

DOI: 10.59715/pntjimp.1.3.27

## Nhân một trường hợp viêm thân sống đĩa đệm thắt lưng do *Salmonella spp* ESBL (-), AmpC (-) biến chứng áp xe cơ thắt lưng chậu tại Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

Nguyễn Viết Hậu<sup>1</sup>, Nguyễn Anh Kiệt<sup>1</sup>, Nguyễn Xuân Vinh<sup>1</sup>,  
Nguyễn Quan Như Hảo<sup>1</sup>, Nguyễn Khánh Dương<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

### Tóm tắt

Áp xe cơ thắt lưng chậu là một tình trạng nhiễm khuẩn hiếm gặp trên lâm sàng, do đó mà bệnh thường dễ bị bỏ sót dẫn đến tăng nguy cơ tử vong và tàn phế. Chúng tôi trình bày một trường hợp viêm thân sống đĩa đệm thắt lưng do *Salmonella spp* ESBL(-), AmpC(-) biến chứng áp xe cơ thắt lưng chậu, là một tình trạng áp xe cơ thắt lưng chậu thứ phát từ viêm thân sống đĩa đệm cột sống thắt lưng với tác nhân vi sinh hiếm gặp là *Salmonella*. Người bệnh nam, 74 tuổi, nhập viện vì sốt và đau lưng, ở lần nhập viện đầu tiên được bệnh viện tuyến dưới chuyển lên trong tình trạng sốc nhiễm khuẩn đang sử dụng vận mạch. Người bệnh được cấy máu ra tác nhân *Salmonella spp* ESBL(-), AmpC(-) nhưng ngõ vào của nhiễm khuẩn đã không được tìm thấy, được điều trị sau 2 tuần rồi được cho xuất viện. Sau xuất viện về, tình trạng của người bệnh không khá hơn, vẫn sốt và đau lưng không giảm phải nhập viện lại. Ở lần nhập viện thứ 2, người bệnh được tình cờ phát hiện ra khối áp xe ở cơ thắt lưng chậu 2 bên do biến chứng thứ phát từ nhiễm khuẩn thân sống đĩa đệm. Người bệnh lớn tuổi, cơ địa suy giảm miễn dịch và tổng trạng suy kiệt nên chỉ định can thiệp dẫn lưu ổ áp xe đã không được đặt ra dù rằng kích thước 2 ổ áp xe khá lớn (1,5 x 12 cm bên trái, 1,5 x 6,5 cm bên phải). Người bệnh được điều trị nội khoa bằng kháng sinh và các biện pháp điều trị nâng đỡ, sau 3 tuần điều trị đã hết sốt, giảm đau lưng nhiều, bilan nhiễm khuẩn và tình trạng suy cơ quan đã cải thiện rõ rệt, được cho xuất viện theo dõi ngoại trú tại nhà sau đó.

**Từ khóa:** Viêm thân sống đĩa đệm, áp xe cơ thắt lưng chậu, *Salmonella spp* ESBL(-), AmpC(-), sốc nhiễm khuẩn, suy giảm miễn dịch.

### Abstract

**Case report: Lumbar disc osteomyelitis due to *Salmonella spp* ESBL(-), AmpC (-) with bilateral iliopsoas abscesses complication in university medical Center in Ho Chi Minh City**

Iliopsoas abscesses is a rare clinical infection, so it is often misdiagnosed, leading to an increased risk of mortality and disability. We present a case of lumbar disc osteomyelitis caused by *Salmonella spp* ESBL(-), AmpC(-) with bilateral iliopsoas abscesses complication. This case is a secondary bilateral iliopsoas abscesses which is complicated from lumbar disc osteomyelitis with *Salmonella-a* rare microbiological agent. A 74 - year - old male patient was admitted to the hospital with fever and back

Ngày nhận bài:

20/5/2022

Ngày phản biện:

20/6/2022

Ngày đăng bài:

20/7/2022

Tác giả liên hệ:

Nguyễn Viết Hậu

Email:

hau.nv@umc.edu.vn

ĐT: 0918764092

pain, at the first admission, the patient was transferred from the district hospital in a state of septic shock using vasopressors. The result of blood culture was *Salmonella spp* ESBL(-), AmpC(-), but the entry of infection was not found. After 2 week treatment, the patient was discharged to home. After discharge, the patient's condition did not improve, fever and back pain did not relieve and he had to be hospitalized again. At the second admission, the patient was accidentally discovered an abscess in the bilateral iliopsoas secondary due to complication from an lumbar disc osteomyelitis. Because of the patient's age, immunodeficiency and general debilitation, the indication for abscess's drainage was not operated even though the size of the two abscesses was quite large (1.5 x 12 cm on the left, 1.5 x 6.5 cm on the right), the patient was only treated with antibiotic and supporting care. After 3 weeks of treatment, the patient had no fever, the back pain was relieved, the infection and organ failure had improved markedly. The patient was discharged for following-up at home.

**Key words:** Lumbar disc osteomyelitis, iliopsoas abscesses, *Salmonella spp* ESBL(-), AmpC(-), septic shock, immunodeficiency.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Áp xe cơ cơ thắt lưng chậu là một tình trạng nhiễm khuẩn hiếm gặp trên lâm sàng, do vậy mà chẩn đoán thường khó và rất dễ bị bỏ sót dẫn đến tăng nguy cơ tử vong và tàn phế. Trước đây đa số áp xe cơ thắt lưng chậu là thứ phát do lao cột sống (bệnh Pott). Sau này, các nguyên nhân khác như viêm cột sống dính khớp, biến chứng thủng ruột của bệnh Crohn trở nên phổ biến hơn. Điều trị bao gồm từ kháng sinh cho đến phẫu thuật dẫn lưu ổ áp xe dưới hướng dẫn của CT-Scan [1].

