

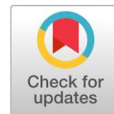


ISSN: 1859-1779

Nghiên cứu Y học

Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh;28(10):118-124

<https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2025.10.16>



Đánh giá kết quả điều trị sớm hoại thư Fournier có sự hỗ trợ hút áp lực âm sau phẫu thuật cắt lọc tại bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ

Đặng Thế Oánh^{1,*}, Trương Công Thành¹, Trương Minh Khoa¹, Đỗ Công Đoàn¹, Hoàng Duy Tân¹, Nguyễn Nhật Huy²

¹Khoa Ngoại thận - Tiết niệu, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, Thành phố Cần Thơ, Việt Nam

²Khoa Ngoại thận - Tiết niệu, Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận, Ninh Thuận, Việt Nam

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Đóng vết thương bằng hút chân không là phương pháp điều trị áp suất âm (Negative Pressure Wound Therapy – NPWT), dựa trên việc loại bỏ dịch vết thương bằng áp lực âm liên tục hoặc ngắt quãng.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị sớm hoại thư Fournier có hỗ trợ hút áp lực âm sau phẫu thuật cắt lọc.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loạt ca gồm 17 bệnh nhân hoại thư Fournier được phẫu thuật cắt lọc và điều trị hỗ trợ hút áp lực âm.

Kết quả: Tuổi trung bình $59,5 \pm 12,3$; 52,9% bệnh nhân đái tháo đường type 2; 17,7% tăng huyết áp. Số lần phẫu thuật trung bình $1,4 \pm 0,6$; thời gian sử dụng VAC $8,9 \pm 3,7$ ngày; thời gian lành vết thương $25,6 \pm 9,4$ ngày; thời gian nằm viện $27,3 \pm 10,2$ ngày. Không ghi nhận biến chứng nghiêm trọng liên quan VAC, chỉ 2 ca (11,8%) đau nhẹ tăng khi hút. Kết quả sớm: 13 bệnh nhân (76,5%) tốt, 3 trung bình (17,7%), 1 xấu (từ vong – 5,9%).

Kết luận: Điều trị áp suất âm sau cắt lọc hoại thư Fournier giúp giảm số lần thay băng, hạn chế tái cắt lọc, rút ngắn thời gian điều trị và hỗ trợ tái tạo mô hiệu quả. Liệu pháp này là hướng tiếp cận hứa hẹn trong chăm sóc vết thương sau phẫu thuật.

Từ khóa: hoại thư Fournier, liệu pháp hút áp lực âm (VAC), chỉ số mức độ hoại tử Fournier (FGSI)

Abstract

EVALUATE THE EARLY TREATMENT OUTCOMES OF FOURNIER'S GANGRENE WITH NEGATIVE PRESSURE WOUND THERAPY SUPPORT AFTER SURGICAL DEBRIDEMENT AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

Dang The Oanh, Truong Cong Thanh, Truong Minh Khoa, Do Cong Doan, Hoang Duy Tan, Nguyen Nhat Huy

Ngày nhận bài: 08-08-2025 / Ngày chấp nhận đăng bài: 15-10-2025 / Ngày đăng bài: 18-10-2025

*Tác giả liên hệ: Đặng Thế Oánh. Khoa Ngoại thận - Tiết niệu, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, Thành phố Cần Thơ, Việt Nam.
E-mail: bsdangtheoanh@gmail.com

© 2025 Bản quyền thuộc về Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh.

Background: Vacuum-assisted wound closure, also known as Negative Pressure Wound Therapy (NPWT), is a treatment method based on the removal of wound exudate by applying continuous or intermittent negative pressure to the wound surface.

Objectives: To evaluate the early outcomes treatment of Fournier's gangrene managed with negative pressure wound therapy following surgical debridement.

Methods: A descriptive case series including 17 patients diagnosed with Fournier's gangrene who underwent surgical debridement and received adjunctive NPWT.

Results: The mean age was 59.5 ± 12.3 years; 52.9% had type 2 diabetes mellitus and 17.7% had hypertension. The mean number of surgeries was 1.4 ± 0.6 ; mean duration of VAC therapy 8.9 ± 3.7 days; mean wound healing time 25.6 ± 9.4 days; and mean hospital stay 27.3 ± 10.2 days. No severe VAC-related complications were observed, except for mild increased pain in 2 patients (11.8%). Early outcomes were good in 13 patients (76.5%), moderate in 3 (17.7%), and unfavorable (death) in 1 (5.9%).

