

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT HỘI CHỨNG HOẠI THƯ FOURNIER TẠI BỆNH VIỆN K

Thái Nguyên Hưng¹, Trịnh Thành Vinh²

TÓM TẮT

Báo cáo hồi cứu mô tả loạt ca lâm sàng bệnh nhân có hội chứng hoại tử Fournier với 2 mục tiêu: 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng loạt ca lâm sàng bệnh nhân có hội chứng hoại tử Fournier. 2. Đánh giá kết quả phẫu thuật và điểm lại Y văn.

Kết quả nghiên cứu: 4 bệnh nhân (BN), tuổi trung bình (TB) 47,25 T, nam 75%, nữ 25%. Đường huyết cao 75%. Nguồn gốc từ hậu môn trực tràng 75%. 2 BN có bệnh lý ung thư (UT). Lâm sàng 100% số BN sưng đau vùng tầng sinh môn (TSM) và hố ngồi trực tràng phối hợp với sốt cao; 75% lan tới gốc bìu, 1 BN lan tới môi lớn. Chụp cộng hưởng từ (MRI) 100% cho thấy có khối tổn thương lan rộng vùng TSM và hố ngồi trực tràng. Xét nghiệm bạch cầu (BC) > 16 G/L 75%. Mổ cấp cứu 100%, phẫu thuật cắt lọc rộng tổ chức hoại tử, rạch rộng, làm sạch, để hở da 100%; Phối hợp cắt đường rò hậu môn (HM) 50%. Làm hậu môn nhân tạo (HMNT) 75%, mở thông bàng quang (MTBQ) 25%. Cấy mũ E coli chiếm 75%; Cấy mũ (-) 25%. Thời gian điều trị 19,75 ngày. Tử vong (TV) 25% vì sốc nhiễm trùng.

Kết luận

1. Bốn bệnh nhân, tuổi TB 47,25 T; nam 75%, nữ 25%. Đái tháo đường chiếm 75%. Bệnh lý ung thư 50%. Nguyên nhân gây bệnh từ rò và apxe cạnh hậu môn và khối Ung thư trực tràng chiếm 75%. Lâm sàng 100% số BN sưng đau vùng tầng sinh môn và hố ngồi trực tràng phối hợp với sốt cao; 75% lan tới gốc bìu, 1 BN lan tới môi lớn. Chụp MRI 100% thấy ổ apxe vùng tầng sinh môn.

2. Phẫu thuật cắt lọc tổ chức hoại tử, làm sạch, để da hở 100%, làm hậu môn nhân tạo 75%, mở thông bàng quang 25%. Cấy mũ E coli 75%; 25% cấy mũ (-). Giải phẫu bệnh 100% là tổ chức hoại tử, apxe. Thời gian điều trị trung bình 19,75 ngày (từ 14-25 ngày). Tử vong 25% vì sốc nhiễm trùng.

3. Hội chứng Fournier là nhiễm trùng nặng, phối hợp nhiều loại vi khuẩn tổ chức dưới da và cân vùng tầng

sinh môn, cạnh hậu môn và bộ phận sinh dục, có thể lan rộng tới bẹn, nách, háng. Bệnh tiến triển nhanh với tỷ lệ biến chứng và tử vong cao (3-45%). Chẩn đoán sớm, phẫu thuật cấp cứu cắt lọc rộng, triệt để tổ chức hoại tử phối hợp với kháng sinh phổ rộng, săn sóc tại chỗ có thể giảm tỷ lệ tử vong, biến chứng.

Từ khóa: Hoại thư Fournier, phẫu thuật cắt lọc tổ chức hoại tử, hậu môn nhân tạo, mở thông bàng quang.

SUMMARY

SURGICAL TREATMENT RESULTS OF FOURNIER GANGRENE AT K HOSPITAL

Study aim

Evaluation of clinical and paraclinical characteristics of Fournier gangrene.

Surgical treatment result and Review of Literature.

Patient and methode: Retrospective study, series cases report.

