



NHỮNG TÌNH HUỐNG LÂM SÀNG ĐẶC BIỆT

PGS.TS.BS Phan Hữu Nguyệt Diễm

Giảng viên cao cấp - ĐHYD TPHCM

CA LÂM SÀNG 1

BÉ TRAI 39th

N1



N3

tiền
căn

LS

LDVV: sốt, ho



Sốt cao 39°C, ho đàm nhiều, ói 5–6 lần không máu, không đau ngực, không đau bụng
→ NĐ1

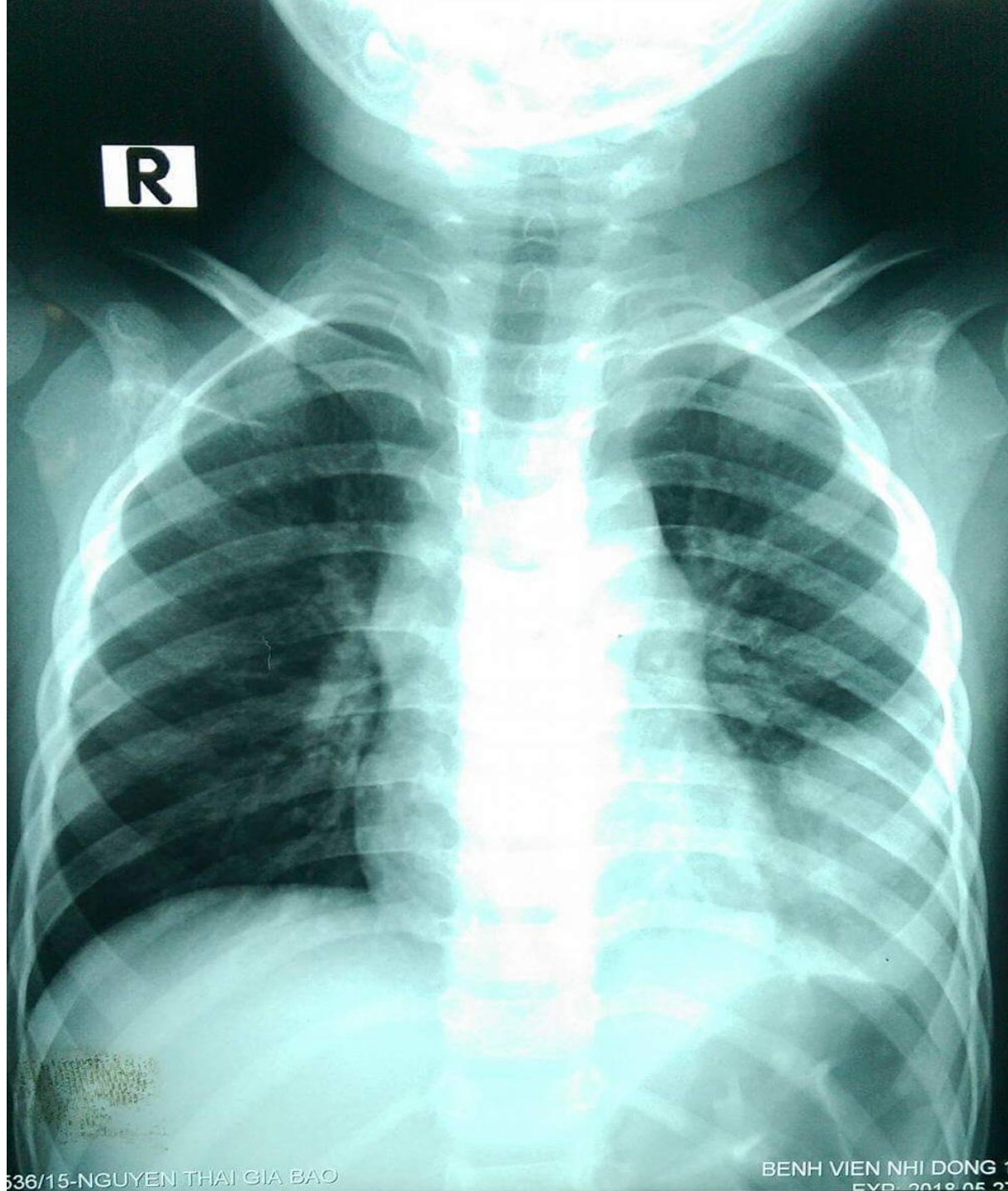


Sanh non 34 tuần, chưa từng nhập viện, ông nội ho kéo dài T/D suyễn, mẹ là hộ lý.



Tĩnh, Môi hồng
T⁰ 39, M : 150l/ph, NT 46l/ph.
Chi ấm, mạch quay rõ, tim đều rõ.
Thở đều, không co kéo, phổi rale ngáy ầm





CHẨN ĐOÁN:
VIÊM PHỔI ĐÁY T



ĐIỀU TRI :
CEFOTAXIM TM

BC: 11.700 N: 61%
CRP= 72 MG/L

DIỄN TIẾN LÂM SÀNG

N1

Đừ, sốt cao liên tục
.SpO2 93%.
T⁰ 39, NT 48l/ph
Co kéo nhẹ, phổi rale ẩm

Δ: Viêm phổi thùy T/d
nhiễm trùng huyết
Θ Thở oxy, hạ sốt
Ceftrione
+ **Vancomycin**

N2

Sốt cao liên tục
T⁰ 39, NT 48l/ph
Giảm phế âm (T)
Gan 2cm HS(P)
Δ: Viêm phổi thùy Td
TDMP – Nhiễm trùng
huyết
Θ Thở oxy, hạ sốt
KS Ceftrione +
Azithromycin
Vancomycin + Amikacin

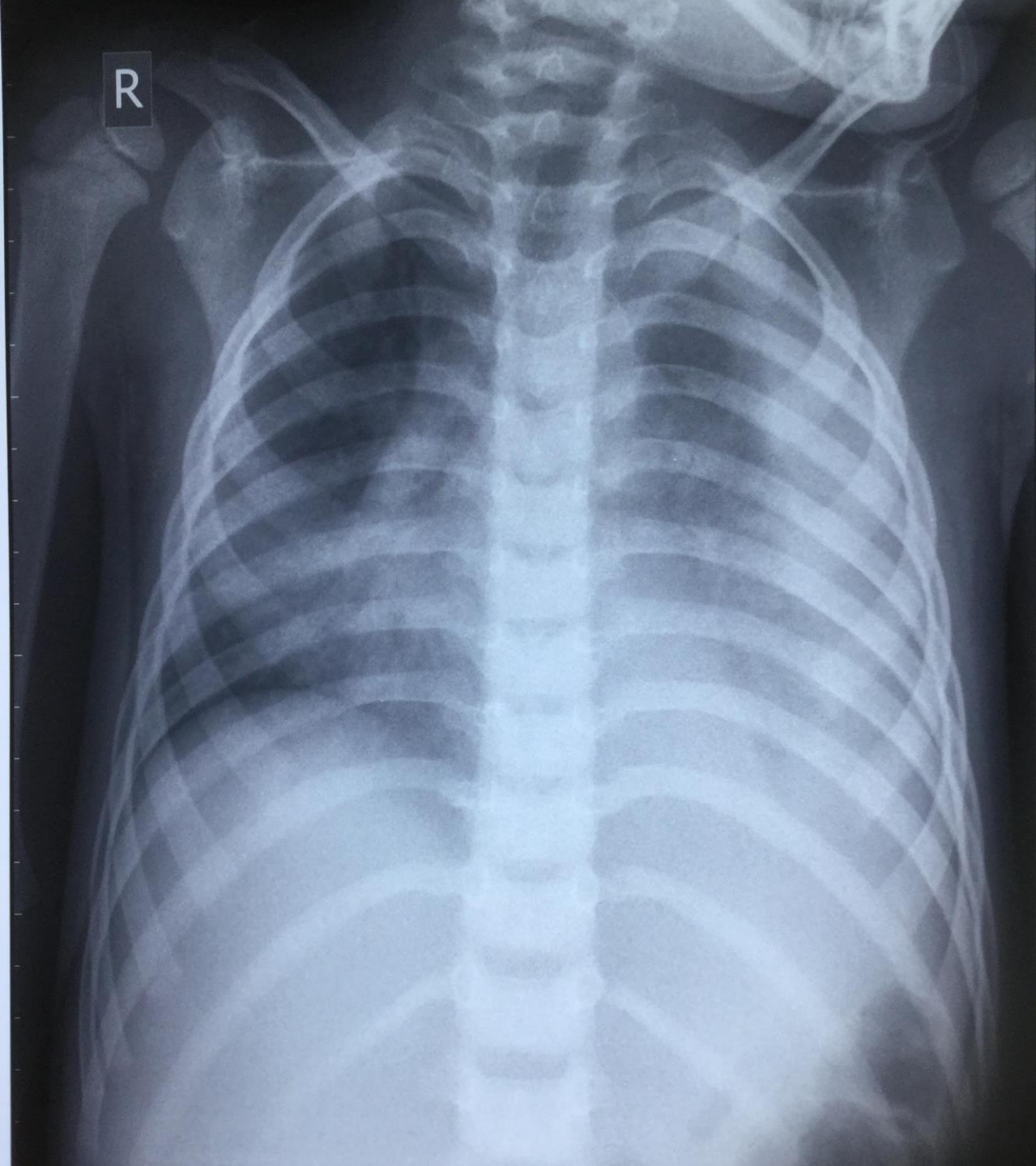
N3

- Bé đừ, sốt cao liên tục, vẻ mặt nhiễm trùng .
- Môi hồng, SpO2 98%
- T⁰ 40, M : 150l/ph, NT 50l/ph
- Co kéo liên sườn, phổi mất phế âm (T), gõ đục
- Bụng mềm, gan 2cm HS(P)
- Vi sinh: Cây máu (–)
- Vancomycin liều thứ 7 (60mg/kg/ng)

