

CLINICAL FEATURES AND RESULTS OF TREATMENT OF PSOAS ABSCESS AT NGUYEN TRI PHUONG HOSPITAL PERIOD 2018-2022

Huynh Thanh Long^{1,2*}, Huynh Nhat Cao Nhan², Nguyen Manh Khiem²

¹Nguyen Tat Thanh University - 300A Nguyen Tat Thanh, Ward 13, District 4, Ho Chi Minh City, Vietnam

²Nguyen Tri Phuong Hospital - 468 Nguyen Trai, Ward 8, District 5, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 15/03/2024

Revised: 30/03/2024; Accepted: 16/04/2024

ABSTRACT

Background: Psoas muscle abscess is a rare medical condition. The clinical symptoms of a secondary psoas abscess are often atypical. This study aims to understand the pathological features to help diagnose and treat early cases of psoas abscess.

Objective: This study describes the clinical and paraclinical characteristics and treatment results of patients with iliopsoas abscesses undergoing intervention.

Methods: Retrospective descriptive study of patients who were diagnosed with psoas abscess and treated at Nguyen Tri Phuong Hospital from January 2018 to December 2022.

Results: In 29 patients, the mean age was $56,8 \pm 14,8$; ages 25 to 83 years old. Male accounted for 44,8%, female accounted for 55,2%, male:female ratio was 4:5. History of diabetes 65,5%, spondyloarthritis 31,0%. Fever was the most common reason for hospitalization (58,6%). The majority of psoas abscesses are on the right (62,1%), both sides are 6.9%. The result of pus culture was negative 55,2%, most positive for E. Coli (20,7%); There were 2 cases of PCR positive for TB (accounting for 6,9%). The two most used antibiotic regimens were Ceftriaxon + Metronidazole (31,3%) and Carbapenem + Linezolid (17,2%). After surgical intervention, leukocyte index and abscess volume decreased significantly ($p < 0,05$). The average length of hospital stay was $19,7 \pm 11,3$ days.

Conclusion: Psoas abscess is a complicated disease with atypical clinical symptoms. Surgical drainage of the psoas abscess is important in resolving the infection. However, the treatment of psoas abscess usually involves a long hospital stay.

Keywords: Psoas abscess, drainage surgery.

*Corresponding author

Email address: bs.huynhlong1967@gmail.com

Phone number: (+84) 913 662 056

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65i3.1083>

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ ÁP XE CƠ THẮT LUNG CHẬU TẠI BỆNH VIỆN NGUYỄN TRI PHƯƠNG GIAI ĐOẠN 2018-2022

Huỳnh Thanh Long^{1,2*}, Huỳnh Nhất Cao Nhân², Nguyễn Mạnh Khiêm²

¹Trường ĐH Nguyễn Tất Thành - 300A Nguyễn Tất Thành, Phường 13, Quận 4, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Bệnh viện Nguyễn Tri Phương - 468 Nguyễn Trãi, Phường 8, Quận 5, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 15 tháng 03 năm 2024

Ngày chỉnh sửa: 30 tháng 03 năm 2024; Ngày duyệt đăng: 16 tháng 04 năm 2024

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Áp xe cơ thắt lưng chậu (Áp xe cơ psoas) là một tình trạng bệnh lý hiếm gặp. Các triệu chứng lâm sàng của áp xe cơ thắt lưng chậu thứ phát thường không điển hình. Đề tài này nhằm tìm hiểu các đặc điểm bệnh lý giúp chẩn đoán và điều trị sớm các trường hợp áp xe cơ thắt lưng chậu.

Mục tiêu: Mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của bệnh nhân áp xe cơ thắt lưng chậu có can thiệp.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu các bệnh nhân đã được chẩn đoán áp xe cơ thắt lưng chậu và điều trị tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương từ tháng 01/2018 đến tháng 12/2022.