Nguyên nhân nhiễm khuẩn phần lớn do tình trạng du khuẩn huyết của vi khuẩn từ đường máu xâm nhập vào khối cơ thắt lưng chậu gây áp xe nguyên phát hoặc thứ phát từ sự lan tràn của các ổ nhiễm khuẩn kế cận [2]. Tác nhân thường gặp là *Staphylococcus aureus* do du khuẩn huyết hoặc các tác nhân vi trùng gram (-) đường ruột nếu là biến chứng thứ phát do thủng ruột từ các bệnh lý ngoại khoa, bệnh Crohn, viêm đài bể thận, áp xe thận [2]... Điều đặc biệt ở người bệnh của chúng tôi là có đến ổ áp xe 2 cơ thắt lưng chậu 2 bên có nguồn gốc từ nhiễm khuẩn vùng thân sống đĩa đệm thắt lưng do tác nhân gây bệnh là *Salmonella spp* ESBL(-) AmpC(-). Đây là một tình trạng nhiễm khuẩn rất hiếm gặp trong các y văn.

*Salmonella* là một nhóm lớn các vi khuẩn gram (-) không đồng nhất. Ở cơ thể người đa số nhiễm tác nhân này chủ yếu do uống nước hoặc ăn phải thức ăn bị nhiễm khuẩn. Năm

dạng nhiễm khuẩn phổ biến của tác nhân này bao gồm: thương hàn, viêm dạ dày ruột, nhiễm khuẩn huyết, nhiễm khuẩn cơ quan ngoài đường tiêu hóa và người lành mang trùng [3]. Theo các y văn, tổn thương xương - cột sống - đĩa đệm do tác nhân này đa số thường xảy ra ở các cơ địa có bệnh lý hồng cầu hình liềm, chủ yếu sau cắt lách [7], chiếm 0,45% các trường hợp viêm xương tủy xương ở các cơ địa suy giảm miễn dịch. Rất ít các y văn báo cáo những trường hợp viêm xương tủy xương - đĩa đệm do tác nhân *Salmonella* ở các cơ địa không có bệnh lý hồng cầu hình liềm, và chỉ có rất ít các trường hợp áp xe cơ thắt lưng chậu (psoas) do tác nhân này [4].

## 2. BỆNH ÁN

Người bệnh nam, 74 tuổi, nhập viện ngày 10/03/2021 vì sốt. Cách nhập viện 02 ngày, người bệnh đau nhiều vùng thắt lưng, khám bác sĩ tư được tiêm thuốc không rõ loại, đến tối cùng ngày thì sốt lạnh run, nhập bệnh viện quận 11 được chẩn đoán sốt nhiễm khuẩn, thân nhân xin chuyển lên bệnh viện Đại Học Y Dược. Người bệnh có tiền sử tăng huyết áp, gout đang điều trị, mổ thoát vị đĩa đệm tại bệnh viện Nam Sài Gòn (03/2020), sử dụng thuốc đông y không rõ loại trị viêm khớp.

Tình trạng lúc nhập viện: Người bệnh tỉnh, tiếp xúc tốt, tần số tim 100 lần/phút, huyết áp 90/50 mmHg (noradrenaline 8 mcg/phút), nhịp thở 24 lần/phút, nhiệt độ 37,4°C, SpO2 93%, da niêm hồng, không phù, thở nhanh 24 lần/phút,

kiểu hình Cushing, tim đều, phổi trong, bụng mềm, chỗ mổ cũ vùng cột sống thắt lưng lạnh khô, ấn đau dọc theo cột sống thắt lưng cùng, không sang thương da. Nhiều nốt Tophi ở 2 gối, không sưng nóng.

**Bảng 1:** Kết quả cận lâm sàng

WBC	17,1 G/L
% Neu	91,7%
Hb	123 g/L
PLT	51 G/L
Cortisol (sáng 7-9h)	414,7 nmol/l
PCT	84,5 ng/ml
Ure	83,29 mg/dl
Creatinin	2,09 mg/dl

WBC	17,1 G/L
eGFR (CKD-EPI)	31 mL/phút/1.73 m <sup>2</sup>
K+	3,89 mEq/l
X-quang ngực thẳng	Mờ vùng đáy phổi trái kèm tràn dịch màng phổi trái, bóng tim to
Siêu âm bụng	Phì đại tiền liệt tuyến (V khoảng 44 ml).

Người bệnh được chẩn đoán: Sốc nhiễm khuẩn chưa rõ ngõ vào - Tổn thương thận cấp - Hội chứng Cushing do thuốc - Tăng huyết áp - Gout mạn. Người bệnh được xử trí bằng bù dịch, cấy máu, kháng sinh meropenem 1 g truyền tĩnh mạch, tiếp tục duy trì vận mạch với liều cũ, hydrocortisone 100 mg tiêm tĩnh mạch chậm sau đó nhập khoa Hồi sức tích cực để điều trị.

**Bảng 2:** Diễn tiến lần nhập viện 1

Thời gian	Lâm sàng	Xử trí
10/03/2021	+ Người bệnh tỉnh, sinh hiệu ổn. + Mạch quay nhẹ, huyết áp 139/70 mmHg (noradrenaline liều tương đương khoảng 8 mcg/phút). + Than đau vùng cột sống thắt lưng. + Các cơ quan khác không ghi nhận bất thường.	+ Imipenem/cilastatin 500/500 mg truyền tĩnh mạch mỗi 8 giờ. + Vancomycin 1 g truyền tĩnh mạch mỗi 12 giờ. + Hydrocortisone 50 mg tiêm tĩnh mạch chậm mỗi 6 giờ. + Bù dịch + vận mạch, duy trì huyết áp động mạch trung bình (Mean Arterial Pressure - MAP) ≥ 65 mmHg. + Hỗ trợ dinh dưỡng, giảm đau (tramadol + nefopam).
11/03/2021	+ Người bệnh tỉnh, sinh hiệu ổn. + Tần số tim 105 lần/phút; huyết áp 135/80 mmHg (đã ngưng vận mạch); nhiệt độ: 38,9°C; SpO <sub>2</sub> : 95%. + Người bệnh than đau âm ỉ vùng thắt lưng, hạn chế xoay trở. Ấn đau nhẹ vùng hông lưng 2 bên. + Siêu âm vùng cột sống thắt lưng: Thâm nhiễm mỡ nhẹ mô mềm vùng vị trí mổ cột sống thắt lưng, chưa thấy ổ tụ dịch. + Nước tiểu: 850 mL/14 giờ, bilan dịch: + 150 mL/14 giờ.	+ Imipenem/cilastatin 500/500 mg truyền tĩnh mạch mỗi 8 giờ. + Ciprofloxacin 400 mg truyền tĩnh mạch mỗi 12 giờ. + Hydrocortisone 50 mg tiêm tĩnh mạch chậm mỗi 6 giờ.