Conclusions: Negative pressure wound therapy after surgical debridement of Fournier's gangrene reduces dressing change frequency, limits the need for re-debridement, shortens treatment duration, and effectively promotes tissue regeneration. This technique represents a promising approach in postoperative wound management.

Keywords: Fournier's gangrene; Vacuum-Assisted Closure (VAC); Fournier Gangrene Severity Index (FGSI)

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hoại thư Fournier là dạng nhiễm trùng mô mềm hoại tử nghiêm trọng, thường xảy ra ở vùng đáy chậu, bìu và dương vật do nhiều loại vi khuẩn kỵ khí và hiếu khí gây ra. Bệnh đặc trưng bởi tình trạng viêm tắc các động mạch dưới da, dẫn đến hoại tử da và mô dưới da. Đây là bệnh lý cấp tính, tiến triển nhanh. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong điều trị và chăm sóc, nhưng tỷ lệ tử vong vẫn còn cao, dao động từ 4% đến 75% [1].

Đóng vết thương bằng phương pháp hút chân không (VAC – Vacuum-Assisted Closure) có thể được sử dụng thay thế cho các phương pháp xử lý vết thương thông thường. Phương pháp này sử dụng một ống có lỗ được kết nối vào những miếng bọt phủ lên vết thương được dán kín bằng băng dính để không cho không khí lọt vào. Ống có lỗ được kết nối với một máy bơm chân không có bình chứa dịch. Máy cung cấp lực hút liên tục hoặc ngắt quãng, trong khoảng từ -75 đến -125 mmHg. Hệ thống VAC được thay vào ngày thứ 3-5. Liệu pháp áp suất âm ổn định môi trường vết thương, giảm phù nề vết thương hay tải trọng vi khuẩn, cải thiện tưới máu mô và kích thích mô hạt và quá trình hình thành mạch máu. Tất cả những điều này giúp thúc đẩy quá trình lành vết

thương ban đầu và giảm nhu cầu phẫu thuật tạo hình [2].

Điều trị hoại thư Fournier phải phối hợp nhiều biện pháp cùng lúc gồm: hồi sức tích cực bằng truyền dịch để điều chỉnh cân bằng điện giải, dùng kháng sinh phổ rộng cùng với phẫu thuật để loại bỏ các mô hoại tử là những bước chính của quá trình điều trị, nhằm ngăn chặn những hậu quả nghiêm trọng và giảm tỉ lệ tử vong cho bệnh nhân [3].

Phẫu thuật cắt lọc kết hợp với hút áp lực âm liên tục đem lại kết quả khả quan. Hút áp lực âm liên tục đã được chứng minh là làm giảm diện tích vết thương, tần suất thay băng và liều thuốc giảm đau, do đó làm tăng chất lượng cuộc sống của bệnh nhân bị hoại thư Fournier [4]. Vì vậy, việc chẩn đoán bệnh sớm nhất, và điều trị hợp lý như sử dụng kháng sinh ban đầu theo kinh nghiệm, phẫu thuật cắt lọc hết mô hoại tử, chăm sóc hậu phẫu, nhằm giảm thiểu tối đa tỉ lệ tử vong cho bệnh nhân là những vấn đề được đặt ra đối với các bác sĩ lâm sàng. Tại Việt Nam đa số các Trung tâm Tiết niệu lớn đều sử dụng phương pháp là thay băng, tưới rửa sau phẫu thuật cắt lọc. Việc ứng dụng VAC trong điều trị hoại thư Fournier sau phẫu thuật hiện vẫn còn ít được báo cáo. Từ những lý do trên chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị sớm hoại thư Fournier có sự hỗ trợ hút áp lực âm sau phẫu thuật cắt lọc tại bệnh viện Đa

khoa Trung Ương Cần Thơ.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Có 17 bệnh nhân được chẩn đoán và chỉ định điều trị hoại thư Fournier có sự hỗ trợ hút áp lực âm sau phẫu thuật cắt lọc tại khoa Ngoại thận - Tiết niệu bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ trong khoảng thời gian từ tháng 1/2024 đến tháng 12/2024.