**KHÁNG
SINH**



**XÉT
NGHIỆM**



BC: 11.700 N: 61%
CRP= 72 MG/L

n1



BC: 27.800 N: 68%
CRP= 176 MG/L
Siêu âm : đông đặc
phổi T
TD phổi T lượng vừa->
nhiều
vách hoá , nhiều fibrin
Khó chọc dò

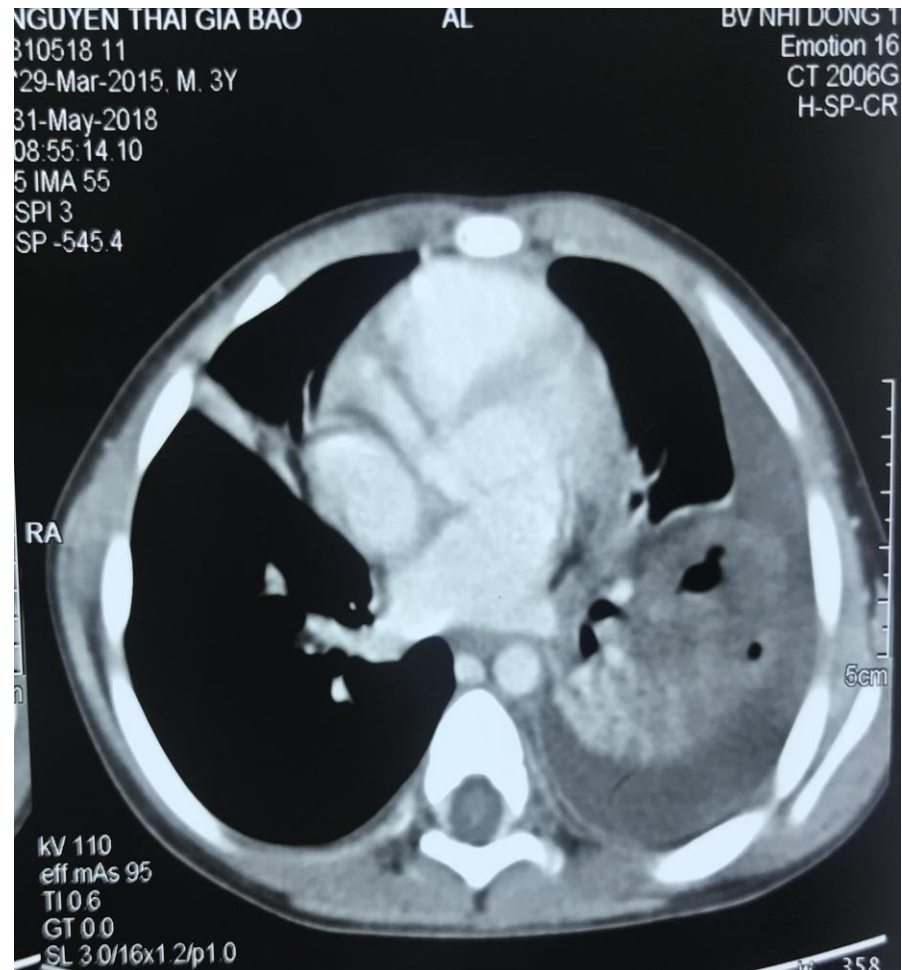
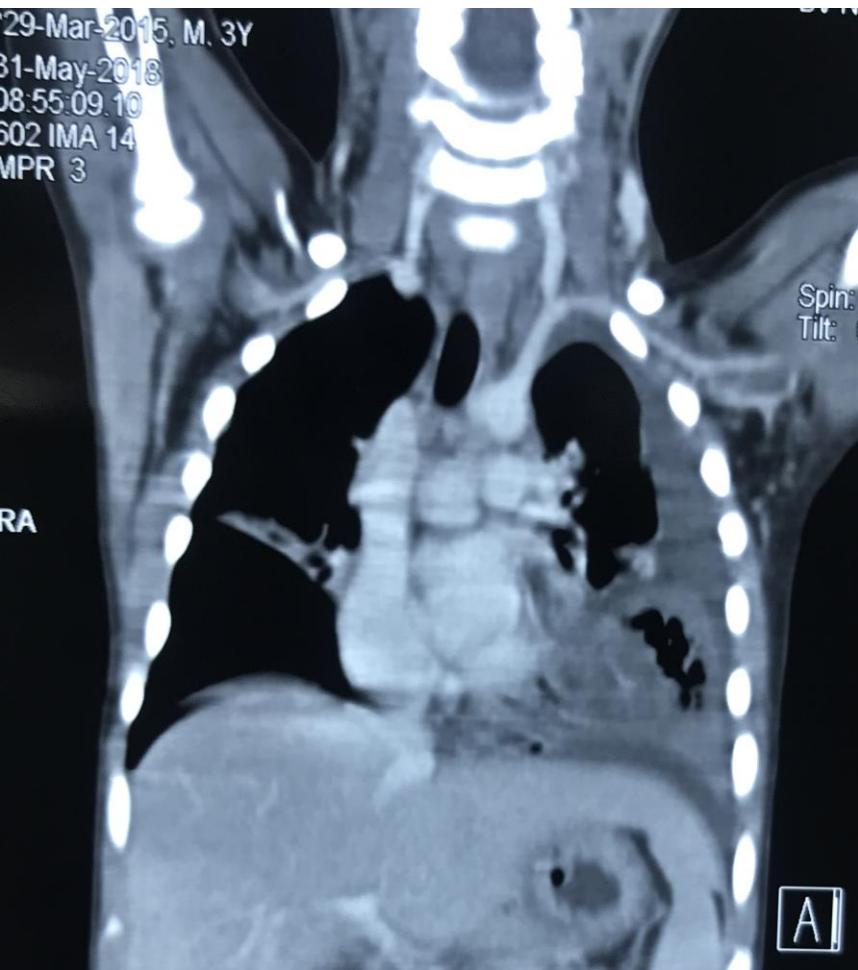
n3

XỬ TRÍ NGÀY 3

- Δ : Viêm phổi thùy (T) b/chứng Tràn dịch màng phổi (T) – Nhiễm trùng huyết
- Θ Thở oxy, hạ sốt
KS Meronem +
Vancomycin+
Amikacin
XN: CT scan ngực

