

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Banales J M, Marin J J, Lamarca A, et al** (2020), "Cholangiocarcinoma 2020: the next horizon in mechanisms and management", *Nature reviews Gastroenterology & hepatology*, 17 (9), pp. 557-588.
2. **Đạt T Q** (2010), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật cắt gan do ung thư đường mật trong gan", Luận văn bác sĩ nội trú Đại học Y Hà Nội.
3. **Harrison L, Fong Y, Klimstra D, et al** (1998), "Surgical treatment of 32 patients with peripheral intrahepatic cholangiocarcinoma", *British journal of surgery*, 85 (8), pp. 1068-1070.
4. **Belghiti J, Noun R, Malafosse R, et al** (1999), "Continuous versus intermittent portal triad clamping for liver resection: a controlled study", *Annals of surgery*, 229 (3), pp. 369.
5. **Lê Lộc** (2010), "Kinh nghiệm qua 1245 trường hợp cắt gan ung thư", *Tạp chí gan mật Việt Nam*, 13, pp. 36 – 45.
6. **Conci S, Ruzzenente A, Viganò L, et al** (2018), "Patterns of distribution of hepatic nodules (single, satellites or multifocal) in intrahepatic cholangiocarcinoma: prognostic impact after surgery", *Annals of Surgical Oncology*, 25, pp. 3719-3727.
7. **Ohtsuka M, Ito H, Kimura F, et al** (2002), "Results of surgical treatment for intrahepatic cholangiocarcinoma and clinicopathological factors influencing survival", *Journal of British Surgery*, 89 (12), pp. 1525-1531.
8. **Huang J L, Biehl T R, Lee F T, et al** (2004), "Outcomes after resection of cholangiocellular carcinoma", *The American journal of surgery*, 187 (5), pp. 612-617.
9. **Sakamoto Y, Kokudo N, Matsuyama Y, et al** (2016), "Proposal of a new staging system for intrahepatic cholangiocarcinoma: analysis of surgical patients from a nationwide survey of the Liver Cancer Study Group of Japan", *Cancer*, 122 (1), pp. 61-70.
10. **Ngô Đắc Sáng** (2018), "Nghiên cứu các biến chứng sau phẫu thuật cắt gan do ung thư theo phương pháp Tôn Thất Tùng", *Học viện Quân Y*.

## KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM HOẠI TỬ CÂN MẠC VÙNG MẶT VÀ QUANH Ổ MẮT

Ngô Văn Công<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Giới thiệu:** hoại tử cân mạc vùng mặt và quanh ổ mắt là bệnh lý hiếm gặp. Tuy nhiên, bệnh lý diễn tiến nhanh, ảnh hưởng đến thị lực và khả năng tử vong cao. Do đó, cần nắm rõ đặc điểm của viêm cân mạc hoại tử vùng mặt và quanh ổ mắt giúp chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời cải thiện tình trạng bệnh cho bệnh nhân. **Phương pháp:** mô tả loạt ca, ghi nhận đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân và các biến số của bệnh nhân tại Khoa Tai Mũi Họng – Bệnh viện Chợ Rẫy 2/ 2022 đến 1/2024. **Kết quả:** Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 15 trường hợp viêm cân mạc hoại tử sọ mặt, trong đó 12 trường hợp viêm cân mạc hoại tử quanh hốc mắt và 3 trường hợp viêm cân mạc hoại tử vùng mặt, quanh hốc mắt. Với các triệu chứng phổ biến sưng, đỏ quanh mắt, sụp mi, đau sâu trong mắt, giới hạn vận nhãn (100%), giảm thị lực (60%), mù mắt (40%), hoại tử da quanh ổ mắt và mặt (20%). Triệu chứng đau sâu trong mắt là triệu chứng nổi bật và kéo dài, bệnh nhân than phiền nhiều nhất. Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu là 20%, di chứng mắt là 100%, đau kéo dài sau phẫu thuật 5/15 (33,3%). **Kết luận:** Việc chẩn đoán cần xác định sớm đúng bệnh và điều trị tích cực có thể ngăn chặn diễn tiến nặng và giúp bệnh nhân hồi phục sớm cho bệnh nhân viêm cân mạc hoại tử vùng mặt, quanh ổ mắt và

giảm tỷ lệ tử vong. **Từ khóa:** viêm cân mạc hoại tử vùng mặt, viêm cân mạc hoại tử quanh ổ mắt, viêm cân mạc hoại tử sọ mặt.

