủ lạnh và 75% người CBTP sơ chế TP trên mặt bàn cách mặt đất \geq 60cm. Kết quả này đều thấp hơn kết quả của nghiên cứu Đỗ Ngọc Chi (2019) các trường tiểu học quận Nam Từ Liêm với 100% tỷ lệ đạt về thực hành bao gồm sơ chế cách mặt đất, dao thớt riêng biệt, 88,8% đựng rác và chất thải trong thùng rác[7].

Về việc sử dụng trang phục bảo hộ, tỷ lệ người CBTP sử dụng tạp dề, mũ chụp tóc, quần áo bảo hộ lần lượt với 72,9%; 63,5% và 60,4%. Tuy nhiên, chỉ có 31,3% người CBTP có sử dụng găng tay và 29,2% đối tượng có đeo khẩu trang. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Lê Như Huỳnh với tỷ lệ thực hành đúng về tạp dề, đeo khẩu trang và đội mũ che tóc lần lượt 78,8%; 81,2% và 77,5%[6].

Bên cạnh đó, vẫn có 18,8% người CBTP dùng tay trực tiếp để bốc chia thức ăn chín. Kết quả này cao hơn kết quả của Đặng Quang Tân tại các trường tiểu học tại Hà Nội với tỷ lệ là 11,2%[5].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỷ lệ đạt về kiến thức rất thấp (10,4%), trong khi đó tỷ lệ đạt về thực hành chiếm 55,2%. Kết quả này thấp hơn kết quả của nghiên cứu Lê Như Huỳnh về đánh giá BÀTT năm 2020 tại Mỹ Tho với tỷ lệ đạt về kiến thức và thực hành lần lượt là 74,6% và 85,4%[6], nghiên cứu của Đặng Quang Tân với tỷ lệ đạt 68,7% về kiến thức và 77,6% về thực hành tại các trường tiểu học[5].

Sự khác biệt này có thể lí giải bằng việc các BÀTT bệnh viện đều dưới sự quản lí và giám sát

bởi khoa dinh dưỡng của bệnh viện vì vậy ý thức trong việc thực hành về ATTP của người CBTP sẽ tốt hơn so với kiến thức của họ. Tuy nhiên tỷ lệ thấp có thể do đối tượng nghiên cứu bao gồm cả những người CBTP tại các BẮT bệnh viện tuyến quận, huyện. Bên cạnh đó, một số khoa dinh dưỡng mới được thành lập mấy năm gần đây, số lượng cán bộ dinh dưỡng có trình độ chuyên môn đặc biệt là về ATTP còn hạn chế nên kiến thức về ATTP hay đào tạo nhân viên CBTP của bếp ăn về ATTP còn gặp nhiều khó khăn. Bên cạnh đó, các nghiên cứu trên đều tiến hành tại các trường mầm non, tiểu học, các khu doanh nghiệp đã có sự đầu tư, chú trọng và quan tâm từ nhiều năm trước. Qua đó, cần có sự quan tâm hơn nữa về việc tập huấn kiến thức ATTP đối với cán bộ thuộc khoa dinh dưỡng và người CBTP tại các bệnh viện đồng thời tăng cường giám sát về ATVSTP nhằm nâng cao chất lượng ATTP bếp ăn bệnh viện tại Hà Nội nói riêng và các bếp ăn bệnh viện trên toàn quốc nói chung.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ người chế biến thực phẩm có kiến thức và thực hành về an toàn vệ sinh thực phẩm tại bếp ăn một số bệnh viện tại Hà Nội còn thấp, với 10,4% người chế biến đạt yêu cầu về kiến thức và 55,2% đạt yêu cầu về thực hành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Legesse Eshetu, Regea Dabsu, Geletta Tadele (2019)**. Prevalence of intestinal parasites and its risk factors among food handlers in food services in Nekemte town, west Oromia, Ethiopia. Research and reports in tropical medicine, 10, 25.
2. **Thu Hòa (2018)**. Đẩy mạnh phát triển chuỗi cung ứng thực phẩm an toàn. Tạp chí Con số và Sự kiện, tổng cục thống kê, 7/2018 (532).
3. **Bộ Y tế (2001)**. Quyết định số 4128/2001/QĐ-BYT ngày 03/10/2001 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành "Quy định về điều kiện bảo đảm An toàn vệ sinh thực phẩm các nhà ăn, bếp ăn tập thể và cơ sở kinh doanh chế biến suất ăn sẵn".
4. **Trịnh Bảo Ngọc, Lê Thị Hồng Ngọc, Nguyễn Thị Thu Liễu (2020)**. Kiến thức, thực hành về vệ sinh an toàn thực phẩm của người chế biến thực phẩm tại bếp ăn trường mầm non huyện Nam Sách, Hải Dương năm 2019. Tạp chí nghiên cứu y học, 5 (129), 240-246.
5. **Đặng Quang Tân (2019)**. "Thực trạng an toàn vệ sinh thực phẩm tại bếp ăn tập thể của một số trường tiểu học thành phố Hà Nội năm 2018", Luận văn thạc sỹ, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
6. **Lê Như Huỳnh (2020)**. Kiến thức, thực hành về an toàn thực phẩm của người trực tiếp chế biến tại bếp ăn tập thể trường học trên địa bàn thành phố Mỹ Tho năm 2020. Tạp chí Y học Việt Nam, 2 (493), 164-169.
7. **Đỗ Ngọc Chi (2019)**. "Điều kiện an toàn thực phẩm và một số yếu tố liên quan đến kiến thức-thực hành an toàn thực phẩm của người chế biến tại bếp ăn các trường tiểu học quận Nam Từ Liêm, Hà Nội, năm 2019", Luận văn thạc sĩ y tế công cộng, Đại học Thăng Long, Hà Nội.