Kết quả: Trong 29 TH có tuổi trung bình $56,8 \pm 14,8$; độ tuổi từ 25 đến 83 tuổi. Nam chiếm 44,8%, nữ chiếm 55,2%, tỷ lệ nam:nữ là 4:5. Tiền căn đái tháo đường 65,5%, viêm thân sống đĩa đệm 31,0%. Sốt là lý do nhập viện nhiều nhất (58,6%). Ổ áp xe cơ Psoas đa số bên phải (62,1%), cả 2 bên là 6,9%. Kết quả cấy mũ âm tính 55,2%, dương tính nhiều nhất với E. Coli (20,7%); có 2 trường hợp PCR lao dương tính (chiếm 6,9%). Hai phác đồ kháng sinh sử dụng nhiều nhất là Ceftriaxon + Metronidazole (31%) và Carbapenem + Linezolid (17,2%). Sau khi can thiệp phẫu thuật, chỉ số bạch cầu và thể tích ổ áp xe giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Thời gian nằm viện trung bình $19,7 \pm 11,3$ ngày.

Kết luận: Áp xe cơ Psoas là bệnh lý phức tạp, triệu chứng lâm sàng không điển hình. Phẫu thuật dẫn lưu ổ áp xe cơ Psoas có ý nghĩa quan trọng trong việc giải quyết ổ nhiễm trùng. Tuy vậy, điều trị áp xe cơ Psoas thường có thời gian nằm viện lâu.

Từ khóa: Áp xe cơ thắt lưng chậu, áp xe cơ psoas, phẫu thuật dẫn lưu.

*Tác giả liên hệ

Email: bs.huynhlong1967@gmail.com

Điện thoại: (+84) 913 662 056

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65i3.1083>



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Áp xe cơ thắt lưng chậu (Áp xe cơ psoas) là một tình trạng bệnh lý hiếm gặp xảy ra do sự tích tụ mủ trong khoang cơ thắt lưng-chậu bởi một nhiễm khuẩn sâu, thường gặp là vi khuẩn sinh mủ [1].

Áp xe cơ thắt lưng chậu có thể xảy ra tiên phát hoặc thứ phát. Các trường hợp áp xe cơ thắt lưng chậu tiên phát thường do sự du khuẩn huyết theo đường máu hoặc bạch huyết từ một vị trí xa hoặc thường xuất hiện sau nhiễm trùng khối máu tụ tại chỗ. Điều này thường liên quan đến tình trạng suy giảm miễn dịch mãn tính và có xu hướng xảy ra ở trẻ em và thanh niên. Trong khi đó, áp xe cơ thắt lưng chậu thứ phát thường là kết quả của một sự lây nhiễm từ nhiễm trùng của các cơ quan kế cận, điều này cũng có thể liên quan với chấn thương hay các phương tiện, dụng cụ thay thế đặt ở vùng háng, bẹn, đùi và cột sống [1]. Áp xe cơ thắt lưng chậu thường biểu hiện không điển hình, phát hiện bệnh và chẩn đoán muộn cùng với diễn tiến lâm sàng phức tạp kèm bệnh lý phối hợp các khoa lâm sàng: ngoại thần kinh, ngoại chỉnh hình, nội tiết..., đưa đến dự hậu nặng và tử vong cao do nhiễm trùng lan rộng và nhiễm trùng huyết. Nếu tổn thương thấy cả hai bên thường hay gặp nhất là lao cột sống nhất là thấy tổn thương cả hai bên và có vôi hóa, rất hiếm trường hợp do vi khuẩn khác. Các triệu chứng lâm sàng của áp xe cơ thắt lưng chậu thứ phát thường không điển hình.

Do vậy, chúng tôi thực hiện đề tài “Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị áp xe cơ thắt lưng chậu tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương giai đoạn 2018-2022” với mục tiêu:

1. Mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân áp xe cơ thắt lưng chậu có can thiệp .
2. Kết quả điều trị của bệnh nhân áp xe cơ thắt lưng chậu có can thiệp.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân (BN) đã được chẩn đoán áp xe cơ thắt lưng chậu và điều trị tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương từ tháng 01/2018 đến tháng 12/2022 thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn nghiên cứu.

