

BÁO CÁO CA BỆNH NHIỄM KHUẨN TIẾT NIỆU DO *KLEBSIELLA PNEUMONIA* ĐA KHÁNG Ở BỆNH NHÂN HẸP NIỆU ĐẠO TRƯỚC DO CHẤN THƯƠNG

Trần Thượng Việt¹, Trần Duy Hiến¹, Lê Hữu Đoàn¹, Bùi Thanh Tuệ¹, Vũ Thủy Nguyên¹

Bệnh nhân nam, 55 tuổi, có tiền sử chấn thương niệu đạo trước cách đây 30 năm, dẫn đến tình trạng đái rì. Bệnh nhân đã được phẫu thuật nội soi xẻ hẹp niệu đạo tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Tuy nhiên, sau 1 tháng, bệnh nhân gặp phải tình trạng đái khó trở lại và được nong niệu đạo tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa. Sau nong 1 ngày, bệnh nhân có biểu hiện sốt cao, rét run, mạch huyết áp tụt, phải hồi sức cấp cứu và chuyển đến Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương điều trị. Tại đây, bệnh nhân được điều trị ổn định và được chuyển đến Khoa Ngoại tổng hợp để đặt stent niệu đạo. Sau phẫu thuật, bệnh nhân tiêu tốt và xuất viện. Tuy vậy, sau đó 1 tháng bệnh nhân lại nhập viện vì sốt cao, rét run, cấy nước tiểu và cấy máu xác định vi khuẩn *Klebsiella pneumoniae* đa kháng kháng sinh. Dù được điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ, bệnh nhân vẫn tái phát liên tục, mỗi đợt cách nhau < 1 tháng. Lần tái phát cuối cùng, *K. pneumoniae* đã kháng toàn bộ kháng sinh. Bệnh nhân từ chối rút stent niệu đạo vì việc tiểu hiện tại quá tốt so với trước đây. Nhóm nghiên cứu quyết định bơm trực tiếp kháng sinh vào bàng quang, ngâm trong 2 giờ/lần, 3 lần/ngày. Sau 14 ngày điều trị, bệnh nhân được cấy nước tiểu vi khuẩn âm tính. Cho tới nay, bệnh không tái phát.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn tiết niệu, hẹp niệu đạo, *Klebsiella pneumoniae*.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn huyết gram âm là nguyên nhân thường gặp chiếm khoảng 1/4 đến 1/2 số ca nhiễm khuẩn huyết. Trong đó, căn nguyên do *K. pneumoniae* là một vấn đề rất đáng lo ngại¹. Tỷ lệ nhiễm khuẩn *K. pneumoniae* đường vào tiết niệu chỉ chiếm tỷ lệ 11,8%², tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương là 4,9%³. Tuy nhiên, tình trạng nhiễm *K. pneumoniae* đường vào tiết niệu lại là vấn đề nan giải đối với các nhà phẫu thuật ngoại khoa do *K. pneumoniae* đa kháng kháng sinh. Nghiên cứu của Nguyễn Chí Nguyễn cho thấy tỷ lệ *K. pneumoniae* đa kháng kháng sinh rất đáng báo động với tỷ lệ là 75,7%⁴, đồng thời các tắc nghẽn đường tiết niệu sẽ làm khó khăn hơn trong việc điều trị, ngay cả khi

đã làm thông lại đường tiết niệu thì các dị vật như stent, sonde jj cũng trở thành nơi trú ẩn của vi khuẩn gây khó khăn cho các nhà nội khoa trong việc phòng chống nhiễm khuẩn tái phát. Do đó, trong báo cáo này, chúng tôi trình bày một ca bệnh nhiễm khuẩn do *K. pneumoniae* đa kháng/hẹp niệu đạo trước.

THÔNG BÁO CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân Trịnh Văn Q, nam 55 tuổi, địa chỉ Trường Cát, Trường Lâm, Nghi Sơn, Thanh Hóa. Bệnh nhân có tiền sử chấn thương niệu đạo cách đây 30 năm, đái khó nhiều năm, đã được phẫu thuật nội soi xẻ hẹp qua đường niệu đạo vào tháng 1 năm 2023. Sau mổ 1 tháng, bệnh nhân đái khó trở lại được nong niệu đạo tháng 2 năm 2023. Sau nong 1 ngày, bệnh nhân xuất hiện sốt cao rét run, mạch huyết áp tụt, được đặt ống nội khí quản, hồi sức chuyển Bệnh viện Đại học Y Hà Nội cấy nước tiểu và máu *K. pneumoniae* đa kháng dương tính, bệnh nhân được chuyển đến Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương, điều trị kháng sinh meronem, ciprobay bệnh ổn định, cấy nước tiểu vi khuẩn gây bệnh âm tính, bệnh nhân được chuyển ngoại khoa đặt stent niệu đạo. Sau mổ, bệnh nhân ổn định, tiểu thành tia.

