

RESULTS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF FOURNIER'S GANGRENE AT 115 PEOPLE'S HOSPITAL FROM 2018 TO 2023

Nguyen Thanh Quang^{1*}, Truong Hoang Minh^{1,2}, Pham Le Duy¹, Ngo Quang Trung¹,
Tran Thanh Phong¹, Le Dinh Hieu^{1,2}

¹People's Hospital 115 - 527 Su Van Hanh, Ward 12, District 10, Ho Chi Minh City, Vietnam

²Pham Ngoc Thach University of Medicine - No. 2 Duong Quang Trung, Ward 12, District 10, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 12/04/2024

Revised: 19/04/2024; Accepted: 07/05/2024

ABSTRACT

Objective: To review the clinical characteristics, paraclinical features, treatment outcomes of Fournier's gangrene, and some factors related to the mortality rate of Fournier's gangrene patients at 115 People's Hospital from 2018 to 2023.

Methods: Retrospective case series study: patients diagnosed with Fournier's gangrene and treated at 115 People's Hospital from January 2018 to May 2023.

Results: There were 30 patients (21 males and 09 females) diagnosed with FG and treated. The average age was 60.23 ± 14.34 (31 - 87 years old), mainly in the 40 - 70 age group. Skin infections accounted for the highest proportion at 43.3%, followed by gastrointestinal infections at 16.7%, and urogenital infections at 6.7%. Most patients had symptoms of perineal pain (100%), perineal swelling (66.7%), subcutaneous emphysema (46.7%), urinary retention (20%). FG on the basis of genitourinary diseases was the most common (56.6%). Pathogenic bacteria isolated under microbiological conditions at the hospital were predominantly anaerobic, with *E. coli*, *Klebsiella* and *Proteus* spp being the most common strains (21.9%). Active treatment included internal medicine (resuscitation, broad-spectrum antibiotics, nutrition, wound care, etc.) and surgery (surgical debridement of necrotic tissue, fecal and urinary diversion). The mortality rate of the study was 23.3%. Multiple organ failure and septic shock were the main contributing factors to death. Female gender, diabetes, high severity index, and extensive spread of FG lesions significantly influenced the mortality rate.

Conclusion: FG is a rare, rapidly progressing disease with a high mortality rate. Early treatment including resuscitation, antibiotic therapy, and prompt surgical debridement is as soon as possible.

Keywords: Fournier's gangrene, necrosis, scrotum, penis, genital organs, perineum.

*Corresponding author

Email address: vn.nguyenthanhquang@gmail.com

Phone number: (+84) 766 579 79

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD4.1177>

KẾT QUẢ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ HOẠI THƯ FOURNIER TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN 115 NĂM 2018 ĐẾN 2023

Nguyễn Thanh Quang^{1*}, Trương Hoàng Minh^{1,2}, Phạm Lê Duy¹, Ngô Quang Trung¹,
Trần Thanh Phong¹, Lê Đình Hiếu^{1,2}

¹Bệnh viện Nhân Dân 115 - 527 Sư Vạn Hạnh, Phường 12, Quận 10, TP.HCM, Việt Nam

²Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch - Số 2 Dương Quang Trung, Phường 12, Quận 10, TP.HCM, Việt Nam

Ngày nhận bài: 12 tháng 04 năm 2024

Ngày chỉnh sửa: 19 tháng 04 năm 2024; Ngày duyệt đăng: 07 tháng 05 năm 2024

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị Hoại thư Fournier và một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ tử vong của bệnh nhân Hoại thư Fournier tại Bệnh viện Nhân Dân 115 năm 2018 đến 2023.

Phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu mô tả hàng loạt trường hợp (TH), các bệnh nhân được chẩn đoán là hoại thư Fournier và được điều trị tại Bệnh viện Nhân Dân 115 từ 01/2018 đến 05/2023.

