

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^{1*}, Truong Cong Thanh¹,
Truong Minh Khoa¹, Do Cong Doan¹, Hoang Duy Tan¹, Nguyen Nhat Huy²

¹Department of Nephrology and Urology, Can Tho Central General Hospital -
315 Nguyen Van Linh, Tan An Ward, Can Tho City, Vietnam

²Department of Nephrology and Urology, Ninh Thuan General Hospital -
Nguyen Van Cu street, Ninh Chu Ward, Khanh Hoa Province, Vietnam

Received: 10/09/2025

Revised: 28/09/2025; Accepted: 15/10/2025

ABSTRACT

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

Materials and methods: A descriptive case series. Seventeen patients diagnosed with Fournier's gangrene were treated with negative pressure wound therapy support after surgical debridement at Can Tho Central General Hospital from January 2024 to December 2024.

Results: The average age of the cases was 59.52 ± 12.30 years. Nine patients (52.94%) had type 2 diabetes and 3 patients (17.65%) had hypertension. The FGSi score and wound area (cm^2) were 4.70 ± 3.05 and $135.11 \pm 112.49 \text{ cm}^2$. The rates of patients with abdominal wall, groin, perineal, and/or scrotal and/or penile lesions were 11.76%, 17.65%, and 29.4%. Diverting feces and urine was accounting for 41.18% and 11.76%. In the research group, there were 2 patients who did not require suturing or reconstruction (11.76%). Surgical closure of secondary wounds or reconstruction was performed in 14 out of 17 patients (82.35%). Among them, four patients healed through ALTF skin grafting, and 1 patient (5.88%) died during hospitalization.

Conclusion: Our study results indicate that the length of hospital stay and the rate of reconstruction after debridement combined with VAC placement is a promising therapy in postoperative wound care. The lower rate of re-debridement and dressing change frequency in VAC therapy may reduce practical treatment time and increase physician satisfaction.

Keywords: Fournier's gangrene, vacuum-assisted closure, Fournier gangrene severity index.

*Corresponding author

Email: bsdangtheoanh@gmail.com Phone: (+84) 934747174 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD17.3413>

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỚM HOẠI THƯ FOURNIER CÓ SỰ HỖ TRỢ HÚT ÁP LỰC ÂM SAU PHẪU THUẬT CẮT LỘC 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 -
315 Nguyễn Văn Linh, P. Tân An, Tp. Cần Thơ, Việt Nam

²Khoa Ngoại Thận - Tiết niệu, Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận -
đường Nguyễn Văn Cừ, P. Ninh Chữ, Tỉnh Khánh Hòa, Việt Nam

Ngày nhận: 10/09/2025

Ngày sửa: 28/09/2025; Ngày đăng: 15/10/2025

ABSTRACT

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.

Đối tượng và phương pháp: Mô tả loạt trường hợp lâm sàng. Có 17 bệnh nhân được chẩn đoán hoại thư Fournier và được điều trị có sự hỗ trợ hút áp lực âm sau phẫu thuật cắt lọc tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 1/2024 đến tháng 12/2024.

Kết quả: Tuổi trung bình của các bệnh nhân là $59,52 \pm 12,30$ tuổi. Có 9 bệnh nhân (52,94%) mắc bệnh đái tháo đường type 2 và 3 bệnh nhân (17,65%) tăng huyết áp. Điểm FGSI và diện tích vết thương lần lượt là $4,70 \pm 3,05$ điểm và $135,11 \pm 112,49$ cm². 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 11,76%, 17,65% và 29,4%. Việc chuyển lưu phân và nước tiểu lần lượt chiếm 41,18% và 11,76%. Trong nhóm nghiên cứu, có 2 bệnh nhân không cần khâu hay tạo hình (chiếm tỉ lệ 11,76%). Việc phẫu thuật khâu vết thương thứ phát hoặc tạo hình đã được thực hiện ở 14/17 bệnh nhân (82,35%), trong đó 4 bệnh nhân lành bằng cách ghép vạt da cân đùi trước ngoài (ALTF), có 1 bệnh nhân (5,88%) đã tử vong trong thời gian nằm viện.

Kết luận: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng thời gian nằm viện và tỷ lệ tái tạo mô sau cắt lọc kết hợp đặt VAC là liệu pháp hứa hẹn trong việc chăm sóc vết thương sau phẫu thuật. 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, giảm gánh nặng chăm sóc.

Từ khóa: Hoại thư Fournier, liệu pháp hút áp lực âm, chỉ số mức độ hoại tử Fournier.

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 chóng và có nguy cơ tử vong cao. Việc điều trị hoại thư Fournier đòi hỏi phải phối hợp nhiều biện pháp đồng thời, trong đó phẫu thuật cắt lọc để loại bỏ các mô hoại tử là bước can thiệp chủ yếu của quá trình điều trị, nhằm ngăn chặn những hậu quả nghiêm trọng

và giảm tỉ lệ tử vong cho bệnh nhân. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong điều trị và chăm sóc, nhưng tỷ lệ tử vong vẫn còn cao, dao động từ 4-75% theo các nghiên cứu trước đây.

