

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 tả về ngoại thất lồng ngực và/ hoặc các trường hợp chèn ép rõ thận 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 hồi phục 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 nếu 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 hóa	<1
	Tổn thương ruột phúc mạc	<1
	Tổn thương đám rối hạ vị trên trước xương cụt	4,1 - 6
Sau mổ 1 - 6 tuần	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
	Liệt ruột sau mổ	0,6 - 5,6
	Hở vết mổ	0,49
	Biến chứng liên quan đến mạch phổi	<1
	Trật đĩa đệm nhân tạo	1 - 7,4

1. Các biến chứng trong mổ

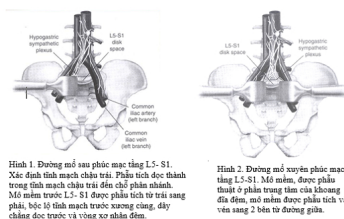
1.1. Các biến chứng liên quan đến đường mổ

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 cần cần vén vào trong cùng với phúc mạc. Xác định đường, tĩnh mạch chũu chung và chi phân 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 nếu cần thiết. Cần thận trọng khi sử dụng dao điện trong quá trình phẫu tích.

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

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 ¼ 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 tục.

Xuất tinh ngược dòng hay gặp với đường mổ xuyên phúc mạc hơn là đường mổ sau phúc mạc. Sasso báo cáo tỷ lệ xuất tinh ngược dòng là 1,7% với đường mổ sau phúc mạc như ng thì lên

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 đĩa đệm nhân tạo trước khi dùng curret để lấy bỏ mô mềm của đĩa đệm. Góc sau ngoài của đĩa đệm nhân tạo được kiểm soát kỹ lưỡng trước khi phẫu thuật để 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 phẫu thuật cột sống liên quan đến việc đặt đĩa đệm nhân tạo là kiểm tra liên tục vị trí của đĩa đệm nhân tạo qua C-arm. Khi sử dụng mũi khoan hướng dẫn để đặt đĩa đệm nhân tạo, kiểm tra liên tục vị trí của đĩa đệm nhân tạo, kiểm soát vị trí của đĩa đệm nhân tạo qua C-arm để đảm bảo vị trí của đĩa đệm nhân tạo đúng vị trí. Đây là cách để kiểm soát vị trí của đĩa đệm nhân tạo để tránh biến chứng sai vị trí. Cần kiểm tra X quang từ nhiều góc độ để ngăn ngừa vị trí của đĩa đệm nhân tạo ra sau quá mức gây chèn ép hoặc tổn thương túi màng cột sống.

Phẫu thuật vị trí của đĩa đệm nhân tạo tránh phẫu thuật cột sống cao khoang đĩa đệm quá mức. Các biến chứng nhân tạo đĩa đệm, rễ thần kinh thoát vị đĩa đệm nhân tạo sẽ diễn biến theo thời gian. Khi vị trí của đĩa đệm nhân tạo cao khoang đĩa đệm nhân tạo quá mức rễ thần kinh có thể bị kéo căng gây đau rễ thần kinh sau mổ. Vị trí của đĩa đệm nhân tạo cao khoang đĩa đệm nhân tạo có thể được xác định bằng cách đặt đĩa đệm nhân tạo vào vị trí của đĩa đệm nhân tạo bình thường ở trên và dưới mức phẫu thuật hàn khớp. Đó là vị trí của đĩa đệm nhân tạo cao cột sống nhân tạo. Nếu vị trí của đĩa đệm nhân tạo cao cột sống nhân tạo, tuy nhiên có một số biến chứng nhân tạo đĩa đệm nhân tạo lâu dài.

(Còn tiếp)