Người bệnh sau nhập Hồi sức tích cực 1 ngày đã ngưng được vận mạch, kết quả cấy máu ra *Salmonella spp* ESBL(-), AmpC(-) (nhạy levofloxacin, ceftriaxone). Kháng sinh được sử dụng gồm imipenem/cilastatin, ciprofloxacin. Người bệnh có được cho làm siêu âm vùng cột sống thắt lưng, ghi nhận có tổn thương thâm nhiễm mỡ nhẹ phần mềm vùng vị trí vết mổ cũ vùng cột sống thắt lưng, chưa thấy ổ tụ dịch. Người bệnh vẫn than đau lưng nhiều tuy nhiên chỉ định MRI cột sống thắt lưng đã không được đặt ra. Tiếp tục điều trị kháng sinh như cũ và các biện pháp điều trị nâng đỡ kèm theo.

Thời gian	Lâm sàng	Xử trí
12/03/2021	+ Người bệnh tỉnh, sinh hiệu ổn. + Người bệnh có bớt đau lưng, xoay trở được. + Thăm khám các cơ quan khác không ghi nhận bất thường. + Các thay đổi cận lâm sàng: WBC: 16,06 → 12,76 K/mcL. PCT: 84,5 → 34,4 ng/mL. eGFR: 31 → 41 → 47,41 mL/phút/1,73m <sup>2</sup> .	+ Imipenem/cilastatin 500/500 mg truyền tĩnh mạch mỗi 8 giờ. + Ciprofloxacin 400 mg truyền tĩnh mạch mỗi 12 giờ. + Hydrocortisone 50 mg tiêm tĩnh mạch chậm mỗi 6 giờ.
Sau 3 ngày điều trị, bilan nhiễm trùng có cải thiện, người bệnh đã ngừng được vận mạch, được chuyển lên khoa Nội tiết tiếp tục theo dõi điều trị.		
14/03-24/03/2021	+ Người bệnh đáp ứng tốt với điều trị, tình trạng đau lưng của người bệnh cũng đỡ hơn, thăm khám các cơ quan khác không ghi nhận bất thường. + Diễn tiến của bilan nhiễm khuẩn cải thiện rõ sau điều trị kháng sinh, tình trạng tổn thương thận cấp hồi phục tốt. + Xét nghiệm 23/03/2021: WBC: 6,42 K/mcL; PCT: 0,27 ng/mL, eGFR: 51,3 mL/phút/1,73m <sup>2</sup> .	+ Người bệnh được điều trị tiếp tục với kháng sinh Imipenem/cilastatin đủ 14 ngày, ciprofloxacin đủ 7 ngày. Liều như trên. + Bù corticoid. + Điều trị giảm đau (paracetamol + tramadol). + Hỗ trợ dinh dưỡng, tập vật lý trị liệu.

Sau 2 tuần điều trị, tình trạng lâm sàng của người bệnh diễn tiến tốt và được cho xuất viện. Chẩn đoán ra viện cuối cùng đợt này là Nhiễm khuẩn huyết không rõ ngõ vào do *Salmonella spp* ESBL(-), AmpC(-).

Sau xuất viện được 1 tuần, người bệnh mệt nhiều, đau vùng hông lưng 2 bên trở lại, thỉnh thoảng sốt lạnh run từng cơn (không rõ nhiệt độ), 2 ngày không trung tiện được, và người bệnh đã phải nhập viện trở lại (30/03/2021). Sinh hiệu lúc nhập viện: tần số tim 150 lần/phút, huyết áp 90/60 mmHg, nhiệt độ: 39°C, nhịp thở: 22 lần/phút, SpO<sub>2</sub>: 88%.

Tim đều, phổi âm phế bào thô, ít rale ngứa lan tỏa 2 bên, ấn đau vùng cột sống thắt lưng và hông lưng 2 bên, bụng chướng, sờ thấy khối vùng hố chậu (P) 3 - 4 cm ấn không đau, giới hạn không rõ, di động kém.

**Bảng 3:** Kết quả cận lâm sàng

WBC	10,05 G/L
% Neu	92,4 %
Hb	124 g/dl
PLT	267 G/L
PCT	2,7 ng/ml
eGFR (CKD-EPI)	39 mL/phút/1,73 m <sup>2</sup>

WBC	10,05 G/L
K+	5,7 mEq/l
Lactate	7,4 mmol/l
Tổng phân tích nước tiểu	Đục, có cặn, LEU: 500, NIT(-).
X-quang ngực thẳng	Tổn thương dạng kính mờ 1/3 giữa và vùng đáy phổi trái.

Siêu âm bụng không thay đổi so với lần lần nhập viện trước.

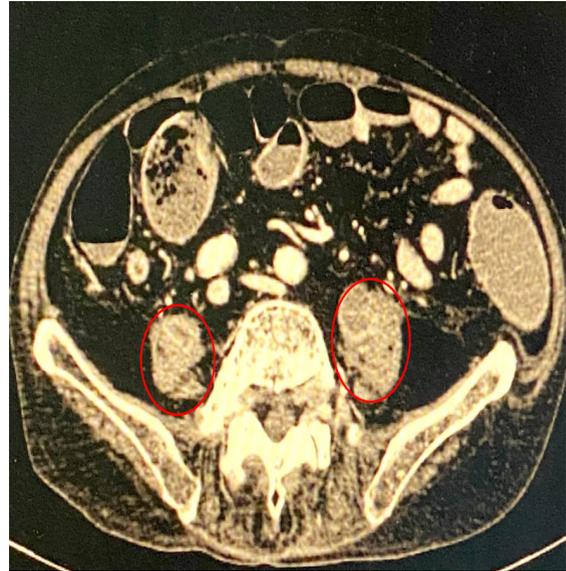
Lúc này điều chúng tôi nghĩ đến ở người bệnh này là nhiễm khuẩn huyết từ đường hô hấp chưa loại trừ từ đường niệu.