### SUMMARY

#### INVESTIGATION ON CHARACTERISTICS OF FACIAL AND PERIORBITAL NECROTIZING FASCIITIS

**Introduction:** Facial and periorbital necrotizing fasciitis is a rare disease. However, it progresses serious quickly and affects vision, high mortality of patients. Therefore, it is necessary to identify characteristics of facial and periorbital necrotizing fasciitis to help prompt diagnosis and treatment to improve patient's mortality. **Methods:** Describe a series of cases, record clinical characteristics of patients with facial and periorbital necrotizing fasciitis and variables of patients at the Department of Ear, Nose and Throat - Cho Ray Hospital from 2/2022 to 1/2024. **Results:** We had 15 cases of craniofacial necrotizing fasciitis, of which 12 cases of periorbital necrotizing fasciitis and 3 cases of facial and periorbital necrotizing fasciitis. With common symptoms of swelling, redness around the eyes, drooping eyelids, deep pain in the eyes, limited eye movement (100%), decreased vision (60%), blindness (40%), periorbital and facial skin necrosis (20%). Pain deep in the eye is the most prominent and long-lasting symptom. The mortality was 20%, eye sequelae was 100%, and prolonged pain after surgery was 5/15 (33.3%). **Conclusion:** Facial and periorbital necrotizing fasciitis requires early identification and prompt treatment can prevent severe progression and help patients recover early morbidity. Beside it make to

<sup>1</sup>Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Văn Công

Email: congtmh@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.01.2024

Ngày phản biên khoa học: 21.2.2024

Ngày duyệt bài: 18.3.2024

reduce mortality.

**Keywords:** facial necrotizing fasciitis, periorbital necrotizing fasciitis, caraniofacial necrotizing fasciitis.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Hoại tử cân mạc là tình trạng nhiễm trùng nặng đặc trưng bởi nhiễm trùng diễn tiến nhanh của lớp mạc nông với hoại tử thứ phát của lớp da phía trên. Thuật ngữ viêm cân mạc hoại tử được sử dụng lần đầu tiên bởi Wilson (1952) [8]. Bệnh cũng được biết với những tên khác như hoại thư bệnh viện, viêm cân mạc sinh mủ, hoại thư Fournier, hoại thư liên cầu, viêm quầng hoại tử, nhiễm khuẩn ăn thịt, hoại thư hiệp đồng vi khuẩn tiến triển... Sau đó, một định nghĩa chi tiết của viêm cân mạc hoại tử bao gồm hoại tử rộng của lớp mạc nông, lan nhanh đến các mô xung quanh và nhiễm độc hệ thống. Viêm cân mạc hoại tử vùng mặt, quanh ổ mắt là bệnh lý hiếm gặp bởi vì vùng này có nguồn cung cấp máu dồi dào. Chính điều này, các nhà lâm sàng ít nghĩ đến nên thỉnh thoảng bệnh diễn tiến nặng và có thể dẫn đến tử vong cho bệnh nhân do phát hiện muộn.