2.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh

Đã được chẩn đoán áp xe cơ thắt lưng chậu

Đã được mổ hoặc chọc dẫn lưu ổ áp xe

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ

Không thực hiện xét nghiệm vi sinh từ bệnh phẩm mủ ổ áp xe cơ thắt lưng chậu

2.4. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Từ tháng 03/2023 đến tháng 03/2024 tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

2.5. Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu mô tả loạt ca

2.6. Phương pháp tiến hành:

2.6.1. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

2.6.2. Cỡ mẫu: Nghiên cứu không tính cỡ mẫu. Lấy toàn bộ các bệnh nhân đã được chẩn đoán áp xe cơ thắt lưng chậu tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương từ tháng 01/2018 đến tháng 12/2022 thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn nghiên cứu

2.6.3. Các biến số chính

Lập bệnh án nghiên cứu ghi nhận biến số:

□ Đặc điểm lâm sàng: Tuổi, giới tính, triệu chứng lâm sàng (đau bụng, đau hông lưng, sốt, tê / yếu chi dưới), thời điểm khởi phát bệnh, tiền sử bệnh (rối loạn lipid máu, tăng huyết áp, đái tháo đường, lao, phẫu thuật, bệnh lý huyết học, viêm thân sống đĩa đệm, thoái hóa cột sống thắt lưng) và bệnh lý hiện tại.

□ Đặc điểm cận lâm sàng : WBC, Neu%, CRP, siêu âm phần mềm hông lưng (kích thước và vị trí ổ áp xe), chụp cắt lớp vi tính (MSCT) hoặc chụp cộng hưởng từ (MRI) (kích thước và vị trí ổ áp xe). Tính thể tích ước lượng ổ áp xe theo công thức $V = \pi^2 \cdot a \cdot b \cdot c : 4(\text{ml})$ (Trong đó : a = chiều dài, b = chiều rộng, c = chiều sâu ; đơn vị cm) ($1 \text{ ml} = 1 \text{ cm}^3$)

□ Đặc điểm vi sinh : kết quả cấy mủ (không có vi khuẩn / có vi khuẩn), PCR lao (âm tính / dương tính).

□ Kết quả điều trị: kháng sinh điều trị, thời gian nằm viện, thời gian rút ống dẫn lưu, kết quả siêu âm ổ áp xe trước khi xuất viện (kích thước, còn dịch,...)

2.6.4. Tiêu chuẩn đánh giá kết quả điều trị

Điều trị thành công:

- Đặt được ống dẫn lưu vào khoang áp xe.

- Cải thiện các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng.
- Ổ áp xe hết dịch, có dấu hiệu đang tái tạo và bệnh nhân được xuất viện sau đó.

Điều trị thất bại:

- Không đặt được ống dẫn lưu vào khoang áp xe.
- Không cải thiện các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng.
- Bệnh nhân phải can thiệp phẫu thuật lại hoặc tử vong.

2.6.5. Phân tích và xử lý số liệu

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 26.0

2.7. Vấn đề y đức

Đề tài nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng đạo đức của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bệnh viện Nguyễn Tri Phương.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 29 trường hợp (TH) đã được chẩn đoán áp xe cơ thắt lưng chậu và đã được dẫn lưu ổ áp xe cơ psoas tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương từ tháng 01/2018 đến tháng 12/2022.

Khi nghiên cứu trên các bệnh nhân, chúng tôi có những nhận xét và kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng (n = 29)

Giới tính: có 13 nam (44,8%), 16 nữ (55,2%). Tỷ lệ nam/nữ là 4/5.

Tuổi: nhỏ nhất 25 tuổi, lớn nhất 83 tuổi, trung bình $56,79 \pm 14,8$ tuổi

3.1.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1. Triệu chứng lâm sàng (n = 29)

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Đau bụng	7	24,1
Đau hông lưng	8	27,6
Psoas sign (+)	9	31,0
Sốt lúc nhập viện	17	58,6
Tê/ Yếu 2 chi dưới	10	34,5

3.1.2. Đặc điểm cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu

Bảng 2. Xét nghiệm huyết học trước mổ

Chỉ số	Số BN	Trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Bạch cầu (G/l)	29	20,3±8,9	9	48
Neu% (%)	29	84,8±7,2	65	95
CRP (mmol/l)	29	183,2± 100,6	34	365