Người bệnh được xử trí bằng bù dịch, cấy máu và kháng sinh meropenem + levofloxacin, điều chỉnh kali máu và hydrocortisone. Sau khi truyền xong 1 lít dung dịch Lactate Ringer, huyết áp của người bệnh đo được là 80/50 mmHg. Chúng tôi quyết định sử dụng vận mạch noradrenaline để duy trì huyết áp (mục tiêu MAP ≥ 65 mmHg). Sau khi huyết động của người bệnh đã tạm ổn, chúng tôi cho người bệnh chụp CT-Scan ngực-bụng cản quang. Do người bệnh 2 ngày nay đã không đi tiêu kèm không trung tiện được, kết hợp với tình trạng lâm sàng bụng chướng, sờ thấy một khối vùng

hố chậu phải, lúc này chúng tôi không loại trừ tình trạng bụng ngoại khoa do tắc ruột. Người bệnh không có tiền sử phẫu thuật bụng do đó chúng tôi nghĩ có thể có khối u trong ổ bụng chèn ép gây tắc ruột cơ học, ngoài ra chụp thêm CT-Scan ngực để đánh giá rõ hơn bản chất tổn thương kính mờ ở bên phổi trái, hoặc có thể nếu khối u trong ổ bụng là ác tính thì việc tầm soát di căn là điều cần thiết.

Kết quả CT-Scan bụng không ghi nhận tắc ruột thay vào đó là tình trạng viêm thân sống đĩa đệm tạo áp xe lan vào khối cơ thắt lưng chậu 2 bên (hình 1). Kết quả CT-Scan ngực ghi nhận hình ảnh tổn thương dạng tree - in - buds thùy trên, S6 2 phổi và thùy giữa phổi phải nghĩ do viêm chưa loại trừ lao. Tổn thương vùng cột sống thắt lưng có thể nghĩ đến do áp xe lạnh do lao cột sống bội nhiễm. Sau hội chẩn với các chuyên khoa Ngoại thần kinh, Chấn thương chỉnh hình, Ngoại tiêu hóa thì tất cả đều thống nhất ổn định vấn đề nội khoa của người bệnh trước, chỉ định can thiệp xử trí khối áp xe chưa

đặt ra lúc này, chụp MRI cột sống thắt lưng đánh giá tổn thương khi người bệnh đã ổn định. Người bệnh được nhập Hồi sức tích cực điều trị tiếp.



**Hình 1:** Áp xe cơ thắt lưng chậu 2 bên trên hình chụp CT-Scan bụng chậu cản quang (vòng tròn đỏ)



**Hình 2:** Viêm thân sống đĩa đệm tầng L3-4, tạo ổ áp xe ngoài màng cứng và lan sang cơ thắt lưng chậu 2 bên, chèn ép các thần kinh của chùm đuôi ngựa ngang mức L3-4 (mũi tên đỏ).

**Bảng 4:** Diễn tiến lần nhập viện 2

Thời gian	Lâm sàng	Xử trí
30/03/2021	+ Người bệnh tỉnh. + Tần số tim 110 lần/phút, huyết áp 100/70 mmHg (noradrenaline 8 mcg/mL), Spo <sub>2</sub> : 95% (oxy canula 3 lít/phút), nhiệt độ 37°C + Than đau nhiều vùng thất lưng 2 bên, hạn chế xoay trở. + Thở êm. + Tim đều, phổi phế âm thô, bụng mềm.	+ Meropenem 1 g truyền tĩnh mạch mỗi 12 giờ. + Vancomycin 1 g truyền tĩnh mạch mỗi 12 giờ. + Levofloxacin 750 mg truyền tĩnh mạch mỗi 24 giờ. + Hydrocortisone 50 mg truyền tĩnh mạch mỗi 6 giờ. + Bù dịch + vận mạch (duy trì MAP ≥ 65 mmHg). + Bệnh nhân được chỉ định làm thêm các cận lâm sàng gồm AFB đàm, Xpert đàm, nội soi phế quản lấy dịch đem cấy, soi tìm lao.
31/03 - 01/04/2021	+ Người bệnh tỉnh, sinh hiệu ổn. + Tần số tim 90 - 100 lần/phút, huyết áp 100 - 120/70 mmHg, nhiệt độ 37°C, nhịp thở 20 lần/phút, SpO <sub>2</sub> 95%. + Vẫn còn than đau nhiều vùng thất lưng, mức độ đau 4 - 5/10, hạn chế xoay trở vận động. + Ấn đau nhiều vùng hông lưng 2 bên. + Nước tiểu 1000 mL/24 giờ, bilan dịch. + 250 mL/24 giờ. + Kết quả cấy máu 30/03: <i>Samonella spp</i> nhạy ceftriaxon. + Xpert (-), AFP (-) + eGFR: 39 mL/phút/1,73 m <sup>2</sup> → 80 mL/phút/1,73 m <sup>2</sup>	+ Meropenem 2g truyền tĩnh mạch mỗi 12h. + Vancomycin 1g truyền tĩnh mạch mỗi 12h. + Levofloxacin 750mg truyền tĩnh mạch mỗi 24h. + Hydrocortisone 50mg truyền tĩnh mạch chậm mỗi 6h. + Hỗ trợ dinh dưỡng, hô hấp.
<p>Vancomycin đã được thêm vào trong phác đồ điều trị, người bệnh đáp ứng khá tốt với điều trị kháng sinh, bù dịch, chỉnh kali, hydrocortisone, sau 1 ngày điều trị người bệnh đã ngưng được vận mạch, khí máu động mạch không còn toan chuyển hóa, tình trạng tổn thương thận cấp đã được cải thiện đáng kể (eGFR: 80 mL/phút/m<sup>2</sup>). Công việc tiếp theo là tìm nguyên nhân tổn thương, đánh giá mức độ lan rộng của khối áp xe và xem xét chỉ định phẫu thuật dẫn lưu. Như chúng tôi đã trình bày ở trên, tổn thương phổi chưa loại trừ lao và tổn thương cột sống có thể là áp xe lạnh do lao bội nhiễm do đó các xét nghiệm cần làm thêm để rà soát gồm xét nghiệm interferon gamma (IGRA) - xét nghiệm lao qua máu, nội soi phế quản lấy dịch rửa phế quản nhuộm soi tìm lao, và làm thêm một số xét nghiệm để tìm các tác nhân gây khác có thể tổn thương phổi như cúm, SARS-CoV2. Tuy nhiên tất cả các kết quả chúng tôi nhận được đều là âm tính, kết quả cấy máu trả về lần này vẫn là <i>Salmonella spp</i> ESBL (-), AmpC(-). Sau khi ổn định, người bệnh đã được chụp MRI cột sống thất lưng, kết quả cho thấy hình ảnh viêm thân sống đĩa đệm tầng L3 - L4 tạo ổ áp xe ngoài màng cứng lan theo cơ thất lưng chậu 2 bên, chèn ép các thần kinh của chùm đuôi ngựa ngang mức L3 - L4 (hình 2). Sau đó người bệnh tiếp tục điều trị nội khoa bằng kháng sinh và các biện pháp nâng đỡ, chỉ định phẫu thuật dẫn lưu ổ áp xe đã không được đặt ra.</p>		
02/04- 10/04/2021	Người bệnh tỉnh, sinh hiệu ổn. Vùng cột sống thất lưng có đỡ đau hơn, có thể xoay trở, tự ngồi dậy được.	+ Ceftriaxon 2 g truyền tĩnh mạch mỗi 12 giờ. + Vancomycin 1 g truyền tĩnh mạch mỗi 12 giờ. Ngưng levofloxacin. + Bù corticoid. + Giảm đau bằng paracetamol. + tramadol (325/37,5 mg).