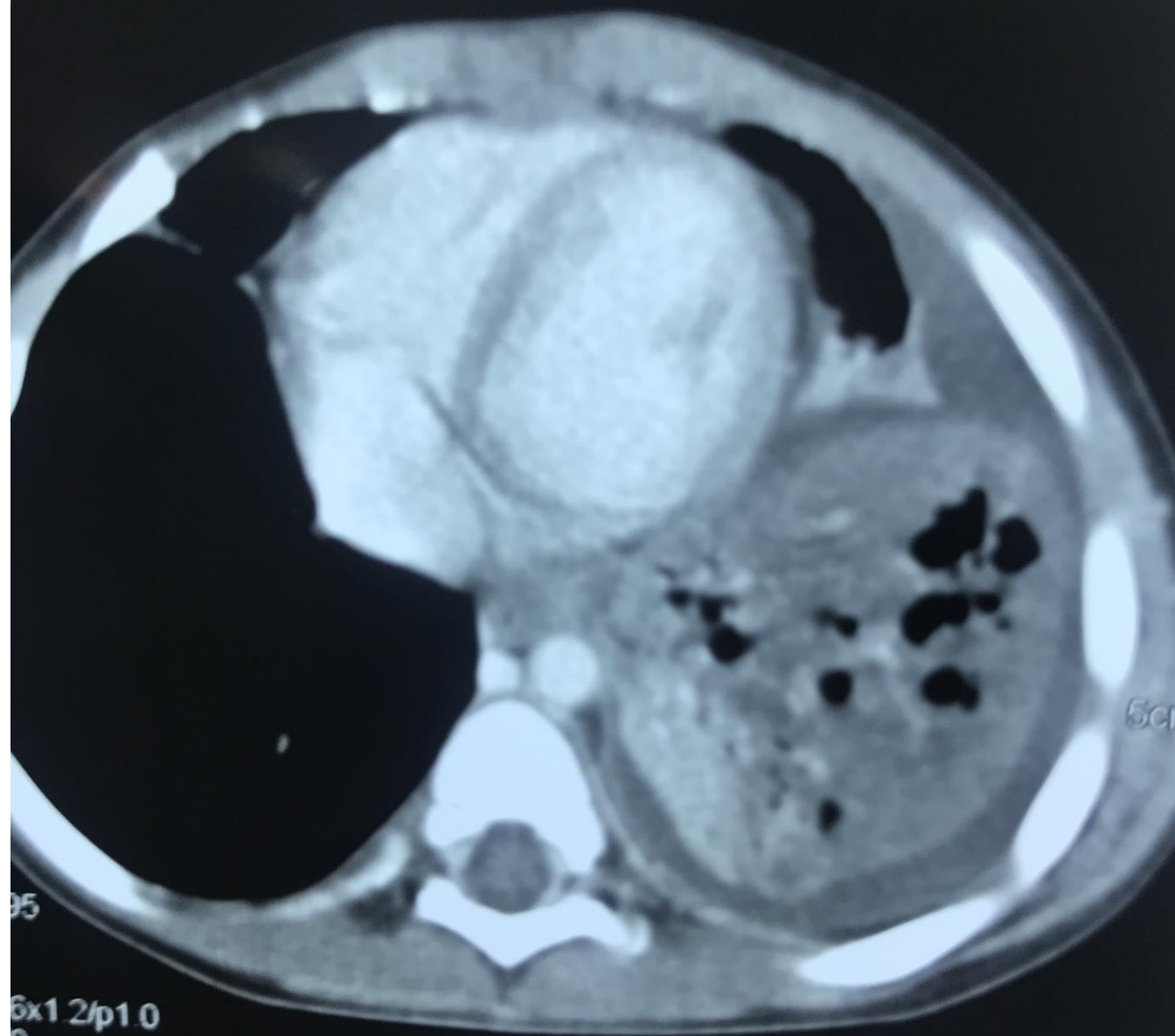
CT SCAN NGỰC

- Viêm hoại tử thùy dưới phổi T
- Viêm- tràn mủ màng phổi T
- Xẹp thùy giữa P
- TD TNDDTQ, không loại trừ Vp hít



15. M. 3Y
18

CT 200
H-SP-0



5cm

95

6x1 2/p1 0

0
C0 2

NGUYEN THAI GIA BAO
10518 11
29-Mar-2015, M, 3Y
31-May-2018
08:55:09.10
602 IMA 21
MPR 3

H

BV NHI D
Emc
CT

Spin: -6
Tilt: 0

RA

A

2018
0 10
27

Sp
Tilt

A

3.0

Contrast

Chọc dò DMP dưới hướng dẫn siêu âm

4 ml dịch đỏ không đông

Protein: 4, 1 g/ l

LDH: 3915 UL/L

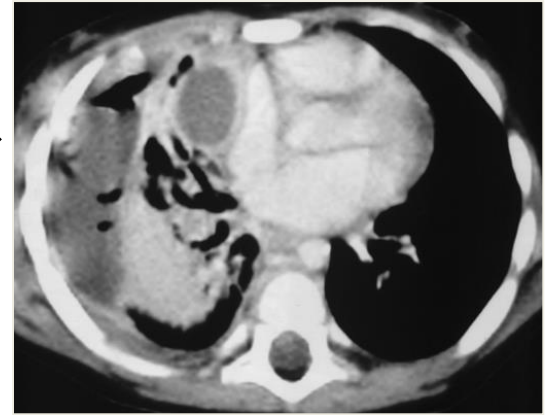
Nhiều HC và BC 80% đa nhân

+

TDMP VÁCH HOÁ SỚM N3 CỦA BỆNH

LÀM GÌ ??

Vách màng phổi ⇒



dẫn lưu màng phổi không hiệu quả và
kháng sinh không thấm nhập vào được các túi abcès hóa màng phổi

☞ Phá dây dính qua phẫu thuật lồng ngực mở (thoracotomie) ?

**KHÁNG
SINH**



VATS

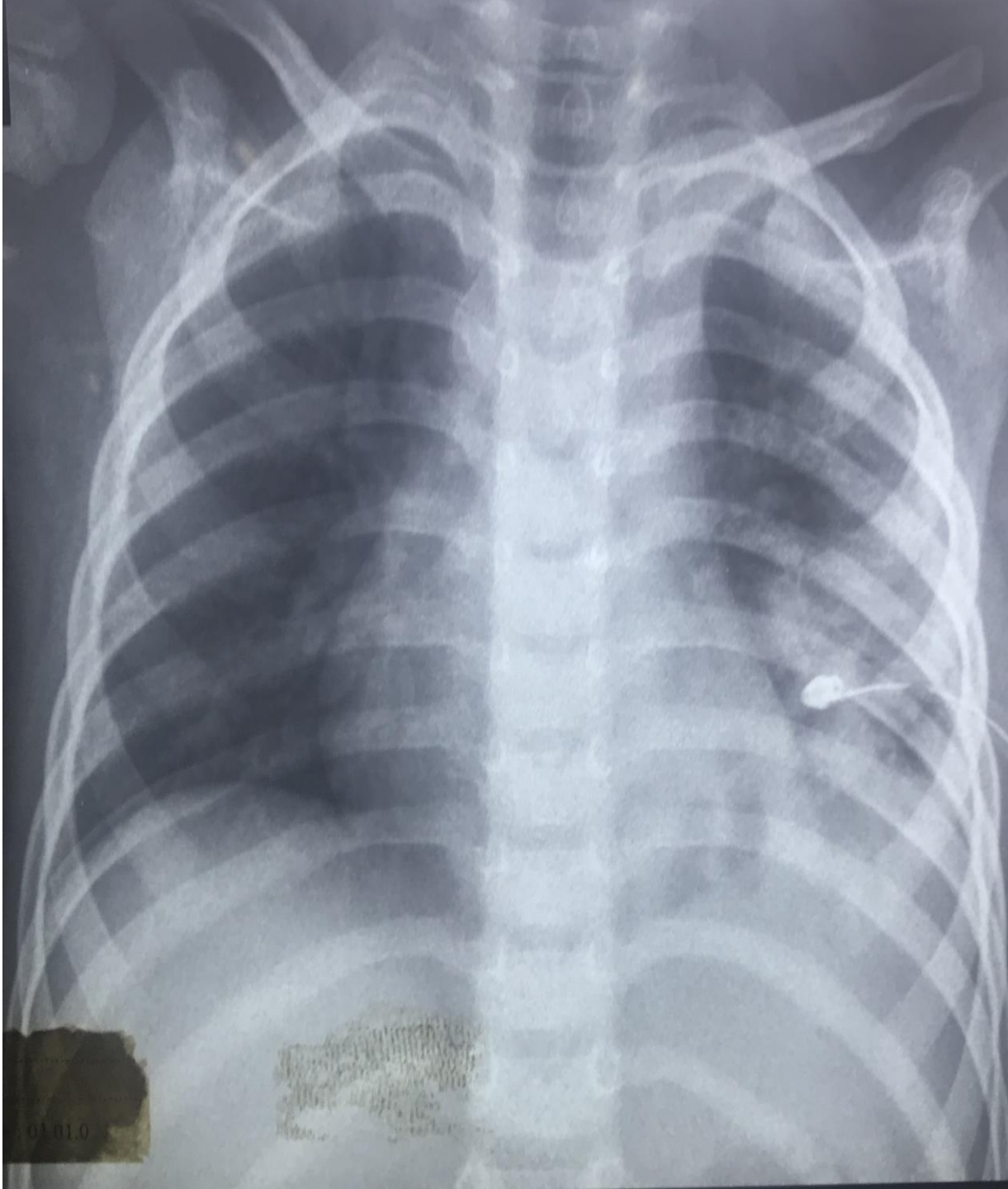
Chọc dò DMP

4 ml dịch đỏ không đông
Protein: 4, 1 g/ l
LDH: 3915 UL/L
Nhiều HC và BC 80% đa nhân

+

TDMP VÁCH HOÁ SỚM N3 CỦA BỆNH

NGƯNG VANCO
ĐỔI SANG LINEZOLIDE
CHỈ ĐỊNH NGOẠI KHOA
VATS



TƯỜNG TRÌNH PT:

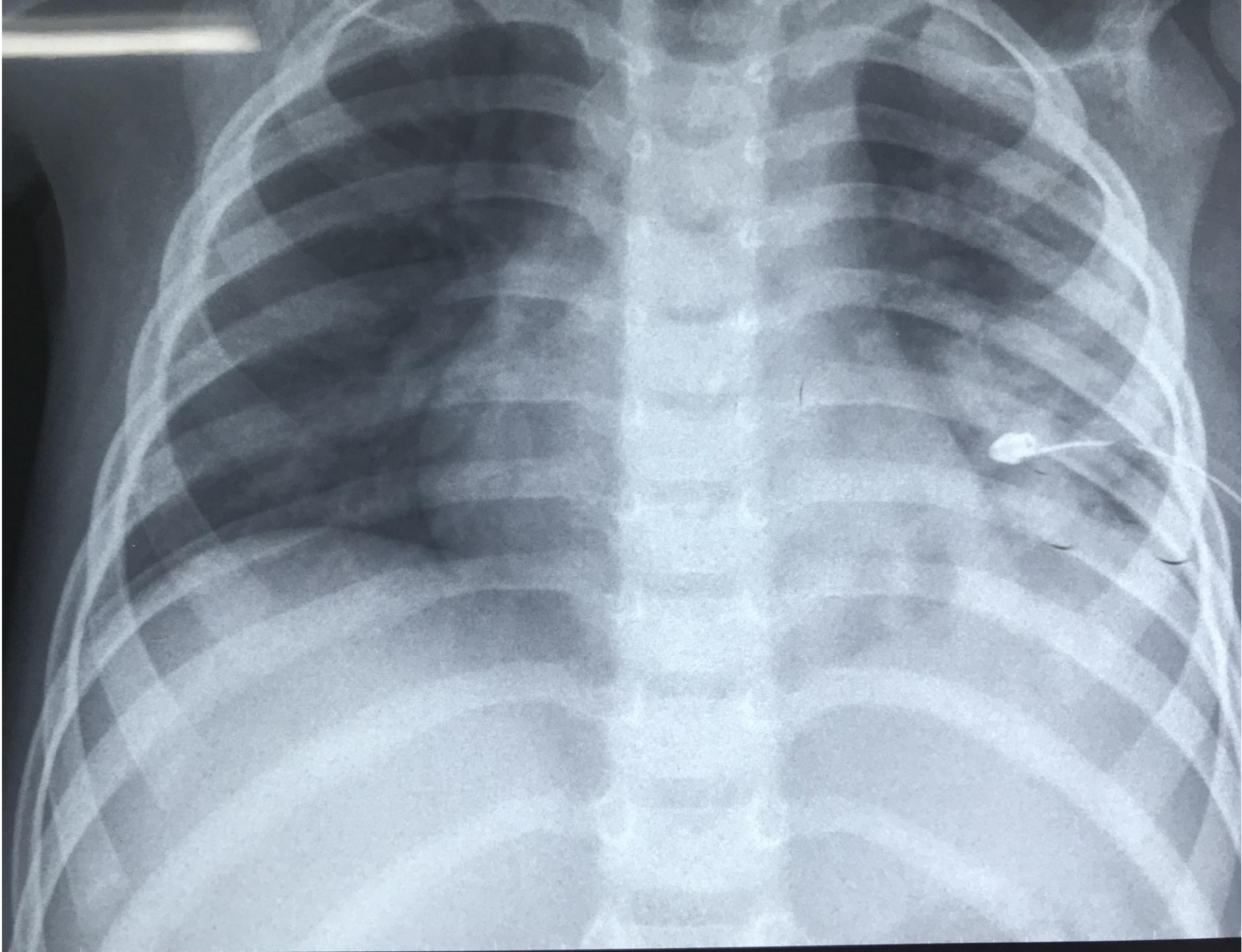
THUYỀN DƯỚI PHỔI T

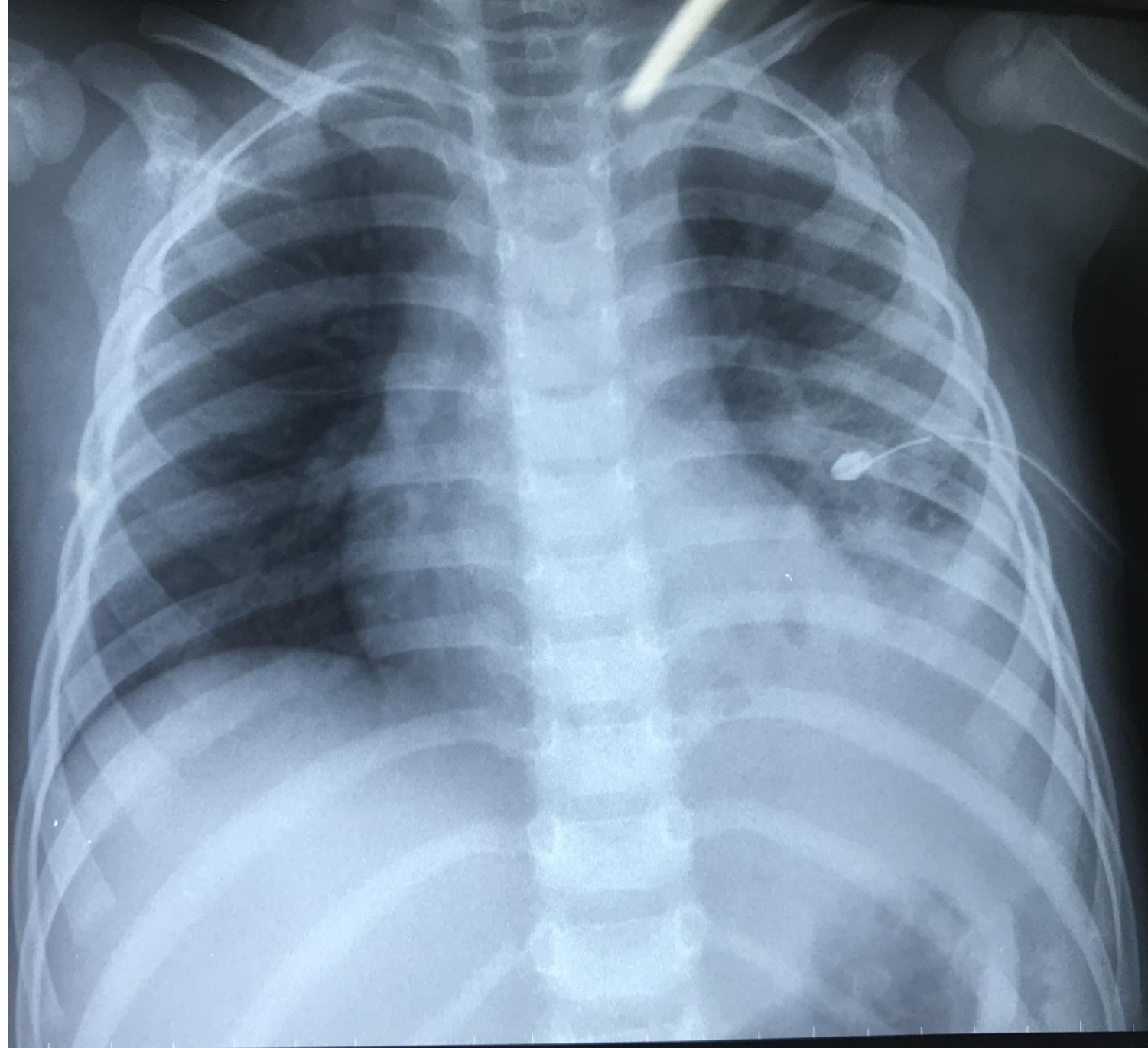
VIÊM DÍNH NHIỀU

KHOANG MÀNG PHỔI NHIỀU

MỦ ĐỤC

-> RỬA KHOANG MÀNG PHỔI
VÀ DẪN LƯU





NGUYEN THAI GIA BAO

STT: 154

SHS: 561536/15

KHO

Chọc dò DMP

3 ml dịch đỏ không đông