Kết quả: Có 30 bệnh nhân (21 nam và 09 nữ) được chẩn đoán HF và điều trị. Tuổi trung bình: 60,23 tuổi \pm 14,34 (31 - 87 tuổi), chủ yếu trong nhóm 40 - 70 tuổi. Nhiễm khuẩn từ da chiếm tỷ lệ cao nhất với 43,3%, tiếp đến là từ đường tiêu hóa với 16,7%, từ đường tiết niệu sinh dục với 6,7%. Bệnh nhân hầu hết có triệu chứng đau bìu đáy chậu (100%), sưng tăng sinh môn (66,7%), tràn khí dưới da (46,7%), bí tiểu (20%). HF trên cơ địa ĐTD là hay gặp nhất (56,6%). Vi khuẩn gây bệnh thực tế phân lập được với điều kiện cơ sở vi sinh bệnh viện thuộc nhóm hiếu khí, chủng E. coli, Klebsiella và Proteus spp chiếm tỷ lệ cao nhất (21,9%). Điều trị tích cực gồm nội khoa (hồi sức, kháng sinh phổ rộng, dinh dưỡng, chăm sóc tại chỗ...) và ngoại khoa (phẫu thuật cắt lọc mô hoại tử, chuyển lưu phân và nước tiểu). Tỷ lệ tử vong của nghiên cứu là 23,3%. Suy đa cơ quan, choáng nhiễm khuẩn là những nguyên nhân chính dẫn đến tử vong của BN. Giới tính nữ, tiền căn đái tháo đường, chỉ số mức độ nghiêm trọng cao và chỉ số lan rộng của vết HF tác động nhiều đến tỷ lệ tử vong.

Kết luận: HF là một bệnh lý hiếm gặp, diễn tiến nhanh và tỷ lệ tử vong cao. Điều trị ban đầu gồm hồi sức, kháng sinh và phẫu thuật cắt lọc càng sớm càng tốt.

Từ khóa: Hoại thư Fournier, hoại tử, bìu, dương vật, cơ quan sinh dục, tăng sinh môn.

*Tác giả liên hệ

Email: vn.nguyenthanhquang@gmail.com

Điện thoại: (+84) 766 579 79

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD4.1177>



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hoại thư Fournier được đặt tên bởi tác giả Alfred Fournier, một bác sĩ chuyên khoa da liễu người Pháp, được mô tả vào năm 1983 là bệnh viêm cân cơ hoại tử ở vùng đáy chậu, quanh hậu môn và cơ quan sinh dục ngoài trên 5 bệnh nhân. Hoại thư Fournier (HF) là một dạng viêm cân hoại tử tương đối hiếm gặp, làm viêm tắc các động mạch dưới da, hoại tử da và mô dưới da, tiến triển nhanh chóng ảnh hưởng đến các mô sâu và bề mặt ở vùng đáy chậu, quanh hậu môn và bộ phận sinh dục, dẫn đến biến chứng nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn, suy đa tạng và tử vong. Nguyên nhân gây bệnh thường là nhiễm khuẩn hiệp đồng vi khuẩn hiếu khí và kỵ khí của cân và mô mềm dưới da, vi khuẩn gram âm hoặc gram dương. Nguồn gốc vi khuẩn có thể từ đường tiết niệu, đường tiêu hoá hay từ da. Khoảng 25% TH không xác định được nguyên nhân [1]. Điều trị HF dựa trên tiếp cận đa mô thức, 3 nguyên lý cơ bản bao gồm hồi sức tích cực ổn định bệnh nhân, kháng sinh phổ rộng, và phẫu thuật cắt bỏ triệt để mô hoại tử và nhiễm khuẩn [2].

Trong bài báo này chúng tôi nghiên cứu 30 TH để đánh giá kết quả chẩn đoán và điều trị HF tại Bệnh viện Nhân Dân 115 và một số yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ tử vong.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả hàng loạt trường hợp.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Từ 06/2023 đến 03/2024 tại Bệnh viện Nhân Dân 115.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Những bệnh nhân được chẩn đoán là hoại tử Fournier điều trị tại bệnh viện Nhân Dân 115 từ tháng 01/2018 đến tháng 06/2023.

2.4. Cỡ mẫu: Đây là nghiên cứu thực hiện theo phương pháp mô tả hàng loạt trường hợp nên không sử dụng công thức tính cỡ mẫu, cỡ mẫu thuận tiện.