Thời gian	Lâm sàng	Xử trí
11/04 - 22/04/21	Sinh hiệu ổn. Tình trạng đau vùng thắt lưng có giảm bớt, người bệnh có thể xoay trở, ngồi dậy được, ăn uống - vệ sinh được. Ngưng được oxy canula. Diễn tiến của bilan nhiễm khuẩn như trong bảng 1.	+ Meropenem 1 g truyền tĩnh mạch mỗi 8 giờ. + Vancomycin 1 g truyền tĩnh mạch mỗi 12 giờ.
Diễn tiến của bilan nhiễm khuẩn sau khi chuyển sang ceftriaxone những ngày sau đó, tuy procalcitonin có giảm nhưng bạch cầu và CRP càng lúc càng tăng trở lại. Đến 11/04, ceftriaxone đã được ngưng và meropenem được sử dụng với liều 1 g mỗi 8 giờ, vancomycin liều 1 g mỗi 12 giờ vẫn tiếp tục sử dụng. Sau chuyển đổi kháng sinh, bilan nhiễm khuẩn những ngày sau diễn tiến theo hướng tích cực hơn hẳn (bảng 1), người bệnh bớt sốt, bớt đau lưng nhiều. Đến 22/04, người bệnh được xuất viện, hẹn tái khám theo lịch.		

**Bảng 5:** Diễn tiến của bilan nhiễm khuẩn

	WBC (K/mcL)	CRP (mg/L)	PCT (ng/mL)
30/03	10,05		2,7
31/03	8,33	131,1	
01/04	9,88		
02/04			17,6
03/04	7,49	32,7	
06/04	12,39	13	1,38
08/04	12,9	14,8	0,55
10/04	10,13	32,9	
13/04	6,87	28,7	
15/04	7,21	9,5	
20/04	5,2	6,1	

### 3. BÀN LUẬN

Cơ psoas và cơ chậu gọi chung là cơ thắt lưng chậu là khối cơ nằm ở thành bụng sau, đi qua khỏi dây chằng bẹn, bám tận vào máu chuyển bé của xương đùi bằng 1 gân chung, chúng được bao bọc bởi một lớp cân cơ. Áp xe là sự tích tụ mủ dưới lớp cơ này. Áp xe cơ psoas là một tình trạng lâm sàng hiếm gặp với tần suất 0,4/100000 theo một báo cáo tại Anh [5].

Áp xe cơ thắt lưng chậu nguyên phát thường xảy ra trên các cơ địa đái tháo đường, tiêm chích ma túy, suy thận và cơ địa suy giảm miễn dịch. Áp xe nguyên phát chiếm 30% trong các trường hợp nhiễm khuẩn, có thể chẩn đoán

nhằm thành viêm khớp hông nhiễm khuẩn. Áp xe thứ phát được hình thành do sự lan tràn từ các ổ nhiễm khuẩn kế cận, thường là từ đường tiêu hóa, hệ tiết niệu, tủy sống hoặc từ hệ cơ xương khớp [6]. Cơ thắt lưng chậu nằm gần ở các tạng như đại tràng sigmoid, ruột thừa, ruột non, niệu quản, thận, động mạch chủ, cột sống, các hạch vùng chậu và khi tình trạng viêm nhiễm ở các tạng này xảy ra có thể lan sang khối cơ thắt lưng chậu. Các thủ thuật can thiệp xâm lấn vùng bẹn, vùng thắt lưng, vùng khớp háng, catheter động mạch đùi cũng làm gia tăng nguy cơ nhiễm khuẩn thứ phát khối cơ này. Chấn thương cơ cũng được xem là một yếu tố nguy cơ quan trọng. Các bệnh lý có thể dẫn đến tổn thương thứ phát bao gồm bệnh Crohn, viêm ruột thừa, viêm loét đại tràng, viêm túi thừa đại tràng, nhiễm khuẩn tiết niệu, viêm thân sống đĩa đệm, nhiễm khuẩn khớp hông, ung thư tế bào gan, viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn, ung thư đại trực tràng [5].

