

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ VI KHUẨN VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG TRONG ĐỢT CẤP CỦA BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

Hoàng Thủy¹, Nguyễn Việt Nhung¹, Nguyễn Đình Tiến²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định mối liên quan giữa kết quả vi khuẩn (VK) ở đờm xác định bằng nuôi cấy và kỹ thuật realtime PCR với đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân bị đợt cấp của COPD. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang, đánh giá kết quả vi khuẩn ở đờm trên 180 bệnh nhân được chẩn đoán xác định đợt cấp COPD, điều trị nội trú tại Bệnh viện Phổi Trung ương từ tháng 9/2016 - 05/2021. **Kết quả:** Tỷ lệ xác định được VK dương tính trong đợt cấp COPD là 37,2%. Tỷ lệ các loài VK: P. aeruginosa (20,9%), H. influenzae (17,9%), S. pneumoniae (11,9%), A. baumannii (10,4%), M. catarrhalis (9,0%), K. pneumoniae (6,0%), Stenotrophomonas maltophilia (3,0%), S. aureus (3,0%). Nhóm vi khuẩn không điển hình: L. pneumophila (11,9%), M. pneumoniae (4,5%), C. pneumoniae (1,5%). Các yếu tố: Số đợt cấp trong năm (>3 đợt cấp); triệu chứng ran ở phổi; BC > 10G/L; CRP ≥ 40 mg/l; HCO₃⁻ bất thường; tổn thương Xquang hình ảnh phổi bản; dày thành phế quản liên quan đến khả năng xác định được VK trong đợt cấp COPD (p<0,05). **Kết luận:** kết quả VK xác định được ở đờm bằng các phương pháp nuôi cấy và kỹ thuật realtime PCR để phát hiện DNA của một số VK không điển hình có ý nghĩa đối với thực hành lâm sàng lựa chọn sử dụng kháng sinh hợp lý trong điều trị đợt cấp COPD. **Từ khóa:** COPD, vi khuẩn, đợt cấp.

SUMMARY

EVALUATION OF BACTERIAL RESULTS AND RELATIONSHIP WITH CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS IN EXHAUSTS OF CHRONIC OBSTRUCTION PULMONARY DISEASE

Objective: Bacteriological characteristics determined by sputum culture, real-time PCR techniques to quantify atypical bacteria and their relationship to clinical and paraclinical in exacerbation of COPD. **Subject and method:** This is a cross-sectional study, evaluate bacterial results in sputum conducted on 180 patients who was diagnosed with acute exacerbation of COPD and had inpatient treatment at National Lung Hospital, Vietnam from September 2016 to May 2021. **Results:** 67 cases of bacteria were positive (37.2%), negative (62.8%).

¹Bệnh viện Phổi Trung ương

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thủy

Email: hthuybs@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 24.11.2023

Prevalence of bacterial species among positive patients: P. aeruginosa (20,9%), H. influenzae (17,9%), S. pneumoniae (11,9%), A. baumannii (10,4%), M. catarrhalis (9,0%), K. pneumoniae (6,0%), Stenotrophomonas maltophilia (3,0%), S. aureus (3,0%). Atypical bacteria group: L. pneumophila (11,9%), M. pneumoniae (4,5%), Chlamydia pneumoniae (1,5%). Multivariable logistic regression analysis showed the number of exacerbations per year (>3 exacerbations), pulmonary rates, WB > 10G/L, CRP ≥ 40 mg/l, abnormal HCO₃⁻, dirty lung images and bronchial wall thickening on chest Xray are symptoms that predict bacterial infection in COPD exacerbations (p<0.05). **Conclusion:** The results of bacteria identified in sputum using culture methods and realtime PCR techniques to detect DNA of some atypical bacteria are meaningful for clinical practice in choosing the use of antibiotics. reasonable in the treatment of COPD exacerbations.

