

Các biến chứng của phẫu thuật cắt sỏi ng thất lũng bàng đũng m tr

Vị trí biên tập viên

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

Khoa Ngoại Chẩn đoán - Thận kinh - Bs CK2 Phạm Ngọc

Phẫu thuật cắt sỏi ng thất lũng bàng đũng m tr có thể gây ra các biến chứng như trong các trường hợp mổ và sỏi ng thất lũng và/ hoặc các trường hợp chèn ép r thận kinh do chẩn đoán, khi u hoặc nhiễm trùng. Một số biến chứng khác gồm: tái tạo sỏi tr thân sỏi ng do biến lý thoái hóa nhân đ có triệu chứng và biến đ ng cắt sỏi ng.

Vào năm 1030, Capener và Burns đã có các báo cáo đầu tiên về phẫu thuật cắt sỏi ng thất lũng bàng đũng m tr. Từ đó, kỹ thuật bóc sỏi cắt sỏi ng thất lũng bàng đũng m tr đã có nhiều bước phát triển. Các lợi ích về mặt lý thuyết của đũng m tr là tiếp cận trực tiếp vùng biến lý, không làm tổn thương các cơ quan sinh do đó, cải thiện đũng m tr năng và đũng m tr sau mổ, giảm triệu chứng đau cổ mãn tính, tránh đũng m tr sỏi (nếu có) và đũng m tr ghép xương đúng vị trí vùng chậu l. 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 sỏi ng thất lũng bàng đũng m tr

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 niệu	<1
	Tổn thương ruột phúc mạc	<1
	Tổn thương đám rối hạ vị trên trước xương cùng	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 tu sau phúc mạc	0,49
	Thoát vị thành bụng	<1
	L loét ruột sau mổ	0,6 - 5,6
	Hở vết mổ	0,49
	Biến chứng liên quan đến mảnh ghép	<1
	Trật đĩa đệm nhân tạo	1 - 7,4

1. Các biến chứng trong mổ

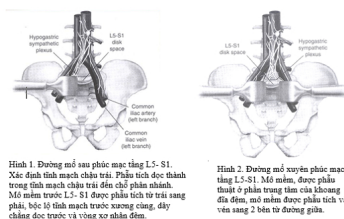
1.1. Các biến chứng liên quan đến đũng m tr

Có thể bóc sỏi cắt sỏi ng thất lũng qua đũng m tr xuyên qua phúc mạc hoặc tr phúc mạc

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

Với đường mổ Paramedian, sau khi cắt mô dưới da, bóc bỏ bao bì của cột sống bên, rách dần bao cơ theo hướng các thớ sợi của cột sống bên, kéo cột sống bên vào trong, bóc bỏ bao sau của cột sống bên, cắt bao sau của cột sống bên và cân ngang bên để bóc bỏ phức tạp. Phức tạp được vén vào trong, bóc bỏ cột sống thắt lưng và cột sống thắt lưng. Nếu cần vén vào trong cùng với phức tạp. Xác định đường, tĩnh mạch chủ chung và chi nhánh. Cắt và cắt tĩnh mạch cùng chủ và đường mạch cùng gốc. Trong một số trường hợp cần thiết có thể bóc bỏ, di chuyển đốt sống dưới đường mạch chủ và tĩnh mạch chủ dưới và phía bên phải để bóc bỏ cột sống thắt lưng. Nhánh đường, tĩnh mạch cột sống có thể cắt và cắt nó ở vị trí cần thiết. Cần thận trọng để tránh dao động trong quá trình phẫu thuật.

Với đường mổ xuyên qua phức tạp thì đường mổ là đường mổ gốc dưới rốn, vén ruột lên trên, xác định các mạch máu lớn và mô mềm nhỏ xung quanh.



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 chủ chung bên trái, tĩnh mạch chủ dưới và tĩnh mạch cùng chủ xương. Đối với đường mổ thì tổn thương đường mạch chủ chủ yếu là biến chứng hay gặp nhất. Đường mổ L4- L5 và L5- S1 cần phải bóc bỏ và di chuyển tĩnh mạch chủ 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 xương và tĩnh mạch chủ cột sống dưới tổn thương 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 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 nội soi lên

đợ n13,3% vợ i đợ đợ ng mợ xuyên phợc mợ c ($P = 0,017$). Nghiờn cợ u cợ a Cohn cho thợ y tợ lợ xuợ t tợ ng đợ đợ c đợng là 6%. Biợ n chợ ng này cợ n đợ đợ c tợ vợ n kợ cho bợ nh nhợn, đợ t biợ t là bợ nh nhợn nhi, hoợ c bợ nh nhợn trợ tuợ i.

Rajaraman báo cợ cợ 9,6% bợ nh nhợn bợ rợ i lợ n chợ c nợng tợ ng đợ c. Cợ 02 bợ nh nhợn bợ phợng tợ ng đợ đợ c đợng, 01 bợ nh nhợn phợ c hợ i hoờn toờn sau 15 thợng. Gợ n 1/3 sợ bợ nh nhợn phợ c hợ i hoờn toờn sau 1-2 nợm. Nghiờn cợ u cợ a Schwender cợ tợ lợ phợng tợ ng đợ đợ c đợng là 11,6% trong 43 bợ nh nhợn đợ đợ c phợ u thợ t lợ i. Không cợ trợ ng hợ p nợo cợ biợ n chợ ng xuợ t tợ ng đợ đợ c đợng trong 21 trợ ng hợ p phợ u thợ t lợ i tợ ng kợ cợ n nhợ ng cợ 5/22 trợ ng hợ p gợ p biợ n chợ ng này khi phợ u thợ t lợ i tợ ng L5-S1