Trong một thống kê hồi cứu của tác giả Wong và cộng sự, áp xe cơ thắt lưng chậu xảy ra ở 23/42 người bệnh và phần lớn nguyên nhân thứ phát từ ổ nhiễm khuẩn từ viêm thân sống đĩa đệm [6]. Một thống kê hàng loạt ca khác của tác giả Dietrich và cộng sự cho thấy, áp xe cơ thắt lưng chậu thứ phát chiếm 80% trong số các người bệnh của họ và nguyên nhân thường gặp cũng là từ viêm thân sống đĩa đệm [6]. Người bệnh của chúng tôi có tiền sử phẫu thuật thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng cách đây 1 năm, kèm cơ địa suy giảm miễn dịch bởi hội chứng Cushing do lạm dụng thuốc đông dược chữa

corticoid, cả 2 yếu tố này đều là nguy cơ lớn dẫn đến tình trạng nhiễm khuẩn. Khởi đầu là nhiễm khuẩn vùng thân sống đĩa đệm thắt lưng là ổ nhiễm nguyên phát, sau đó lan sang khối cơ thắt lưng chậu 2 bên tạo khối áp xe.

Đa số nhiễm khuẩn thường do một tác nhân vi khuẩn gây nên. Tuy nhiên nếu áp xe là thứ phát từ các cơ quan như đường tiêu hóa hay đường niệu thì sẽ là đa tác nhân. Các tác nhân nhiễm khuẩn thường gặp theo phần lớn các y văn bao gồm cả áp xe nguyên phát hay thứ phát là *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Bacterioides spp*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Clostridium*, *Pasteurella multocida*, *Enterococcus faecalis*, *Peptostreptococcus*, *S. viridians*, *MRSA*. Ở các cơ địa suy giảm miễn dịch như HIV làm tăng nguy cơ áp xe bởi các tác nhân như *Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium avium* và *Norcardia* [5]. Trong ca lâm sàng của chúng tôi, kết quả cấy máu ở cả 2 lần nhập viện của người bệnh là *Salmonella*. Chúng ta đều biết *Salmonella* là tác nhân vi khuẩn lây truyền qua đường phân miệng. Loại vi khuẩn này có thể gây ra các bệnh cảnh như viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn, viêm màng ngoài tim, viêm gan cấp, viêm tụy cấp hoặc tạo áp xe ở một số nơi trong cơ thể [5]. Một số tổn thương áp xe đã được báo cáo trong y văn do tác nhân này gồm gan, lách, tuyến giáp, buồng trứng và thận. Viêm thân sống đĩa đệm biến chứng áp xe cơ thắt lưng chậu do tác nhân này là một tình trạng nhiễm khuẩn khá hiếm gặp. Nhiễm khuẩn xương - tủy xương do *Salmonella* thường hay xảy ra trên các người bệnh mắc bệnh lý di truyền hồng cầu hình liềm, hoặc ở các cơ địa có chức năng miễn dịch bị rối loạn như bệnh bạch cầu mạn dòng lympho, các bệnh lý mô liên kết, bệnh lý ác tính, nghiện rượu, và suy giảm miễn dịch mắc phải [7]. Ca bệnh của chúng tôi là một người bệnh lớn tuổi có cơ địa suy giảm miễn dịch do lạm dụng corticoid từ trước, điều này có thể xem là một yếu tố nguy cơ phù hợp dẫn đến bệnh cảnh nhiễm khuẩn như đã mô tả.

Triệu chứng lâm sàng kinh điển bao gồm tam chứng: sốt, đau lưng và giới hạn vận động khớp hông, tuy nhiên sự hiện diện đầy đủ tam chứng này là không thường gặp [6]. Trong báo cáo của tác giả Dietrich và cộng sự cho thấy, sự hiện

diện của tam chứng này chỉ khoảng 5%. Một báo cáo khác của tác giả Lee và cộng sự cũng cho thấy một tỉ lệ khá khiêm tốn là 9%. Các dấu hiệu lâm sàng thường không đặc hiệu bao gồm mệt mỏi, sốt nhẹ, một số trường hợp biểu hiện nặng hơn như đau bụng lan xuống bên, đau vùng thắt lưng, đau vùng khớp hông, hạn chế vận động khớp hông, chán ăn và sụt cân. Những than phiền về đau vùng hông - thắt lưng tương ứng với vị trí giải phẫu kéo dài của khối cơ này từ thành bụng sau đến đầu trên xương đùi và tổn thương thứ phát các rễ thần kinh L2 - 3 - 4, đau có thể lan xuống mặt trước khớp hông và đùi. Tư thế nằm của người bệnh có thể là một dấu hiệu lâm sàng gợi ý. Do khối cơ thắt lưng chậu bị viêm, tư thế giảm đau của người bệnh thường là nằm ngửa với đầu gối gập vừa phải và khớp hông xoay nhẹ ra ngoài để giảm bớt sức căng lên khối cơ. Chính vì các triệu chứng lâm sàng thường không điển hình khiến người bệnh hay đến các phòng khám cơ xương khớp hoặc các phòng khám bác sĩ gia đình, chẩn đoán đa số chậm trễ do các triệu chứng lâm sàng thường mơ hồ và điều trị không đúng cách có thể dẫn đến những hậu quả nặng nề về sau. Thống kê của tác giả Hamano và cộng sự cho thấy thời gian từ lúc bắt đầu triệu chứng cho đến khi chẩn đoán ra được bệnh dao động khá lớn từ 1 đến 63 ngày. Trong báo cáo của tác giả Wong và cộng sự, thời gian này dao động từ 1 ngày đến 3 tháng [6]. Ở ca bệnh của chúng tôi, triệu chứng lâm sàng tuy có sốt với đau lưng, không giới hạn vận động khớp hông và nằm ở tư thế giảm đau đặc trưng, vì vậy ngay từ khi tiếp nhận người bệnh tại cấp cứu chúng tôi đã không nghĩ đến điều này, bệnh cảnh nhiễm khuẩn huyết do áp xe cơ thắt lưng chậu thật sự rất hiếm gặp, nên chẩn đoán lâm sàng về bệnh lý này đã bị bỏ qua. Ngay cả được nhập khoa Hồi sức tích cực, các bác sĩ điều trị, theo dõi người bệnh cũng không nghĩ đến. Mặc dù siêu âm vùng thắt lưng có hình ảnh thâm nhiễm mỡ phần mềm, nhưng dấu hiệu này cũng có thể xảy ra do viêm mô tế bào, loét tỉ đê, do vậy, chẩn đoán cũng đã bị bỏ qua. Việc sử dụng kháng sinh phổ rộng đã giải quyết được tình trạng nhiễm khuẩn huyết tạm thời ở lần nhập viện ban đầu, tuy nhiên nó không giải quyết được gốc rễ vấn đề. Đến lần nhập viện thứ 2, việc phát hiện ra ổ nhiễm khuẩn là một