- Kết quả của siêu âm và cộng hưởng từ:



Bảng 3. Kết quả của siêu âm và cộng hưởng từ

Dấu hiệu		Siêu âm		MRI	
		Số BN (n = 29)	Tỉ lệ %	Số BN (n = 29)	Tỉ lệ %
Vị trí ổ áp xe cơ thắt lưng chậu	Trái	9	31,0	9	31,0
	Phải	18	62,1	18	62,1
	2 bên	2	6,9	2	6,9
Thể tích trung bình các ổ áp xe ước lượng theo kích thước 3 chiều (ml)		516,3 ± 136,4 (206 – 856)		531,6 ± 138,3 (256 – 962)	

Nhận xét: Đa phần khối áp xe nằm ở cơ thắt lưng chậu bên phải (62,1%). Có 2 TH Dẫn lưu ổ áp xe dưới hướng dẫn siêu âm (chiếm 6,9%)

3.2. Kết quả điều trị

Có 27 TH Phẫu thuật dẫn lưu ổ áp xe (chiếm 93,1%)

3.2.1. Phân loại can thiệp

3.2.2. Kết quả xét nghiệm dịch mủ thu được

Bảng 4. Kết quả vi sinh (n = 29)

Chủng vi sinh	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
E. Coli	6	20,7
Streptococcus agalactiae	1	3,4
Burkholderia cepacia	1	3,4
Salmonella sp	1	3,4
Staphylococcus coagulase	1	3,4
Klebsiella pneumoniae	2	6,9
Streptococcus B hemolytic	1	3,4
Âm tính	16	55,2
PCR lao	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Dương tính	2	6,9
Âm tính	27	93,1

3.2.3. Kháng sinh điều trị

Bảng 5. Kháng sinh điều trị (n = 29)

Kháng sinh điều trị	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Cephalosporin III + Metronidazole	9	31,0
Carbapenem + Metronidazole	4	13,8
Carbapenem + Vancomycin	3	10,3
Carbapenem + Linezolid	5	17,2

Kháng sinh điều trị	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Carbapenem + Levofloxacin	1	3,4
Carbapenem + Clindamycin	1	3,4
Carbapenem	4	13,8
Phác đồ khác	2	6,9
Tổng	29	100

3.2.4. Hiệu quả điều trị

Thời gian hết sốt

- Thời gian hết sốt trung bình của toàn bộ BN trong nghiên cứu là $1,9 \pm 0,9$ ngày, ít nhất là 1 và nhiều nhất là 5 ngày.

Thời gian rút hết dẫn lưu và thời gian nằm viện

- Thời gian nằm viện trung bình của toàn bộ BN trong nghiên cứu là $19,7 \pm 11,3$ ngày, ít nhất là 9 và nhiều nhất là 49 ngày.

- Thời gian rút hết dẫn lưu trung bình của toàn bộ BN trong nghiên cứu là $14,2 \pm 3,2$ ngày, sớm nhất là 4 và lâu nhất 23 ngày sau can thiệp.

So sánh các chỉ số ở thời điểm trước và sau can thiệp

Bảng 6. So sánh các chỉ số ở thời điểm trước và sau can thiệp

Chỉ số	Trước	Sau	p
Bạch cầu (G/L)	$20,3 \pm 8,9$	$14,6 \pm 6,3$	$p < 0,05$
Thể tích ổ áp xe (ml)	$531,6 \pm 138,3$	$141,8 \pm 108,2$	$p < 0,05$

Nhận xét:

- Thể tích ổ áp xe cơ psoas sau can thiệp nhỏ nhất là 88 ml, lớn nhất là 306 ml, trung bình là $141,8 \pm 108,2$ ml. Thể tích ổ áp xe giảm có ý nghĩa thống kê so với trước khi can thiệp ($p < 0,05$).

- Xét nghiệm bạch cầu trung bình $14,6 \pm 6,3$ G/L có giảm hơn so với trước khi can thiệp, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Mối tương quan giữa thể tích ổ áp xe và thời gian nằm viện

Phép kiểm Pearson Correlation cho thấy có mối tương quan tuyến tính thuận giữa thể tích ổ áp xe và thời gian nằm viện với $p < 0,05$ và $r = 0,627$ ($0 < r < 1$). Như vậy khi thể tích ổ áp xe càng lớn thì thời gian nằm viện càng dài.