2.5. Thu thập, xử lý và phân tích số liệu: Chúng tôi trích lục mã ICD hồ sơ bệnh nhân lưu trữ tại bệnh viện Nhân Dân 115 từ ngày 1/1/2018 đến ngày 31/06/2023 được chẩn đoán với mã ICD là L02.8 “Áp xe da, nhọt

cụm”, L03 “Viêm mô bào”, S31.1 “Vết thương hở thành bụng”, những trường hợp đạt tiêu chuẩn mẫu nghiên cứu, sau đó thu thập thông tin theo bảng thu thập số liệu. Số liệu được xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 16.0. Kết quả các biến số định lượng được trình bày dưới dạng trung bình \pm độ lệch chuẩn, biến số định tính trình bày theo tỷ lệ % dưới dạng bảng, biểu đồ bằng phần mềm Microsoft Word 2010 và Microsoft Exel 2010. Sử dụng phép kiểm chi bình phương (χ^2) để kiểm định giả thuyết thống kê, phép kiểm t để so sánh giá trị trung bình của các biến giữa các nhóm. Khác biệt được xem là có ý nghĩa thống kê khi giá trị $P < 0,05$.

3. KẾT QUẢ

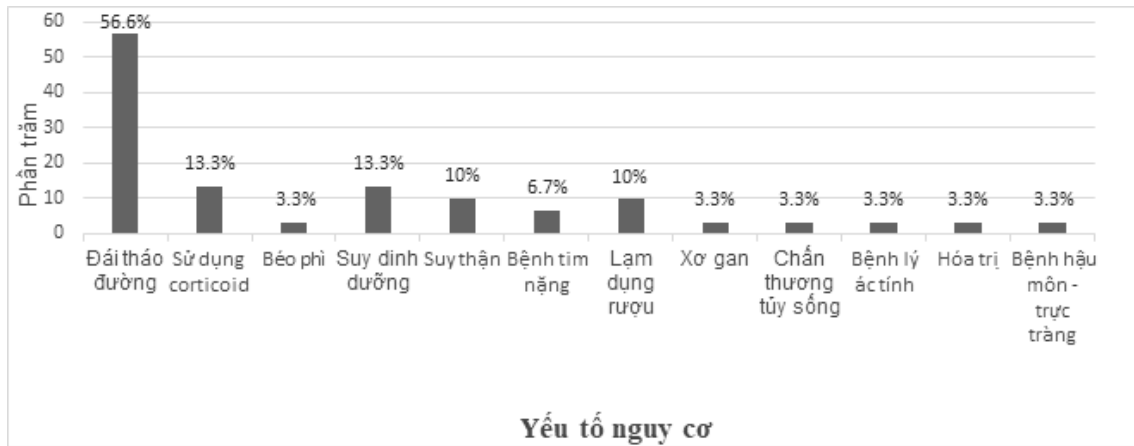
Tổng cộng có 30 TH được chẩn đoán là hoại thư Fournier gồm 21 nam và 9 nữ. Độ tuổi 31 - 87 tuổi, trung bình $60,23 \pm 14,34$. Thời gian nằm viện trung bình $22,27 \pm 15,28$ ngày, ngắn nhất là 2 ngày và dài nhất là 63 ngày. Tất cả các TH đều được phẫu thuật cấp cứu cắt lọc mô hoại tử. Trong đó 10 TH có mở bàng quang ra da và 6 TH làm hậu môn tạm. Biến chứng nhiễm khuẩn huyết có 6 TH, sốc nhiễm khuẩn có 6 TH, suy đa tạng có 3 TH. Tỷ lệ tử vong là 23,3%.

3.1. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

Triệu chứng đau đáy chậu, bộ phận sinh dục chiếm tỷ lệ cao nhất 30/30 BN (100%), sưng bìu, đáy chậu có 20 TH (66,7%). Trong đó triệu chứng sưng bìu ở BN nam giới 20/21 TH (95%), và sưng đỏ âm hộ môi lớn ở BN nữ giới chiếm 8/9 TH (88,9%). Triệu chứng sốt chiếm tỷ lệ 46,7%. Tràn khí dưới da 14 TH (46,7%). Hoại tử đáy chậu chiếm 43,3%. Hoại tử bìu và chảy dịch mũ bìu gặp ở 9 TH (30%). Bí tiểu có 6 TH (20%).

Diện tích hoại tử đáy chậu: dưới 3% có 14 TH, từ 3-5% có 12 TH, và trên 5% có 4 TH.

