

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân viêm phế quản cấp tại Bệnh viện Đa khoa Y học Cổ truyền Hà Nội

Vũ Thị Ngoan¹, Ngô Quỳnh Hoa^{2*}

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, 72A Nguyễn Bình Khiêm, phường Đằng Giang, quận Ngô Quyền, TP Hải Phòng, Việt Nam

²Trường Đại học Y Hà Nội, 1 Tôn Thất Tùng, phường Trung Tự, quận Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài 26/12/2022; ngày chuyển phân biện 28/12/2022; ngày nhận phân biện 19/1/2023; ngày chấp nhận đăng 24/1/2023

Tóm tắt:

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân (BN) viêm phế quản cấp điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Y học Cổ truyền Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 60 BN viêm phế quản cấp từ tháng 4/2021 đến tháng 12/2021. BN đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu được tiến hành khám lâm sàng, lấy máu xét nghiệm và chụp X-quang ngực. **Kết quả:** Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 66,78±18,33; BN trên 70 tuổi chiếm 56,67%; tỷ lệ BN nam/nữ là 1/1,03; 21,70% BN có hút thuốc lá, thuốc lào. Ho, khạc đờm vàng, đặc dính khó khạc và rales phổi là các triệu chứng gặp ở tất cả các BN trong nghiên cứu này. Các triệu chứng sốt, khó thở, đau ngực khi ho gặp với tỷ lệ ít hơn, lần lượt là 63,30, 28,33 và 46,67%. Hầu hết BN có chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng, mạch phù sắc. Xét nghiệm máu ngoại vi cho thấy số lượng bạch cầu tăng, chủ yếu bạch cầu đa nhân trung tính. Xét nghiệm tốc độ máu lắng (VSS) và CRP (C-reactive protein) tăng cao với giá trị trung bình là 36,33±15,47 mm và 25,49±16,08 mg/l.

Từ khóa: bạch cầu đa nhân trung tính, viêm phế quản cấp, xét nghiệm máu, y học cổ truyền.

Chỉ số phân loại: 3.2

1. Đặt vấn đề

Viêm phế quản cấp là tình trạng viêm nhiễm cấp tính của niêm mạc phế quản ở người trước đó không có tổn thương. Nếu không bị bội nhiễm, bệnh có thể khỏi hoàn toàn không để lại di chứng, tuy nhiên nếu không được điều trị kịp thời có thể gây viêm phổi thứ phát [1]. Khoảng 5% người trưởng thành có một đợt viêm phế quản cấp mỗi năm. Tại Mỹ, viêm phế quản cấp là một trong mười bệnh phổ biến nhất được điều trị ngoại trú [2]. Bệnh ảnh hưởng đến khoảng 44/1000 người trên 16 tuổi mỗi năm ở Anh, với khoảng 82% các đợt xảy ra vào mùa thu hoặc mùa đông [3, 4].

Biểu hiện lâm sàng chính của viêm phế quản cấp là ho và khạc đờm. Nhiễm trùng được cho là tác nhân chính gây viêm phế quản cấp, trong đó virus chiếm 50-90% các trường hợp, điển hình là *Influenza A* và *B*, *Myxovirus*, các *Rhinovirus*, *Coronavirus*, virus đại thực bào đường hô hấp, *Adenovirus*, *Enterovirus* và một số chủng virus herpes. Một số ít gây ra do nhóm các vi khuẩn điển hình như *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* hoặc các vi khuẩn không điển hình như *Chlamydia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae* [3, 5].

Viêm phế quản cấp đơn thuần ở người lớn có thể tự khỏi không cần điều trị nếu không bị bội nhiễm. Mục tiêu chính của điều trị là giảm mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng, nhưng cải thiện chức năng và chất lượng cuộc sống cũng rất quan trọng. Các phương pháp điều trị thường được sử dụng như vận động trị liệu hô hấp, kháng sinh nếu có bội nhiễm hoặc do vi khuẩn, hạ sốt, giảm ho, long đờm, giãn phế quản... [6]. Các phương pháp này khá an toàn, tuy nhiên cũng có một số tác dụng không mong muốn như dị ứng, buồn nôn, tiêu chảy, đau đầu...