Mối tương quan giữa chỉ số bạch cầu và thời gian nằm viện

Phép kiểm Pearson Correlation cho thấy có mối tương quan tuyến tính thuận giữa chỉ số bạch cầu và thời gian nằm viện với $p < 0,05$ và $r = 0,586$ ($0 < r < 1$). Như

vậy khi chỉ số bạch cầu càng cao thì thời gian nằm viện càng dài.

3.2.5. Đánh giá kết quả

Dẫn lưu ổ áp xe cơ psoas thành công trong 29 BN (96,6%), thất bại ở 1 TH (3,4%). Bệnh nhân này sau phẫu thuật dẫn lưu áp xe cơ psoas vẫn trong tình trạng nhiễm trùng huyết nặng, viêm phổi bệnh viện, áp xe thân sống đĩa đệm và tử vong vào ngày nằm viện thứ 49 tại khoa Hồi sức chống độc.

Biến chứng sau can thiệp ghi nhận 1 BN bệnh nhân tai biến tuột ống dẫn lưu (3,4%) sau phẫu thuật dẫn lưu ổ áp xe cơ psoas bên phải 6 ngày, bệnh nhân được siêu âm kiểm tra còn ít dịch hỗn hợp trong ổ áp xe, chỉ định điều trị nội khoa và xuất viện vào ngày thứ 16 nằm viện.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

4.1.1. Tuổi và giới tính

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 13 nam (44,8%),

16 nữ (55,2%). Tỷ lệ nam/nữ là 4/5. Tuổi nhỏ nhất 25 tuổi, lớn nhất 83 tuổi, trung bình $56,79 \pm 14,8$ tuổi. Kết quả này có khác biệt so với nghiên cứu của Rodrigues J. (2017) trên 43 bệnh nhân: độ tuổi trung bình là 47,2 tuổi (khoảng: 20–72 tuổi); đa số ở độ tuổi 41-50, nam nhiều hơn nữ với tỷ lệ 2,6:1 [2]; của tác giả Hsieh MS có 58 nữ, 30 nam; tuổi trung bình $63,0 \pm 15,6$ tuổi [3]. Sự khác biệt này có thể do khác biệt về vùng dịch tễ và yếu cơ địa của dân tộc khác nhau [4].

4.1.2. Đặc điểm lâm sàng

Áp xe cơ Psoas là một tình trạng hiếm gặp với biểu hiện lâm sàng mơ hồ. Bộ ba cổ điển gồm sốt, đau hông lưng, dấu cơ psoas dương tính gặp ở <30% bệnh nhân [5]. Bệnh nhân của chúng tôi chủ yếu bị sốt (58,6%) và đau hông lưng (27,6%), có 31% có dấu cơ Psoas. Trong nghiên cứu có 10 TH (34,5%) có triệu chứng tê hoặc yếu chi dưới. Triệu chứng này có thể do có đến 9 TH (31,0%) có tiền căn viêm thân sống – đĩa đệm. Trong nghiên cứu của Rodrigues J., tỉ lệ các triệu chứng sốt là 70%, đau hông lưng là 86%, tê hoặc yếu chi dưới là 25,5% [2].

4.1.3. Đặc điểm cận lâm sàng

MRI đã được chứng minh là nhạy hơn trong chẩn đoán áp xe cơ psoas trong các nghiên cứu trước đây. Một nghiên cứu trên 15 bệnh nhân ở Kyoto, Nhật Bản, liên quan đến chọc hút dưới hướng dẫn của hình ảnh cho thấy độ nhạy của CT và MRI đơn thuần hoặc kết hợp cả 2 là 100% nếu được thực hiện 6 ngày sau khi khởi phát bệnh. Tuy nhiên, độ nhạy của CT và MRI kém hơn ở giai đoạn đầu, tức là chỉ có 33% và 50% tương ứng, và do đó CT và MRI có thể bỏ sót áp xe cơ thắt lưng ở giai đoạn đầu (<5 ngày) [6]. Một nghiên cứu trường hợp gần đây từ Nhật Bản đã chỉ ra rằng chụp cắt lớp phát xạ positron 18F-fluorodeoxyglucose-CT (PET-CT) có thể được sử dụng trong chẩn đoán và theo dõi bệnh nhân bị áp xe lao cơ psoas [3].