2.1.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán

Dựa trên đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phát hiện trong mổ xác định hoại tử mô mềm tầng sinh môn, bìu hoặc thành bụng dưới, có hoặc không có khí dưới da.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu, mô tả hàng loạt trường hợp.

2.2.2. Cỡ mẫu

Chọn mẫu thuận tiện tất cả bệnh nhân được chẩn đoán và chỉ định điều trị hoại thư Fournier có sự hỗ trợ hút áp lực âm sau phẫu thuật cắt lọc trong thời gian nghiên cứu.

2.2.3. Phương pháp thực hiện



Hình 1. Hình ảnh hoại thư Fournier ở một số bệnh nhân. Nguồn: Khoa Ngoại thận - Tiết niệu, Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ

2.2.4. Biến số nghiên cứu

Các biến số nghiên cứu bao gồm đặc điểm nhân khẩu học (giới, tuổi), bệnh nền (đái tháo đường, tăng huyết áp), đặc điểm tổn thương (diện tích vết thương, chỉ số FGSI, nguyên

Tất cả bệnh nhân được thu thập theo mẫu phiếu thu thập số liệu, ghi nhận: giới tính, bệnh đái tháo đường, bệnh tăng huyết áp, diện tích vết thương, chỉ số FGSI, nguyên nhân xuất phát FG, số lần cắt lọc và đặt VAC, kết quả nuôi cấy vi khuẩn,

Phương pháp điều trị: cách bỏ tinh hoàn, phẫu thuật tầng sinh môn, vùng bẹn, vùng bụng, mở bàng quang ra da, thời gian cắt lọc đến khi lành vết thương.

Chỉ định đặt VAC: Áp dụng sau khi cắt lọc mô hoại tử triệt để, mô còn lại có tưới máu tốt, diện vết thương lớn, không thể khâu kín ngay, và không có chống chỉ định như chảy máu hoặc nhiễm trùng chưa kiểm soát. Kết quả điều trị: không phẫu thuật tạo hình, khâu da thì 2, chuyển vạt da, tử vong.

Kết quả điều trị sớm được đánh giá dựa trên thời gian làm sạch mô hoại tử, thời gian đủ điều kiện khâu hoặc tạo hình che phủ, và thời gian nằm viện.

Đánh giá kết quả điều trị sớm trong thời gian bệnh nhân nằm viện đến khi xuất viện và tái khám sau 2 tuần:

- Tốt: bệnh nhân ra viện an toàn, tái khám vết thương đủ điều kiện khâu khép kín hoặc chuyển vạt da.
- Trung bình: bệnh nhân phải phẫu thuật cắt lọc lại từ sau khi đặt VAC lần đầu tiên, bệnh nhân ra viện được, tái khám vết thương chưa đủ điều kiện khâu khép kín hay chuyển vạt da.
- Xấu: bệnh nhân tử vong.

thương lành hoặc đủ điều kiện khâu, thời gian nằm viện và kết quả điều trị sớm (tốt, trung bình, xấu)..

2.2.5. Xử lý và phân tích dữ liệu

Số liệu được xử lý theo thuật toán thống kê y học qua chương trình SPSS 20.0.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm lâm sàng đối tượng nghiên cứu

100% bệnh nhân đều là nam giới, độ tuổi trung bình là $59,52 \pm 12,30$ tuổi. Điểm FGSI và diện tích vết thương lần lượt là $4,70 \pm 3,05$ điểm và $135,11 \pm 112,49$ cm². Nguyên nhân khởi phát hoại thư Fournier được phân loại như sau: hậu môn – trực tràng chiếm 8/17 bệnh nhân (47,1%), từ đường tiết niệu chiếm 2/17 (11,8%), và từ da chiếm 7/17 (41,2%) (Bảng 1).