Theo y học cổ truyền, viêm phế quản cấp được mô tả trong các chứng “khái thấu”, “đàm ẩm”. Nguyên nhân do ngoại nhân gồm phong hàn, phong nhiệt và khí tảo, ngoài ra cũng liên quan chặt chẽ với các tạng phủ [7]. Với mỗi nguyên nhân gây bệnh sẽ có phương pháp điều trị dùng thuốc, không dùng thuốc phù hợp [8].

Để chuẩn bị đầy đủ các nguồn lực cả về nhân lực, thuốc và trang thiết bị trong điều trị BN viêm phế quản cấp tại bệnh viện, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: “Mô tả đặc điểm lâm sàng (y học hiện đại, y học cổ truyền) và cận lâm sàng của BN viêm phế quản cấp điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Y học Cổ truyền Hà Nội”.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Là các BN điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Y học Cổ truyền Hà Nội từ tháng 4/2021 đến tháng 12/2021. Tiêu chuẩn lựa chọn theo y học hiện đại: lâm sàng: có sốt hoặc không, ho <3 tuần, ho khan hoặc ho có đờm, nghe phổi có rales ngáy, rales rít hoặc rales ẩm. Cận lâm sàng: bạch cầu đa nhân trung tính ≥80%, VSS tăng, CRP >10 mg/l, X-quang phổi bình thường hoặc thành phế quản dày. Đã được chẩn đoán loại trừ các bệnh đồng mắc trong đợt bệnh này như COVID 19, viêm phổi, hen phế quản, giãn phế quản bội nhiễm, dị vật đường thở, lao phổi, ung thư phế quản - phổi, đợt cấp suy tim xung huyết. Tiêu chuẩn lựa chọn theo y học cổ truyền: BN được chẩn đoán khái thấu thể phong nhiệt [8]. Tiêu chuẩn loại trừ: đã có bệnh lý hô hấp trước đó như lao phổi, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản, giãn phế quản, viêm phế quản mạn tính, ung thư phổi, tràn dịch màng phổi. Suy gan, suy thận, suy tim nặng.

*Tác giả liên hệ: Email: ngoquynhhoa@gmail.com

Clinical and paraclinical characteristics of acute bronchitis patients at Hanoi Hospital of Traditional Medical

Thi Ngoan Vu¹, Quynh Hoa Ngo^{2*}

¹Hai Phong University of Medicine and Pharmacy, 72A Nguyen Binh Khiem, Dang Giang Ward, Ngo Quyen District, Hai Phong City, Vietnam

²Hanoi Medical University, 1 Ton That Tung Street, Trung Tu Ward, Dong Da District, Hanoi, Vietnam

Received 26 December 2022; revised 19 January 2023; accepted 24 January 2023

Abstract:

Objectives: To describe the clinical and paraclinical features of inpatients with acute bronchitis treated at Hanoi Hospital of Traditional Medical. **Subjects and methods:** A cross-sectional study was conducted on 60 acute bronchitis patients from April to December 2021. Eligible patients included in the study were carried out with clinical examination, blood test, and chest X-ray. **Results:** The mean age in the study was 66.78±18.33 years old; the patients over 70 years old are 56.67%; the female/male ratio is 1/1.03; 21.70% of patients had smoking tobacco and pipe tobacco. Cough, thick sticky yellow sputum difficult to expectorate, and crackles were common symptoms in all patients in this study. Fever, dyspnea, and chest pain while coughing accounted for 63.30, 28.33, and 46.67%. Most of the patients had a red tongue, yellow tongue moss, and float fast pulse. Peripheral blood tests showed that increased amount of leukocytes, mainly in neutrophils. Erythrocyte sedimentation rate and C-reactive protein (CRP) increased with mean values of 36.33±15.47 mm and 25.49±16.08 mg/l.

Keywords: acute bronchitis, blood tests, neutrophils, traditional medicine.

Classification number: 3.2

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: Nghiên cứu sử dụng phương pháp lấy mẫu thuận tiện, có chủ đích 60 BN được chẩn đoán viêm phế quản cấp theo tiêu chuẩn lựa chọn nêu trên.

Quy trình nghiên cứu: BN đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn theo y học hiện đại, y học cổ truyền và tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào nghiên cứu, thu thập các chỉ tiêu theo dõi và đánh giá.

