

Các biến chứng của phẫu thuật cắt sợi ngoại thất lồng ngực bằng đường mổ trước

Vị trí bài Biên tập viên

Thứ 04, 06 Tháng 4 2016 15:56 - Lần cập nhật cuối Thứ 04, 23 Tháng 4 2016 09:58

Khoa Ngoại Chấn thương - Thận kinh - Bs CK2 Phạm Ngọc Nhân

Phẫu thuật cắt sợi ngoại thất lồng ngực bằng đường mổ trước thường được chỉ định trong các trường hợp mô thể ngực cắt sợi ngoại và/ hoặc các trường hợp chèn ép rễ thần kinh do chấn thương, khối u hoặc nhiễm trùng. Một số chỉ định khác gồm: tái tạo cấu trúc thân sống do bệnh lý thoái hóa nhân đĩa có triệu chứng và biến dạng cấu trúc sống.

Vào năm 1030, Capener và Burns đã có các báo cáo đầu tiên về phẫu thuật cắt sợi ngoại thất lồng ngực bằng đường mổ trước. Từ đó, kỹ thuật bóc bỏ cấu trúc sợi ngoại thất lồng ngực bằng đường mổ trước đã có nhiều bước phát triển. Các lợi ích về mặt lý thuyết của đường mổ trước là tiếp cận trực tiếp vùng bệnh lý, không làm tổn thương các cấu trúc sống do đó, cần ít thời gian phục hồi nhanh và ít đau sau mổ, giảm triệu chứng đau cổ mãn tính, tránh được các biến chứng (nếu có) và dễ dàng ghép xương đúng vị trí vùng chậu lồng ngực. Tuy nhiên, các phẫu thuật viên cần nắm rõ các biến chứng của kỹ thuật mổ này để phòng tránh và xử lý kịp thời có biến chứng xảy ra. Ở đây, chúng tôi tập trung vào các biến chứng trong quá trình phẫu thuật và sau mổ từ 1-6 tuần.

Bảng 1. Các biến chứng hay gặp của phẫu thuật cắt sợi ngoại thất lồng ngực bằng đường mổ trước

Thời gian xảy ra biến chứng	Biến chứng	Tỷ lệ (%)
Trong mổ	Tổn thương tĩnh mạch	<4
	Tổn thương động mạch	0 - 0,9
	Tổn thương hệ tiêu	<1
	Tổn thương ruột phúc mạc	<1
	Tổn thương da rách da vị	4,1 - 6
Sau mổ 1 - 6 tuần	trên, trước xương cụt	
	Tổn thương chỉnh giao cảm	6,06 - 10
	Thuyên tắc tĩnh mạch	1 - 1,6
	Huyết khối động mạch	0,45 - 1,3
	Mất tư sau phúc mạc	0,49
	Thoát vị thành bụng	<1
	Lột ruột sau mổ	0,6 - 5,6
	Hở vết mổ	0,49
	Biến chứng liên quan đến	
	miền khớp	<1
	Trật đĩa đệm nhân tạo	1 - 7,4

1. Các biến chứng trong mổ

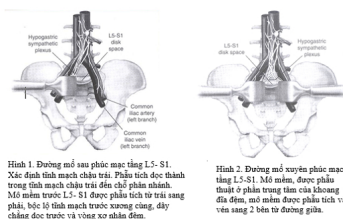
1.1. Các biến chứng liên quan đến đường mổ

Có thể bóc bỏ cấu trúc sợi ngoại thất lồng ngực qua đường mổ trước xuyên qua phúc mạc hoặc trước phúc mạc

vị trí nhân tạo thắt lưng nhân tạo. Đường mổ có thể là đường mổ thẳng bên cạnh cột sống bằng (Paramedian), hoặc đường mổ ngang dưới rốn.

Với đường mổ Paramedian, sau khi cắt mô dưới da, bóc bỏ bao trước cột sống bằng, rách dọc bao cột theo hướng các thớ sợi cột sống bằng, kéo cột sống bằng vào trong, bóc bỏ bao sau cột sống bằng, cắt bao sau cột sống bằng và cân ngang bằng để bóc bỏ phúc mạc. Phúc mạc được vén vào trong, bóc bỏ cột sống thắt lưng chũu và cột sống thắt lưng. Nếu u quỳ được vén vào trong cùng với phúc mạc. Xác định đường, tĩnh mạch chũu chung và chia nhánh. Cắt và cắt tĩnh mạch cùng chũu và đường mạch cùng giữa. Trong một số trường hợp cần thiết có thể bóc bỏ, di chuyển đốt sống dưới đường mạch chũu và tĩnh mạch chũu dưới và phía bên phải để bóc bỏ cột sống thắt lưng. Nhánh đường, tĩnh mạch cột sống có thể cắt và cắt nối thay thế cần thiết. Cần thận trọng để tránh dao động trong quá trình phẫu thuật.