Tỷ lệ tử vong của viêm cân mạc hoại tử vùng mặt, quanh ổ mắt khoảng 10 – 14,41% và dẫn

đến biến chứng toàn thân như nhiễm trùng huyết, trụy mạch và suy đa cơ quan. Chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời có thể cải thiện tình trạng bệnh cũng như mất thị lực và khả năng tử vong cho bệnh nhân. Tại Bệnh viện Chợ Rẫy, đã gặp một số trường hợp hoại tử cân mạc vùng mặt diễn tiến nặng. Do đó, chúng tôi tiến hành khảo sát đặc điểm hoại tử cân mạc vùng mặt và quanh ổ mắt nhằm giúp các Bác sĩ lâm sàng có cái nhìn tổng quan về bệnh lý và phát hiện kịp thời, điều trị phù hợp giúp bệnh nhân cải thiện tốt, ít để lại di chứng cũng như biến chứng.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**Phương pháp nghiên cứu:** mô tả loạt ca.

Trong thời gian nghiên cứu, đã chẩn đoán và điều trị 14 trường hợp viêm cân mạc hoại tử vùng mặt và quanh ổ mắt 2/ 2022 đến 1/2024 tại Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Chợ Rẫy.

Mỗi bệnh nhân đều được hỏi bệnh sử và khám lâm sàng, chụp phim CT Scan. Ghi nhận dữ liệu đặc điểm lâm sàng, thời gian xuất hiện triệu chứng, phương pháp điều trị và biến chứng.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

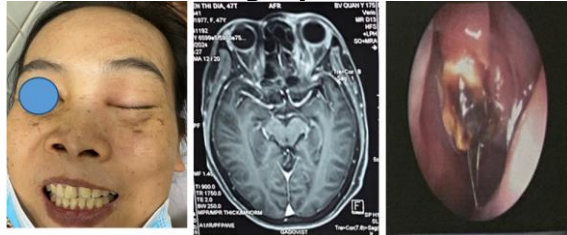
**Bảng 1: thông tin bệnh nhân**

STT	Giới	Tuổi	Triệu chứng	ĐTĐ	Chẩn đoán
1	Nữ	47	Mắt phải: nhìn mờ, giới hạn vận nhãn các hướng, lồi mắt, đau sâu trong mắt; đau nhức ½ mặt bên phải.	Có	FNF+PNF
2	Nam	57	Mắt trái: lồi mắt, nhìn mờ, giới hạn vận nhãn các hướng.	Có	PNF
3	Nữ	60	Mắt trái: lồi mắt, không nhìn thấy, giới hạn vận nhãn các hướng, đau sâu mắt trái.	Có	PNF
4	Nam	65	Mắt trái: nhìn mờ, giới hạn vận nhãn các hướng, đau sâu trong mắt.	Có	PNF
5	Nam	59	Mắt: mù mắt, giới hạn vận nhãn ngoài, hạn chế nhẹ liếc lên xuống trong, đau sâu trong mắt.	-	PNF
6	Nữ	57	Mắt phải: mù mắt, sụp mi, hạn chế vận nhãn các hướng, đau nhức ½ mặt phải	Có	PNF
7	Nữ	53	Mắt phải: sụp mi, lồi mắt, nhìn mờ, đau sâu trong mắt, đau 1/2 mặt phải.	Có	FNF+PNF
8	Nữ	56	Mắt phải: sụp mi, mù mắt, giới hạn vận nhãn các hướng, đau mắt.	Có	PNF
9	Nam	58	Mắt trái: lồi mắt, mù mắt, giãn đồng tử, giới hạn vận nhãn các hướng, đau 1/2 mặt trái.	Có	PNF
10	Nữ	57	Mắt trái: lồi mắt, nhìn đôi, nhìn mờ, đau mắt.	-	PNF
11	Nữ	49	Mắt trái: lồi mắt, nhìn mờ, hạn chế vận nhãn, đau sâu trong mắt, đau ½ mặt trái.	Có	PNF
12	Nam	82	Mắt phải: mù mắt, Mắt trái: nhìn mờ	-	PNF
13	Nam	52	Mờ 2 mắt, liệt vận nhãn 2 mắt, sưng 2 mắt, đau 2 mắt	-	PNF
14	Nữ	52	Mắt phải: mù mắt, liệt vận nhãn, hoại tử 1/2 mặt phải,	Có	FNF+PNF
15	Nữ	47	Mắt trái: sưng mắt trái, nhìn mờ, sụp mi, liệt vận nhãn, đau sâu trong mắt	Có	PNF