Các chỉ tiêu theo dõi, đánh giá: đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, tiền sử (hút thuốc lá, thuốc lào và các bệnh kèm theo); đặc điểm lâm sàng bao gồm các triệu chứng: sốt, ho, khạc đờm, khó thở, đau ngực, rales phổi (rales rít, rales ngáy, rales ẩm); đặc điểm lâm sàng y học cổ truyền: chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi

vàng mỏng; mạch phù sắc; đặc điểm cận lâm sàng: số lượng bạch cầu, tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính, VS, CRP.

Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm chung

Kết quả bảng 1 cho thấy, trong số 60 BN nghiên cứu, nhóm tuổi ≥70 trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất với 56,67%, không có BN nào dưới 30 tuổi. Độ tuổi trung bình là 66,78±18,33, nhỏ nhất là 31 tuổi, lớn nhất là 88 tuổi. Tỷ lệ nam giới trong nghiên cứu là 51,67%, nữ giới là 48,33%. Tỷ lệ nam/nữ là 1/1,03. Tỷ lệ BN hút thuốc lá, thuốc lào là 21,67%.

Bảng 1. Các đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.

Đặc điểm	Số lượng (n=60)	Tỷ lệ (%)
Độ tuổi	18-29	0
	30-49	12
	50-69	14
	≥70	34
Tuổi trung bình (năm, $\bar{x} \pm SD$)	66,78±18,33	
Giới	Nam	31
	Nữ	29
Hút thuốc lá, thuốc lào	Có	13
	Không	47
Các bệnh kèm theo	Đái tháo đường	21
	Tăng huyết áp	5

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Kết quả bảng 2 cho thấy, tất cả BN trong nghiên cứu được chẩn đoán viêm phế quản cấp đều có triệu chứng ho có đờm, khạc đờm vàng, đặc dính, khó khạc và rales phổi (100%). Các triệu chứng sốt, đau ngực khi ho, khó thở gặp ít hơn với tỷ lệ lần lượt là 63,33, 46,67 và 28,33%.

Bảng 2. Các đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu.

Đặc điểm lâm sàng	Số lượng (n=60)	Tỷ lệ (%)
Sốt	38	63,33
Ho có đờm	60	100
Khạc đờm vàng, đặc dính, khó khạc	60	100
Đau ngực khi ho	28	46,67
Khó thở	17	28,33
Rales ngáy	21	35,00
Rales rít	13	21,67
Rales ẩm	26	43,33

3.3. Đặc điểm triệu chứng y học cổ truyền

Bảng 3. Các đặc điểm triệu chứng y học cổ truyền của đối tượng nghiên cứu.

Đặc điểm triệu chứng y học cổ truyền	Số lượng (n=60)	Tỷ lệ (%)
Chất lưỡi đỏ	57	95
Rêu lưỡi vàng mỏng	57	95
Mạch phù sắc	55	91,67

Trong 60 BN nghiên cứu, có 95% BN có chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng mỏng và 91,67% có mạch phù sắc (bảng 3).

3.4. Đặc điểm cận lâm sàng

Kết quả bảng 4 cho thấy, số lượng bạch cầu và tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng cao gặp ở đa số các BN (55 và 53,33%). Tất cả các BN đều có VSS và CRP tăng cao với giá trị trung bình lần lượt là 36,33±15,47 mm và 25,49±16,08 mg/l.

Bảng 4. Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu.

Chỉ số		Số lượng (n=60)	Tỷ lệ (%)
Số lượng bạch cầu (G/l)	Bình thường	27	45
	Tăng	33	55
	$\bar{x} \pm SD$	10,57±3,47	
Bạch cầu đa nhân trung tính (%)	Bình thường	28	53,33
	Tăng	32	53,33
	$\bar{x} \pm SD$	72,77±12,36	
VSS (mm)	Bình thường	0	
	Tăng	60	100
	$\bar{x} \pm SD$	36,33±15,47	
CRP (mg/l)	Bình thường	0	
	Tăng	60	100
	$\bar{x} \pm SD$	25,49±16,08	