Results:

There were 4 patients, male 75%, female 25%, mean age 47,25 years; diabetes mellitus 75%. Clinical feature: pain, swelling, erythema in perineal and perianal areas which spreading to scrotum in 75% with fever. White blood cell counts > 16 G/L in 75%.

The source is anorectal in 75%. MRI revealed abscesses situated at perianal and perineal areas in 100%.

Surgical Procedure: Wide debridement of the necrotic tissue and broad spectrum intravenous antimicrobial therapy with colostomy in 75%, with cystostomy in 25%, associated with fistulectomy in 50%. Purulent cultures were E Coli in 75%, negative in 25%. The average hospital stay was 19,75 days. 1 patient died of septic shock (25%).

Conclusion: There were 4 patients, male 75%, female 25%, mean age 47,25 years.

1 Clinical and para clinical feature: Diabetes mellitus 75%. Clinical feature: pain, swelling, erythema in perineal and perianal areas which spreading to scrotum in 75% with fever. White blood cell counts > 16 G/L in 75%. MRI revealed abscesses situated at perianal and perineal areas in 100%.

2. Surgical Procedure: Wide debridement of the

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y-Dược, đại học Thái Bình

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email thainguyenhung70@gmail.com

Mã bài: N845

Ngày nhận bài: 1/5/2026

Ngày phản biện khoa học: 26/4/2026

Ngày duyệt bài: 15/6/2026

necrotic tissue and broad spectrum intravenous antibiotic therapy with colostomy in 75%, with cystostomy in 25%, associated with fistulectomy in 50%. The source was anorectal in 75%.

Purulent cultures were E Coli in 75%, negative in 25%, The average hospital stay was 19,75 days. The mortality rate was 25 %.

Keywords: *Fournier's gangrene, colostomy, cystostomy, surgical debridement*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Hội chứng (HC) Fournier là bệnh lý viêm cân cơ hoại tử vùng đáy chậu được bác sỹ da liễu người Pháp Jean Alfred Fournier báo cáo ca đầu tiên vào năm 1883. Hoại thư Fournier (HF) là viêm cân cơ hoại tử hiếm gặp gây tắc các động mạch dưới da, hoại tử da và mô dưới da tiến triển nhanh chóng gây hoại tử các mô sâu, tầng sinh môn, quanh hậu môn, bộ phận sinh dục dẫn đến nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn, suy đa tạng và tử vong. Điều trị hội chứng Fournier gặp nhiều khó khăn do bệnh tiến triển nhanh, nhiễm trùng nặng, phối hợp nhiều loại vi khuẩn kỵ khí và hiếu khí Gram (+), Gram(-). Những năm gần đây tại Bệnh viện K, các ca bệnh Fournier được phẫu thuật ngày càng tăng. Bệnh xuất hiện dưới các dạng khác nhau như khối sưng đau vùng hậu môn xuất hiện sau hóa xạ trị hay dưới dạng khối nghi ung thư vùng hậu môn trực tràng tuy nhiên các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng cũng như thái độ xử trí còn chưa được thống nhất. Bởi vậy chúng tôi báo cáo loạt ca lâm sàng với mục tiêu:

1. Mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của loạt ca lâm sàng bệnh nhân có hội chứng Fournier.

2. Đánh giá kết quả phẫu thuật bệnh nhân có Fournier và điểm lại ý văn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

BN có hội chứng Fournier, được điều trị phẫu thuật lại bệnh viện K.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp mô tả hồi cứu, báo cáo loạt ca lâm sàng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:

Bệnh án 1:

Bệnh nhân (BN) Nông Văn Ph, nam, 53 T, Mã Hồ sơ 220099150.

Tiền sử (TS): Đã mổ rò hậu môn (HM), sưng đau vùng tầng sinh môn (TSM) lan rộng 2 bên, quanh hậu môn, không đi lại được.

Khám: Sốt > 38,5-39 độ, sưng đau, phù nề lan rộng vùng tầng sinh môn và hố ngồi trực tràng 2 bên, lan đến nếp bẹn 2 bên, da TSM và hố ngồi trực tràng đỏ tím, có điểm hoại tử, nhiều ổ apxe vùng TSM 2 bên, vùng TSM phù nề, lép bép, nhiều lỗ rò ngoài chảy máu, mủ hôi, chất hoại tử trên nền các ổ hoại tử, apxe TSM và hố ngồi trực tràng.