Bảng 1. Phân bố bệnh theo nhóm tuổi của đối tượng nghiên cứu (n = 17)

Đặc điểm	Giá trị
Số bệnh nhân	17
Giới (nam/nữ)	17/0
Tuổi	$59,52 \pm 12,30$
Bệnh đái tháo đường	9/17 (52,9%)
Tăng huyết áp	3/17 (17,7%)
Diện tích vết thương cắt bỏ (cm ²)	$135,11 \pm 112,49$
Chỉ số FGSI	$4,70 \pm 3,05$
Nguyên nhân xuất phát FG	
- Hậu môn trực tràng	8 (47,1%)
- Từ đường tiết niệu	2 (11,8%)
- Từ da	7 (41,2%)

3.2. Đặc điểm vi sinh vật và phẫu thuật của hoại thư Fournier

Bảng 2. Đặc điểm vi sinh và phẫu thuật (n = 17)

Đặc điểm vi sinh và phẫu thuật	Giá trị
Số lần cắt lọc + đặt VAC	$1,67 \pm 1,5$
Kết quả nuôi cấy vi khuẩn hiếu khí	
- <i>Escherichia coli</i>	58,3%
- <i>Enterococcus faecalis</i>	16,7%
- <i>Pseudomonas aeruginosa</i>	16,7%
- <i>Klebsiella pneumoniae</i>	0
- <i>Enterococcus faecium</i>	16,7%
- <i>Acinetobacter baumannii</i>	16,7%

Đặc điểm vi sinh và phẫu thuật	Giá trị
Cắt bỏ tinh hoàn	2/17 (5,9%)
Phẫu thuật tăng sinh môn	5/17 (29,4%)
Phẫu thuật vùng bẹn	3/17 (17,7%)
Phẫu thuật vùng bụng	2/17 (11,8%)
Hậu môn tạm	7/17 (41,2%)
Mở bàng quang ra da	2/17 (11,8%)
Thời gian từ cắt lọc đến lành vết thương (ngày)	$23,11 \pm 13,13$

Tỷ lệ những bệnh nhân có tổn thương thành bụng, vùng bẹn, tăng sinh môn và/hoặc tổn thương bìu và/hoặc dương vật lần lượt là 11,8%, 17,7% và 29,4%. Vi khuẩn gây bệnh là nhóm vi khuẩn hiếu khí (*E. coli* chiếm đa số, với 58,33%). Thời gian từ lúc cắt lọc đến lành vết thương trung bình $23,11 \pm 13,13$ ngày. Có 41,2% được mở hậu môn tạm và 11,8% được mở bàng quang ra da.

3.3. Kết quả điều trị

Có 2 bệnh nhân không cần khâu hay tạo hình (chiếm tỉ lệ 11,8%). Việc phẫu thuật khâu vết thương thứ phát hoặc tạo hình đã được thực hiện ở 14/17 bệnh nhân (82,3%). Trong đó, bốn bệnh nhân lành bằng cách ghép vật da cân đùi trước ngoài, có 1 bệnh nhân (5,9%) tử vong trong thời gian nằm viện.

Số lần phẫu thuật trung bình $1,4 \pm 0,6$; thời gian sử dụng VAC $8,9 \pm 3,7$ ngày; thời gian lành vết thương $25,6 \pm 9,4$ ngày; thời gian nằm viện $27,3 \pm 10,2$ ngày. Không ghi nhận biến chứng nghiêm trọng liên quan VAC, chỉ 2 ca (11,8%) đau nhẹ tăng khi hút. Kết quả sớm: 13 bệnh nhân (76,5%) tốt, 3 trung bình (17,7%), 1 xấu (từ vong – 5,9%).

Bảng 3. Phương pháp xử trí vết thương sau cắt lọc và kết cục điều trị (n = 17)

Kết quả điều trị	Fournier Gangrene
Không phẫu thuật tạo hình	2/17 (11,8%)
Khâu da thì 2	10/17 (70,6%)
Chuyển vật da	4/17 (23,5%)
Tử vong	1/17 (5,9%)

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng đối tượng nghiên cứu

Tất cả 17 bệnh nhân (BN) trong nghiên cứu đều là nam giới với độ tuổi trung bình là $59,52 \pm 12,30$ tuổi, dao động từ

33 đến 84 tuổi. Kết quả này cũng tương đồng với một số nghiên cứu trước đó như: Sorensen MD tuổi trung bình là $50,9 \pm 18,6$ tuổi, Koukouras D là 55,5 tuổi (22-82), Korkut M là 54,6 tuổi (17-82) [5-7]. Như vậy, độ tuổi và nhóm tuổi mắc bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt đáng kể so với các tác giả trên thế giới.