4. Bàn luận

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, nhóm từ 70 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất (56,67%). Độ tuổi trung bình là 66,78±18,33, nhỏ nhất là 31 tuổi và lớn nhất là 88 tuổi. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của W.Y. Kim và cs (2020) [8] với tuổi trung bình trong nghiên cứu là 39±12,40; C. Llor và cs (2013) [9] với tuổi trung bình là 45,10±14,3; L. Zehui và cs (2017) [10] là 44,21±11,55 tuổi và L. Yu (2015) [11] với tuổi trung bình của BN là 36,2±11,34. Y. Yi và cs (2019) [12] nghiên cứu trên 84 BN viêm phế quản cấp cho kết quả nhóm tuổi phổ biến là 34-49, trung bình là 39,05±13,04 tuổi. Theo kết quả nghiên cứu của Y. Kangtai và cs (2021) [13], tuổi mắc viêm phế quản cấp từ là 21-73, trung bình là 49,61±10,27. Đây là đặc điểm chung của BN vào điều trị nội trú tại các bệnh viện y học cổ truyền, trong đó có Bệnh viện Đa khoa Y học Cổ truyền Hà Nội.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ BN nam và nữ gần như tương đương nhau (48,33 và 51,67%) với p>0,05. So sánh với nghiên cứu của Y. Kangtai và cs (2021) [13] trên 102 BN nhận thấy tỷ lệ viêm phế quản cấp ở nam giới là 46,08% và nữ giới là 53,92%. Trong khi đó, Y. Yi và cs (2019) [12] nghiên cứu trên 84 BN viêm phế quản cấp, cho thấy tỷ lệ nam giới là 46,43%, nữ giới là 53,57%. T. Cheng và cs (2019) [14] nghiên cứu trên 78 BN nhận thấy tỷ lệ nam và nữ bị viêm phế quản cấp là 52,56 và 47,44%. Trong nghiên cứu của L. Yu (2015) [11] trên 60 BN viêm phế quản cấp, tỷ lệ nam và nữ đều là 50%. Y. Shanjun và cs (2014) [15] nghiên cứu trên 78 BN, tỷ lệ nam là 52,56%, tỷ lệ nữ là 47,44%. L. Zehui và cs (2017) [10] nghiên cứu trên 106 BN, tỷ lệ nam là 63,31%, tỷ lệ nữ là 36,79%. T. Xiaochun và cs (2017) [16] nghiên cứu trên 62 BN, tỷ lệ nam là 64,52%, tỷ lệ nữ là 35,48%. Như vậy, kết quả của chúng tôi có sự tương đồng với nghiên cứu của Y. Kangtai và cs (2021) [13], Y. Yi và cs (2019) [12], T. Cheng và cs (2019) [14], L. Yu (2015)

[11], Y. Shanjun và cs (2014) [15]. Nhưng lại có sự khác biệt với nghiên cứu của L. Zehui và cs (2017) [10], T. Xiaochun và cs (2017) [16]. Sự khác biệt này có thể do cách thức chọn mẫu và địa điểm nghiên cứu khác nhau.

Tỷ lệ BN hút thuốc lá, thuốc láo trong nghiên cứu của chúng tôi là 21,67%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của W.Y. Kim và cs (2020) [8] trên 246 BN (24,44%), nhưng lại thấp hơn của C. Llor và cs (2013) [9] khi nghiên cứu trên 416 BN viêm phế quản cấp có tỷ lệ BN hút thuốc lá là 52,64%. Khói thuốc lá chứa nhiều chất kích thích dạng khí hoặc hạt nhỏ. Các chất kích thích này làm thay đổi cấu trúc của niêm mạc phế quản dẫn đến tăng sinh các tuyến phế quản, tế bào tiết nhầy và làm mất các tế bào có lông chuyên. Những thay đổi này làm tăng tiết nhầy và giảm hiệu quả thanh lọc của hệ thống nhầy - lông chuyên ở niêm mạc phế quản. Nguy cơ viêm đường hô hấp như viêm phế quản, viêm phổi và bệnh cúm ở người hút thuốc cao hơn ở người không hút thuốc. Người hút thuốc không chỉ phải chịu đựng mắc bệnh tật nhiều hơn mà họ phải chịu bệnh tật ở mức độ nặng hơn [17, 18]. Hút thuốc làm suy yếu hệ miễn dịch của cơ thể, dẫn đến tỷ lệ mắc các bệnh hô hấp cấp tính ở người khỏe mạnh hút thuốc cao hơn người khỏe mạnh không hút thuốc 1,5-7 lần. Trong thuốc láo, hàm lượng nicotin lên tới 9%, cao hơn so với thuốc lá thông thường (1-3%) và khoảng 56 chất độc hại khác nhau. Khi vào phổi, các chất này cũng gây tổn thương phế quản phổi, gây viêm, tăng tiết đờm nhầy, giảm suy giảm hệ miễn dịch của cơ thể, làm gia tăng nguy cơ mắc các bệnh lý hô hấp, trong đó có viêm phế quản cấp [19].