Keywords: COPD, exacerbation, exacerbation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) là một bệnh phổ biến trên thế giới và ngày càng gia tăng. Theo Tổ chức Y Tế thế giới, COPD là nguyên nhân hàng thứ ba gây tử vong trên toàn thế giới, dự kiến sẽ ảnh hưởng đến hơn 210 triệu người vào năm 2030 [1]. Đợt cấp của COPD dẫn đến suy giảm nghiêm trọng chức năng phổi, giảm đáng kể chất lượng cuộc sống, là nguyên nhân làm cho bệnh nhân (BN) phải nhập viện, thúc đẩy nhanh bệnh tiến triển tới giai đoạn nặng và tăng tỷ lệ tử vong. Có nhiều nguyên nhân gây ra đợt cấp, trong đó nhiễm trùng đường hô hấp là nguyên nhân phổ biến nhất của COPD. Căn nguyên vi sinh thường gặp trong đợt cấp COPD là do các loài vi khuẩn phổ biến như Haemophilus influenzae, Streptococcus pneumoniae, Moraxella catarrhalis...và có thể do một số loài vi rút đường hô hấp. Ngoài các tác nhân trên, các loài vi khuẩn không điển hình như Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae, Legionella pneumophila,... cũng là những tác nhân vi khuẩn cần được quan tâm mặc dù ít gặp hơn. Trong thực hành lâm sàng kết quả vi khuẩn có thể là bằng chứng để bác sĩ sử dụng trong xây dựng phác đồ kháng sinh bước đầu để điều trị, tránh lạm dụng các kháng sinh phổ rộng và mạnh ngay từ đầu, nhờ đó hạn chế được sự phát triển đề kháng các kháng sinh này. Bên cạnh đó kỹ thuật realtime PCR để phát

hiện DNA của một số vi khuẩn không điển hình như *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Legionella pneumophila* trong các mẫu đờm là một giải pháp hữu dụng vì độ nhạy cao, kết quả nhanh [2]. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá mối liên quan kết quả vi khuẩn học được xác định bằng nuôi cấy đờm, kỹ thuật realtime PCR xác định vi khuẩn không điển hình với đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trong đợt cấp của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

nghiên cứu được tiến hành tại BV Phổi Trung ương từ tháng 09/20219 đến tháng 05/2021.

2.2. Đối tượng nghiên cứu:

180 BN được chẩn đoán xác định đợt cấp COPD, điều trị nội trú tại Bệnh viện Phổi Trung ương từ tháng 9/2016- 05/2021.

➤ Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân nghiên cứu

- BN được chẩn đoán xác định COPD từ trước (có hồ sơ theo dõi).

- BN nhập viện điều trị lần đầu chẩn đoán COPD dựa vào một số tiêu chuẩn sau: Lâm sàng: nghe phổi có rì rào phế nang giảm, có ran rít, ran ngáy, ran nổ. Lồng ngực căng giãn, gõ vang; Hình ảnh X quang phổi: có hội chứng phế quản, biểu hiện khí phế thũng; Đo thông khí phổi (sau khi điều trị đợt cấp ổn định): $FEV_1/FVC < 70\%$ số lý thuyết sau test hồi phục phế quản [3].

- BN được chẩn đoán đợt cấp của COPD khi [4]: ho khạc tăng số lượng đờm; đờm mủ hoặc nhày mủ; mức độ khó thở tăng.

➤ Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân chẩn đoán lao phổi, hen phế quản, giãn phế quản, xơ phổi.

- Có bệnh lý tim mạch nặng kết hợp: tăng huyết áp không được kiểm soát, cơn đau thắt ngực không ổn định, nhồi máu cơ tim.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu.

2.3.2. Phương tiện nghiên cứu: Bệnh phẩm được khảo sát trong nghiên cứu này là đờm được lấy ngay sau khi bệnh nhân được chẩn đoán là đợt cấp COPD phải nhập viện đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu và trước khi cho bệnh nhân dùng kháng sinh. Các mẫu tin cậy được tiến hành nuôi cấy bán định lượng dựa theo qui trình thường qui mà phòng thí nghiệm đang áp dụng và được chuyển đến phòng xét nghiệm của Khoa Sinh học phân tử BV Trung ương Quân đội 108 để được tiến hành xét

nghiệm real-time PCR.