Về giới tính, những báo cáo trước đây cho rằng hoại thư Fournier hiếm xảy ra ở phụ nữ và trẻ em. Thực tế, tỉ lệ mắc bệnh giữa nam:nữ là xấp xỉ 10:1. Trong loạt nghiên cứu 1641 trường hợp (TH) hoại thư Fournier của Sorensen MD có 39 TH là nữ [9], Koukouras D trong 44 TH có 5 TH nữ [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả các bệnh nhân đều là nam giới, điều này có thể lý do cỡ mẫu của chúng tôi còn ít (17 TH) so với các tác giả trên.

Mặc dù ban đầu hoại thư Fournier được mô tả là một hoại thư tự phát của cơ quan sinh dục, nhưng hiện nay nguyên nhân gây bệnh có thể được xác định trong 75 – 95% các trường hợp. Eke N (2000) ghi nhận các nguyên nhân gây bệnh từ hậu môn trực tràng là 21%, từ đường tiết niệu sinh dục là 19%, từ da là 24% và không rõ nguyên nhân là 36% [8]. Tác giả Koukouras D có báo cáo nguyên nhân từ hậu môn trực tràng là 52,3%, từ đường tiết niệu sinh dục là 25%, từ da là 11,4% và không rõ nguyên nhân là 11,4% [6]. Tác giả Basoglu M thì ghi nhận nguyên nhân từ hậu môn trực tràng là 48,9%, từ đường tiết niệu sinh dục là 4,4%, từ da là 33,3% và không rõ nguyên nhân là 13,3% [9]. Trong nghiên cứu chúng tôi, nguyên nhân có nguồn từ hậu môn trực tràng thường gặp nhất với 47,1%, từ da là 41,2%, từ đường tiết niệu sinh dục là 11,8%.

Về tỉ lệ các bệnh lý kèm theo, theo các nghiên cứu trên thế giới cho thấy tỉ lệ bệnh đái tháo đường từ 33,3 - 56%, tăng huyết áp từ 12 - 20%, bệnh ác tính từ 3,3 - 6,8%. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 52,9% có đái tháo đường và 17,7% có tăng huyết áp kèm theo.

4.2. Đặc điểm vi sinh vật và phẫu thuật của hoại thư Fournier

Hoại thư Fournier là một nhiễm khuẩn nặng do nhiều loại vi khuẩn thuộc cả hai nhóm hiếu khí và kỵ khí, thường có từ 3 hoặc nhiều hơn 3 loại vi khuẩn trên một BN, phổ biến nhất là *E. coli*, *Proteus*, *Enterococcus* và vi khuẩn kỵ khí. Vi khuẩn *E. coli* chiếm ưu thế trong nhóm vi khuẩn hiếu khí và *Bacteroides* có tỉ lệ cao hơn trong nhóm vi khuẩn kỵ khí [3].

Nhiều nghiên cứu của các tác giả trên giới cũng cho thấy đa số các TH có nhiều hơn 1 loại vi khuẩn gây bệnh và *E. coli* là vi khuẩn phổ biến nhất. Tác giả Koukouras D nghiên cứu cho thấy 63,6% các TH có hơn 2 loại vi khuẩn, *E. coli* chiếm 59,1%, *Bacteroides fragilis* 38,6% [6]. Tác giả Basoglu M cho thấy 28,9% các TH có hơn 2 loại vi khuẩn, *E. coli* chiếm 55,6% [9]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, *E. coli* là vi khuẩn chiếm tỉ lệ cao nhất trong nhóm vi khuẩn hiếu khí. Tuy nhiên, không ghi nhận được vi khuẩn kỵ khí do cơ sở chưa trang bị môi trường nuôi cấy phù hợp để phân lập nhóm vi khuẩn này. Việc phân lập vi khuẩn kỵ khí đòi hỏi môi trường nuôi cấy đặc hiệu, vận chuyển mẫu trong điều kiện không có oxy và xử lý mẫu trong thời gian ngắn sau khi lấy, điều mà nhiều phòng xét nghiệm tuyến tỉnh hiện chưa đáp ứng đầy đủ.