Đối tượng nghiên cứu mắc các bệnh lý kèm theo là đái tháo đường chiếm tỷ lệ cao nhất (35%) và tăng huyết áp (8,33%). Trên BN đái tháo đường, lượng đường huyết tăng cao, đây là môi trường thuận lợi cho vi khuẩn phát triển. Đồng thời, đái tháo đường lâu năm có thể gây suy giảm chức năng của hệ miễn dịch. Chức năng của các tế bào đa nhân trung tính và đại thực bào như hóa ứng động, kết dính, thực bào... bị giảm sút rõ rệt. Mất khả năng diệt vi khuẩn nội bào của các gốc tự do, superoxide và hydrogen peroxide. Bên cạnh đó, các tế bào lympho cũng bị giảm sút về số lượng và chất lượng. Kháng thể do các tế bào miễn dịch tiết ra cũng bị suy giảm hoặc không còn khả năng kim, diệt vi khuẩn. Ngoài ra còn có vai trò của hệ mao mạch. Ở BN đái tháo đường, các mạch máu bị tổn thương nhiều ở lớp tế bào nội mạc, các tế bào hồng cầu giảm sự mềm dẻo và sự trao đổi oxy ở mô bị rối loạn khiến cho sức kháng khuẩn tại chỗ bị suy giảm. Cuối cùng, các bệnh lý phối hợp cũng góp phần làm giảm sức đề kháng của cơ thể và tạo điều kiện cho vi khuẩn xâm nhập gây viêm phế quản. Theo y học cổ truyền, những BN đái tháo đường, “giai đoạn trung kỳ... có thể dẫn đến khí âm lưỡng hư, can thận âm hư, phế tỳ bất túc”, “giai đoạn cuối, âm tổn ảnh hưởng đến dương, làm cho âm dương khí huyết lưỡng hư”. Trên nền chính khí trong cơ thể suy giảm, ngũ tạng hư nhược, chủ yếu là thận, tỳ vị và phế. Phế rất dễ bị ngoại tà xâm nhập gây ra bệnh, dẫn tới tuyên phát thất thường, phế khí thương nghịch, phát ra ho [7, 8]. Một số nhóm thuốc điều trị tăng huyết áp làm trầm trọng thêm tình trạng co thắt phế quản. Như thuốc chẹn beta giao cảm nên được thận trọng ở BN gắng sức gây co thắt phế quản. Thuốc ức chế men chuyển thường có tác dụng phụ gây ho khan rất khó chịu. Những BN tăng huyết áp có sức đề kháng suy giảm thì dễ dẫn đến tình trạng bội nhiễm đường hô hấp, trong đó có viêm phế quản cấp.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, các triệu chứng ho có đờm, khạc đờm vàng, đặc dính, khó khạc và rales phổi (rales ngáy hoặc rales rít hoặc rales ẩm) gặp ở tất cả các BN. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu C. Llor và cs (2013) [9], L. Yu (2015) [11], T. Cheng và cs (2019) [14], Y. Yi và cs (2019) [12], W.Y. Kim và cs (2020) [8], Y. Kangtai và cs (2021) [13].