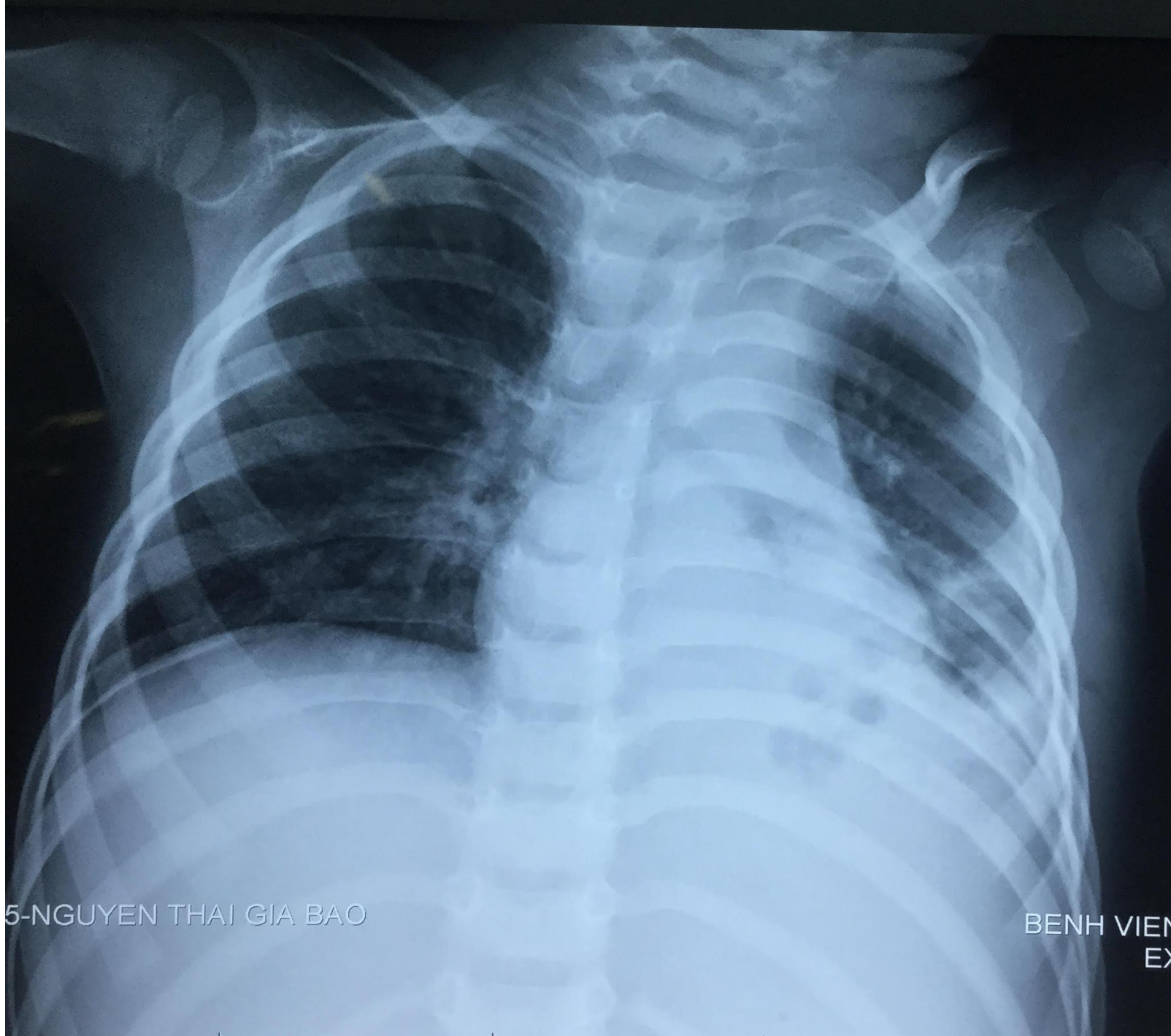
Protein: 4, 1 g/ l

LDH: 3915 UL/L

Nhiều HC và BC 80% đa nhân

Cấy : KHÔNG MỌC VT

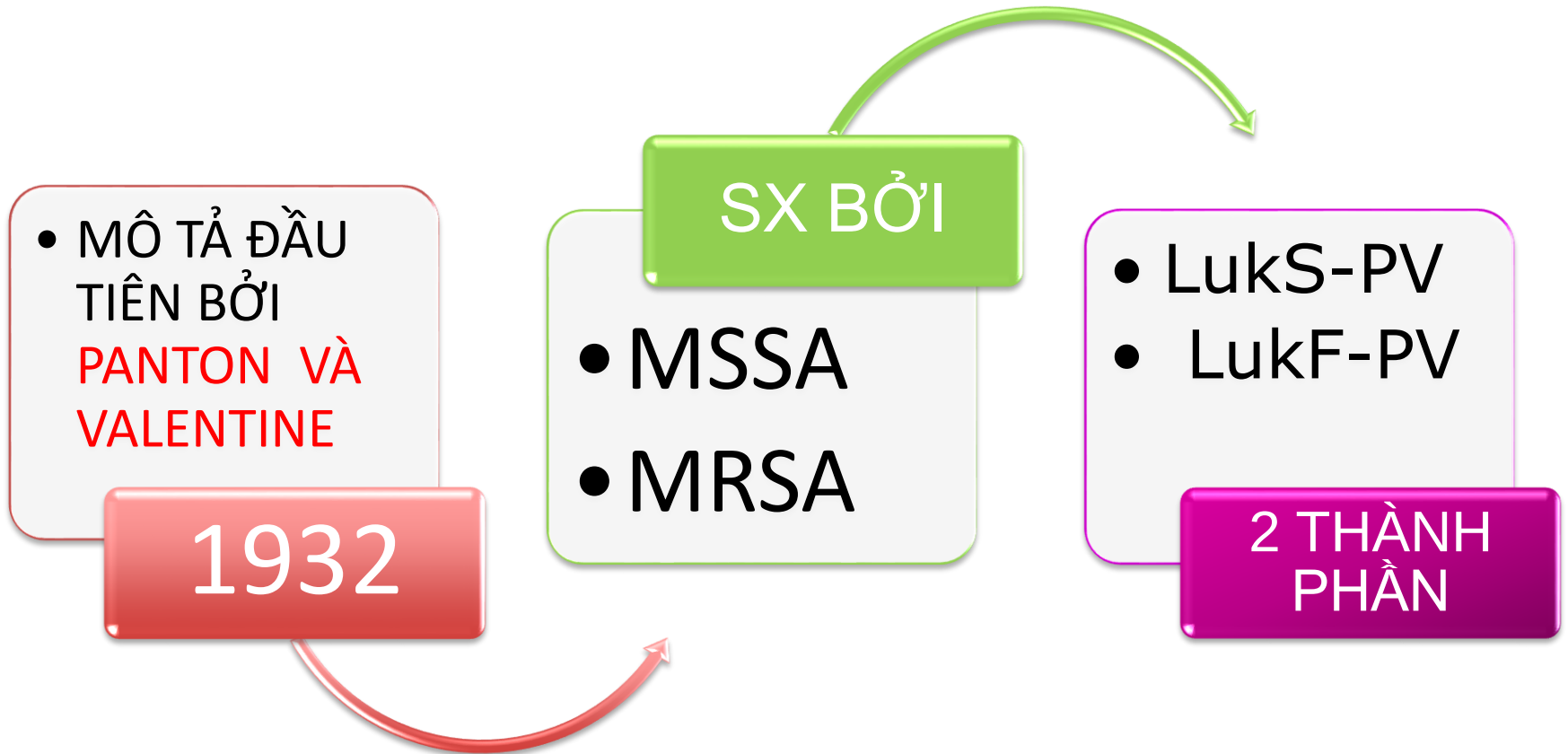
PCR: Sta. aureus MRSA
có Panton Valentine leucocidin



5-NGUYEN THAI GIA BAO

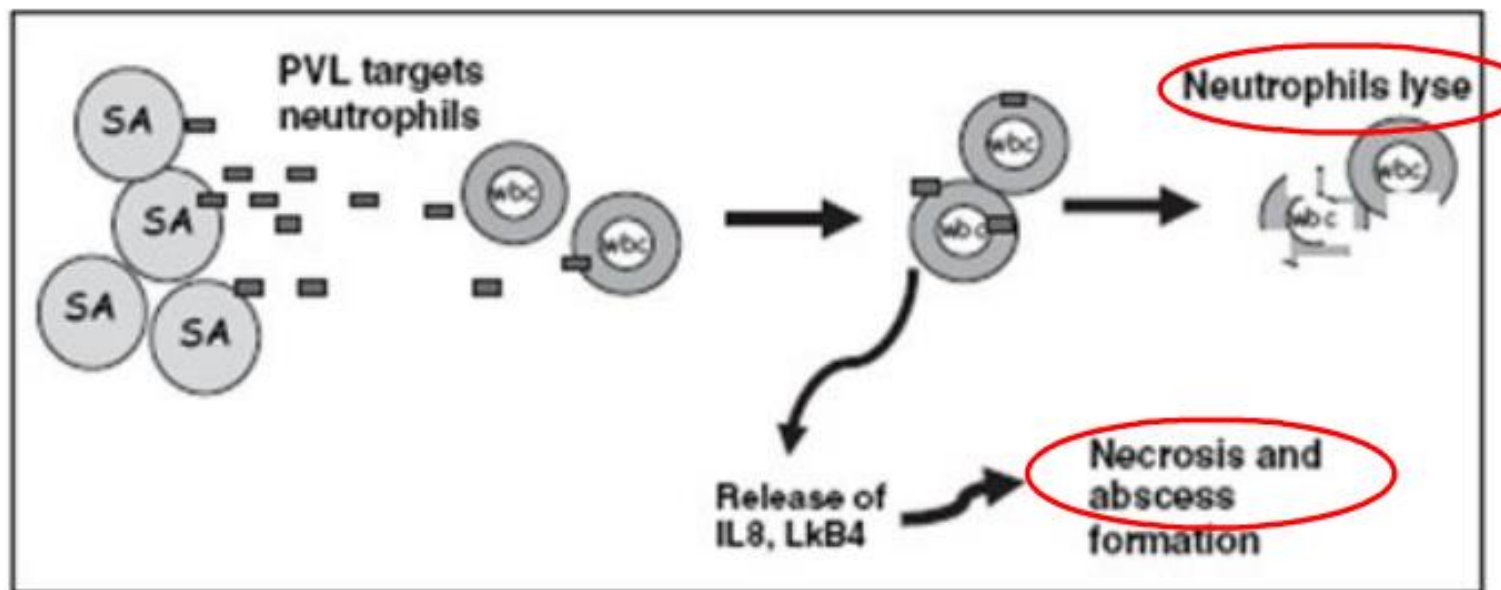
BENH VIEN
EX

PVL LÀ GÌ ?