Mặc dù không định danh được nhóm vi khuẩn kỵ khí, kết quả vẫn phản ánh được xu hướng chung của căn nguyên gây bệnh, bởi *E. coli* và các vi khuẩn hiếu khí khác đóng vai trò chính trong giai đoạn khởi phát và lan rộng hoại tử mô mềm. Ngoài ra, phác đồ kháng sinh được sử dụng trong điều trị đều phủ rộng cả hai nhóm hiếu khí và kỵ khí, nên hạn chế này ít ảnh hưởng đến kết quả lâm sàng của nghiên cứu.

Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều được phẫu thuật cắt lọc mô hoại tử cấp cứu trong vòng 24 giờ sau khi nhập viện. Việc chuyển lưu phân và nước tiểu được thực hiện khi có tổn thương lan rộng, tùy thuộc vào vị trí hoại tử. Cụ thể, có 41,2% bệnh nhân được chuyển lưu phân và 11,8% được chuyển lưu nước tiểu. Chỉ định chuyển lưu được đặt ra trong các trường hợp tổn thương lan rộng đến vùng đáy chậu, thành bụng hoặc xuống đùi. Mục tiêu của thủ thuật này là tránh để phân và nước tiểu đi qua vùng tổn thương, hạn chế nguy cơ nhiễm khuẩn thứ phát, giúp vùng vết mổ khô sạch nhanh hơn và cải thiện tiến triển điều trị [8].

Nghiên cứu của Assenza M đã tiến hành nghiên cứu 6 trường hợp hoại thư Fournier ở bệnh nhân nam mắc đái tháo đường và cho rằng VAC là phương pháp tiết kiệm thời gian điều trị [4]. Kết quả ghi nhận VAC làm giảm thời gian nằm viện, sự khó chịu của bệnh nhân, số lượng thuốc phải sử dụng và cải thiện đáng kể chất lượng cuộc sống. Tương tự, Cuccia G đã đánh giá kết quả của VAC trên sáu bệnh nhân với FGSI trung bình là 10,5 điểm thì có hiệu quả trong việc làm sạch và chuẩn bị vết thương [1], đồng thời rút ngắn thời gian nằm viện và giảm sự khó chịu của bệnh nhân. Một nghiên cứu hồi cứu của 9 trung tâm tiết niệu tại Italia từ năm 2007 đến 2018

trên 92 bệnh nhân hoại thư Fournier, ghi nhận có 33 bệnh nhân sau phẫu thuật được điều trị bằng VAC. Tỷ lệ đóng kín vết thương hoàn toàn ở nhóm dùng VAC là 71,4%, cao hơn đáng kể so với nhóm không sử dụng VAC (28,6%), thời gian trung bình từ khi cắt lọc ban đầu đến khi đóng vết thương hoàn toàn đối với nhóm có VAC là 38,5 ngày ngắn hơn nhóm không có sử dụng VAC là 56 ngày. Tác giả kết luận liệu pháp VAC là một lựa chọn kinh tế và hiệu quả để điều trị vết thương sau khi cắt lọc, tỷ lệ cắt lọc lại ở nhóm VAC thấp hơn đáng kể so với nhóm không đặt VAC. Nghiên cứu của Czymek R nghiên cứu 19 bệnh nhân đã trải qua liệu pháp VAC và 16 bệnh nhân khác được điều trị bằng băng sát trùng sau khi cắt lọc [10]. Họ nhận thấy rằng liệu pháp VAC có liên quan đến thời gian nằm viện ngắn hơn và tỷ lệ tử vong thấp hơn. Trong nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy rằng thời gian từ cắt lọc đến tái tạo là tương đối thấp ($25,6 \pm 9,4$ ngày) so với 1 số nghiên cứu [1,4], điều đó cho thấy hiệu quả việc đặt VAC trong điều trị hậu phẫu cắt lọc hoại thư Fournier với ưu điểm của liệu pháp VAC là ít cần phải cắt lọc lại. Tuy nhiên, hạn chế của nghiên cứu hiện tại là thiết kế nhỏ và chưa có nhóm so sánh với liệu pháp thông thường (cắt lọc để mở rửa, chăm sóc vết thương). Vì vậy, chúng tôi đề xuất rằng các nghiên cứu triển vọng hơn nữa so sánh VAC và liệu pháp vết thương hở tiêu chuẩn trong các nhóm nghiên cứu lớn hơn là cần thiết.