2.3.3. Đánh giá kết quả:

- Các kết quả cấy đờm dương tính: Vi khuẩn mọc với số lượng được coi là gây bệnh khi: Khuẩn lạc (khóm) của vi khuẩn gây bệnh mọc tương đối nhiều và rất nhiều ở vùng thứ 2, và/ hoặc vùng thứ 3, và/ hoặc vùng thứ 4. Khuẩn lạc (khóm) của vi khuẩn gây bệnh mọc ở vùng 1 nhưng phù hợp với hình ảnh trên tiêu bản nhuộm Gram và có bạch cầu đa nhân trung tính. Hoặc trên tiêu bản nhuộm Gram có rất ít hoặc không có các vi hệ của đường hô hấp nhưng có rất nhiều tế bào mủ.

- Đánh giá kết quả realtime PCR phân lập vi khuẩn không điển hình ở đờm: Mẫu được xác định là dương tính khi đường cong khuếch đại vượt qua tín hiệu nền trước hoặc tại chu kỳ 40 của phản ứng. Tương ứng với ba tác nhân *M. pneumoniae*, *C. pneumoniae* và *L. pneumophila* là ba kênh huỳnh quang khác nhau. Mẫu dương tính với tác nhân nào khi có đường cong khuếch đại ở kênh huỳnh quang tương ứng của tác nhân đó.

2.4. Kỹ thuật thu thập thông tin: Thu thập số liệu từ bệnh án của người bệnh.

2.5. Phân tích số liệu: Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.

2.6. Đạo đức nghiên cứu: nghiên cứu đã được sự cho phép của ban lãnh đạo BV Phổi Trung ương trước khi tiến hành. Nghiên cứu chỉ thu thập thông tin số liệu của bệnh nhân, không ảnh hưởng đến quá trình thăm khám, điều trị của bệnh nhân. Các thông tin về đối tượng được đảm bảo bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả vi khuẩn phân lập được ở đờm bằng cả 2 phương pháp nuôi cấy và realtime PCR

Bảng 3.1. Kết quả tìm vi khuẩn trong đờm (n=180)

Kết quả vi khuẩn trong đờm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Dương tính	Vi khuẩn Gram dương	11	6,1
	Vi khuẩn Gram âm	44	24,4
	Vi khuẩn không điển hình	12	6,7
Am tính		113	62,8
Tổng số		180	100

Nhận xét: Kết quả tìm vi khuẩn trong đờm bằng cả 2 phương pháp nuôi cấy và realtime PCR: tỷ lệ dương tính chiếm 37,2%, âm tính chiếm tỷ lệ 62,8%. Đa số là vi khuẩn gram âm 44/67 trường hợp cấy đờm dương tính. Nhóm vi khuẩn không điển hình chiếm 6,7%.

Bảng 3.2. Các loài vi khuẩn phân lập được trong đờm (n=67)

Vi khuẩn	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
Pseudomonas aeruginosa	14	20,9	
Haemophilus influenzae	12	17,9	
Streptococcus pneumoniae	8	11,9	
Acinetobacter baumannii	7	10,4	
Moraxella catarrhalis	6	9,0	
Klebsiella pneumoniae	4	6,0	
Stenotrophomonas maltophilia	2	3,0	
Staphylococcus aureus	2	3,0	
Vi khuẩn không điển hình	Legionella pneumophila	8	11,9
	Mycoplasma pneumoniae	3	4,5
	Chlamydia pneumoniae	1	1,5

Tổng số	67	100
----------------	-----------	------------

Nhận xét: Trong 67 mẫu bệnh phẩm đờm dương tính:

- Nhóm VK cấy đờm dương tính: P. aeruginosa chiếm tỷ lệ cao nhất (20,9%), H. influenzae (17,9%), S. pneumoniae (11,9%), A. baumannii (10,4%), M. catarrhalis (9,0%), K. pneumoniae (6,0%), S. maltophilia (3,0%), S. aureus (3,0%).