Ảnh 1: Hoại tử Fournier TSM lan rộng, rò HM phức tạp

Chụp MRI: Hình ảnh rò gian cơ thất ra hố ngồi trực tràng 2 bên, phù nề phần mềm TSM 2 bên, hạch bẹn 2 bên.

XN: hồng cầu (HC) 3,96 T/L, huyết sắc tố (Hb) 9,9 g/L. Hematocrit: 0,317 (L/L), tiểu cầu 184. Bạch cầu (BC) 18,8 G/L.

Sinh hóa: Đường 5,83 mmol/L; Ure 3,6; creatinin 54; Ure 3,6, GOT 37 (U/L).

Phẫu thuật:

Tổn thương: ổ hoại tử apxe lớn TSM 2 bên, lan rộng tới gốc bìu, chiếm toàn bộ từ gốc bìu đến TSM 2 bên và vượt qua hố ngồi trực tràng 2 bên, nhiều đường rò móng ngựa phức tạp, khoảng 8-9 lỗ ngoài trên nền ổ hoại tử, apxe.

Mổ cắt lọc, lấy rộng tổ chức hoại tử, làm sạch, dẫn lưu apxe, làm HMNT.

Cấy mủ: E coli.

Kết quả giải phẫu bệnh: Tổ chức hoại tử, apxe.

BN được dùng kháng sinh meronem 1g-3

lần/ngày (theo kháng sinh đồ), metronidazol, ciprofloxacin, thay băng nhiều lần ngày, BN xuất viện sau 18 ngày.



Ảnh 2: BN Nông Văn Ph, 53 T: mô cắt lọc tổ chức hoại tử, rạch rộng.

Bệnh án 2: Nguyễn Thị Ch, 37 T (Sinh năm 1984), Mã hồ sơ: 213089323.

Lý do vào viện (LDVV): Sưng đau vùng TSM.

Cách vào viện 1 tuần bệnh nhân (BN) xuất hiện sưng đau vùng TSM và quanh hậu môn (HM) lan rộng.

Khám: Sưng nề toàn bộ vùng TSM, hố ngồi trực tràng, bộ phận sinh dục, môi lớn, khó đi ỉa.

Chụp cộng hưởng từ (MRI): Chiếm toàn bộ trực tràng và ống hậu môn là khối tổn thương 96-165 mm xâm lấn thành sau âm đạo, xương cùng cụt. Kết luận: Ung thư trực tràng-ống hậu môn.



Ảnh 3: Khối hoại tử lan tỏa vùng trực tràng, ống hậu môn

(Nguyễn Thị Ch, mã HS: 213089323)

Diễn biến lâm sàng: BN đau, sưng nề vùng TSM và hố ngồi trực tràng lan rộng tới môi lớn, sốt liên tục > 39 độ, khó đi ngoài.

Xét nghiệm: Hồng cầu (HC): 3,94 T/L; huyết sắc tố (Hb) 111 g/L; Hematocrit 0,322 L/L; Bạch cầu (BC) 11,26 G/L; Tiểu cầu (TC) 437 G/L.

Sinh hóa: Urê 6,8 mmol/L. Creatinin 36 μ mol/L; đường 6,83 mmol/L, GOT 41,4 U/L; GPT 23,5 U/L; Bilirubine 26 g/L.

Mổ cấp cứu: Chẩn đoán trước mổ: hoại tử TSM, có hội chứng Fournier/ ung thư trực tràng

Chẩn đoán sau mổ: Hội chứng Fournier/ UT trực tràng/ sốc nhiễm trùng nhiễm độc.

Tổn thương: Toàn bộ TSM sưng nề, hoại tử lan rộng tới bẹn và môi lớn 2 bên, hố ngồi trực tràng 2 bên.