(PNF: periorbital necrotizing fasciitis, FNF: facial necrotizing fasciitis)



**Hình 1: Diễn tiến viêm cân mạc hoại tử vùng mắt trái**



**Hình 2: Viêm cân mạc hoại tử quanh ổ mắt trái**

#### IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình 53,6 nhỏ nhất 47 tuổi, lớn nhất 82 tuổi.

Tỷ lệ nam/ nữ là 2/3, và có tiền căn đái tháo đường 10/15 (66,7%).

Yếu tố khởi phát: 1/15 trường hợp mỡ cườm, 14/15 trường hợp có viêm mũi xoang.

Triệu chứng khởi phát của mắt diễn tiến nhanh từ 3 - 5 ngày. Trong đó, triệu chứng thường gặp sưng, đỏ quanh mắt (100%), sụp mí (100%), đau sâu trong mắt (100%), giới hạn vận nhãn (100%), giảm thị lực (60%), mù mắt (40%), hoại tử da quanh ổ mắt và mặt (20%). Triệu chứng đau sâu trong mắt là triệu chứng nổi bật và kéo dài, bệnh nhân than phiền nhiều nhất. 3/15 bệnh nhân diễn tiến nặng sốc nhiễm trùng, suy đa cơ quan và tử vong.

Viêm cân mạc hoại tử với vùng da hoại tử diễn tiến nhanh, và là nơi chứa ổ nhiễm trùng. Bệnh nhân diễn tiến cấp tính và liên quan triệu chứng đau nhiều. Da sưng nề và xuất hiện mụn đỏ và có thể dẫn đến viêm quầng. Bệnh diễn tiến nhanh, tổn thương nặng nề trong vòng 24 giờ. Ở giai đoạn này da biểu hiện thay đổi màu tím, xuất hiện bóng nước trên da, dấu hiệu này giúp phân biệt viêm mô tế bào trước vách. Ở giai đoạn muộn, vùng da trở nên mất cảm giác do phá hủy thần kinh dưới da [4]. Có dấu hiệu lép búp dưới da khi sờ, có thể nhìn thấy khí trong mô mềm trên phim Xquang (Wilson 1952) [8]. Bệnh nhân có thể nhiễm độc, và giai đoạn sau có dấu hiệu suy đa cơ quan và đông máu trong lòng mạch lan tỏa [4].

Chẩn đoán viêm cân mạc hoại tử thì hầu hết dựa vào dấu hiệu lâm sàng. Phân biệt viêm cân mạc hoại tử với các loại nhiễm trùng mô mềm khác thì khó khăn. Hiện diện bóng nước và điểm hoại tử da biến đổi màu tím là dấu hiệu chẩn đoán viêm cân mạc hoại tử [6].

Chẩn đoán muộn thì sẽ ảnh hưởng đến tỷ lệ tử vong của bệnh. Một trong những lý do chẩn đoán muộn là bệnh ít gặp hoặc ít nghĩ đến bệnh. Ngoài các dấu hiệu lâm sàng kinh điển, tăng bạch cầu được xem như một chỉ số nguy cơ và giúp phân biệt viêm cân mạc hoại tử với các nhiễm trùng mô mềm khác [5].

CT scan và MRI cũng giúp chẩn đoán sớm. Đặc điểm trên cắt lớp điện toán giúp phân biệt viêm cân mạc hoại tử từ viêm mô tế bào, hoại tử cơ và bệnh nấm phycomyces. MRI giúp phát hiện sự lan rộng của viêm cân mạc hoại tử và có thể xác định phủ nề mô mềm thâm nhiễm các lớp mạc nhiều giờ trước khi xuất hiện các dấu hiệu dưới da. CT scan cũng có hữu ích hướng dẫn để phẫu thuật cắt lọc.