- Nhóm VK không điển hình xác định bằng kỹ thuật realtime PCR: L. pneumophila chiếm tỷ lệ 11,9%, M. pneumoniae (4,5%) và C. pneumoniae (1,5%).

3.2. Liên quan giữa kết quả vi khuẩn với các đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.3. Liên quan giữa kết quả vi khuẩn với các đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm	Kết quả vi khuẩn		Dương tính		Âm tính		OR KTC 95%	p
	n	%	n	%	n	%		
Thời gian mắc bệnh: 5-10 năm	43	47,8	47	52,2	OR = 2,45 (1,23 - 4,92)		0,01	
Số đợt cấp: 2 đợt/năm	17	34,7	32	65,3	OR = 3,10 (1,00 - 10,70)			
Số đợt cấp: 3 đợt/năm	18	38,3	29	61,7	OR = 3,62 (1,16 - 12,48)			
Số đợt cấp: ≥ 2 đợt/năm	26	60,5	17	39,5	OR = 8,92 (2,82 - 30,83)			
Khó thở tăng	65	85,5	111	14,5	OR = 0,59 (0,04 - 8,28)		0,06	
Ho tăng	55	35,7	99	64,3	OR = 0,65 (0,26 - 1,66)		0,31	
Khạc đờm tăng	52	36,1	92	63,9	OR = 0,78 (0,35 - 1,81)		0,54	
Rì rào phế nang giảm	59	38,8	93	61,2	OR = 1,59 (0,62 - 4,43)		0,30	
Ran rít, ran ngáy	57	42,9	76	57,1	OR = 2,78 (1,22 - 6,76)		0,01	
Ran ẩm, ran nổ	45	56,3	35	43,8	OR = 4,56 (2,28 - 9,19)		0,01	

Nhận xét: Thời gian mắc bệnh 5 - 10 năm, BN có nhiều đợt cấp (>2 đợt cấp/năm), các triệu chứng tại phổi (ran rít, ran ngáy, ran ẩm, ran nổ) là những đặc điểm lâm sàng độc lập dự đoán khả năng nhiễm vi khuẩn trong đợt cấp COPD.

3.3. Liên quan giữa kết quả vi khuẩn với các đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3.4. Liên quan giữa kết quả vi khuẩn với các đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm	Kết quả vi khuẩn		Dương tính		Âm tính		OR KTC 95%	p
	n	%	n	%	n	%		
BC > 10 G/l	50	46,3	68	53,7	OR = 1,95 (0,96 - 4,06)		0,001	
CRP: 20 - 40 mg/l	17	45,9	20	54,1	OR = 2,68 (1,37 - 6,45)			
CRP > 40 mg/l	31	48,4	33	51,6	OR = 2,97 (1,07 - 6,65)			
≥ 0,25 ng/mL	4	33,3	8	66,7	OR = 0,13 (0,02 - 0,66)			
PaCO ₂ tăng	39	40,2	58	59,8	OR = 1,94 (0,93 - 4,12)		0,01	
PaCO ₂ giảm	11	64,7	6	35,3	OR = 5,28(1,48 - 19,85)			
HCO ₃ ⁻ tăng	15	46,9	17	53,1	OR = 3,53(1,34 - 9,22)		0,01	
HCO ₃ ⁻ giảm	35	55,7	28	44,4	OR = 5,0(2,28 - 11,09)			
Xquang hình ảnh phổi bản	41	52,6	37	47,4	OR = 3,24(1,65 - 6,39)		0,01	
Dày thành phế quản	35	81,4	8	18,6	OR = 20,88(7,97 - 58,10)		0,01	

Nhận xét: BC > 10G/l, CRP > 20 mg/L; PaCO₂ bất thường, HCO₃⁻ tăng/giảm, X quang hình ảnh phổi bản, dày thành phế quản là những đặc điểm cận lâm sàng độc lập dự đoán khả năng nhiễm VK trong đợt cấp COPD.