Mổ: cắt lọc tổ chức hoại tử, rạch rộng, làm sạch, làm HMNT và mở thông bàng quang (MTBQ)

GPB: U lympho không Hodgkin lan tỏa tế bào lớn.

XN (sau mổ): HC 1.92 T/L; Hb 56 g/L; hematocrite 0,165 L/L; BC 1,09 G/L; tiểu cầu 4 G/L.

Sinh hóa: Creatinin: 168, Urê 27; đường 9,9 mmol/L, GOT 229 U/L; Bilirubine 156 μ mol/L, albumin 17,1 g/L, Procalcitonin > 100 ng/L.

Sau mổ BN sốc nhiễm trùng nhiễm độc, sốt cao dao động liên tục > 40 độ, suy đa tạng, không đáp ứng với vận mạch, tử vong (TV) sau mổ 14 ngày.

Bệnh án 3:

Viên Đình L, 47 T.

LDVV: Sưng đau vùng TSM và hậu môn 2 bên.

Khoảng 2 tuần sưng đau TSM, quanh HM và hố ngồi trực tràng 2 bên.

Khám: sốt 38,5-39 độ, sưng nề lan rộng, tấy đỏ TSM, quanh HM, hố ngồi trực tràng 2 bên.

MRI: Vùng tiểu khung và phần mềm TSM có nhiều đám tổn thương, kích thước lớn nhất 69-52 mm.

XN: HC 4,93 T/L; Hb 151 g/L; Hematocrit: 0,45%; BC 28,7 G/L; TC 387 G/L.

Sinh hóa: Đường 6,81 mmol/L; Urê 4,3 mmol/L; Creatinin 65 μ mol/L.

Mổ: Vùng TSM bên phải là ổ hoại tử lớn (>

10 cm), lan rộng tới gốc bìu, mũ đặc, màu socola kèm nhiều tổ chức hoại tử, mùi hôi. Vùng TSM trái ổ hoại tử nhỏ hơn (> 6 cm), nhiều mũ và tổ chức hoại tử

Hút ra > 300 ml mũ, cắt lọc, rạch rộng, lấy tổ chức hoại tử, làm sạch, để da hở, làm HMNT

Cấy mũ: E coli.

GPB: tổ chức hoại tử, apxe.

BN được dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ: Meronem, metronidazol, ciprofloxacin, hút rửa liên tục, BN được đóng lại HMNT 4 tuần (lành vết thương để hở sau 22 ngày).



Ảnh 4: Tổn thương hoại tử, apxe TSM 2 bên (Viên Đình L, 47 T; Mã 25111988).



Ảnh 5: Hoại tử Fournier 2 bên (Viên Đình L)

Bệnh án 4:

Lê Thanh L, 52 T (1974); Mã HS: 251230116.

TS: Đang điều trị UT phổi GĐ IV.

Đau tức TSM 10 ngày, sốt 39-40 độ, TSM phải, quanh HM, hố ngồi trực tràng bên phải sưng nề đỏ tím, có điểm hoại tử, lạo xạo, tổn thương lan đến sát rìa HM phải và lan tới nếp bẹn phải, thăm trực tràng: hẹp ống HM căng, đau

XN: HC 3,77 T/L; Hb 94 g/L; Hematocrite 0,305 L/L; BC 16,17 G/L; TC 508 G/L.

Định lượng CRP: 106,82 mg/L

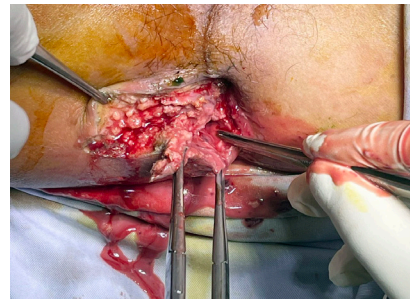
Sinh hóa: Urê 3,11 mmol/L; Creatinin 112 μmol/L; Đường 3,9 mmol/L; Albumin 32,26 g/L, bilirubine 4,9 mmol/L.

Nội soi trực tràng: không thấy tổn thương trực tràng, trĩ nội, u nhú ống HM.