⁽¹⁾ Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương

Ngày nhận bài: 05/11/2024

Ngày phản biện xong: 22/11/2024

Ngày duyệt đăng: 09/3/2025

Người chịu trách nhiệm nội dung khoa học: Trần Thượng Việt, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương

Điện thoại: 0982251946. Email: bsviet82@gmail.com



Bệnh nhân sau khi ra viện 1 tháng có biểu hiện sốt cao, rét run được tuyến dưới chuyển thẳng đến Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương vào tháng 6 năm 2023. Tại đây, bệnh nhân được cấy nước tiểu và máu, vi khuẩn *K. pneumoniae* đa kháng dương tính.

Từ đó cho đến tháng 7 năm 2024, bệnh nhân liên tục nhập viện với triệu chứng nhiễm khuẩn huyết đường vào tiết niệu. Cấy máu và nước tiểu *K. pneumoniae* đa kháng dương tính. Lần cấy máu và nước tiểu cuối cùng *K. pneumoniae* kháng toàn bộ kháng sinh.

Xét nghiệm

Xét nghiệm	3/2023	7/2024
Bạch cầu	13,8	18,1×10 ⁹ /L
Bạch cầu đa nhân trung tính	75,3	84%
Crp	58,7	145,7 mg/L
Xét nghiệm nước tiểu		
BLD	80	200 cell/μL
Leu	500	500 cell/μL
Nit	Neg	Pos
PH	6,0	6,0

Kết quả kháng sinh đồ

STT	Tên kháng sinh	Kết quả	Phiên giải	Phương pháp xét nghiệm
I	Quinolon			
1	Ciprofloxacin	≥ 4	R	MIC
II	Aminoglycosid			
1	Gentamicin	≥ 16	R	MIC
III	Beta-lactam + inhibitors			
1	Piperacillin/tazobactam	≥ 128	R	MIC
2	Ceftazidim-avibactam	≥ 16	R	MIC
3	Ceftolozan/tazobactam	≥ 32	R	MIC
4	Imipenem/relebactam	≥ 16	R	MIC
5	Meropenem/vaborbactam	≥ 64	R	MIC
IV	Cephems			
1	Ceftazidim	≥ 64	R	MIC
2	Cefepim	≥ 32	R	MIC
V	Penems			
1	Meropenem	≥ 16	R	MIC

Do tính chất phức tạp của nhiễm khuẩn tái phát đường tiết niệu liên tục vì đặt stent niệu đạo, các chuyên gia truyền nhiễm đã đề nghị rút stent niệu đạo để loại bỏ ổ viêm có thể có. Bệnh nhân và gia đình từ chối do việc đi tiểu hiện tại quá tốt đối với bệnh nhân so với việc 30 năm chịu đựng trước đây. Tuy nhiên, việc kháng toàn bộ kháng sinh khiến điều trị trở nên khó khăn, bệnh nhân không cắt được sốt và bắt đầu có dấu hiệu sốc. Trong hoàn cảnh đó, chúng tôi đưa ra lựa chọn nâng nồng độ kháng sinh tại chỗ

bằng phác đồ đặt sonde bàng quang rút hết nước tiểu và bơm trực tiếp kháng sinh đặc hiệu vào bàng quang rộng, lưu giữ nước tiểu sau 2 tiếng 3 lần/ngày trong 14 ngày.

Kết quả, sau 7 ngày điều trị bệnh nhân được cấy nước tiểu vi khuẩn gây bệnh âm tính, bệnh nhân được ra viện sau 14 ngày điều trị. Cho đến nay, bệnh chưa tái phát trở lại. Dự kiến sẽ rút stent niệu đạo vào tháng 3 năm 2025.

BÀN LUẬN

Ở bệnh nhân này, chúng tôi chia làm 3 giai đoạn điều trị với 3 bài học kinh nghiệm

Giai đoạn 1: Bệnh nhân được can thiệp nội soi xẻ hẹp niệu đạo trước. Sau mổ 1 tháng, bệnh nhân đái khó trở lại được nong niệu đạo. Sau nong 1 ngày, bệnh nhân xuất hiện sốt cao rét run, cấy nước tiểu và máu *K. pneumoniae* đa kháng dương tính, bệnh đi vào sốc choáng nhiễm độc khuẩn nhanh chóng. Đây là bài học rút kinh nghiệm trong khâu vô khuẩn với thủ thuật nong niệu đạo.