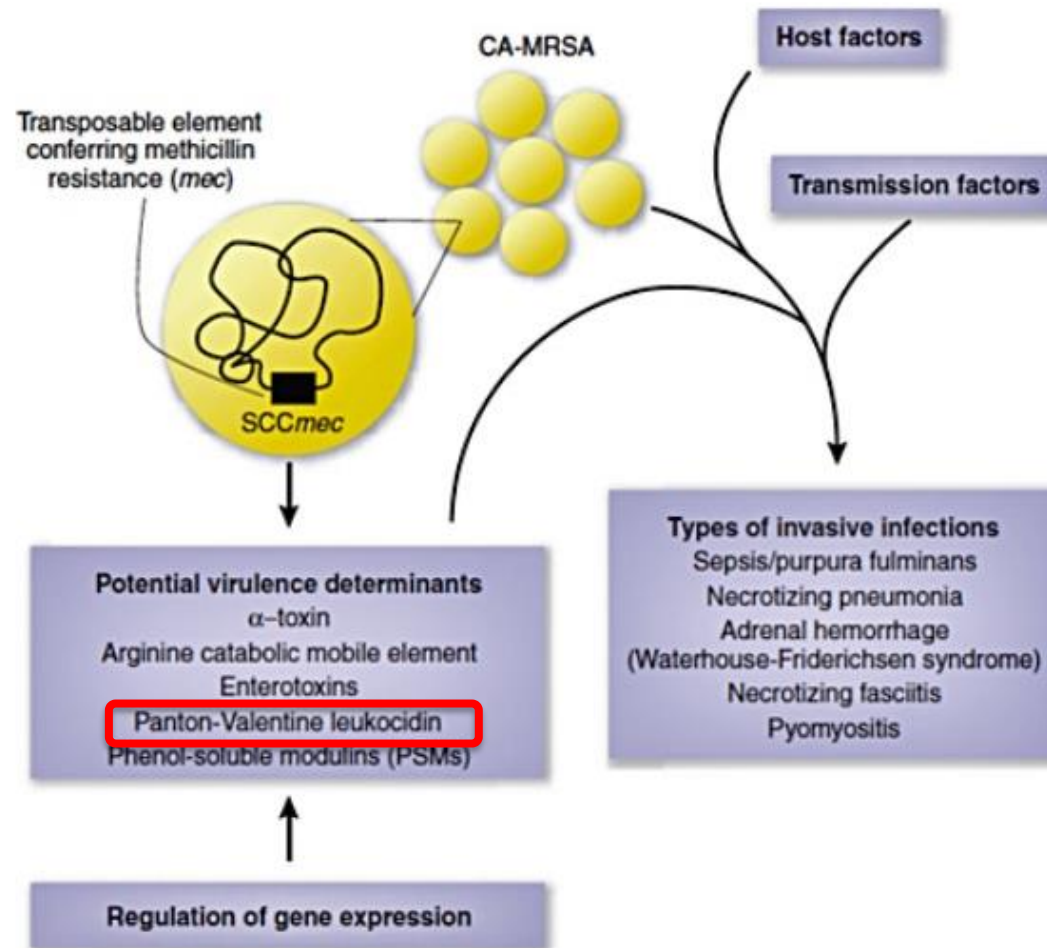


Panton-Valentine Leukocidin

- Leukotoxin produced by *S. aureus*
- 2 exoproteins (LukS & LukF)



Multiple factors probably contribute to the enhanced virulence of community acquired-MRSA



Virulence determinants include phenol-soluble modulins, alpha-hemolysin, and several of the other determinants shown. The expression of these factors is likely to be under regulatory control. Other factors, such as the host response and factors that facilitate transmission, have yet to be characterized.

HÌNH ẢNH LS CỦA VP DO PVL-SA?

TRẺ KHOẺ
MẠNH CỐ TC
ĐI TRƯỚC :
CẢM CÚM

NHANH
CHÓNG HO,
SHH±,
SHOCK
SEPTIC

XQ:VP NHIỀU
THỦY, TẠO
HANG,
ABCESS,TDMP,
XH PHỔI

- BC : leukopenia
- ↑↑ CRP, procalcitonin
- ↑CK (myositis)
- Cấy máu, đàm , phết tổn thương da SA (+)

ĐIỀU TRỊ VP DO PVL-SA



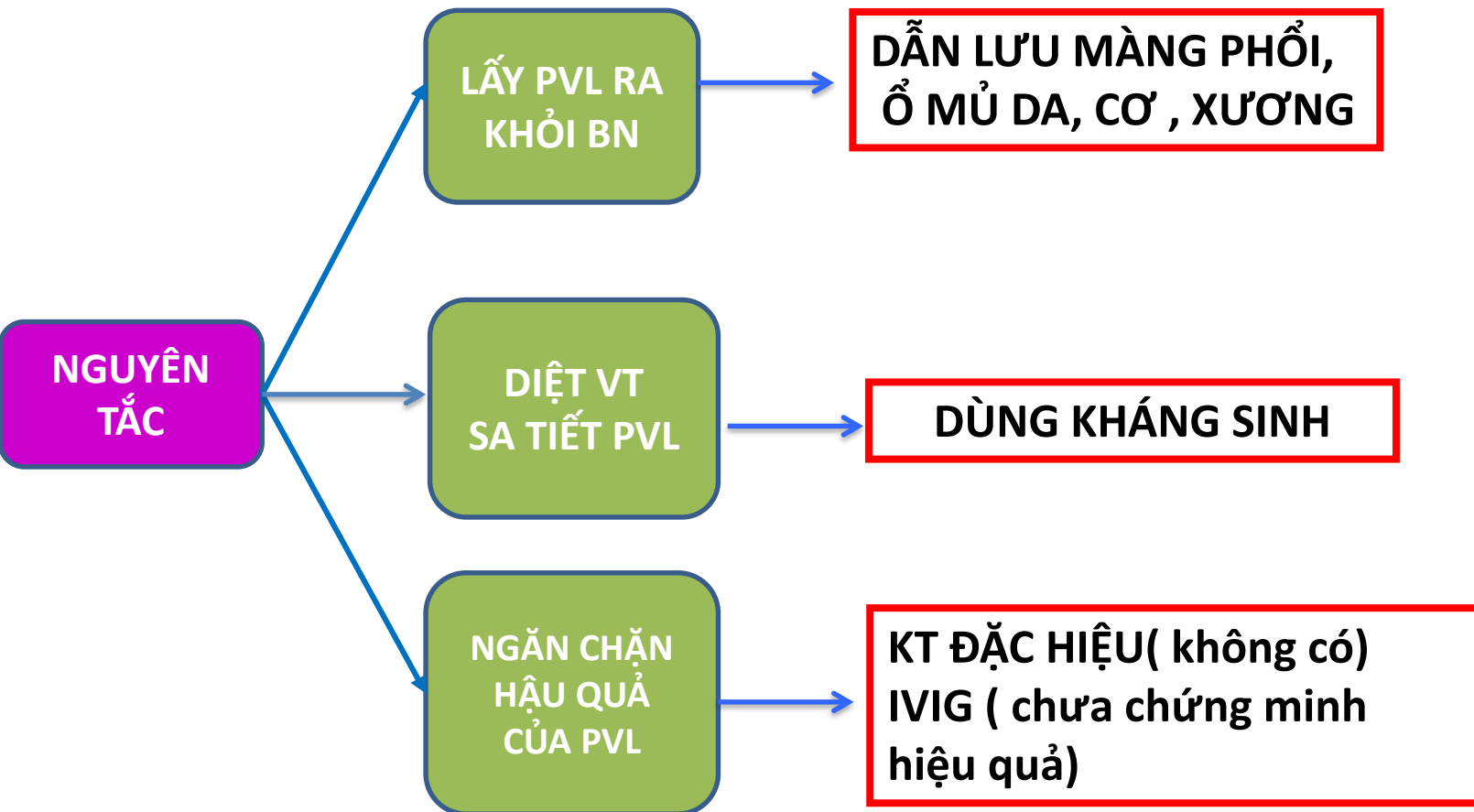
Pragmatic management of Panton–Valentine leukocidin-associated staphylococcal diseases

Y. Gilleta, O. Dumitrescu^{b,c,d}, A. Tristan^{b,c,d}, O. Dauwalder^{b,c,d}, E. Javouheya, D. Floreta, F. Vandenesch^{b,c,d}, J. Etienne^{b,c,d}, G. Lin^{a,b,c,d,*}

^a Division of Pediatric Intensive Care, Hôpital Femme Mère Enfant, Bron, France ^b Université de Lyon, Centre National de Référence des Staphylocoques, Lyon, France ^c INSERM U851, IFR128, Lyon, France ^d Hospices Civils de Lyon, Lyon, France

2011

ĐIỀU TRỊ VP DO PVL-SA



LỰA CHỌN KHÁNG DINH

Vancomycine

ỨC CHẾ SX PVL
NỒNG ĐỘ KS >>> MIC
NẾU NỒNG ĐỘ
VANCO < MIC ->
TĂNG SX PVL

Clindamycine
Rifampicin
Linezolid

ỨC CHẾ TỔNG HỢP
PROTEIN CỦA VT
HIỆU QUẢ ANTITOXIC

Daptomycine

KHÔNG HIỆU QUẢ
TRONG VIÊM PHỔI

Table 1

Treatment guidelines for Pantone–Valentine leukocidin (PVL) *Staphylococcus aureus* infections.