Đóng vết thương bằng phương pháp hút chân không (vacuum-assisted closure - VAC) 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

*Tác giả liên hệ

Email: bsdangtheoanh@gmail.com Điện thoại: (+84) 934747174 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD17.3413>

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 mmHg 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. Liệu pháp VAC là phương pháp đơn giản và hiệu quả hơn so với phương pháp băng thông thường trong việc điều trị vết. VAC có ưu thế về mặt giảm thể tích vết thương, độ sâu, thời gian và chi phí điều trị.

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 này 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, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các 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.



Hình 1. Hình ảnh hoại thư Fournier và sau phẫu thuật có đặt VAC ở một số bệnh nhân
(Nguồn: Khoa Ngoại thận - Tiết niệu, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ)

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu, mô tả hàng loạt trường hợp (17 trường hợp).

- Nội dung nghiên cứu: 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 mức độ nghiêm trọng hoại thư Fournier (Fournier gangrene severity index - FGSI), nguyên nhân xuất phát hoại thư Fournier, số lần cắt lọc và đặt VAC, kết quả nuôi cấy vi khuẩn; phương pháp điều trị (cách bỏ tinh hoàn, phẫu thuật tăng sinh môn, vùng bẹn, vùng bụng, mở bàng quang ra da, thời gian cắt lọc đến khi lành vết thương); kết quả điều trị (không phẫu thuật tạo hình, khâu da thì 2, chuyển vật da, tử vong).

- Phân tích và xử lý số liệu: số liệu được xử lý theo thuật toán thống kê y học qua chương trình SPSS 20.0.

2.3. Đạo đức y học

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Y khoa và Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. Bệnh nhân tình nguyện tham gia nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

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

Đặc điểm		Fournier Gangrene
Số bệnh nhân		17
Giới (nam/nữ)		17/0
Tuổi		59,52 ± 12,30
Bệnh đái tháo đường type 2		9/17 (52,94%)
Tăng huyết áp		3/17 (17,65%)
Diện tích vết thương cắt bỏ (cm ²)		135,11 ± 112,49
Chỉ số FGSI		4,70 ± 3,05
Nguyên nhân xuất phát Fournier Gangrene	Hậu môn trực tràng	8 (47,06%)
	Từ đường tiết niệu	2 (11,76%)
	Từ da	7 (41,18%)

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. Đối với những bệnh nhân có đái tháo đường, số lần phẫu thuật cắt lọc và thời gian cắt lọc đến lành vết thương cao hơn so với những bệnh nhân không có đái tháo đường, nhưng sự khác biệt giữa các nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

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		Fournier Gangrene
Số lần cắt lọc + đặt VAC (lần)		$1,67 \pm 1,5$
Kết quả nuôi cấy vi khuẩn hiếu khí	<i>Escherichia coli</i>	58,33%
	<i>Enterococcus faecalis</i>	16,67%
	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	16,67%
	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	0
	<i>Enterococcus faecium</i>	16,67%
	<i>Acinetobacter baumannii</i>	16,67%
Cắt bỏ tinh hoàn		1/17 (5,88%)
Phẫu thuật tăng sinh mô		5/17 (29,4%)
Phẫu thuật vùng bẹn		3/17 (17,65%)
Phẫu thuật vùng bụng		2/17 (11,76%)
Hậu môn tạm		7/17 (41,18%)
Mở bàng quang ra da		2/17 (11,76%)
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 mô và/hoặc tổn thương bìu và/hoặc dương vật lần lượt là 11,76%, 17,65% 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 41,18% được mở hậu môn tạm và 11,76% được mở bàng quang ra da.

3.3. Kết quả điều trị

Bảng 3. Kết quả điều trị (n = 17)

Kết quả điều trị	Fournier Gangrene
Không phẫu thuật tạo hình	2/17 (11,76%)
Khâu da thì 2	10/17 (58,82%)
Chuyển vạt da	4/17 (23,53%)
Tử vong	1/17 (5,88%)

Có 2 bệnh nhân không cần khâu hay tạo hình (chiếm tỷ lệ 11,76%). Việc phẫu thuật khâu vết thương thứ phát hoặc tạo hình đã được thực hiện ở 14/17 bệnh nhân (82,35%), trong đó 4 bệnh nhân lành bằng cách ghép vạt da cân đùi trước ngoài (ALTF), có 1 bệnh nhân (5,88%) tử vong trong thời gian nằm viện.