Chụp MRI: Quanh ống hậu môn có ổ dịch 45-39 mm, tăng tín hiệu trên T2W, ngấm thuốc viền sau tiêm

Mổ: Ổ hoại tử lớn vùng TSM phải (> 15 cm), hút ra nhiều mũ màu nâu đục. Vùng TSM phải nhiều khoang mũ và tổ chức hoại tử, các khoang này thông tới nếp bẹn gốc bìu bên phải, gồm nhiều khoang chiếm hết hố ngồi trực tràng và TSM, vùng hoại tử lan tới rìa HM phải. Đường rò hậu môn có lỗ trong ở vị trí 9 h, xuyên cơ thắt.

Mổ cắt lọc tổ chức hoại tử, làm sạch ổ apxe, cắt đường rò, cấy mũ, để da hở.



Ảnh 6: Tổn thương hoại tử apxe vùng TSM (Lê Thanh L, 51 T; Mã 251230116).

Cấy mũ: E coli.

GPB: Tổn thương apxe, hoại tử.

Đường rò hậu môn.

BN được dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ bao gồm Cephalosporin thế hệ 3, metronidazol, ciprofloxacin, thay băng và tưới rửa nhiều lần/ngày. BN ra viện sau 25 ngày.

IV. BÀN LUẬN

Hoại tử Fournier được bác sỹ da liễu người Pháp Jean Alfred Fournier (1832-1914) mô tả lần đầu tiên như 1 bệnh không rõ nguyên nhân (idiopathic) tuy nhiên cho tới nay có tới 95% đã xác định được nguyên nhân. Đường vào của bệnh có thể là đường hậu môn trực tràng (13-50%), đường tiết niệu sinh dục (17-87%) hay qua da (21-24%). Các loại vi khuẩn (VK) gây bệnh thường là các loại VK tiết niệu sinh dục và hậu môn trực

tràng (HMTT) như E.Coli, Proteus, Klebsiella, Bacteroides, liên cầu, tụ cầu. Nguyên nhân gây ra hoại tử và nhiễm trùng nặng không rõ tuy nhiên các bệnh lý phối hợp bao gồm đái tháo đường (ĐTĐ) (21-79%), giảm miễn dịch, nghiện rượu (25-66%), lạm dụng các đường tiêm truyền tĩnh mạch hay dưới da, suy dinh dưỡng là các bệnh lý thúc đẩy nhanh quá trình nhiễm trùng nặng.

Nhiễm trùng trong bệnh lý Fournier gây viêm nội mạc tắc nghẽn và tắc các mạch máu dưới da gây hoại tử da và tổ chức dưới da. Thiếu oxy tổ chức sẽ thúc đẩy VK kỵ khí phát triển. Hoại tử lớp mỡ dưới da gây ra bởi độc tố VK như Hyaluronidase, collagenase của tụ cầu liên cầu, Heparinase của VK kỵ khí, Lypopolysaccharide của VK Gram(-). VK phát triển theo tổ chức dưới da, cân.

Tổn thương có thể bao gồm bìu, môi lớn, thành bụng, bẹn, mông. Sự phát triển của nhiễm trùng đường như chủ yếu ở phía trước dọc theo tam giác Scarpa's và lớp mỡ nông

(Camper's fascia) cho tới thành bụng và bìu nếu nguồn gốc từ HM. Tĩnh hoàn được cấp máu từ động mạch trong ổ bụng nên ít bị tổn thương trong khi bìu lại được cấp máu bởi đùi.[1,2]

Triệu chứng chính của bệnh bao gồm đau, sưng, ban đỏ vùng bìu, TSM, thường biểu hiện trong 2-7 ngày sau đó da nổi tím, có mụn nước, xám da và có các mảng hoại tử da. Dấu hiệu mảng hoại tử da là đặc trưng để chẩn đoán bệnh. Khí ở bìu gặp trong 18-62%.[1,2]

Điều trị Fournier được bắt đầu sớm, sử dụng kháng sinh phổ rộng chống VK Gram(+), Gram (-), kỵ khí phối hợp với phẫu thuật lấy bỏ tổ chức hoại tử cho tới tổ chức lành. Bởi vì VK phát triển theo tổ chức dưới da nên cần lấy bỏ tổn thương rộng hơn vùng da tổn thương. Nếu tổn thương quanh HM nên làm HMNT để dễ săn sóc. Có thể mở thông bàng quang tuy nhiên cơ và cân sâu ít khi cần lấy bỏ.