Yếu tố nguy cơ (bệnh lý kèm theo) do bệnh Đái tháo đường chiếm tỷ lệ cao (56,6%), tiếp theo là lạm dụng corticoid và suy dinh dưỡng chiếm tỷ lệ 13,3%. Lạm dụng rượu và suy thận chiếm tỷ lệ 10%, sau đó là các yếu tố khác như bệnh lý ác tính, hóa xạ trị, béo phì,... chiếm tỷ lệ thấp hơn.



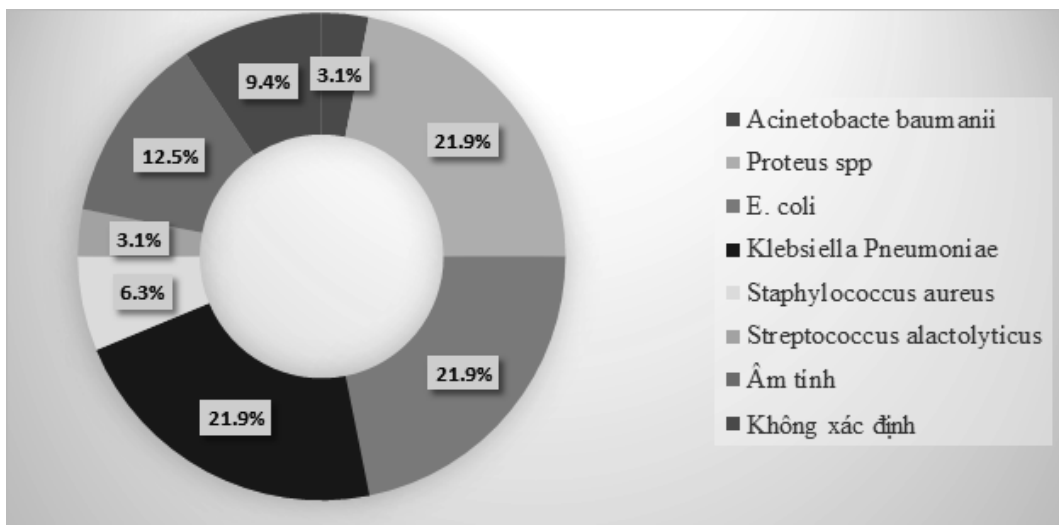
Trong nghiên cứu của chúng tôi nguyên nhân gây HF từ da chiếm tỷ lệ cao (43,3%), tiếp theo là từ đường tiêu hóa (16,7%), sau đó là từ đường tiết niệu (6,7%). Nguyên nhân không xác định chiếm tỷ lệ 33,3%.

Chỉ số xét nghiệm	Sống	Tử vong	p
Glucose máu	12,09 ± 5,16	19,36 ± 10,25	0,016
Creatinin máu	162,79 ± 207,56	93,96 ± 26,7	0,40
Natri máu	131,67 ± 7,44	134,45 ± 5,80	0,37
Kali máu	4,32 ± 0,79	3,97 ± 0,73	0,3
Bạch cầu máu	17,81 ± 8,90	18,30 ± 8,98	0,9
Neutrophile máu	15,84 ± 8,18	15,94 ± 7,01	0,97
Hgb	11,30 ± 2,36	10,12 ± 2,12	0,25
Hct	35,27 ± 7,27	28,32 ± 9,01	0,045

Các bệnh nhân HF nhập viện hầu hết có chỉ số bạch cầu máu cao, neutrophile máu cao, có đường máu cao với những bệnh nhân tiền căn đái tháo đường, có thể có rối

loạn điện giải hoặc chỉ số Hct thấp.