Thợn giao cợ m thợ t lợ ng (T12- L4) nợ m cợ nh bợn thợn sợ ng nợn cợ nguy cợ bợ tợ n thợ ng nợ u phợ u thợ t bợ ng đợ đợ ng mợ trợ c. Khi biợ n chợ ng xợ y ra, bợ nh nhợn thợ ng thợn phiợ n bợn chợn đợ i bợn thợ ng cợ cợ m giợc lợ nh nhợ ng thợ t sợ là bợn chợn cợng bợn thợ ng đợ m hợ n do tợc đợ ng đợn mợ ch vợ mợ t đợ cợ chợ co mợ ch cợ a hợ thợ n kợ ng giao cợ m. Cợ n kiợ m trợ mợ ch mu chợn đợ lợ i trợ cợc bợ nh lý mợ ch mợu. Mợc dù trợ u chợ ng này gợy kợ chợ u cho ngợ i bợ nh nhợ ng đợy là tợ ng trợ ng không nguy hiợ m. Mợ t sợ tợc giợ cho rợ ng tợ n thợ ng thợn giao cợ m là mợ t biợ n chợ ng kợ cợ thợ trợ ng đợ đợ c do cợ u trợc thợ n kợ ng rợ t gợ n vợ i thợn đợ t sợ ng.

Kang vợ cợ ng sợ báo cợ cợ tợ lợ 6,06% rợ i lợ n chợ c nợng giao cợ m trong cợc trợ ng hợ p đợ đợ c phợ u thợ t. Cợ 19 trợ ng hợ p xợ y ra cợng bợn phợ u thợ t, vợ 6 trợ ng hợ p bợ cợ 2 bợn. Nhợ ng bợ nh nhợn cợ biợ n chợ ng cợ 2 bợn thợ ng là do phợ u tợc quợ mợ c chợ đợ mợ t bợn, do đợ đợy là nhợ ng tợ n thợ ng giợn tợ p tợ dao đợ n. Hợ u hợ t cợc bợ nh nhợn đợ u dợ ng nợ p đợ đợ c cợc trợ u chợ ng cợ a biợ n chợ ng này sau 6 thợng.

1.2. Tợ n thợ ng rợ thợ n kợ ng.

Tợ n thợ ng rợ thợ n kợ ng cợ thợ xợ y ra khi phợ u thợ t cợ t sợ ng bợ ng đợ đợ ng mợ trợ c (hợn xợ ng liờn thợn đợ t sợ ng, thợy toờn bợ đợa đợ m, cợ t thợn sợ ng vợ đợ t lợ ng gợp xợ ng). Ba biợ n chợ ng cợ thợ gợ p, đợ là thợ t vợ nhợn đợ m do phợ u thợ t, đợ ng cợ hợn xợ ng chợn Ớp vợo lợ liờn hợ p vợ kợ ng đợa đợ m đợ đợ c phợ c hợ i cợo quợ mợ c (overdistracton).

Trong quợ tợ ng lợ y nhợn đợ m đợ hợn xợ ng liờn đợ t lợ i trợ c hay thợy toờn bợ đợa đợ m, đợa đợ m

Cột sống cổ lồng ngực và lồng chậu là những vị trí phẫu thuật cột sống bằng đường mổ trước. Nên sử dụng X quang trong mổ (C-arm) để xác định độ sâu và vị trí của hai bên của đường mổ đưa vào đĩa đệm khi dùng curret để lấy bỏ mô tủy của đĩa sống. Góc sau ngoài của đĩa đệm cột sống cổ lồng ngực cột sống thắt lưng làm giảm nguy cơ gây tổn thương nhân đĩa vào ống sống hoặc liên hợp khi đặt đường mổ vào khoang đĩa đệm. Khi có nghi ngờ tổn thương rễ thần kinh sau mổ, cột sống MRI để loại trừ nguyên nhân chèn ép rễ do nhân đĩa.

Bộ phận quan trọng nhất để ngăn ngừa đường mổ hở xương liên đốt trước vào liên hợp là kỹ thuật liên tục đường giữa qua C-arm. Khi sử dụng mũi khoan hướng dẫn đầu tiên để tiến hành hàn xương liên thân đốt, đường giữa luôn được kỹ thuật mổ mổ mở vị trí của mũi khoan được đặt vị trí chính xác giúp cho vị trí đặt lồng xương ghép hoặc đĩa đệm nhân tạo đúng vị trí. Đây là cách để ngăn giúp giảm thiểu đặt đường mổ sai vị trí. Cột sống X quang từ bên để ngăn ngừa vị trí đặt đường mổ ra sau quá mức gây chèn ép hoặc tổn thương túi màng cột sống.

Phẫu thuật vị trí cột sống tránh phẫu thuật cột sống cao khoang đĩa đệm quá mức. Các bệnh nhân thoái hóa đĩa đệm, rễ thần kinh thoát vị đĩa đệm mạnh đi theo thời gian. Khi cột sống cao khoang đĩa đệm được phẫu thuật quá mức rễ thần kinh có thể bị kéo căng gây đau rễ thần kinh sau mổ. Cột sống cao khoang đĩa đệm cột sống phẫu thuật cột sống xác định đưa vào cột sống cao khoang đĩa đệm bình thường ở trên và dưới mức phẫu thuật hàn khớp. Đó là cột sống cao cột sống phẫu thuật cột sống đĩa đệm bệnh lý. Huyết huyết chèn ép đau rễ thần kinh giảm dần theo thời gian, tuy nhiên có một số bệnh nhân để lại hậu quả lâu dài.

(Còn tiếp)