Hình 2. Phẫu thuật chuyển vạt da cân đùi trước ngoài (ALTF) điều trị hoại thư Fournier có đặt VAC

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng đối tượng nghiên cứu

Tất cả 17 bệnh nhân trong nghiên cứu đều là nam giới với độ tuổi trung bình là $59,52 \pm 12,30$ tuổi, dao động từ 33-84 tuổi. Kết quả này cũng tương đồng với một số nghiên cứu trước đó như nghiên cứu của Sorensen và cộng sự có tuổi trung bình là $50,9 \pm 18,6$ tuổi [1], nghiên cứu của Koukouras và cộng sự là 55,5 tuổi (22-82) [2], nghiên cứu của Korkut và cộng sự là 54,6 tuổi (17-82) [3]. 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 hoại thư Fournier của Sorensen và cộng sự có 39 trường hợp là nữ [1], của Koukouras và cộng sự trong 44 trường hợp có 5 trường hợp nữ [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả bệnh nhân đều là nam giới, điều này có thể do cỡ mẫu của chúng tôi còn ít (17 trường hợp) 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. Nghiên cứu của 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% [4]. Koukouras và cộng sự 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% [2]. Basoglu và cộng sự 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% [5]. Trong nghiên cứu chúng tôi, nguyên nhân có nguồn từ hậu môn trực tràng thường gặp nhất với 47,06%, từ da là 41,18%, từ đường tiết niệu sinh dục là 11,76%.

Về tỉ lệ các bệnh lý kèm 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 52,94% có đái tháo đường và 17,65% 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 bệnh nhân, 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. Nhiều nghiên cứu của các tác giả trên giới cũng cho thấy đa số các trường hợp có nhiều hơn 1 loại vi

khuẩn gây bệnh và *E. coli* là vi khuẩn phổ biến nhất. Koukouras và cộng sự nghiên cứu cho thấy 63,6% các trường hợp có hơn 2 loại vi khuẩn, *E. coli* chiếm 59,1%, *Bacteroides fragilis* 38,6% [2]. Basoglu và cộng sự cho thấy 28,9% các trường hợp có hơn 2 loại vi khuẩn, *E. coli* chiếm 55,6% [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, *E. coli* là vi khuẩn chiếm tỉ lệ cao nhất trong nhóm vi khuẩn hiếu khí, tuy nhiên chúng tôi 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.

Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu này 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 41,18% bệnh nhân được chuyển lưu phân và 11,76% 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.

Nghiên cứu của Assenza và cộng sự 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. 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 [6]. Tương tự, Cuccia và cộng sự đã đánh giá kết quả của VAC trên 6 bệnh nhân với FGSI trung bình là 10,5 điểm thì có hiệu quả trong việc làm sạch và chuẩn bị vết thương, đồng thời rút ngắn thời gian nằm viện và giảm sự khó chịu của bệnh nhân [7]. Một nghiên cứu hồi cứu của 9 trung tâm tiết niệu tại Italia từ năm 2007-2018 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. Czymek và cộng sự 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. Họ nhận thấy rằng liệu pháp VAC có liên quan đến thời gian nằm viện ngắn hơn và tỷ lệ tử vong thấp hơn [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về độ tuổi trung bình, điểm hoại thư FGSI, diện tích cắt lọc giữa nhóm mắc bệnh đái tháo đường và tăng huyết áp ($p > 0,05$). Chúng tôi thấy rằng thời gian từ cắt lọc đến tái tạo là tương đối thấp

(23,11 ± 13,13 ngày) so với một số nghiên cứu, điều đó cho thấy hiệu quả của 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 tưới 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

Chúng tôi ghi nhận trong y văn có sự thống nhất rằng 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. Một số nghiên cứu trên thế giới như Eke và cộng sự nghiên cứu 1726 trường hợp hoại thư Fournier có tỉ lệ tử vong là 16% [4]; nghiên cứu của Sorensen và cộng sự có tỉ lệ tử vong là 7,5% [1]. Kết quả của chúng tôi có 1 trường hợp (5,88%) tử vong và 16/17 trường hợp (94,12%) 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 trường hợp), chúng tôi sử dụng phương pháp chuyển vạt da có cuống mạch liền từ vạt 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 vạt, vạt đủ chắc để phục hồi chức năng tình dục.

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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Sorensen M.D, Krieger J.N, Rivara F.P, Fournier's Gangrene: population based epidemiology and outcomes, J Urol, 2009, pp. 2120-2126.
- [2] 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, pp. 167-172.
- [3] Korkut M, İçöz G, Dayangaç M, Outcome analysis in patients with Fournier's gangrene: report of 45 cases, Dis Colon Rectum, 2003, pp. 649-52.
- [4] Eke N, Fournier's gangrene: a review of 1726 cases, Br J Surg, 2000, pp. 718-728.
- [5] Basoglu M, Ozbey I, Atamanalp SS, Management of Fournier's gangrene: review of 45 cases, Surg Today, 2007, pp. 558-563.
- [6] Assenza M, Cozza V, Sacco E, VAC (Vacuum Assisted Closure) treatment in Fournier's gangrene: personal experience and literature review, Clin Ter, pp. 1-5.
- [7] Cuccia G, Mucciardi G, Morgia G, Vacuum-assisted closure for the treatment of Fournier's gangrene, Urol Int, 2009, pp. 426-431.
- [8] Czymek R, Schmidt A, Eckmann C, Fournier's gangrene: vacuum-assisted closure versus conventional dressings, Am J Surg, 2009, pp. 168-176.