Type of infection	Surgical drainage	Microbiological analysis	Antibiotics	Antitoxic antibiotics	IVIg
Skin and soft-tissue infections					
Uncomplicated	Yes	No	No	No	No
Moderate infection (abscess diameter >5 cm; cellulitis, deep infection; systemic symptoms; co-morbidity; extreme age)	Yes	Yes, for antimicrobial resistance	MSSA: AMX/CLA, clindamycin, TMP/SMX, tetracycline, linezolid MRSA: vancomycin, daptomycin, telavancin, linezolid	No	No
Severe or complicated infection (cutaneous necrosis; deep subcutaneous necrosis; deep abscesses; deep venous thrombosis; septic shock)	Yes	Yes, for antimicrobial resistance and PVL status	MSSA: AMX/CLA, TMP/SMX, tetracycline, linezolid MRSA: vancomycin, daptomycin, telavancin, linezolid	Yes, clindamycin, linezolid ^a	Yes, in cases when optimal therapy has failed or toxic shock syndrome is present
Bone and joint infections	Yes	Yes, for antimicrobial resistance and PVL status	MSSA: cloxacillin MRSA: vancomycin, daptomycin, TMP/SMX	Yes, clindamycin, rifampicin, linezolid ^a	No
Necrotising pneumonia	Not feasible	Yes, for antimicrobial resistance and PVL status	Initial: 3GC plus vancomycin MSSA: cloxacillin MRSA: vancomycin, linezolid	Yes, clindamycin, linezolid ^a Yes, clindamycin, linezolid ^a , rifampicin	Yes, when leukopenia <3 × 10 ⁹ /L and/or airway haemorrhage

IVIg, intravenous immunoglobulin; MSSA, methicillin-susceptible *Staphylococcus aureus*; AMX/CLA, amoxicillin/clavulanic acid; TMP/SMX, trimethoprim/sulfamethoxazole; MRSA, methicillin-resistant *S. aureus*; 3GC, third-generation cephalosporin.

^a Linezolid could be used alone for bone and joint infections and skin and soft-tissues infections. No studies for community-acquired pneumonia. The combination of vancomycin and linezolid is not to be recommended because of potential antagonism.

SO SÁNH VANCOMYCIN VÀ LINEZOLID

	Vancomycine	Linezolid
Target	Cell wall	Protein synthesis
Dose	10-15mg/kg/ every 6h	10mg/kg every 8h
Route of Ad.	IV infusion	IV infusion
Adjustment for renal impairment	Yes	No
Cautions	Ototoxicity and nephrotoxicity	Myelosuppression
Prices		720.000 – 957.000 VND

CA LÂM SÀNG 2

- BN nam, 9 tuổi, nhập khoa Tiêu Hóa vì Ói ra máu lúc 22:30 ph
- Khoa Tiêu Hóa: Sốt N1 + Ho ra máu
- Em ho ít 1 tuần, không sốt. Ngày NV sốt 38°C , đau ngực (T), ho ít, khạc ra máu, tiêu vàng, mệt mỏi
- Tiền căn: đau khớp chẩn đoán không rõ, mỗ viêm ruột thừa.

Ói máu ?



Ho máu?

Haemoptysis? Haematemesis?

Haemoptysis

History

- Absence of nausea and vomiting
- Lung disease
- Asphyxia possible

Sputum examination

- Frothy
- Liquid or clotted appearance
- Bright red or pink

Laboratory

- Alkaline pH
- Mixed with macrophages and neutrophils

Haematemesis

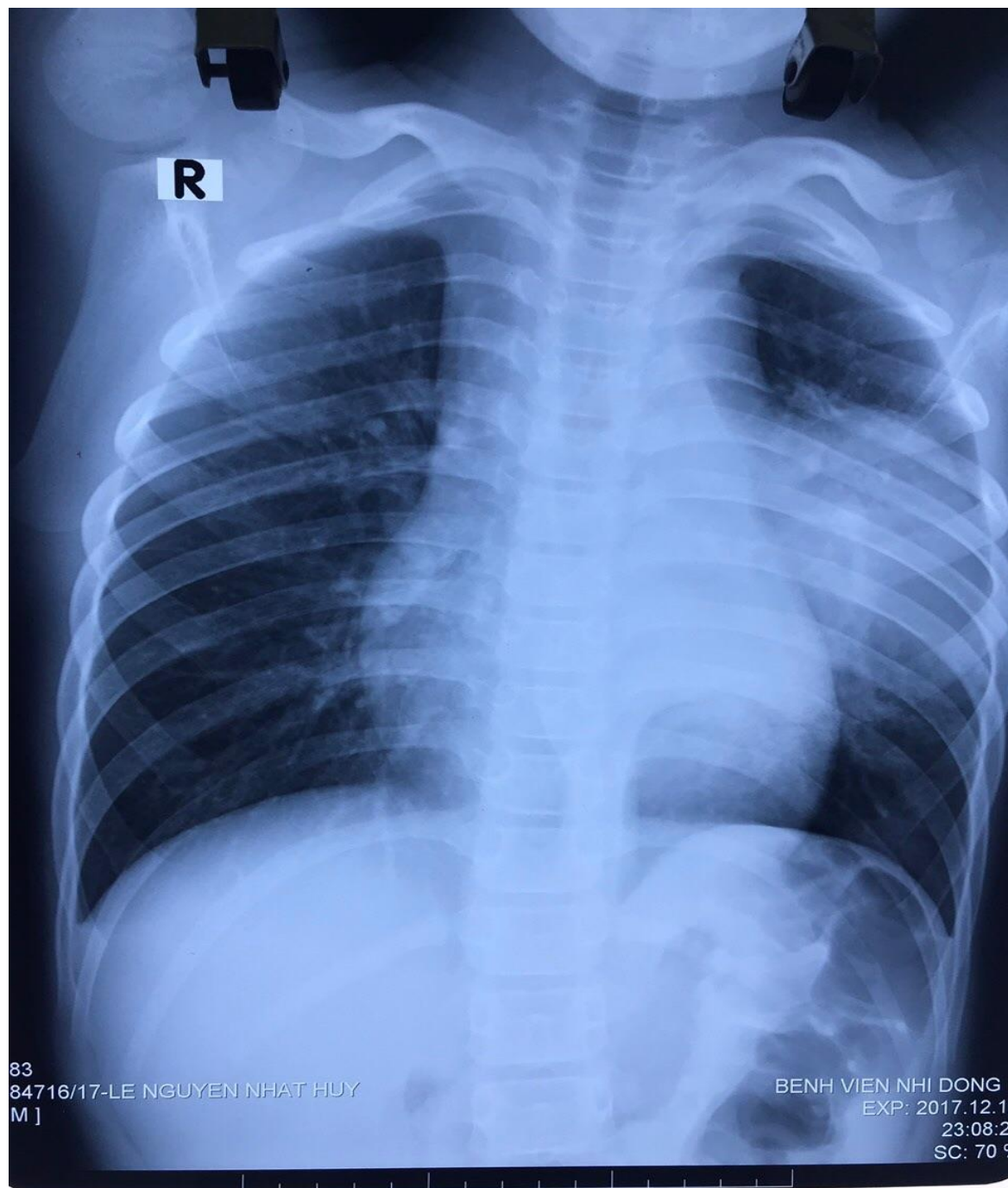
- Presence of nausea and vomiting
- Gastric or hepatic disease
- Asphyxia unusual

- Rarely frothy
- Coffee ground appearance
- Brown to black

- Acidic pH
- Mixed with food particles

LÂM SÀNG (0h)

- Tỉnh, môi hồng
- T⁰ 37, M : 120l/ph, NT 28l/ph
- Chi ấm, mạch rõ, tim đều rõ
- Thở đều, không co kéo, phổi trong
- Bụng mềm, gan lách không to
- Cổ mềm



83
84716/17-LE NGUYEN NHAT HUY
M]

BENH VIEN NHI DONG 1
EXP: 2017.12.12
23:08:27
SC: 70 %

CHẨN ĐOÁN?
XỬ TRÍ?