3.2. Vi khuẩn gây bệnh và kháng sinh đồ

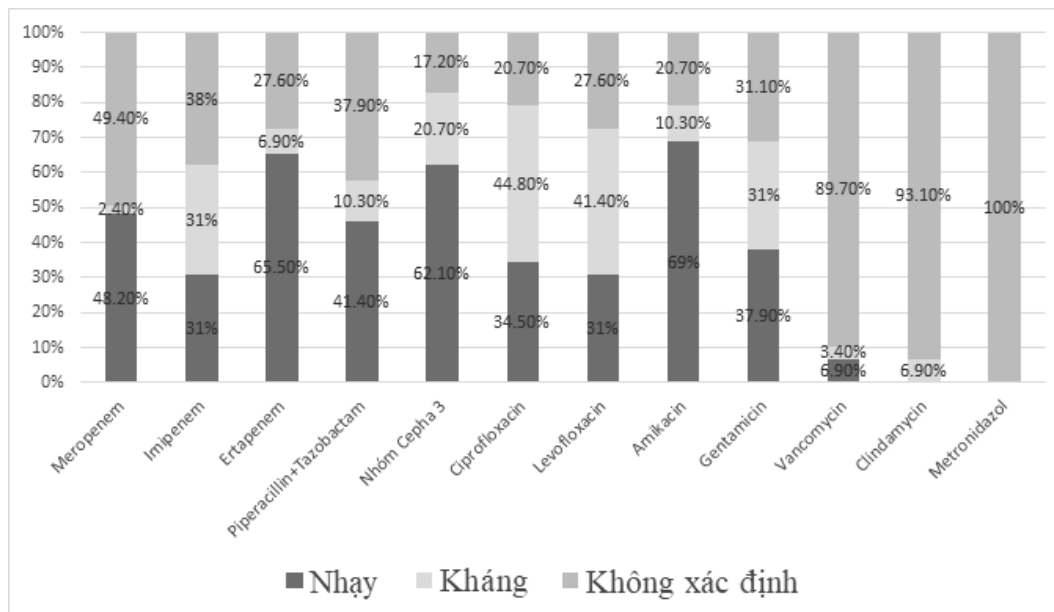


Định danh có cả vi khuẩn Gram âm và Gram dương. Vi khuẩn E. coli, Klebsiella và Proteus spp chiếm tỷ lệ cao nhất 21,9%. Tiếp theo là Staphylococcus chiếm tỷ lệ 6,3%. Kết quả cấy âm tính chiếm tỷ lệ 12,5%. Không định danh được vi khuẩn chiếm tỷ lệ 9,4%. Chúng tôi không cấy được vi khuẩn kỵ khí do điều kiện phòng vi sinh không cho phép.

Kết quả cho thấy vi khuẩn gram âm chiếm tỷ lệ cao (E.Coli, Klebsiella và Proteus), là các vi khuẩn từ

đường tiêu hóa.

Kháng sinh đồ: Các mẫu để cấy kháng sinh đồ chủ yếu là mẫu dịch phết từ vết thương HF. Có 3 TH không xác định kết quả cấy, 27 TH có kết quả cấy, trong đó có 2 TH cấy được 2 loại vi khuẩn. Bảng 3.2 cho thấy tỷ lệ phần trăm độ nhạy (màu xanh) và kháng (màu cam) kháng sinh, còn lại (màu xám) là tỷ lệ không xác định được.



Kháng sinh có độ nhạy cao nhất là Amikacin với 69%, sau đó là Ertapenem 65,5%, nhóm Cephalosporin thế hệ thứ 3 với 62,1%, Meropenem 48,2%, Piperacillin+tazobactam 41,4%, Gentamicin 37,9%, thấp hơn là Ciprofloxacin 34,5%, Levofloxacin bằng với Imipenem với 31%, cuối cùng là Vancomycin,

Clindamycin và Metronidazol không xác định. Tỷ lệ kháng kháng sinh của Ciprofloxacin và Levofloxacin là cao nhất 44,8% và 41,4%, sau đó đến Imipenem và Gentamicin kháng 31%.

3.3. Các yếu tố tiên lượng liên quan đến tỷ lệ tử vong

		Sống	Tử vong	p
Tuổi	Dưới 40 (3 TH)	3/3 TH	0 TH	0,078
	40-70 (21 TH)	17/21 TH	4/21 TH	
	Trên 70 (6 TH)	3/6 TH	3/6 TH	
Giới tính	Nam (N=21)	19/21 TH - 90,47%	2/21 TH - 9,52%	0,006
	Nữ (N=9)	4/9TH - 44,4%	5/9 TH - 55,6%	
Tiền căn đái tháo đường	Có	8	6	0,031
	Không	15	1	
Chỉ số mức độ nghiêm trọng FIGS		6,04 ± 4,33	10,14 ± 1,95	0,023

		Sống	Tử vong	p
Diện tích hoại tử đáy chậu	<3%	14	0	0,003
	3% - 5%	8	4	
	>5%	1	3	
Nhiễm khuẩn huyết	Có	3	3	0,12
	Không	20	4	
Tình trạng sốc nhiễm khuẩn	Có	2	4	0,016
	Không	21	3	
Suy đa tạng	Có	0	3	0,009
	Không	23	4	

4. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi và giới tính

Tuổi trung bình của 30 TH trong nghiên cứu này là 60,23 tuổi \pm 14,34 (31 – 87 tuổi). Độ tuổi mắc bệnh gặp nhiều nhất trong khoảng 40 đến 70 tuổi, chiếm 70%. Các nghiên cứu nước ngoài cũng cho thấy độ tuổi mắc bệnh tương tự.