Khảo sát vi khuẩn nên thực hiện trước khi dùng kháng sinh bao gồm nhuộm Gram, cấy vi khuẩn hiếu khí, kỵ khí của vết thương. Cấy máu có thể âm tính ở tất cả trường hợp, và nhiều nghiên cứu báo cáo kết quả của cấy máu. Stamenkovic và Lew [7] ủng hộ sinh thiết lạnh để chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời.

Tác nhân gây bệnh GABHS và *S. aureus* là tác nhân gây bệnh phổ biến nhất. Protein M trong thành tế bào của GABHS là một siêu kháng nguyên chịu trách nhiệm lây lan/độc tính của vi khuẩn, và nó ức chế quá trình thực bào qua trung gian kháng thể [3]. Những chủng này tiết ra ngoại độc tố A và/ hoặc B, chúng còn sản xuất enzyme protease phá hủy mô và gây sốc. Banerjee và cộng sự (1996) [1] chia viêm cân mạc hoại tử đầu cổ thành viêm cân mạc hoại tử sọ mặt và viêm cân mạc hoại tử vùng cổ. Trong viêm cân mạc hoại tử sọ mặt bao gồm viêm cân mạc hoại tử vùng mặt và viêm cân mạc hoại tử quanh ổ mắt. 56% viêm cân mạc hoại tử sọ mặt thường cấy được vi khuẩn GABHS, còn viêm cân mạc hoại tử vùng cổ thường gặp đa vi khuẩn.

*Pseudomonas aeruginosa* là tác nhân phổ biến thứ 2 trong viêm cân mạc hoại tử quanh ổ mắt sau GABHS. Hầu hết bệnh nhân nhiễm *pseudomonas* biểu hiện giảm bạch cầu trung tính và tăng bạch cầu trung tính xảy ra cùng thời điểm với tình trạng nhiễm trùng được giải quyết [2]. Bên cạnh đó, còn một số tác nhân khác ít gặp hơn như *Staphylococcus aureus*, nấm,...

Theo phân loại hiện nay viêm cân mạc hoại tử được chia làm 2 loại dựa vào cấy vi khuẩn:

viêm cân mạc hoại tử type 1 thường gặp đa vi khuẩn bao gồm cả vi khuẩn ái khí và kỵ khí, viêm cân mạc hoại tử type 2 thường do một loại tác nhân gây bệnh như Streptococci hoặc Staphylococci hoặc phối hợp cả hai loại này. Viêm cân mạc hoại tử type 1 thường gặp ở những bệnh nhân suy giảm miễn dịch, còn bệnh nhân viêm cân mạc hoại tử type 2 thường không có cơ địa suy giảm miễn dịch.

Nhận diện sớm và bắt đầu kháng sinh liều cao kết hợp cắt lọc mô giúp cải thiện tình trạng bệnh và giảm tỷ lệ tử vong. Những trường hợp nhẹ có thể đáp ứng với kháng sinh liều pháp đơn thuần. Bởi vì thuyên tắc mạch máu, kháng sinh có thể không đến tới vị trí nhiễm trùng. Vì vậy, liệu pháp kháng sinh phải được phối hợp với phẫu thuật cắt lọc kịp thời của mô nhiễm trùng. Liệu pháp kháng khuẩn chuẩn nên bao gồm phối hợp kháng sinh beta-lactam, như penicillin hoặc cephalosporin và clindamycin. Benzyl penicillin thì hiệu quả chống lại GABHS. Thêm kháng sinh ức chế tổng hợp protein giống như clindamycin tăng thêm hiệu quả điều trị. Nó giảm sản xuất của độc tố và enzyme của liên cầu khuẩn thâm chí dưới nồng độ ức chế. Viêm cân mạc hoại tử type 1 yêu cầu thêm kháng sinh aminoglycosides và/ hoặc metronidazole. Phẫu thuật cắt lọc làm giảm tải lượng vi khuẩn và sản xuất acid hyaluronic, điều này cho phép tách vi khuẩn ra khỏi mô liên kết và giúp giảm tỷ lệ tử vong. Sau phẫu thuật, triệu chứng đau kéo dài sau phẫu thuật trong nghiên cứu chúng tôi chiếm 5/15 (33,3%) trường hợp.