Mặc dù cấy VK có thể âm tính nhưng hoại tử Fournier do nhiều VK phối hợp khuẩn nên luôn cần điều trị sau mổ bằng kháng sinh phổ rộng và kháng VK kỵ khí.[2]

Báo cáo của Khan Ikramullah trên 19 bệnh nhân (BN) hoại tử Fournier: 100% nam, tuổi trung bình (TB) 54,7 tuổi. Đường vào của bệnh từ hậu

môn (HM) trực tràng chiếm 21%; từ đường tiết niệu, sinh dục 26,3%, từ da chiếm 31,6%, không xác định 21%. Các điều kiện thuận lợi (57,9%) bao gồm đái tháo đường (ĐTĐ), suy thận mạn, suy dinh dưỡng, xơ gan hay dùng steroid kéo dài. Vi khuẩn phân lập được thường gặp là E.coli, tụ cầu vàng, Bacteroides Fragilis. Điều trị chủ yếu bao gồm hồi sức tích cực (HSTC), kháng sinh phổ rộng, cắt lọc tổ chức hoại tử nhiều đợt (TB 2.9 đợt, dao động 1-8 đợt), thời gian nằm viện TB 26 ngày (10-52 ngày), có 15,8% mổ mở thông bàng quang (MTBQ), 5,3% làm hậu môn nhân tạo (HMNT), 5 BN được ghép da, tử vong (TV) 10,5% do nhiễm trùng nặng.[3]

J.FaJdic báo cáo 7 ca hoại tử Fournier, 100% là nam, tuổi TB 61T, thời gian điều trị TB 25,8 ngày (từ 14-36 ngày), tỷ lệ TV 14% (1 BN). Các điều kiện thuận lợi là ĐTĐ, hẹp niệu đạo, bệnh lý cạnh hậu môn (trĩ, nứt kẽ HM, apxe cạnh HM). Yếu tố thành công của điều trị là phẫu thuật và dùng kháng sinh phổ rộng sớm ngay khi bắt đầu khởi bệnh.[4]

Nguyễn Thanh Quang báo cáo 30 BN Fournier: 21 nam, 9 nữ, tuổi TB 60,23±14,34; thời gian nằm viện TB 22,27±15,28 ngày. 100% được mổ cấp cứu cắt lọc tổ chức hoại tử, 10 BN được mổ MTBQ; 6 BN được làm HMNT. 6 BN có sốc nhiễm khuẩn, 3 BN suy đa tạng, tử vong 23,3%. Nguyên nhân gây bệnh, từ da 43,3%, từ đường tiêu hóa 16,7%; tiết niệu 6,7%, không thấy nguyên nhân 33,3%. Các yếu tố nguy cơ ĐTĐ 56,6%, sử dụng corticoid 13,3%, suy dinh dưỡng 13,3%, lạm dụng rượu 10%, suy thận 10%...[5]

Đặng Thế Oánh và CS báo cáo 17 ca hoại tử Fournier, tuổi TB 59,5±12,3; ĐTĐ chiếm 52,9%, thời gian nằm viện 27,3± 10,2 ngày, tử vong 5,9%. Nguyên nhân gây bệnh từ hậu môn trực tràng 47,1%, từ đường tiết niệu 11,8%, từ da 41,2%. Số lần mổ 1,67± 1,5; Cấy mũ E coli 58,3%; P.aeruginosa 16,7%. Mổ cắt lọc và HMNT 41,2%, mổ MTBQ 11,8%.[6]

Loạt ca lâm sàng của chúng tôi tuổi TB 47,25 T, nam 75%, nữ 25%. Đường huyết cao 75%. Nguồn gốc hoại tử từ hậu môn trực tràng 75%, 1 BN không tìm thấy nguyên nhân. 2 BN có bệnh lý ung thư (UT): 1 BN có UT phổi giai đoạn IV, 1 BN U lymphô (U lympho không Hodgkin lan tỏa tế bào lớn).