Theo Eke [3] tỷ lệ mắc bệnh giữa nam: nữ là xấp xỉ 10:1. Trong loạt nghiên cứu 1641 TH HF của Sorensen [2] có 39 TH là nữ. Theo Malik [4] báo cáo 73 TH có 67 TH là nam giới và 6 TH nữ giới. Trong nghiên cứu của chúng tôi, trong 30 TH có tỷ lệ nam: nữ là 7:3.

4.2. Triệu chứng lâm sàng

So sánh kết quả của chúng tôi với các tác giả thấy tỷ lệ các triệu chứng không chênh lệch nhiều. Triệu chứng hoại tử vùng đáy chậu và hoại tử bìu trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi cao hơn, điều này được giải thích do các BN thường vào viện trong giai đoạn toàn phát, khi bệnh đã nặng, hoại tử đã lan rộng.

4.3. Nguyên nhân

Theo nghiên cứu của Eke và cộng sự [3] báo cáo 1726 TH HF thấy tỷ lệ 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%. Theo Kuo [5] 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%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nguyên nhân bắt nguồn từ da thường gặp nhất với 43,3%, từ đường tiêu

hóa là 16,7% , từ đường tiết niệu là 6,7% và không rõ nguyên nhân là 33,3%.

4.4. Tiền căn

Chúng tôi ghi nhận được 56,6% TH bị đái tháo đường, 13,3% có lạm dụng corticoid, suy dinh dưỡng 13,3%, 10% TH có lạm dụng rượu, 10% TH có suy thận, có 2 TH xét nghiệm HIV dương tính (6,7%).

Về tỷ lệ các bệnh lý kèm theo, các nghiên cứu trên thế giới cho thấy tỷ lệ ĐTĐ từ 33,3 - 56%, bệnh ác tính từ 3,3 - 6,8%, tỷ lệ nghiện rượu từ 30,3 - 46%, dùng thuốc ức chế miễn dịch kéo dài từ 6,06 - 12% [6]. So sánh kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi thấy tỷ lệ tiền căn bệnh lý kèm theo tương tự với nghiên cứu của các tác giả trên thế giới.

4.5. Vi khuẩn và kháng sinh đồ

Kết quả nghiên cứu của một số tác giả trên thế giới cũng cho thấy đa số các TH có nhiều hơn 1 loại vi khuẩn gây bệnh và E. coli là vi khuẩn chiếm tỷ lệ cao nhất. Tác giả Kuo [5] nghiên cứu cho thấy 63,6% các TH có hơn 2 loại vi khuẩn, E. coli chiếm 59,1% các TH, tiếp theo là Bacteroides fragilis 38,6%. Basoglu [7] cho thấy 28,9% các TH có hơn 2 loại vi khuẩn, E. coli chiếm 55,6% các TH.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ giữa các vi khuẩn trong mỗi nhóm tương tự như các tác giả, E. coli, Proteus và Klebsiella là vi khuẩn chiếm tỷ lệ cao nhất trong nhóm vi khuẩn hiếu khí. Nhưng tỷ lệ 1 BN có nhiều loại vi khuẩn được phân lập của chúng tôi thấp hơn các tác giả, điều này được giải thích do hạn chế trong xét nghiệm vi sinh của bệnh viện, không phải tất cả các loại vi khuẩn gây bệnh đều được nuôi cấy định danh.