Ho là triệu chứng điển hình của viêm phế quản cấp, có thể ho khan hoặc ho có đờm. Trong một số trường hợp, ho có thể kéo dài nhiều tuần do tăng tính phản ứng của phế quản sau nhiễm trùng. Tất cả các BN đều có khạc đờm vàng, đặc dính, khó khạc; có thể do cách chọn đối tượng nghiên cứu đều là những BN đang có tình trạng nhiễm trùng. Đa số trong nghiên cứu gặp nhiều rales ngáy do tình trạng tăng xuất tiết các dịch nhày dính vào thành các phế quản lớn làm hẹp lòng phế quản và rales ẩm do sự di động của các chất tiết ở trong các phế quản lớn, vừa và tiểu phế quản.

Các triệu chứng sốt, khó thở, đau ngực khi ho gặp với tỷ lệ ít hơn lần lượt là 63,33, 28,33 và 46,67%. So với nghiên cứu của C. Llor và cs (2013) [9], sốt chiếm 62,30%, khó thở là 33,65% và đau ngực khi ho là 82,45%. BN có sốt là vì trong đợt cấp, nguyên nhân chính là do nhiễm khuẩn đường hô hấp. Khó thở là kết quả của đau ngực hoặc cảm giác thắt ngực khi hít thở, không phải từ tình trạng thiếu oxy. Đau nguồn gốc do cơ vì BN ho liên tục. Chứng khó thở chủ quan là kết quả của đau ngực hoặc cảm giác thắt ngực khi hít thở, không phải từ tình trạng thiếu oxy.

Các triệu chứng về mạch và lưỡi của BN nghiên cứu đa số phù hợp với viêm phế quản cấp thể phong nhiệt (chất lưỡi đỏ và rêu lưỡi vàng mỏng chiếm 95%, mạch phù sắc là 91,67%).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các BN đều có tăng VSS và CRP. 2 chỉ số này được coi như yếu tố tiên lượng tình trạng bội nhiễm vi khuẩn ở BN viêm phế quản cấp. Những trường hợp bội nhiễm cũng có thể được định hướng phát hiện thông qua biến đổi của công thức bạch cầu, nhất là bạch cầu đa nhân trung tính. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Y. Kangtai và cs (2021) [13], số lượng bạch cầu trung tính chiếm $12,13 \pm 0,86$ G/l, tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính trung bình là $85,32 \pm 6,41\%$, giá trị VSS trung bình là 29,45 mm và CRP trung bình là 32,74 mg/l [14].

5. Kết luận

Qua nghiên cứu trên 60 BN viêm phế quản cấp tại Bệnh viện Đa khoa Y học Cổ truyền Hà Nội, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Tuổi trung bình trong nghiên cứu là $66,78 \pm 18,33$, gặp nhiều nhất ở nhóm tuổi trên 70 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 1/1,03. Có 21,70% BN có tiền sử hút thuốc lá, thuốc lào. Các bệnh kèm theo thường gặp là đái tháo đường (35%) và tăng huyết áp (8,30%).

- Ho, khạc đờm vàng, đặc dính khó khạc và rales phổi (rales ngáy, rales rít, rales ẩm) là các triệu chứng gặp ở tất cả các BN. Các triệu chứng gặp với tỷ lệ ít hơn là sốt, khó thở và đau ngực khi ho.

- Tất cả các BN đều có VSS và CRP tăng cao với giá trị trung bình lần lượt là $36,33 \pm 15,47$ mm và $25,49 \pm 16,08$ mg/l. Số lượng bạch cầu và tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng cao gặp ở đa số các BN (55 và 53,33%).