3.4. Khả năng xác định nhiễm vi khuẩn

của tổ hợp các triệu chứng

Bảng 3.5. Kết quả phân tích hồi quy logistic đa biến

Triệu chứng	OR	KTC 95%	p
Số đợt cấp (>3 đợt cấp)	5,61	2,19-11,74	0,001
Ran rít, ran ngáy	2,93	1,32-7,19	0,001

Ran ẩm, ran nổ	4,84	2,56–10,11	0,001
BC \geq 1G/L	1,94	0,92–4,78	0,05
CRP \geq 40 mg/l	2,91	1,04–6,71	0,03
PCT \geq 0,25 ng/mL	0,51	0,19–0,97	0,02
HCO ₃ ⁻ bất thường	2,12	1,19–5,61	0,01
Hình phổi bản	3,99	1,31–7,37	0,01
Dày thành phế quản	19,72	8,69–21,90	0,001

Nhận xét: Số đợt cấp trong năm (>3 đợt cấp); triệu chứng ran rít ran ngáy; ran ẩm, ran nổ; CRP \geq 40 mg/l; PCT \geq 0,25 ng/mL, HCO₃⁻ bất thường; hình phổi bản; dày thành phế quản trong phân tích hồi quy là những dấu hiệu có ý nghĩa thống kê giúp dự đoán xác định được nhiễm VK trong đợt cấp của bệnh COPD ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kết quả vi khuẩn trong đợt cấp COPD. Toàn bộ 100% đối tượng nghiên cứu được lấy mẫu đờm làm xét nghiệm nuôi cấy vi khuẩn và sử dụng phương pháp realtime - PCR phân lập VK không điển hình ở đờm. Kết quả có 67 trường hợp VK dương tính chiếm (37,2%), âm tính chiếm (62,8%).

- Tỷ lệ gặp các loài VK trong số bệnh nhân dương tính: P. aeruginosa chiếm tỷ lệ cao nhất (20,9%), H. influenzae (17,9%), S. pneumoniae (11,9%), A. baumannii (10,4%), M. catarrhalis (9,0%), K. pneumoniae (6,0%), Stenotrophomonas maltophilia (3,0%), S. aureus (3,0%). Nhóm VK không điển hình: L. pneumophila (11,9%), M. pneumoniae (4,5%), C. pneumoniae (1,5%). Chúng tôi không gặp trường hợp nào có kết quả trên 2 loại vi khuẩn trong mẫu đờm của đối tượng nghiên cứu.

Kết quả của chúng tôi có khác biệt không nhiều với nghiên cứu của Alexandra Nakou và cs (2009) gặp tác nhân gây bệnh phổ biến nhất là H. influenzae (22 chủng, 42,3%) và P. aeruginosa (13 chủng, 25%), kết quả VK không điển hình thực hiện bằng PCR dương tính ở 8 mẫu (12,5%) (5 mẫu đối với M. pneumoniae và 3 mẫu đối với C. pneumoniae) [5].

4.2. Liên quan giữa đặc điểm vi khuẩn với lâm sàng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận nhóm VK dương tính gặp nhiều hơn ở những bệnh nhân có thời gian mắc bệnh >5 năm, BN có tiền sử nhiều đợt cấp/năm (> 2 đợt cấp/năm), Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,005$). Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng kết quả của nghiên cứu ECLIPSE [6]: Nhóm BN kiểu hình đợt cấp thường xuyên (> 2 đợt cấp/năm), nhiễm khuẩn thường do người bệnh mắc phải chủng vi khuẩn mới, chưa diệt sạch

vi khuẩn của đợt cấp nhiễm khuẩn trước đó hoặc tăng số lượng vi khuẩn của cùng loại vi khuẩn định cư. Chúng tôi gặp tỷ lệ vi khuẩn dương tính ở nhóm BN có triệu chứng ran ẩm, ran nổ ở phổi (56,3%) cao hơn nhóm không có triệu chứng này (22,0%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nghiên cứu không ghi nhận có mối liên quan giữa kết quả vi khuẩn với mức độ nặng đợt cấp, triệu chứng sốt, khạc đờm tăng, tỷ lệ nuôi cấy đờm mọc vi khuẩn ở nhóm BN có đờm mù cao hơn nhóm BN không có đờm mù, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