Kết quả chụp MRI trong nghiên cứu cho thấy đa phần khối áp xe nằm ở cơ thắt lưng chậu bên phải (62,1%) (bảng 4). Trong nghiên cứu của tác giả Hsieh MS có 29 bệnh nhân (33,0%) có áp xe cơ psoas hai bên [3], tác giả Rodrigues J. và cs ghi nhận có 34,6% ổ áp xe nằm bên phải, 32,6% nằm bên trái [2].

4.2. Kết quả điều trị

4.2.1. Phân loại can thiệp

Dẫn lưu ổ áp xe dưới hướng dẫn siêu âm (Percutaneous

drainage - PCD) đã được khuyến cáo trong điều trị áp xe cơ psoas từ năm 1984. PCD và phẫu thuật dẫn lưu là phương thức điều trị tiêu chuẩn cho áp xe cơ psoas nếu có chỉ định dẫn lưu.

Trong nghiên cứu của Rodrigues J. và cs., PCD là một phương pháp thành công và ít xâm lấn để điều trị áp xe cơ psoas. Tỷ lệ thành công của PCD trong đoàn hệ của nghiên cứu này là 95% [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 2 trường hợp được dẫn lưu ổ áp xe dưới hướng dẫn siêu âm do ổ áp xe cơ psoas chỉ nằm ở 1 bên, gần mặt da và kích thước ổ áp xe không quá lớn, có vách giới hạn rõ trên phim MRI. Đa phần các trường hợp còn lại trong nghiên cứu của chúng tôi được phẫu thuật dẫn lưu ổ áp xe cơ psoas (93,1%). Một nghiên cứu từ Đài Loan đã chỉ ra rằng những bệnh nhân bị áp xe cơ psoas do vi sinh vật sinh khí có kết quả tốt hơn khi phẫu thuật thay vì PCD (59,3% so với 15,4%) trong khi kết quả ở sinh vật không sinh khí là tương tự đối với phẫu thuật và PCD [3].

4.2.2. Kết quả vi sinh

Một nghiên cứu trên 124 bệnh nhân ở Tây Ban Nha đã chỉ ra rằng nguyên nhân phổ biến nhất gây ra áp xe cơ psoas là Staphylococcus Aureus, và Mycobacteria Tuberculosis (MTB) là sinh vật phổ biến thứ tư [7]. Các tài liệu hiện nay ở phương Tây cho thấy rằng nhiễm trùng từ đường tiêu hóa là nguyên nhân phổ biến nhất của áp xe cơ psoas [8]; trong khi trong nghiên cứu của Rodrigues J. (2017) thì Mycobacteria Tuberculosis - bệnh lao là nguyên nhân phổ biến nhất của áp xe cơ psoas [2], điều này tương tự như một nghiên cứu được thực hiện trước đây từ một bệnh viện đa khoa ở Bắc Ấn Độ [9].

Trong nghiên cứu của Rodrigues J. (2017) cho thấy vi sinh vật gây bệnh được phân lập ở 20 (46,5%) bệnh nhân, trong đó 11 (47,8%) cho thấy bệnh lao (MTB), 21,7% cho thấy tụ cầu khuẩn và 8,7% cho thấy Escherichia coli. Các sinh vật khác được phân lập là Klebsiella, Histoplasmosis, Pseudomonas pseudomallei, vi khuẩn gram âm không lên men và các loài Streptococcus. Trong số các chủng vi khuẩn phân lập, 8 (18%) vi khuẩn được phân lập là đa kháng thuốc (MDR), 2 bệnh nhân có beta-lactamase phổ rộng (ESBL) E. coli, 1 bệnh nhân mắc ESBL Klebsiella, 4 bệnh nhân mắc Staphylococcus vàng kháng methicillin và một người mắc MDR-TB. Các bệnh nhân còn lại không có chủng phân lập nào được nuôi cấy [2].