Với đường mổ xuyên qua phúc mạc thì đường mổ là đường mổ giữa dưới rốn, vén ruột lên trên, xác định các mạch máu lớn và mô mỡ nhô xuống cùng.



Liên quan đến đường mổ có thể gặp các biến chứng sau đây:

1.1.1 Tổn thương trực tiếp mạch máu

Cấu trúc tĩnh mạch bên trong cột sống hay gặp nhất là tĩnh mạch chũu chung bên trái, tĩnh mạch chũu dưới và tĩnh mạch cùng chũu xuống. Dưới vị trí đường mạch thì tổn thương đường mạch chũu trái là biến chứng hay gặp nhất. Để bóc bỏ L4- L5 và L5- S1 cần phải bóc bỏ và di chuyển tĩnh mạch chũu chung bên trái do đó cấu trúc này dễ bị tổn thương nhất. Cấu trúc mạch máu này bắt chéo trước thân L5 và liên quan đến đĩa đệm liên kết. Nhánh tĩnh mạch cột sống xuống và tĩnh mạch chũu cột sống dưới bên trong cột sống nhất do bị xé rách khi vén các mạch máu lớn để bóc bỏ thân

sỏi. Các mạch máu lớn, tĩnh mạch chủ dưới cũng có nguy cơ bị xé rách khi đặt cố định vết mổ trái qua phôi để bóc bỏ ổ đĩa ổ m L4- L5. Đụng mạch chủ khi bóc bỏ ổ mổ. Các cấu trúc mạch máu có nguy cơ cao bị tổn thương trong quá trình mổ nếu có biến đổi viêm làm cho mạch máu dính với các tổ chức lân cận nên quá trình tạo thành sẹo xơ cứng, các phẫu thuật trước đó, viêm ổ đĩa ổ m và có tiền sử gãy cột sống thắt lưng.

Nhìn chung tỷ lệ tổn thương mạch máu trong mổ là thấp. Tỷ lệ tổn thương mạch máu trong mổ của Baker và cộng sự là dưới 4 %. Nghiên cứu của Fantini có tỷ lệ tổn thương mạch máu là 2,9% và đều có liên quan đến các biến đổi viêm, làm các mạch máu dính vào tổ chức lân cận, gây nhu máu khó khăn trong quá trình bóc bỏ phẫu thuật. Không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa tổn thương mạch, giới tính và tuổi, với tỷ lệ tổn thương mạch máu. Brau và cộng sự báo cáo tỷ lệ tổn thương tĩnh mạch 1,4% và cho rằng chảy máu có thể kiểm soát được bằng các vật liệu cầm máu (Surgicel, Spongel) nếu vết rách mạch máu < 4mm, các tổn thương >4mm cần đặt cố định trí bằng khâu phẫu thuật. Tổn thương tĩnh mạch hay gặp nhất khi phẫu thuật ổ mổ L4- L5. Tuy nhiên, Hamdan cho rằng 83% các tổn thương tĩnh mạch xảy ra khi can thiệp ổ mổ L4-L5, trong khi nếu can thiệp ổ mổ L5- S1 thì chỉ có 5,1% biến chứng tổn thương tĩnh mạch. Các tác giả khuyên cần theo dõi chặt chẽ bệnh nhân sau mổ để phát hiện biến chứng thuyên tắc tĩnh mạch sau phẫu thuật có tổn thương tĩnh mạch.

Hội chứng khoang cùng bên có thể xảy ra sau khi phẫu thuật ổ mổ của ổ mổ tổn thương tĩnh mạch. Với giảm dòng chảy sau tổn thương và ổ mổ của các tổn thương tĩnh mạch là nguyên nhân gây ra thuyên tắc tĩnh mạch. Stulik và cộng sự báo cáo nguy cơ cao tổn thương mạch máu khi phẫu thuật ổ mổ L4- L5 và ổ mổ động các kỹ thuật ít xâm lấn cũng như phẫu thuật trong các trường hợp phức tạp cấu trúc giải phẫu đã bị thay đổi do khối u hoặc viêm dính ổ đĩa ổ m, cột sống. Tỷ lệ tổn thương tĩnh mạch với ổ mổ sau phúc mạc là 1,26%.

Tổn thương động mạch ít gặp hơn tổn thương tĩnh mạch do nó đàn hồi và di động hơn tĩnh mạch và ít có nguy cơ bị rách trong quá trình phẫu thuật. Các tổn thương động mạch có thể bị u hiến bằng huyết khối ổ động mạch hoặc chảy máu muộn sau mổ. Chúng tôi khuyên nên dùng retractor cầm tay hơn là các retractor cố định, ví dụ như băng dính Steimann để làm rãnh tay phẫu thuật viên vì có thể dời đến các biến chứng tổn thương mạch máu nguy hiểm. Tổn thương động mạch chủ trái tổn thương hay xảy ra và chiếm tỷ lệ khoảng < 0,9%. Tổn thương động mạch chủ ít khi gặp và có chung nguyên nhân như tổn thương tĩnh mạch chủ. Faciszewski cho gặp 01 trường hợp rách động mạch chủ trong 1223 trường hợp.