4.5. Điều trị

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các TH được dùng kháng sinh phổ rộng theo kinh nghiệm ngay khi chẩn đoán xác định và phẫu thuật, cho đến khi có kết quả kháng sinh đồ thì điều chỉnh theo đó. Theo các hướng dẫn điều trị kháng sinh HF hiện tại, chúng tôi thường phối hợp nhiều loại kháng sinh như Carbapenem hoặc Ertapenem hoặc Cepha 3 hoặc Piperacillin+Tazobactam thêm Vancomycin hoặc Fluoroquinolones, Amikacin, Metroniazol. Sau khi được phẫu thuật cắt lọc mô hoại tử, bệnh nhân được tưới rửa liên tục vùng vết mổ bằng nước muối sinh lý pha với oxy già.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ phẫu thuật chuyển lưu phân bằng đưa đại tràng xích ma ra làm HMNT là 20%, tỷ lệ chuyển lưu nước tiểu bằng mở bàng quang ra da trên xương mu là 33,3%). Theo tác giả Koukouras [6] tỷ lệ mở HMNT là 55,5% và mở bàng quang ra da là 37,7%. Chuyển lưu phân bằng HMNT giúp cho bệnh nhân ăn uống sớm hơn, chăm sóc vết thương dễ dàng hơn và do đó giúp cải thiện quá trình điều trị vết thương với dinh dưỡng tốt hơn, vết thương ít ô nhiễm hơn [8].

4.6. Biến chứng

Theo y văn, các biến chứng trong HF có thể xảy ra sớm, nhanh chóng ngay trong giai đoạn đầu của bệnh. Biến chứng hay gặp là nhiễm trùng huyết, sốc nhiễm trùng và suy một hoặc đa cơ quan như suy thận, suy hô hấp, suy gan, rối loạn đông máu [2]. Tình hoàn cũng có thể bị hoại tử trong những TH nặng, hoại tử lan rộng tới khoang sau phúc mạc [3]. Trong báo cáo của Hejase và cộng sự [9] đã có 21% bệnh nhân phải cắt tinh hoàn do hoại tử.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 6 TH nhiễm trùng huyết, 6 TH sốc nhiễm trùng và 3 TH suy đa tạng, không có TH nào bị hoại tử tinh hoàn.

4.7. Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ tử vong

Trong nghiên cứu của chúng tôi, mặc dù tỷ lệ nam giới có tỷ lệ mắc HF cao hơn nhiều so với nữ giới, nhưng BN có giới tính nữ mắc HF có tỷ lệ tử vong cao hơn, hay giới tính nữ có liên quan với tỷ lệ tử vong với $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê, tương tự như các nghiên cứu của các tác giả khác.

Với chỉ số mức độ nghiêm trọng thì khi có chỉ số càng cao thì tỷ lệ tử vong càng cao với $p < 0,05$, có ý nghĩa thống kê.

Về sự tương quan của các bệnh lý kèm theo với tỷ lệ tử vong của BN HF, trong đó ĐTD có sự tương quan cao nhất với tỷ lệ tử vong của BN, khi xét bằng phép kiểm χ^2 với $p < 0,05$. Và nồng độ Glucose máu cao lúc nhập viện có liên quan đến tỷ lệ tử vong, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Ngoài ra tiền căn sử dụng corticoid, suy dinh dưỡng, lạm dụng rượu hay suy thận cũng ảnh hưởng đến kết quả tử vong của BN.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 20 TH được tính toán diện tích của vùng hoại tử. Khi so sánh trung bình diện tích vùng hoại tử của hai nhóm BN sống sót và nhóm BN tử vong chúng tôi thấy sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê bằng phép kiểm t với $P < 0,05$. 7/7 TH tử vong có diện tích vùng hoại tử lớn hơn 3%.

Trong y văn, BN HF tử vong thường do nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn, đông máu nội mạch rải rác, nhiễm toan ceton trong ĐTD, suy thận cấp hoặc do suy đa cơ quan. So sánh nguy cơ tử vong của nhóm BN có biến chứng với nhóm BN không có biến chứng, chúng tôi thấy 3/3 TH có biến chứng suy đa tạng bị tử vong, biến chứng này tương quan rất mạnh với tỷ lệ tử vong của BN ($p < 0,05$), 4/6 TH có biến chứng sốc nhiễm khuẩn bị tử vong, biến chứng này có tương quan rất mạnh với tỷ lệ tử vong ($p < 0,05$). 3/7 TH có biến chứng nhiễm khuẩn huyết bị tử vong ($p = 0,12 > 0,05$).