## V. KẾT LUẬN

Viêm cân mạc hoại tử vùng mặt và quanh ổ mắt là bệnh lý không gặp thường xuyên. Tuy nhiên, diễn tiến của bệnh rất nhanh, nặng nề và có thể tử vong. Do đó, việc chẩn đoán cần xác định sớm đúng bệnh và điều trị tích cực nội khoa và ngoại khoa để có thể ngăn chặn diễn tiến nặng và giúp bệnh nhân hồi phục sớm cho bệnh nhân.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Banerjee A. R., Murty G. E., Moir A. A. (1996), Cervical necrotizing fasciitis: a distinct clinicopathological entity? J Laryngol Otol, 110 (1), 81-6.
2. Dickenson A. J., Yates J. (2002), Bilateral eyelid necrosis as a complication of pseudomonas septicaemia. Br J Oral Maxillofac Surg, 40 (2), 175-6.
3. Gates R. L., Cocke W. M., Rushton T. C. (2001), Invasive streptococcal infection of the periorbital and forehead. Ann Plast Surg, 47 (5), 565-7.
4. Hu V., Turner S., Robinson F. (2008), Non-progressive periorbital necrotising fasciitis. Orbit, 27 (1), 59-62.
5. Ngô V. C., & Trương, M. T. (2023), Khảo sát giá trị tiên lượng của thang điểm Irinec ở bệnh nhân nhiễm trùng cổ sâu tại Bệnh viện Chợ Rẫy. Tạp Chí Y học Việt Nam, 526 (1B), 367-371.
6. Shimizu T., Tokuda Y. (2010), Necrotizing fasciitis. Intern Med, 49 (12), 1051-7.
7. Stamenkovic I., Lew P. D. (1984), Early recognition of potentially fatal necrotizing fasciitis. The use of frozen-section biopsy. N Engl J Med, 310 (26), 1689-93.
8. Wilson B. (1952), Necrotizing fasciitis. Am Surg, 18 (4), 416-31.

## BÁO CÁO LOẠT CA LÂM SÀNG: HAI TRƯỜNG HỢP TẮC ĐỘNG MẠCH MẠC TREO TRÀNG TRÊN ĐƯỢC CAN THIỆP NỘI MẠCH THÀNH CÔNG TẠI BỆNH VIỆN NGUYỄN TRI PHƯƠNG

Lê Cao Phương Duy<sup>1</sup>, Bùi Thế Hòa<sup>1</sup>,  
Võ Thành An<sup>1</sup>, Võ Duy Quan<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị bệnh lý thiếu máu cục bộ (TMCB) động mạch mạc treo tràng (MTT) mạn tính được đặt stent

<sup>1</sup>Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

<sup>2</sup>Đại học Nguyễn Tất Thành

Chịu trách nhiệm chính: Lê Cao Phương Duy

Email: duycardio@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2024

Ngày duyệt bài: 19.3.2024

tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương. **Phương pháp:** Báo cáo mô tả qua 2 trường hợp lâm sàng. **Bàn luận:** Bài viết bàn luận về cách tiếp cận chẩn đoán và hiệu quả điều trị của phương pháp đặt stent. **Kết luận:** Thiếu máu cục bộ mạn tính động mạch MTT trên là bệnh lý dễ bị bỏ sót, tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán là chụp động mạch kỹ thuật số xóa nền. Điều trị bằng can thiệp nội mạch đặt stent đã dần thay thế phẫu thuật mở mổ như là chiến lược điều trị đầu tay hiện nay.

**Từ khóa:** thiếu máu cục bộ, mạc treo tràng, thuyên tắc, xơ vữa, stent.

### SUMMARY

#### SERIES CASES REPORT: TWO CASES OF