1.1.2 Tổn thương thận

Các biến chứng thận hay gặp là biến chứng niệu quản, ruột hoặc rách phúc mạc. Biến chứng niệu quản xảy ra trong quá trình vén phúc mạc hay cắt thận bằng đường mổ trước cắt sỏi. Cần xác định niệu quản cũn biến chứng sau phúc mạc. Niệu quản là cấu trúc đường ống, giàu mạch máu và có nhu động. Các mô quanh niệu quản cũn được bao bọc trong quá trình di động niệu quản. Guinrich và McDermott đã báo cáo trường hợp biến chứng niệu quản khi phẫu thuật cắt sỏi thận bằng đường mổ trước với sự trợ giúp của nội soi. Vào ngày thứ 3 sau mổ, bệnh nhân tái nhập viện vì đau bụng, buồn nôn và nôn mửa, sốt, vã mồ hôi, đau bụng vùng 1/4 dưới bên trái. Xét nghiệm có bạch cầu tăng. Chụp CT cho thấy có hình ảnh nang niệu quản, nội soi bàng quang và chụp niệu quản ngược dòng cho thấy hình ảnh rách niệu quản trái. Bệnh nhân được điểu trị bằng đặt ống qua da và đặt stent niệu quản.

Rách phúc mạc và biến chứng ruột biến chứng xảy ra khi mổ lap. Số dính cũn được xem xét các bệnh nhân có tiền sử nhiễm trùng phúc mạc, bệnh ung thư, phẫu thuật bụng trước đó hoặc đã được tia xạ vùng bụng. Rách phúc mạc thì nó không phải là biến chứng quá nghiêm trọng, tuy nhiên cũn phải được khâu lại ngay lập tức, không để vết rách lớn thêm.

Biến chứng ruột biến chứng xảy ra khi có quá trình viêm dính thanh mạc ruột. Kang và cộng sự gặp 01 trường hợp trong 412 phẫu thuật bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật bụng trước đó. Các biến chứng ruột nên được khâu phục hồi ngay, vùng chung quanh chỗ biến chứng thận cũn được tưới rửa để tránh tạo thành áp xe và viêm phúc mạc.

1.1.3 Các biến chứng thần kinh

Đám rối giao cảm hạ vị trước xương cùng (Chuỗi giao cảm T10- L3) có thể gây phóng tính ngược dòng. Biến chứng này đã được Sacks báo cáo lần đầu tiên vào năm 1960.

Đám rối giao cảm hạ vị trên (Superior hypogastric sympathetic plexus) xuất phát từ trước đường mạch chủ và kéo dài đến vùng chậu và tạo thành bó đám rối thần kinh, hoặc dây thần kinh cùng đơn (single presacral nerve) nằm ở trước đĩa m L4- S1. Để tránh làm biến chứng thận đám rối, cũn phải tích nhàn, vén mạch máu và đám rối sang bên. Cần tránh sự dao động dao động, nhân được bọc bọc và rách đứt biến chứng dao động liên quan cũc.

Xuất tinh ngược dòng hay gặp với đường mổ xuyên phúc mạc cũn là đường mổ sau phúc mạc. Sasso báo cáo tỷ lệ xuất tinh ngược dòng là 1,7% với đường mổ sau phúc mạc nhàn thận lên

đư n 13,3% v i đư ng mư xuyên phúc mư c ($P = 0,017$). Nghi n c u c a Cohn cho th y t lư xu t tnh ngư c đư ng là 6%. Bi n chư ng này c n đư c t v n k cho bư nh nh n, đư t bi t là bư nh nh n nhi, ho c bư nh nh n trư tu i.

Rajaraman báo cáo có 9,6% bư nh nh n bư r i lư n chư c nư ng tnh đư c. Có 02 bư nh nh n bư phóng tnh ngư c đư ng, 01 bư nh nh n phư c h i ho n to n sau 15 tháng. G n 1/3 s bư nh nh n phư c h i ho n to n sau 1-2 n m. Nghi n c u c a Schwender có t lư phóng tnh ngư c đư ng là 11,6% trong 43 bư nh nh n đư c phư u thu t lư i. Không có trư ng h p nào có bi n chư ng xu t tnh ngư c đư ng trong 21 trư ng h p phư u thu t lư i t ng k c n như ng có 5/22 trư ng h p g p bi n chư ng này khi phư u thu t lư i t ng L5-S1