Giai đoạn 2: Bệnh nhân được cấp cứu hồi sức thành công và điều trị kháng sinh đặc hiệu hết viêm. Tuy nhiên, tình trạng tiểu khó không cải thiện, bệnh nhân đái rỉ. Hai lựa chọn đặt ra: Tiếp tục nong niệu đạo định kỳ hoặc đặt stent niệu đạo. Bệnh nhân và gia đình lựa chọn phương án². Tuy vậy, nhiễm khuẩn tái phát sau 1 tháng. Bài học rút kinh nghiệm lựa chọn thời điểm can thiệp mặc dù bệnh nhân đã được điều trị ổn định, cấy nước tiểu vi khuẩn gây bệnh âm tính.

Giai đoạn 3: Bệnh nhân tái phát nhiễm khuẩn tiết niệu liên tục do đặt stent niệu đạo, vi khuẩn

K. pneumoniae kháng toàn bộ kháng sinh dù đã điều trị phối hợp kháng sinh và nâng liều kháng sinh. Việc tiếp tục nâng liều kháng sinh qua đường tĩnh mạch là không thể. Vì vậy, lựa chọn của chúng tôi là nâng cao nồng độ kháng sinh đặc hiệu tại chỗ. Bệnh nhân đã đáp ứng điều trị và mở ra một hướng mới đối với những nhiễm khuẩn tiết niệu trong can thiệp ngoại khoa.

KẾT LUẬN

Nhiễm khuẩn do *K. pneumoniae* đa kháng đường vào tiết niệu nói riêng, nhiễm khuẩn đa kháng đường vào tiết niệu nói chung là bệnh lý thường gặp trong bệnh cảnh tắc nghẽn đường tiết niệu do sỏi, hay bệnh lý hẹp đường tiết niệu là vấn đề nan giải đối với các phẫu thuật viên. Đặc biệt, tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương, chúng tôi gặp nhiều ca nhiễm khuẩn tiết niệu nặng do tắc nghẽn đường tiết niệu. Phác đồ bom trực tiếp kháng sinh trên ca bệnh này mở ra hướng mới cho các nhà ngoại khoa, chúng tôi đã thực hiện bom rửa kháng sinh trực tiếp ngay trong mổ đối với những trường hợp sỏi tiết niệu gây ứ mù và bước đầu có những dấu hiệu khả quan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. McCue JD. 1987. Gram- Negative Bacillary Bacteremia in the Elderly: Incidence, Ecology, Etiology, and Mortality. *Journal of the American Geriatrics Society*. Mar;35(3):213-8.
2. Nguyễn Quang Huy, Lê Thị Thu Ngân, Võ Thị Hà, Nguyễn Minh Hà. Tình hình đề kháng kháng sinh của *Klebsiella Pneumoniae* tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương giai đoạn 2019 - 2022. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023;527(2) tr.163-167.
3. Nguyễn Kim Anh, Trần Văn Giang. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tính nhạy cảm kháng sinh của *Klebsiella Pneumoniae* gây nhiễm khuẩn huyết tại cộng đồng. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024;534(1) tr.177-181.
4. Nguyễn Chí Nguyễn, Trần Đỗ Hùng, Phạm Thị Ngọc Nga và cộng sự. Tình hình đề kháng kháng sinh của *Klebsiella pneumoniae* được phân lập từ các mẫu bệnh phẩm tại Bệnh viện đa khoa TP. Cần Thơ và Bệnh viện đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2021 - 2022. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022;517(2) tr.326-330.



A CASE REPORT OF URINARY TRACT INFECTION DUE TO MULTI-RESISTANT *KLEBSIELLA PNEUMONIA* IN A PATIENT WITH ANTERIOR URINERAL STENOSIS DUE TO INJURY

In this report, we present a case of a 55-year-old male patient with a history of anterior urethral trauma 30 years ago. The patient experienced urinary leakage and underwent endoscopic urethrotomy at Hanoi Medical University Hospital. One month post-surgery, the patient had difficulty urinating again and subsequently underwent urethral dilation. One day after dilation, the patient exhibited high fever, chills, and hypotension, requiring resuscitation and transfer to the National Hospital for Tropical Diseases for treatment. After stabilization, the patient was transferred to the General Surgery Department, where a urethral stent was placed. Following surgery, the patient had good urinary function and was discharged. However, one month later, he was readmitted with high fever and chills. Urine and blood cultures grew multidrug-resistant *Klebsiella pneumoniae*. The patient was treated with antibiotics according to the susceptibility test, but relapsed every month. During the last episode, *K. pneumoniae* was resistant to all antibiotics. The patient refused urethral stent removal, so the medical team decided to directly instill antibiotics into the bladder, with a dwell time of 2 hours per session, 3 times daily. After 14 days of treatment, the patient's urine cultures were negative, and there has been no recurrence.

Key words: *Klebsiella pneumonia*, multi-resistant, anterior urethral stricture, urethral stent, urethral dilation.