4.3. Liên quan giữa đặc điểm vi khuẩn với cận lâm sàng

- Nhóm BN có bạch cầu > 10G/l trong nghiên cứu chúng tôi có kết quả cấy đờm dương tính cao hơn nhóm BN có kết quả \leq 10 G/L. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Đợt cấp BPTNMT liên quan đến mầm bệnh do VK cho thấy tình trạng viêm bạch cầu trung tính ở đường thở nhiều hơn đáng kể so với các đợt không do vi khuẩn, mức độ nghiêm trọng của đợt cấp và mức độ tập trung vi khuẩn đường thở có liên quan đến mức độ viêm bạch cầu trung tính.

- Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ người bệnh có nồng độ CRP > 40 mg/l và kết quả VK dương tính là 48,4%, tỷ lệ này cao hơn so với nhóm khác, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Theo Bircan A (2008), nồng độ CRP máu cao trong đợt cấp của BN COPD có thể là một chỉ điểm một đợt cấp do bội nhiễm và kết hợp với khạc đờm và tăng số lượng BC máu ngoại vi [7].

Chúng tôi không ghi nhận có sự khác biệt giữa đợt cấp BPTNMT có VK dương tính ở nhóm có PCT > 0,25ng/mL.

- Các trường hợp có chỉ số PaCO₂, HCO₃⁻ bất thường (tăng hoặc giảm) trong nghiên cứu của chúng tôi đều có tỷ lệ kết quả vi khuẩn dương tính cao hơn so với nhóm bình thường. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

4.4. Khả năng xác định nhiễm vi khuẩn của các triệu chứng, phân tích hồi quy logistic đa biến. Chúng tôi nhận thấy trong các biến số được đưa vào phân tích, các biến số: Số đợt cấp trong năm (>3 đợt cấp) (OR = 5,61); triệu chứng ran rít ran ngáy; ran ẩm, ran nổ (OR = 4,84); BC > 1G/L (OR = 1,94); CRP \geq 40 mg/l (OR = 2,91); HCO₃⁻ bất thường (OR = 2,12); hình phổi bản (OR = 3,99); dày thành phế quản (OR = 19,71); trong phân tích hồi quy là những dấu hiệu có ý nghĩa thống kê giúp dự đoán xác định được nhiễm VK trong đợt cấp của BPTNMT ($p < 0,05$). Do vậy, để tăng tính ứng dụng của các

triệu chứng và dấu ấn sinh học trong thực hành lâm sàng, chúng tôi đề xuất kết hợp các biến số này để tạo thành các tổ hợp và so sánh giá trị của các tổ hợp trong chẩn đoán nhiễm khuẩn.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có nhiều điểm tương đồng với các tác giả trong và ngoài nước. Nghiên cứu của Alexandra Nakou và cs (2021), mô hình hồi quy tuyến tính đa biến đã được hình thành để đánh giá biến nào có liên quan đáng kể với cấy đờm dương tính ở VN đợt cấp BPTNMT: Các biến có trong mô hình là sốt, WBC, bạch cầu trung tính, CRP, FBG và FEV₁. Các biến duy nhất có liên quan đáng kể với cấy đờm dương tính là WBC >10.000 (p = 0,014) và CRP > 6 mg/l (p = 0,001) [8].

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ xác định được vi khuẩn dương tính trong đợt cấp BPTNMT là 37,2%.

- Tỷ lệ các loài vi khuẩn ở đờm: P. aeruginosa (20,9%), H. influenzae (17,9%), S. pneumoniae (11,9%), A. baumannii (10,4%), M. catarrhalis (9,0%), K. pneumoniae (6,0%), Stenotrophomonas maltophilia (3,0%), S. aureus (3,0%), L. pneumophila (11,9%), M. pneumoniae (4,5%), C. pneumoniae (1,5%).