4.3. Kết quả điều trị

Theo Assenza M (2011) [4], liệu pháp VAC giúp giảm số lần thay băng, giảm đau và rút ngắn thời gian nằm viện trung bình từ 24 xuống còn 16 ngày. Cuccia G (2009) cũng ghi nhận thời gian lành vết thương trung bình 19 ngày khi áp dụng VAC [1], so với hơn 30 ngày ở nhóm điều trị thông thường. Czymek R (2009) trong một nghiên cứu so sánh ngẫu nhiên cho thấy VAC giúp giảm số lần phẫu thuật cắt lọc trung bình từ 3,1 xuống còn 1,9 lần và thời gian nằm viện trung bình từ 39 xuống 24 ngày, đồng thời tỷ lệ tử vong giảm nhẹ [10]. Basoglu M (2007) cũng nhấn mạnh VAC đặc biệt hữu ích trong kiểm soát dịch tiết và giảm gánh nặng chăm sóc cho nhân viên y tế [9].

Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận thời gian sử dụng VAC $8,9 \pm 3,7$ ngày; thời gian lành vết thương $25,6 \pm 9,4$ ngày; thời gian nằm viện $27,3 \pm 10,2$ ngày. Không ghi nhận biến chứng nghiêm trọng liên quan VAC, chỉ 2 ca (11,8%) đau nhẹ tăng khi hút. Kết quả sớm: 13 bệnh nhân (76,5%)

tốt, 3 trung bình (17,7%), 1 xấu (tử vong – 5,9%). Kết quả của chúng tôi phù hợp với các tác giả trên, cho thấy liệu pháp hút áp lực âm là phương pháp hỗ trợ hiệu quả trong điều trị giai đoạn sớm hoại thư Fournier, giúp rút ngắn thời gian liền vết thương và giảm số lần phẫu thuật cắt lọc bổ sung. Ngoài ra, VAC còn tạo điều kiện thuận lợi cho việc chuẩn bị nền mô trước khâu thì hai hoặc chuyển vật da, giảm thiểu biến chứng và nâng cao chất lượng hồi phục.

Mặc dù có nhiều tiến bộ trong điều trị nội khoa, phẫu thuật rộng cắt lọc sạch mô hoại tử và quy trình chăm sóc đặc biệt, nhưng hoại thư Fournier vẫn còn là một tình trạng bệnh nghiêm trọng, tỉ lệ tử vong còn rất cao, thay đổi từ 0% đến 75% số các trường hợp mắc bệnh [5]. Một số nghiên cứu trên thế giới như của tác giả Eke N nghiên cứu 1726 TH hoại thư Fournier có tỉ lệ tử vong là 16% [8], Sorensen MD tỉ lệ tử vong là 7,5% [5]. Kết quả của chúng tôi có 1 TH (5,9%) tử vong và 16/17 TH (94,1%) được phục hồi với kết quả khả quan, để điều trị sau khi phục hồi mô tổn thương, nhiều tác giả sử dụng phương pháp khâu da kín, ghép da mỏng hay chuyển da vùng bẹn có nhiều ưu thế với trường hợp mất da rộng. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự vậy, tuy nhiên với trường hợp mất da rộng không thể khâu kín (4/17 TH), chúng tôi sử dụng phương pháp chuyển vật da có cuống mạch liền từ vật da cân đùi trước ngoài với nhiều ưu điểm là khối lượng da, cân, mỡ lớn, cuống mạch dài, mạch máu hằng định, dễ dấu vùng cho vật, vật đủ chắc để phục hồi chức năng tình dục.

Tuy nhiên, hiệu quả của VAC vẫn phụ thuộc vào việc cắt lọc mô hoại tử triệt để ngay từ đầu và phối hợp kháng sinh phù hợp, điều đã được thực hiện đồng nhất trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi. Do hạn chế về cỡ mẫu và thiết kế mô tả, nghiên cứu chưa thể so sánh trực tiếp với nhóm chứng, nhưng kết quả gợi ý VAC là phương pháp tiềm năng, an toàn và khả thi trong điều kiện bệnh viện tuyến tỉnh.