Trong nghiên cứu của chúng tôi phân lập được 13

trường hợp (44,8%), trong đó E.Coli chiếm tỉ lệ cao nhất 20,7%, kế đến là *Klebsiella pneumoniae* 6,9%. Cá biệt có 1 trường hợp phân lập ra *Burkholderia cepacia*. Đây cũng là trường hợp duy nhất trong nghiên cứu điều trị thất bại. Có 2 trường hợp PCR lao dương tính, chúng tôi hội chẩn phối hợp điều trị với Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch để lập phác đồ điều trị cho bệnh nhân.

4.2.3. Kháng sinh điều trị

Sau khi bệnh nhân đến bệnh viện với các dấu hiệu nghi ngờ nhiễm trùng như sốt, bạch cầu tăng, CRP tăng, kháng sinh theo kinh nghiệm được chỉ định. Cephalosporin thế hệ thứ ba kết hợp với Metronidazole (9/29, 31,0%) hoặc Carbapenem (4/29, 13,8%) thường được chọn làm kháng sinh điều trị ban đầu cho các trường hợp nghiên cứu của chúng tôi. Tương tự như tác giả Hsieh MS (2013), Cephalosporin thế hệ thứ ba cộng với Metronidazole (15/88, 17,0%) hoặc Carbapenem (13/88, 14,8%) thường được kê đơn ban đầu [3]. Thuốc kháng sinh được điều chỉnh sau khi chứng minh có áp xe cơ psoas thông qua MRI hoặc cấy mũ làm kháng sinh đồ.

4.2.4. Thời gian nằm viện

Thời gian hết sốt trung bình của toàn bộ BN trong nghiên cứu là $1,9 \pm 0,9$ ngày, ít nhất là 1 và nhiều nhất là 5 ngày. Trước khi rút ống dẫn lưu và xuất viện, tất cả các bệnh nhân đều được siêu âm kiểm tra đánh giá lại ổ áp xe. Thời gian rút hết dẫn lưu trung bình của toàn bộ BN trong nghiên cứu là $14,2 \pm 3,2$ ngày, sớm nhất là 4 và lâu nhất 23 ngày sau can thiệp. Trong nghiên cứu của Rodrigues J., thời gian lưu ống dẫn lưu trung bình là 7,4 ngày [2]. Tổng thể tích ổ áp xe cơ psoas sau can thiệp trung bình là $141,8 \pm 108,2$ ml. Thể tích ổ áp xe giảm và chỉ số bạch cầu giảm có ý nghĩa thống kê so với trước khi can thiệp ($p < 0,05$).

Bệnh nhân được xuất viện sau khi rút toàn bộ ống dẫn lưu, các triệu chứng lâm sàng hoàn toàn cải thiện. Thời gian nằm viện trung bình của toàn bộ BN trong nghiên cứu là $19,7 \pm 11,3$ ngày, ít nhất là 9 và nhiều nhất là 49 ngày. Thời gian nằm viện trong nghiên cứu ngắn hơn so với tác giả Hsieh MS (2013), Thời gian nằm viện trung bình là 36 ± 39 ngày (từ 2–328 ngày; trung vị là 28 ngày) [3]. Phép kiểm Pearson Correlation cho thấy có mối tương quan tuyến tính thuận giữa thể tích ổ áp xe và thời gian nằm viện với $p < 0,05$ và $r = 0,627$ ($0 < r < 1$); có mối tương quan tuyến tính thuận giữa chỉ số bạch cầu và thời gian nằm viện với $p < 0,05$ và $r = 0,586$ ($0 < r < 1$). Như vậy khi thể tích ổ áp xe càng

lớn, chỉ số bạch cầu càng cao thì thời gian nằm viện càng dài.