- Các yếu tố: Số đợt cấp trong năm (>3 đợt cấp); triệu chứng ran ở phổi; BC > 10G/L; CRP ≥ 40 mg/l; HCO₃⁻ bất thường; tổn thương Xquang

hình ảnh phổi bản; dày thành phế quản liên quan đến khả năng xác định được vi khuẩn trong đợt cấp BPTNMT có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization.** World Health Organization, Burden of COPD. Newsroom, 2022: p. p.1.
2. **Feng. C, et al.,** Atypical Pathogen Distribution in Chinese Hospitalized AECOPD Patients: A Multicenter Cross-Sectional Study. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis, 2021. 16: p. 1699-1708.
3. **GOLD,** Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease.; www.goldcopd.org. 2015.
4. **Anthonisen. N.R, et al.,** Antibiotic Therapy in Exacerbations of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Annals of Internal Medicine, 1987. 106(2): p. 196-204.
5. **Alexandra Nakou MD, et al.,** The prevalence of common and atypical pathogens infectious exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and their clinical importance. Chest, 2009. 136: p. 93.
6. **Hurst JR and et al,** ECLIPSE study. N Engl J Med, 2010. 363: p. 1128-1138.
7. **Bircan. A, et al.,** C-reactive protein levels in patients with chronic obstructive pulmonary disease: role of infection. Med Princ Pract, 2008. 17(3): p. 202-8.
8. **Alexandra Nakou, et al.,** A prospective study on bacterial and atypical etiology of acute exacerbation in chronic obstructive pulmonary disease. Future Microbiology, 2014. 9(11).

CÔNG NĂNG, CHỦ TRỊ CỦA MỘT SỐ BÀI THUỐC NAM THƯỜNG DÙNG

Phạm Vũ Khánh¹, Phạm Quốc Bình¹,
Nguyễn Tiến Chung¹, Nguyễn Thị Lan¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả công năng, chủ trị của một số bài thuốc nam thường dùng. **Phương pháp:** Điều tra, phỏng vấn, thu thập bài thuốc tại cộng đồng; thống kê, đối sánh, luận suy; xin đồng thuận chuyên gia. Thời gian nghiên cứu: từ tháng đến tháng 10 năm 2023. **Kết quả:** Nghiên cứu xác định được công năng chủ trị của 50 bài thuốc nam, tập trung 4 nhóm bệnh chính: Cơ xương khớp 8 bài (50% chủ trị thể can thận hư kèm phong hàn thấp,...); Tiết niệu 8 bài (62,5% chủ trị lâm chứng,...); Tiêu hóa 8 bài (62,5% chủ trị chứng tiết tả,...); Hô hấp 6 bài (33,33% chủ trị chứng

khí suyễn,...). **Kết luận:** Mô tả được công năng chủ trị của 50 bài thuốc nam, tập trung vào 4 nhóm bệnh Cơ xương khớp, Tiết niệu, Tiêu hóa, Hô hấp. **Từ khóa:** công năng, chủ trị, thuốc nam, bài thuốc nam

SUMMARY

MEDICINAL PROPERTIES AND TREATMENT OF SOME COMMONLY USED HERBAL REMEDIES

Objective: The descriptive research medicinal properties and treatment of some commonly used herbal remedies in Northern Vietnam. **Method:** Investigate, interviews and collect medicinal remedies in the community; statistics, comparison; ask for expert advice. Research time: 2023 April to October. **Results:** The study determined treatment effects of 50 medicinal remedies, focusing on 4 groups: Musculoskeletal disease 8 remedies (50% of all for kidney failure with elements of leprosy, colds and rheumatism,...); Urinary disease 8 remedies (62,5% of all for treating urinary tract infections,...); Digestive diseases 8 remedies (62,5% of all for diarrhea,...);

¹Học viện Y Dược học Cổ truyền Việt Nam
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tiến Chung
Email: nguyentienchung89@gmail.com
Ngày nhận bài: 11.9.2023
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023
Ngày duyệt bài: 24.11.2023