XỬ TRÍ

- Kháng sinh: Ceftriaxone
- Khám Hô Hấp: Thêm Vancomycin
- → Chuyển Hô Hấp

NHẬP HÔ HẤP (16h)

- Tỉnh, tiếp xúc tốt.
- Môi tái nhợt, SpO2 98%, niêm hồng nhạt.
- T° 38,7, M : 132l/ph, NT 40l/ph, HA 135/80mmHg
- Chi ấm, mạch rõ, tim đều rõ
- Thở đều, co kéo, phổi giảm phế âm (T), rale ngáy
- Bụng mềm, gan lách không to

ĐỀ NGHỊ CLS GÌ ?

- BC: 16000 N 68%
- VS: 52mm
- CRP: 108

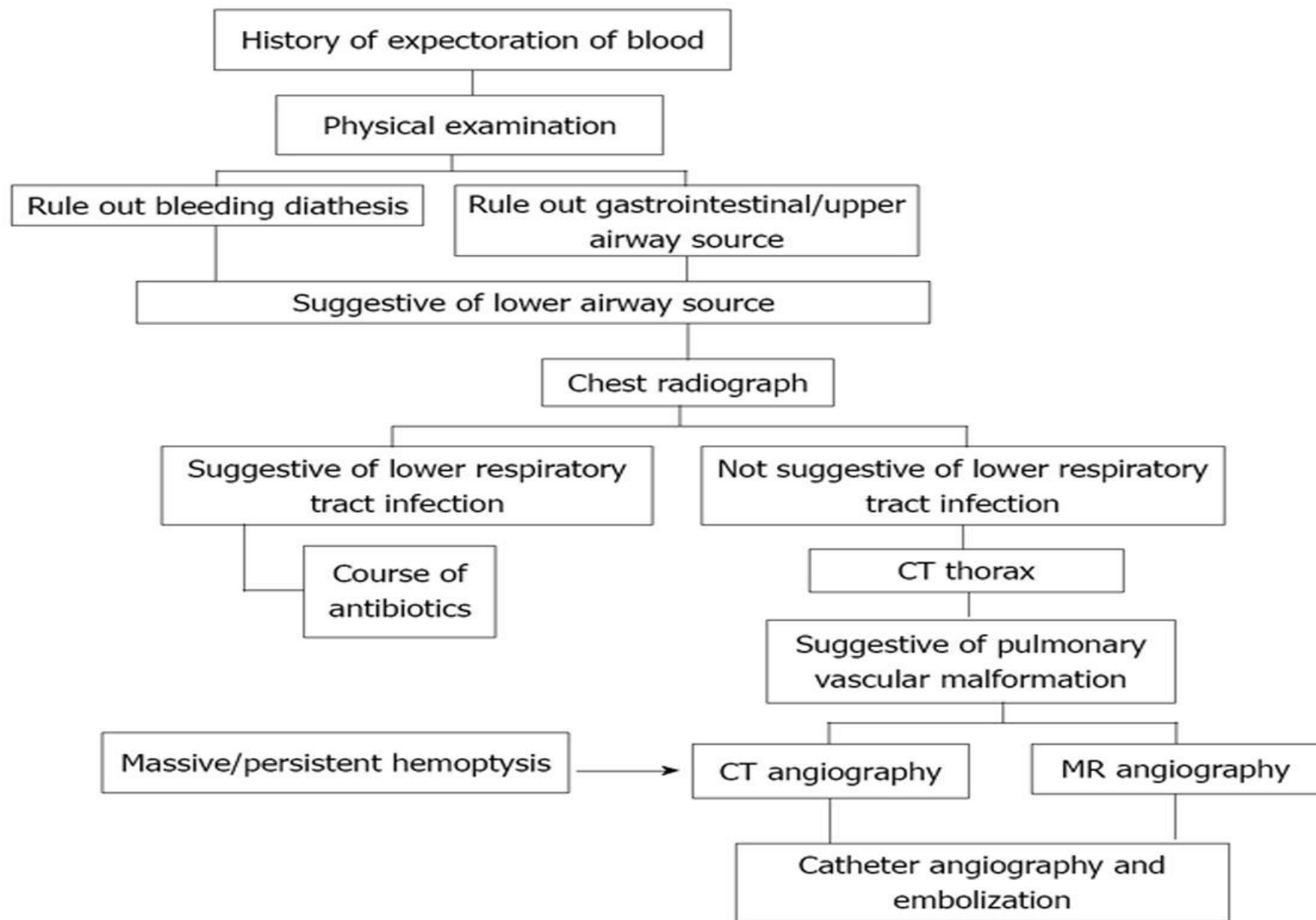


CHẨN ĐOÁN

- VIÊM PHỔI THUYỀN T TĐ VP HOẠI TỬ + NTH
- PHÂN BIỆT:- LAO PHỔI BỘI NHIỄM
- - KÉN PHỔI BỘI NHIỄM

SIÊU ÂM

- Siêu âm tim: Tim lệch nhẹ sang (P) ??
- Siêu âm ngực: Viêm xẹp một phần thùy trên phổi (T), có ổ abscess d= 58 x 43mm. Tràn dịch màng phổi (T) ít, dịch không thuần nhất, đông đặc thùy dưới phổi (T)



NGUYÊN NHÂN HO RA MÁU

Infections	Neoplasms	Cardiovascular conditions	Miscellaneous
Bronchitis	Endobronchial tumors	Pulmonary infarction	Foreign body
Bronchiectasis		Mitral stenosis	Blood dyscrasias
Tuberculosis			Goodpasture's syndrome
Fungal infection			
Pneumonia			

XỬ TRÍ

- Kháng sinh: Tienam
Vancomycin
- Cấy máu
- CT Scan ngực.

NHAT HUY

M, 9Y



HAT HUYNH

A

NHI DONG 1
Emotion 16
CT 2006G

M, 9Y

Spin: 90
Tilt: -89



CT SCAN NGỰC

- Hẹp ĐMC xuống + hẹp ĐMC bụng
- Túi phình ĐMC ngực
- td TAKAYASU

NHAT HUY

A

NHI DONC
Emotion
CT 2008

, M, 9Y

Spin: 9
Tilt: -89



ation Type Image Tools Options System Help

LE NGUYEN NHAT HUY

14121713

*14-Oct-2008, M, 9Y

14-Dec-2017

09:52:47.31

6 IMA 0

MPR

H

NHI DONG

Emotion 1

CT 20060

Spin: 0

Tilt: 0

R

A

SL 15



CHUYỂN BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Hạ thân nhiệt 33 độ
Tiến hành bóc tách quai động mạch chủ, các nhánh nuôi não và đầu
đoạn xuống
Chạy máy full flow không ngưng tim
Mở khoang màng phổi (T) thấy có máu cục khoảng 100gram.
quyết định mở đường ngực bên (T) khoang gian sườn 5-6
Vào khoang màng phổi thấy động mạch chủ xuống phình to
#12x10cm, vỡ vào phổi và khoang màng phổi
Tiến hành kẹp động mạch chủ sau chỗ chia động mạch dưới đòn (T),
kẹp động mạch chủ xuống ngang mức cơ hoành
Cắt động mạch chủ, nối đầu gần và đầu xa động mạch chủ xuống
bằng prothese số 16, đuôi air
Khâu chỗ vỡ và rách ở phổi bằng prolene 5.0
Decanule, cầm máu kỹ mặt cắt, khâu các động mạch liên sườn

Surface
Ex: 28758

Se: 2 +c
Volume Rendering No cut

DFOV 40.0 cm
SOFT/+

A
R



P
L

201/13

No VDI
kV 120
mA Mod.
Rot 0.40s/HE+ 39.4mm/rot
0.6mm 0.984:1/0.62sp
Tilt: 0.0
10:04:49 AM
W = 1534 L = -256

I

Table 1: ACR criteria for classification of Takayasu's arteritis [4]
(A diagnosis of Takayasu's arteritis requires that at least 3 of the 6 criteria are met)

Sr. No.	Criteria
1.	Age at disease onset ≤ 40 years
2.	Claudication of extremities
3.	Decreased brachial artery pulse
4.	Blood pressure difference >10 mmHg
5.	Bruit over subclavian arteries or aorta
6.	Arteriogram abnormality

KẾT LUẬN

- Cần cảnh giác với tình trạng viêm phổi diễn tiến nhanh không đáp ứng điều trị
- -> VT kháng thuốc + độc lực của vi trùng
- Cần chú ý đến toàn thân hơn là chỉ chú ý đến phổi khi diễn tiến không thuận lợi