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 30 TH HF điều trị tại Bệnh viện Nhân Dân 115 trong thời gian 5 năm từ 2018 - 2023, chúng tôi rút ra các kết luận sau:

5.1. Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị HF tại Bệnh viện Nhân dân 115:

- Giới tính: nam nhiều hơn nữ (tỷ lệ nam nữ 7:3), tuổi trung bình: 60,23 tuổi \pm 14,34 (31 - 87 tuổi), chủ yếu trong nhóm 40 - 70 tuổi.

- Nguyên nhân gây bệnh: nhiễm khuẩn từ da chiếm tỷ lệ cao nhất với 43,3%, tiếp đến là từ đường tiêu hóa với 16,7%, từ đường tiết niệu sinh dục với 6,7%.

- Triệu chứng lâm sàng: đau bìu đáy chậu (100%), sưng tăng sinh môn (66,7%), tràn khí dưới da (46,7%), bí tiểu (20%) và có triệu chứng toàn thân: sốt (46,7%), sốc nhiễm khuẩn (20%).

- Triệu chứng cận lâm sàng:

+ 73,3% TH có bạch cầu máu tăng trên 12000/mm³,

40% TH có Hct giảm dưới 30%.

+ Vi khuẩn gây bệnh: E. coli, Klebsiella và Proteus chiếm tỷ lệ cao.

- Điều trị:

+ Kháng sinh điều trị theo kinh nghiệm: phối hợp nhiều loại kháng sinh Carbapenems (imipenem or meropenem 1 g (TMC) mỗi 6-8 giờ, ertapenem 1 g (TMC) mỗi 24 giờ hoặc Piperacillin-tazobactam (3.375 g TMC mỗi 6 giờ hoặc 4.5 g TMC mỗi 24 giờ) thêm Clindamycin (600 - 900 mg TMC mỗi 8 giờ) thêm Vancomycin (15 - 20 mg/kg TMC mỗi 8-12 giờ, hoặc Fluoroquinolones hoặc Aminoglycoside thêm Metronidazol.

+ Phẫu thuật :100% phẫu thuật cấp cứu cắt lọc mô hoại tử, PT chuyển lưu phân chiếm 20%, chuyển lưu nước tiểu chiếm 33,3%.

5.2. Các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ tử vong:

- Tỷ lệ tử vong của nghiên cứu là 23,3%. Suy đa cơ quan, choáng nhiễm khuẩn là những nguyên nhân chính dẫn đến tử vong của BN.

- Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ tử vong: giới tính nữ, tiền căn đái tháo đường và chỉ số đường máu cao, chỉ số mức độ nghiêm trọng cao và chỉ số lan rộng của HF cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] El-Qushayri AE, Khalaf KM, Dahy A et al., Fournier's gangrene mortality: A 17-year systematic review and meta-analysis. International journal of infectious diseases : IJID : official publication of the International Society

for Infectious Diseases. 2020;92:218-25.

- [2] Sorensen MD, Krieger JN, Rivara FP et al., Fournier's Gangrene: population based epidemiology and outcomes. The Journal of urology. 2009;181(5):2120-6.
- [3] Eke N, Fournier's gangrene: a review of 1726 cases. The British journal of surgery. 2000;87(6):718-28.
- [4] Malik, Arshad Mehmood et al., The spectrum of presentation and management of Fournier's gangrene--an experience of 73 cases. Hypertension, 2010, 4: 5.47.
- [5] Kuo CF, Wang WS, Lee CM et al., Fournier's gangrene: ten-year experience in a medical center in northern Taiwan. Journal of microbiology, immunology, and infection= Wei mian yu gan ran za zhi, 40(6), 500-506, 2007.
- [6] Koukouras, Dimitrios et al., Fournier's gangrene, a urologic and surgical emergency: presentation of a multi-institutional experience with 45 cases. Urologia internationalis, 2011, 86.2: 167-172.
- [7] Basoglu, Mahmut et al., Management of Fournier's gangrene: review of 45 cases. Surgery today, 2007, 37: 558-563.
- [8] Garcia Marin A, Turegano Fuentes F, Cuadrado Ayuso M et al., Predictive factors for mortality in Fournier' gangrene: a series of 59 cases. Cir Esp. 2015;93(1):12-7.
- [9] Hejase, Mohamed J et al., Genital Fournier's gangrene: experience with 38 patients. Urology, 1996, 47.5: 734-739.