sự tình cờ. Bệnh cảnh tắc ruột như đã mô tả ở trên có thể chỉ là tình trạng liệt ruột thứ phát do nhiễm khuẩn, và khối chúng tôi sờ được ở vùng hố chậu phải là khối u phân. Các tình trạng tổn thương phổi và nhiễm khuẩn tiết niệu có thể là thứ phát do tình trạng du khuẩn huyết bởi *Salmonella*. Người bệnh thuộc cơ địa suy giảm miễn dịch thì nhiễm khuẩn có thể xảy ra ở nhiều cơ quan khác nhau, điều trị kháng sinh trúng đích có thể giải quyết được ổ nhiễm khuẩn ở đường niệu và hô hấp nhưng đối với ổ áp xe thì không hẳn là sẽ có hiệu quả. Điều trị khởi đầu theo các y văn đã đề cập luôn là kháng sinh phổ rộng có thể bao phủ *S.aureus* và các tác nhân có thể đi kèm theo khác. Một số tác giả cho rằng, điều trị kháng sinh nhắm trúng đích đơn độc có thể là đủ nếu như kích thước ổ áp xe  $\leq 60$  mm, tuy nhiên phẫu thuật dẫn lưu vẫn là biện pháp điều trị tối ưu hơn cả [2]. Dẫn lưu ổ áp xe dưới hướng dẫn của các phương tiện hình ảnh học mang lại hiệu quả khá tốt và an toàn.

Các phương tiện hình ảnh học hỗ trợ cho chẩn đoán bao gồm siêu âm, CT-Scan, MRI. Mặc dù siêu âm là phương tiện chẩn đoán phổ biến, chi phí thấp, có tính đại trà nhưng khả năng chẩn đoán được phụ thuộc nhiều vào bác sĩ thực hiện, độ chính xác chỉ khoảng 60% do khối cơ nằm sau phúc mạc và thường bị hơi trong quai ruột che. CT-Scan bụng - cột sống thắt lưng tuy nhạy hơn siêu âm nhưng vẫn có thể cho kết quả âm tính giả, đặc biệt là các ổ áp xe không sinh hơi [6]. MRI cột sống thắt lưng có độ nhạy cao nhất trong số tất cả các phương tiện hình ảnh học để phát hiện ổ áp xe, tuy nhiên điều bất tiện là chi phí cao, thời gian chụp lâu và đòi hỏi cao sự hợp tác của người bệnh [6]. Xác định được vị trí của ổ áp xe có thể hỗ trợ cho các bác sĩ lâm sàng chọc hút dẫn lưu ổ áp xe hiệu quả.

Người bệnh của chúng tôi cả 2 lần nhập viện đều có kết quả cấy máu ra *Salmonella spp* ESBL(-), AmpC(-). Ở lần nhập viện ban đầu, người bệnh được điều trị bằng imipenem/cilastatin và ciprofloxacin là 2 kháng sinh có thể bao phủ được tác nhân gây bệnh dựa vào kháng sinh đồ. Tuy tình trạng nhiễm khuẩn có giảm như vẫn không hoàn toàn triệt để. Người bệnh sau xuất viện vẫn còn sốt và đau lưng nên đã nhập viện trở lại. Lần nhập viện thứ 2, ngoài sử dụng kháng sinh phủ *Salmonella* như trong

kháng sinh đồ, vancomycin đã được thêm vào. Sự kết hợp này cùng với các biện pháp điều trị nâng đỡ đã cải thiện được tình trạng lâm sàng rõ rệt. Chúng ta biết vancomycin không phải là kháng sinh có thể phủ được *Salmonella* tuy nhiên có thể có tình trạng nhiễm kèm tụ cầu ở ổ áp xe hoặc các tác nhân gram (+) khác. Do vậy, vancomycin đã phát huy tốt hiệu quả của nó. Người bệnh chúng tôi chỉ điều trị nội khoa bằng kháng sinh, dù rằng kích thước của ổ áp xe khá lớn (1,5 x 12 cm bên trái, 1,5 x 6,5 cm bên phải), chỉ định dẫn lưu đã không được đặt ra do người bệnh lớn tuổi, nhiều bệnh nền và tổng trạng suy kiệt nhiều. Tuy nhiên sau 3 tuần điều trị, tình trạng lâm sàng đã cải thiện đáng kể và người bệnh đã được xuất viện. 2 tuần sau người bệnh quay lại tái khám tại phòng khám Ngoại thần kinh với tình trạng khá tốt.