Th n giao c m th t lư ng (T12- L4) nư m c nh b n th n sư ng n n có nguy c bư t n thư ng nư u phư u thu t bư ng đư ng mư trư c. Khi bi n chư ng x y ra, bư nh nh n thư ng th n phi n b n ch n đ i b n thư ng có c m gi c lư nh như ng th t s là b n ch n cù ng b n thư ng m h n do tác đư ng d n mư ch v mư t đ i c chư co mư ch c a h thư n kinh giao c m. C n ki m tra mư ch mư ch n đư lư i trư c các bư nh lý mư ch máu. M c dù tri u chư ng này g y khó chư u cho ngư i bư nh như ng đ y là tnh trư ng không nguy hi m. M t s tác gi cho rư ng t n thư ng th n giao c m là mư t bi n chư ng khó có th tr n h đư c do c u trư c thư n kinh r t g n v i th n đư t sư ng.

Kang và cư ng s báo cáo t lư 6,06% r i lư n chư c nư ng giao c m trong các trư ng h p đư c phư u thu t. Có 19 trư ng h p x y ra cù ng b n phư u thu t, và 6 trư ng h p bư c 2 b n. Như ng bư nh nh n có bi n chư ng c 2 b n thư ng là do phư u tích quá mư c chư mư t b n, do đó đ y là như ng t n thư ng gi n ti p t dao đ i n. H u h t các bư nh nh n đư d n n p đư c các tri u chư ng c a bi n chư ng này sau 6 tháng.

1.2. T n thư ng rư thư n kinh.

T n thư ng rư thư n kinh có th x y ra khi phư u thu t c t sư ng bư ng đư ng mư trư c (h n xư ng li n th n đư t sư ng, thay to n bư đ i đư m, c t th n sư ng và đư t lư ng g p xư ng). Ba bi n chư ng có th g p, đó là tho t v nh n đư m do phư u thu t, đư ng c h n xư ng ch n ép vào lư li n h p và kho ng đ i đư m đư c phư c h i cao quá mư c (overdistraction).

Trong quá trình lư y nh n đư m đư h n xư ng li n đư t lư i trư c hay thay to n bư đ i đư m, đ i đư m

Cần được kiểm soát kỹ lưỡng vị trí đĩa đệm nhân tạo trước khi phẫu thuật. Nên sử dụng X quang trong mổ (C-arm) để xác định độ sâu và vị trí của hai bên của đĩa đệm nhân tạo vào đĩa đệm khi dùng curret để lấy bỏ mô mềm của đĩa đệm. Góc sau ngoài của đĩa đệm nhân tạo phải được làm giảm nguy cơ gây tổn thương nhân đĩa đệm vào ống sống hoặc liên hợp khi đặt đĩa đệm nhân tạo vào khoang đĩa đệm. Khi có nghi ngờ tổn thương rễ thần kinh sau mổ, cần chụp MRI để loại trừ nguyên nhân chèn ép rễ do nhân đĩa đệm.

Bộ phận quan trọng nhất để ngăn ngừa biến chứng của hàn xương liên đốt trụ vào liên hợp là kiểm tra liên tục vị trí của đĩa đệm nhân tạo qua C-arm. Khi sử dụng mũi khoan hướng dẫn đầu tiên để tiến hành hàn xương liên thân đốt, đĩa đệm nhân tạo phải được kiểm tra để đảm bảo vị trí của mũi khoan được đặt đúng vị trí chính xác giúp cho vị trí của đĩa đệm nhân tạo khớp khớp với đĩa đệm nhân tạo đúng vị trí. Đây là cách để ngăn ngừa giúp giảm thiểu vị trí đặt đĩa đệm nhân tạo sai vị trí. Cần kiểm tra X quang từ bên để ngăn ngừa vị trí đặt đĩa đệm nhân tạo ra sau quá mức gây chèn ép hoặc tổn thương túi màng cứng.

Phẫu thuật viên cần tránh phạm sai lầm khi đặt đĩa đệm nhân tạo quá mức. Các biến chứng nhân thoái hóa đĩa đệm, rễ thần kinh thoát vị đĩa đệm mạnh đi theo thời gian. Khi đặt đĩa đệm nhân tạo quá mức rễ thần kinh có thể bị kéo căng gây đau rễ thần kinh sau mổ. Đặt đĩa đệm nhân tạo quá mức có thể phạm sai lầm khi đặt đĩa đệm nhân tạo vào vị trí đĩa đệm bình thường ở trên và dưới mức phẫu thuật hàn khớp. Đó là đặt đĩa đệm nhân tạo vào vị trí đĩa đệm nhân tạo. Hậu quả của đau rễ thần kinh giảm dần theo thời gian, tuy nhiên có một số biến chứng nhân tạo liên hợp lâu dài.

(Còn tiếp)