5. KẾT LUẬN

Đóng vết thương bằng phương pháp hút chân không là phương pháp có lợi ích về thời gian nằm viện, tỷ lệ tái tạo mô sau cắt lọc kết hợp đặt VAC và lợi thế quan trọng nhất của liệu pháp VAC là giảm tỷ lệ tái cắt lọc. Tỷ lệ tái cắt lọc và tần suất thay băng thấp hơn trong liệu pháp VAC có thể làm giảm thời gian điều trị thực hành và giảm gánh nặng

chăm sóc. Do đó, chúng tôi cho rằng liệu pháp VAC nên được áp dụng rộng rãi trong bệnh hoại thư Fournier.

Nguồn tài trợ

Nghiên cứu không nhận tài trợ.

Xung đột lợi ích

Không có xung đột lợi ích tiềm ẩn nào liên quan đến bài viết này được báo cáo.

ORCID

Đặng Thế Oánh

<https://orcid.org/0009-0005-5234-5902>

Đỗ Công Đoàn

<https://orcid.org/0009-0003-0410-0260>

Nguyễn Nhật Huy

<https://orcid.org/0009-0008-5555-9238>

Hoàng Duy Tân

<https://orcid.org/0009-0008-4325-6280>

Đóng góp của các tác giả

Ý tưởng nghiên cứu: Đặng Thế Oánh, Trương Minh Khoa

Đề cương và phương pháp nghiên cứu: Đặng Thế oánh, Đỗ Công Đoàn

Thu thập dữ liệu: Đặng Thế Oánh, Trương Công Thành, Hoàng Duy Tân

Giám sát nghiên cứu: Trương Công Thành

Nhập dữ liệu: Đặng Thế Oánh, Nguyễn Nhật Huy

Quản lý dữ liệu: Hoàng Duy Tân

Phân tích dữ liệu: Đặng Thế Oánh, Nguyễn Nhật Huy

Viết bản thảo đầu tiên: Đặng Thế Oánh

Góp ý bản thảo và đồng ý cho đăng bài: Trương Công Thành, Trương Minh Khoa

Cung cấp dữ liệu và thông tin nghiên cứu

Tác giả liên hệ sẽ cung cấp dữ liệu nếu có yêu cầu từ Ban biên tập.

Chấp thuận của Hội đồng Đạo đức

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Khoa học công nghệ bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ, số: 103/QĐ-KHCN ngày 1/12/2023.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cuccia G, Mucciardi G, Morgia G. Vacuum-assisted closure for the treatment of Fournier's gangrene. *Urol Int.* 2009;82(4):426–431.
2. Yanaral F, Balci C, Ozgor F, et al. Comparison of conventional dressings and vacuum-assisted closure in the wound therapy of Fournier's gangrene. *Arch Ital Urol Androl.* 2017;89(3):208–211.
3. Radcliffe RS and Khan MA. Mortality associated with Fournier's gangrene remains unchanged over 25 years. *BJU Int.* 2020;125(4):610–616.
4. Assenza M, Cozza V, Sacco E. VAC (Vacuum Assisted Closure) treatment in Fournier's gangrene: personal experience and literature review. *Clin Ter.* 2011;162(1):1–5.
5. Sorensen MD, Krieger JN, Rivara FP. Fournier's Gangrene: population based epidemiology and outcomes. *J Urol.* 2009;181(5):2120–2126.
6. Koukouras D, Kallidonis P, Panagopoulos C. Fournier's gangrene, a urologic and surgical emergency: presentation of a multi-institutional experience with 45 cases. *Urol Int.* 2011;86(2):167–172.
7. Korkut M, İçöz G, Dayangaç M. Outcome analysis in patients with Fournier's gangrene: report of 45 cases. *Dis Colon Rectum.* 2003;46(5):649–652.
8. Eke N. Fournier's gangrene: a review of 1726 cases. *Br J Surg.* 2000;87(6):718–728.
9. Basoglu M, Ozbey I, Atamanalp SS. Management of Fournier's gangrene: review of 45 cases. *Surg Today.* 2007;37(7):558–563.
10. Czymek R, Schmidt A, Eckmann C. Fournier's gangrene: vacuum-assisted closure versus conventional dressings. *Am J Surg.* 2009;197(2):168–176.