MÔ HÌNH BỆNH TẬT CỦA NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN NHI TỈNH THANH HOÁ NĂM 2017-2019

Phùng Đức Toàn¹, Phạm Bích Diệp², Nguyễn Văn Hiến²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả cơ cấu bệnh tật của người bệnh điều trị nội trú tại bệnh viện Nhi, tỉnh Thanh Hoá 3 năm từ 2017 đến 2019. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, qua thống kê bệnh tật của người bệnh điều trị nội trú trong thời gian 3 năm nghiên cứu. Tổng số 152.451 hồ sơ của người bệnh điều trị nội trú đã được chọn cho nghiên cứu. Sử dụng bảng phân loại Quốc tế bệnh tật lần thứ 10 (ICD10) để thống kê mô hình bệnh tật. **Kết quả:** Trong 3 năm, các nhóm bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất theo ICD10 gồm: Bệnh hệ hô hấp chiếm 41,4%, trong đó viêm phổi

(J18) mắc cao nhất (44,1%); Bệnh hệ tiêu hoá chiếm 16,7%, trong đó bệnh đường ruột do vi rút, tác nhân xác định khác (A08), mắc cao nhất (28,8%); Bệnh nhiễm khuẩn và ký sinh vật chiếm 6,4%, trong đó bệnh vàng da sơ sinh (P59) mắc cao nhất (40,7%). Nếu phân loại theo 3 nhóm bệnh thì nhóm bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất là bệnh lây nhiễm 66,15%, tiếp đến là bệnh không lây nhiễm 27,5%, thấp nhất là nhóm tai nạn, ngộ độc chấn thương 6,4%. Chúng tôi khuyến nghị bệnh viện Nhi tỉnh Thanh hoá nên dựa vào mô hình bệnh tật này, chủ động lập kế hoạch giường bệnh, nguồn lực, để cung cấp dịch vụ phù hợp với nhu cầu của người bệnh điều trị tại bệnh viện.

Từ khóa: Mô hình bệnh tật; Người bệnh nội trú; Phân loại quốc tế bệnh tật lần thứ 10 (ICD10).

SUMMARY

DISEASE PATTERN OF INPATIENTS AT PEDIATRIC HOSPITAL OF THANH HOA PROVINCE FROM 2017 TO 2019

Objective: To describe the disease pattern of the inpatient at Pediatric Hospital of Thanh Hoa province

¹Bệnh viện Nhi tỉnh Thanh Hoá.

²Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng, trường Đại học Y Hà Nội.

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Đức Toàn

Email: toanphung6685@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.01.2021

Ngày phản biện khoa học: 16.3.2021

Ngày duyệt bài: 26.3.2021