4.2.5. Hiệu quả điều trị

Phẫu thuật dẫn lưu ổ áp xe cơ psoas thành công trong 28 BN (96,6%), thất bại ở 1 TH (3,4%). Bệnh nhân này sau phẫu thuật dẫn lưu áp xe cơ psoas vẫn trong tình trạng nhiễm trùng huyết nặng, viêm phổi bệnh viện, áp xe thân sống đĩa đệm và tử vong vào ngày nằm viện thứ 49 tại khoa Hồi sức chống độc. Nguyên nhân tử vong có thể do tác nhân gây ổ áp xe cơ psoas của trường hợp này là chủng *Burkholderia cepacia* đa kháng, chưa loại trừ bệnh cảnh Whitmore. Trong nghiên cứu của tác giả Hsieh MS khi nghiên cứu trên 88 TH, nhiễm trùng huyết nặng được ghi nhận ở 53 bệnh nhân (60,2%) khi đến khám lần đầu [3]. Do vậy, tỷ lệ tử vong chung trong nghiên cứu này là rất cao (25%) đối với áp xe cơ psoas so với nghiên cứu của chúng tôi với tỷ lệ tử vong chỉ là 3,4% [3].

Biến chứng sau can thiệp ghi nhận 1 BN bệnh nhân tai biến tuột ống dẫn lưu (3,4%) sau phẫu thuật dẫn lưu ổ áp xe cơ psoas bên phải 6 ngày, bệnh nhân được siêu âm kiểm tra còn ít dịch hỗn hợp trong ổ áp xe, chỉ định điều trị nội khoa và xuất viện vào ngày thứ 16 nằm viện.

5. KẾT LUẬN

Áp xe cơ psoas là bệnh ít gặp và có triệu chứng lâm sàng không điển hình, thể thứ phát thường gặp trên các bệnh nhân viêm thân sống đĩa đệm hoặc do lao. Triệu chứng thường gặp là sốt và đau hông lưng. Tác nhân hàng đầu gây ra áp xe cơ psoas trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi là E.Coli. Bệnh nhân thường được bắt đầu kháng sinh điều trị theo kinh nghiệm là nhóm Cephalosporin thế hệ thứ ba kết hợp với Metronidazole. Phẫu thuật dẫn lưu ổ áp xe cơ psoas là hiệu quả với tỉ lệ thành công cao, tỉ lệ tai biến – biến chứng thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Mallick IH, Thoufeeq MH, Rajendran TP. Iliopsoas abscesses. Postgraduate Medical Journal 2004;80:459-462.
- [2] Rodrigues J, Iyyadurai R, Sathyendra S et al., Clinical presentation, etiology, management, and outcomes of iliopsoas abscess from a tertiary care center in South India. J Family Med Prim

- Care. 2017 Oct-Dec;6(4):836-839. doi: 10.4103/jfmpe.jfmpe_19_17. PMID: 29564273; PMCID: PMC5848408.
- [3] Hsieh MS, Huang SC, Loh el-W et al., Features and treatment modality of iliopsoas abscess and its outcome: a 6-year hospital-based study. *BMC Infect Dis.* 2013;13:578. Published 2013 Dec 9. doi:10.1186/1471-2334-13-578
- [4] Chern CH, Hu SC, Kao WF et al., Psoas abscess: Making an early diagnosis in the ED. *Am J Emerg Med.* 1997;15:83–8.
- [5] Takada T, Terada K, Kajiwara H et al., Limitations of using imaging diagnosis for psoas abscess in its early stage. *Intern Med;* 2015;54:2589–93.
- [6] Kimizuka Y, Ishii M, Murakami K et al., A case of skeletal tuberculosis and psoas abscess: Disease activity evaluated using (18)F-fluorodeoxyglucose positron emission tomography-computed tomography. *BMC Med Imaging;* 2013;13:37.
- [7] Navarro López V, Ramos JM, Meseguer V et al., Microbiology and outcome of iliopsoas abscess in 124 patients. *Medicine (Baltimore)* 2009;88:120–30.
- [8] Tabrizian P, Nguyen SQ, Greenstein A et al., Management and treatment of iliopsoas abscess. *Arch Surg;* 2009;144:946–9.
- [9] Gupta S, Suri S, Gulati M et al., Ilio-psoas abscesses: Percutaneous drainage under image guidance. *Clin Radiol;* 1997;52:704–7.