Lâm sàng 100% số BN sưng đau vùng TSM và hố ngồi trực tràng và sốt cao, 3 BN tổn thương lan tới gốc bìu, 1 BN lan tới môi lớn. 100% được chụp MRI có khối tổn thương lan rộng vùng TSM và hố ngồi trực tràng. Xét nghiệm BC > 16 G/L chiếm 75% (1 BN có BC 28,7 G/L).

Mổ cấp cứu 100%, phẫu thuật cắt lọc rộng tổ chức hoại tử, rạch rộng, làm sạch, để da hở, phối hợp cắt đường rò HM (50%). Mổ làm HMNT 75%, mổ MTBQ 25%.

Cấy mủ E coli 75%; 1 BN cấy mủ (-). Thời gian điều trị TB 19,75 ngày (từ 14-25 ngày). TV 25% (1 BN) vì sốc nhiễm trùng/ U lympho không Hodgkinlan tỏa tế bào lớn.

V. KẾT LUẬN

Qua 4 bệnh nhân có hội chứng hoại tử Fournier được phẫu thuật tại bệnh viện K, chúng tôi nhận thấy một số đặc điểm sau:

1. Tuổi TB 47,25 T; nam 75%, nữ 25%. Đái tháo đường chiếm 75%. Lâm sàng 100% số BN sưng đau vùng TSM và hố ngồi trực tràng, lan tới gốc bìu (75%), lan tới môi lớn (25%), phối hợp với sốt cao; Có bệnh lý ung thư phối hợp 50%. Nguyên nhân gây bệnh từ rò và apxe cạnh hậu môn và khối ung thư trực tràng chiếm 75%. Chụp MRI 100% thấy ổ apxe vùng TSM.

2. Phẫu thuật cắt lọc rộng tổ chức hoại tử, làm sạch, để da hở 100%, mổ làm hậu môn nhân tạo 75%, mổ thông bàng quang 25%. Cấy mủ E coli 75%; 25% cấy mủ (-). Thời gian điều trị TB 19,75 ngày (từ 14-25 ngày). Tỷ lệ tử vong 25%.

3. Hoại thư Fournier là nhiễm trùng nặng, phối hợp nhiều loại vi khuẩn gây tắc mạch, hoại tử nhiễm trùng tổ chức dưới da và cân vùng tầng sinh môn, cạnh hậu môn và bộ phận sinh dục, có thể lan rộng tới bẹn, nách, háng. Bệnh tiến triển nhanh với tỷ lệ biến chứng và tử vong cao (3-45%). Chẩn đoán sớm, phẫu thuật cấp cứu cắt lọc rộng, triệt để tổ chức hoại tử phối hợp với kháng sinh phổ rộng (kháng vi khuẩn Gram (+), Gram (-), Kỵ khí), săn sóc tại chỗ có thể giảm tỷ lệ tử vong, biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Smith GL, Bunker CB, Dineen MD.** Fournier's Gangrene. *BR.J.Urol* 1998;81: 347-555.
2. **Vick R, Carson CC 3rd.** Fournier's disease. *Urol Clin North Am.* 1999, 26: 841-9.
3. **Khan Ikramullah et al.** Experience in management of Fournier's gangrene: A review of 19 cases. *Gomal Journal of Medical Sciences* January-June 2009, vol7,N0.1: 65-67.
4. **J.FaJdic et al.** Management of Fournier's Gangrene. Report of 7 cases and review of the literature. *Eur J Med Res* (2007) 12;169-172.
5. **Nguyễn Thanh Quang và cs.** Kết quả chẩn đoán và điều trị hoại thư Fournier tại bệnh viện nhân dân 115 năm 2018 đến 2023. *Báo Y tế công cộng* 65(4) 214-221.
6. **Đặng Thế Oánh và cs.** 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. *Tạp chí Y học thành phố HCM*; 28 (10)119-125.