Đa số các y văn cũng như các báo cáo ca lâm sàng đều chọn phẫu thuật dẫn lưu ổ áp xe là phương pháp điều trị tối ưu [9]. Trong một báo cáo ca lâm sàng tại Hàn Quốc của tác giả Bong - Jin Lee và cộng sự cũng là một trường hợp áp xe cơ thắt lưng chậu thứ phát do viêm thân sống đĩa đệm tương tự như ca lâm sàng của chúng tôi, người bệnh trong báo cáo này có tiền sử đái tháo đường, nghiện rượu và xơ gan nhập viện vì đau lưng và yếu 2 chi dưới trong 1 tuần. Người bệnh được xử trí bằng phẫu thuật dẫn lưu ổ áp xe 2 bên bằng catheter pig - tail dưới hướng dẫn của CT-Scan bụng kèm sử dụng kháng sinh nhóm cephalosporin thế hệ 1. Đến ngày thứ 6 sau nhập viện, tình trạng sức cơ 2 chi dưới đã cải thiện, sau 3 tháng theo dõi, kích thước ổ áp xe đã giảm dần và sau 2 năm người bệnh đã trở lại cuộc sống bình thường [8]. Người bệnh của chúng tôi do thể trạng yếu, nhiều bệnh nền nên sau khi hội chẩn giữa các chuyên khoa đã thống nhất việc điều trị nội khoa đơn thuần, tuy nhiên, khả năng thành công có thể sẽ không cao. Trước khi người bệnh xuất viện, chúng tôi đã không chụp lại CT-Scan hoặc MRI cột sống thắt lưng để đánh giá lại kích thước của ổ áp xe, việc đánh giá đáp ứng điều trị chỉ dựa vào sự thay đổi của bilan nhiễm trùng có thể không thật sự đầy đủ. Và việc điều trị theo kháng sinh đồ dựa vào kết quả cấy máu có thể không hoàn toàn chính xác. Như trong các y văn, việc phẫu thuật dẫn lưu ổ áp xe và lấy dịch mủ cấy làm

kháng sinh đồ sẽ cho kết quả chính xác hơn, tối ưu hóa việc điều trị kháng sinh. Dù người bệnh đã được xuất viện với trình trạng lâm sàng khá ổn, việc chụp MRI cột sống đánh giá ổ áp xe có thể sẽ được thực hiện tại những lần tái khám sau, nhưng nguy cơ người bệnh tái phát - nhập viện lại vẫn còn cao.

#### 4. KẾT LUẬN

Áp xe cơ thắt lưng chậu là một tình trạng nhiễm khuẩn hiếm gặp nhưng hậu quả để lại vô cùng nguy hiểm nếu chẩn đoán và điều trị chậm trễ. Do đó, chúng ta cần phải cảnh giác, nghĩ đến bệnh cảnh này trước một người bệnh nhập viện vì đau vùng thắt lưng kèm sốt hoặc có các dấu hiệu của nhiễm trùng. Tiến hành chụp MRI sớm để xác định chẩn đoán và đánh giá sự lan tràn, kích thước của ổ áp xe. Điều trị kháng sinh sớm và dẫn lưu ổ áp xe sẽ cải thiện được đáng kể tiên lượng của người bệnh.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Caterina Froiio, Daniele Tiziano Bernardi, Emanuele Asti, Luigi Bonavina (20 July 2020). Retroperitoneoscopic drainage of cryptogenic psoas abscess. Froiio C, et al. *BMJ Case Rep* 2020;13:e235579. doi:10.1136/bcr-2020-235579.
2. D. Shields, P. Robinson, T.P. Crowley (23 July 2012). Iliopsoas abscess. A review and update on the literature. *International Journal of Surgery* 10 (2012) 466e469. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijssu.2012.08.016>.
3. Sukanya Sudhaharan, Kanne Padmaja, Rachana Solanki, Vemu Lakshmi, Pamidi Umabala, Bhaskara Aparna (26 May 2014). Extra - intestinal salmonellosis in a tertiary care center in South India. *J Infect Dev Ctries* 2014; 8(7):831-837. doi:10.3855/jidc.3731.
4. Martinez - Hernandez Luciaa, Portos - Silva Jose Manuelb, Larraya - Indaberea Jose Angelb, Galvan - Salazar Gabrielc, Gutierrez - Castillo Javier (25 June 2020). Lumbar Salmonella osteomyelitis with psoas muscle abscess in a patient with prostate cancer. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>. <https://doi.org/10.1016/j.idcr.2020.e00887>.
5. Aniruddha BhoSale, Sanjay Kolte2(October 2018). Primary Iliopsoas Abscess Caused by Salmonella paratyphi A - A Rare Case. Article in *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. DOI:10.7860/JCDR/2018/37207.12083.
6. Ayhan Askin, Korhan Baris Bayram, Umit Secil Demirdal, Merve Bergin Korkmaz, Alev Demirbilek Gurgan, and Mehmet Fatih Inci (07 January 2015). An Easily Overlooked Presentation of Malignant Psoas Abscess: Hip Pain. Hindawi Publishing Corporation, *Case Reports in Orthopedics*, Volume 2015, Article ID 410872, 4 pages. <http://dx.doi.org/10.1155/2015/410872>.
7. Chin - Chi Kuo, Shih-Chi Ku, Jann - Tay Wang, Ching - Wei Tsai, Vin - Cent Wu, and Wen - Chien Chou (2010). Psoas Abscess Caused by Non - Typhoid Salmonella in a Patient with Severe Aplastic Anemia. *Yonsei Med J* 51(3): 472-474, 2010. DOI 10.3349/ymj.2010.51.3.472.
8. Bong - Jin Lee, Seong - Tae Kim, Kwon - Hee Park, Jeong Heon Oh, Hyun Kim (2008). Lumbar Pyogenic Spondylodiscitis and Bilateral Psoas Abscesses. Extending to the Gluteal Muscles and Intrapelvic Area Treated with CT - guided Percutaneous Drainage. A Case Report. *Asian Spine Journal* Vol. 2, No. 1, pp 51~54, 2008.
9. I H Mallick, M H Thoufeeq, T P Rajendran. Iliopsoas abscesses (2004). doi: 10.1136/pgmj.2003.017665.