Tỷ lệ xuất hiện các chứng trạng theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu là: 95% BN có chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng mỏng và 91,67% có mạch phù sắc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Hanoi Medical University (2020), *Internal Medicine Volume I*, Medical Publishing House, 713pp (in Vietnamese).
- [2] A. Singh, A. Avula, E. Zahn (2021), *Acute Bronchitis*, StatPearls Publishing, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448067/>, accessed 9 November 2021.
- [3] R.R. Blush (2013), "Acute bronchitis: Evaluation and management", *Nurse Pract.*, **38(10)**, pp.14-20, DOI:10.1097/01.NPR.0000434092.41971.
- [4] A.M. Hart (2014), "Evidence-based diagnosis and management of acute bronchitis", *Nurse Pract.*, **39(9)**, pp.32-39, DOI: 10.1097/01.NPR.0000452978.99676.2b.
- [5] R.J. Mason, J.D. Ernst, T.E. King, et al. (2021), *Murray and Nadel's Textbook of Respiratory Medicine*, Elsevier, 7th Edition, 2272pp.
- [6] K.L. Tackett, A. Atkins (2012), "Evidence-based acute bronchitis therapy", *J. Pharm. Pract.*, **25(6)**, pp.586-590, DOI: 10.1177/0897190012460826.
- [7] Hanoi Oriental Traditional Medicine Association (2014), *Pathogenesis and Treatment of Lung Organs*, Medical Publishing House, 327pp (in Vietnamese).
- [8] W.Y. Kim, M.J. Park, C.K. Rhee, et al. (2020), "HL301 versus Umckamin in the treatment of acute bronchitis: A phase III, randomised, controlled, double-blind, multicenter study", *Current Medical Research and Opinion*, **36(3)**, pp.503-508, DOI: 10.1080/03007995.2019.1706044.
- [9] C. Llor, A. Moragas, C. Bayona, et al. (2013), "Efficacy of anti-inflammatory or antibiotic treatment in patients with non-complicated acute bronchitis and discoloured sputum: Randomised placebo controlled trial", *BMJ*, **347**, DOI: 10.1136/bmj.f5762.
- [10] L. Zehui, L. Jing, L. Xiao, et al. (2017), "Clinical observation on the treatment of acute bronchitis (wind-heat attacking the lung syndrome) with Jiebiao Zhike Yin", *Chinese Traditional Chinese Medicine Emergency*, **26(7)**, pp.1283-1285 (in Chinese).
- [11] L. Yu (2015), *Observation on The Efficacy of Maxing Shigan Decoction Combined with Zhisou Powder in The Treatment of Acute Bronchitis (Wind-Heat Lung Syndrome)*, Master's Degree Thesis, Chengdu University of Traditional Chinese Medicine (in Chinese).
- [12] Y. Yi, L. Beichen, G. Lei, et al. (2019), "Observation on the efficacy of Sangbei decoction in the treatment of 42 cases of acute tracheobronchitis with wind-heat affecting the lung syndrome", *Yunnan Journal of Traditional Chinese Medicine*, **40(5)**, pp.45-47, DOI: 10.16254/j.cnki.53-1120/r.2019.05.017 (in Chinese).
- [13] Y. Kangtai, W. Ling (2021), "Clinical observation of Sangju Zhisou decoction in the treatment of acute tracheobronchitis with wind-heat attacking the lung syndrome", *Medical and Health Technology*, **28(5)**, pp.784-785 (in Chinese).
- [14] T. Cheng, X. Jin, L. Hongyan, et al. (2019), "Clinical observation on the treatment of acute tracheo-bronchitis with wind-heat attacking the lung syndrome with Kangdu Zhisou recipe", *Chinese Ethnic Folk Medicine*, **28(4)**, pp.78-80 (in Chinese).
- [15] Y. Shanjun, W. Yue (2014), "Modified maxing Ganshi decoction in the treatment of acute tracheobronchitis", *Everyone's Health (Academic Edition)*, **8(15)**, pp.218-219 (in Chinese).
- [16] T. Xiaochun, H. Ning (2017), "Clinical observation on Shufeng Jiedu capsule in the treatment of acute tracheobronchitis (wind-heat attacking the lung syndrome)", *Chinese Traditional Chinese Medicine Emergency*, **26(8)**, pp.1467-1469 (in Chinese).
- [17] L. Jayes, P.L. Haslam, C.G. Gratzou, et al. (2016), "SmokeHaz: Systematic reviews and meta-analyses of the effects of smoking on respiratory health", *Chest*, **150(1)**, pp.164-179, DOI: 10.1016/j.chest.2016.03.060.
- [18] T. Ferkol, D. Schraufnagel (2014), "The global burden of respiratory disease", *Annals A. T. S.*, **11(3)**, pp.404-406, DOI: 10.1513/AnnalsATS.201311-405PS.
- [19] R.B. Klekotka, E. Mizgala, W. Król (2015), "The etiology of lower respiratory tract infections in people with diabetes", *Pneumonol. Alergol. Pol.*, **83(5)**, pp.401-408, DOI: 10.5603/PiAP.2015.0065.