

Rách màng cứng trong phẫu thuật giải ép thần kinh vùng thắt lưng: tỷ lệ mắc, vị trí, xử trí và kết quả

Trần Đức Duy Trí¹, Nguyễn Thanh Minh², Trương Văn Trí²

(1) Khoa Chẩn thương chỉnh hình, Bệnh viện Hoàn Mỹ ITO Đồng Nai

(2) Khoa Ngoại Thần kinh Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế

Tóm tắt

Mục tiêu: Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục đích xác định tỉ lệ mắc, vị trí của rách màng cứng trong quá trình phẫu thuật giải ép thần kinh ở cột sống thắt lưng. Đồng thời đánh giá kết quả quy trình xử trí biến chứng này. **Phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi nghiên cứu hồi cứu. Ghi nhận các trường hợp bị rách màng cứng do phẫu thuật các bệnh lý ở vùng cột sống thắt lưng trong khoảng thời gian từ 2014 đến 2018. Xác định tỉ lệ mắc liên quan đến loại chỉ định và kĩ thuật mổ, vị trí rách màng cứng thường gặp. Tất cả các bệnh nhân đều được áp dụng quy trình xử trí rách màng cứng của chúng tôi. Khả năng khâu kín chỗ rách, các triệu chứng (đau đầu), và các biến chứng muộn (dò màng cứng hoặc giải thoát vị tuỷ màng tuỷ) cũng được phân tích trong nghiên cứu này. **Kết quả:** Sáu mươi hai bệnh nhân bị rách màng cứng (6,05%). Vị trí rách thường gặp nhất là ở mặt sau và sau bên (82,21%). Không có các biến chứng muộn trong quá trình theo dõi như không dò dịch não tuỷ, không có thoát vị tuỷ màng tuỷ. Một trường hợp phải mổ lại để bít dò trong thời gian nằm viện. **Kết luận:** Rách màng cứng là biến chứng nghiêm trọng và ảnh hưởng xấu đến kết quả điều trị, do đó cần cẩn thận trong quá trình giải ép bao màng cứng và rễ thần kinh. Nếu xử trí đúng khi biến chứng xảy ra cũng mang lại kết quả khả quan cho bệnh nhân.

Từ khoá: Phẫu thuật cột sống thắt lưng, rách màng cứng, dò dịch não tuỷ

Abstract

Incidental dural tear in lumbar decompression surgery: incidence, positions, management protocol and results

Tran Duc Duy Tri¹, Nguyen Thanh Minh², Truong Van Tri²

(1) Hoan My ITO Hospital, Dong Nai province

(2) Department of Neurosurgery, Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital

Object: The aim of this study was to define incidence, position of dural tear in lumbar decompression interventions and evaluate the outcome of the management protocol. **Methods:** The records of consecutive patients with different types of posterior decompress-sive and reconstructive procedures in the lumbar region are investigated retrospectively for the period 2014 – 2018. Incidence of this complication regarding kinds of indications and surgical techniques, and common areas of breaches were analyzed. All the patients were applied our protocol to deal with this problem. We also analyzed the possibility of suturing, clinical symptoms (headache), and delayed complications (dural fistula or meningoceles). **Results:** The 1024 procedures included 62 dural tear complications (6.05%). The most common position of breaches were posterior and lateroposterior aspects (82.21%). There were no late complications detected: no symptomatic fistula or meningocele. There was one of the patients had a second surgery. **Conclusions:** Dural tear is a severe complication and badly affect to outcome. Thus, it is important to be careful in decompression surgery. If resolving this problem approximately can provide satisfactory results for patients.

Keywords: Lumbar decompression surgery, dural tear, CSF leak

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rách màng cứng trong quá trình phẫu thuật giải ép thần kinh ở cột sống thắt lưng là biến chứng tương đối ít gặp nhưng thường để lại hậu quả rất nghiêm trọng. Tỷ lệ mắc biến chứng này rất khác

nhau giữa các tác giả (1-17%) [1, 2, 8-10, 14] và nói chung phụ thuộc vào loại và sự phức tạp của kỹ thuật mổ [1, 9, 12, 14]. Phần lớn các tác giả cho rằng có sự liên quan giữa tỉ lệ rách màng cứng với sự gia tăng tỉ lệ mổ lại, tương ứng với xơ hoá màng cứng và

với những thay đổi của quá trình thoái hoá cột sống như vôi hoá dây chằng vàng khi phẫu thuật những bệnh nhân lớn tuổi [1, 9, 12]. Số lượng ca mổ và sự phức tạp của kỹ thuật phẫu thuật cột sống ngày càng tăng trong những năm gần đây nên dẫn đến sự gia tăng tỉ lệ rách màng cứng [2, 9]. Một trong những thao tác quan trọng trong mổ dẫn đến rách màng cứng gồm sự vén quá mức rễ thần kinh trong quá trình lấy bỏ khối thoát vị lớn và bắt phương tiện cột sống. Khi bị rách màng cứng, trong phần lớn các trường hợp nó đều được phát hiện trong mổ, và việc khâu lại là điều bắt buộc. Không may là không phải tất cả các trường hợp bị rách màng cứng để có thể được nhận ra và được khâu kín trong thì đầu. Ngay cả với các phẫu thuật viên có kinh nghiệm đôi khi cũng không nhận ra được sự rách màng cứng vô ý hoặc lỗ nhỏ trong qua trình phẫu thuật. Nếu rách màng cứng không được phát hiện hoặc không thể xử trí đầy đủ, bệnh nhân có thể bị đau đầu sau mổ kèm với buồn nôn, nôn, đau hoặc cứng cổ hoặc lưng, hoa mắt, song thị vì liệt dây thần kinh số VI, sợ ánh sáng, ù tai, v.v. Dò dịch não tủy sau rách màng cứng có thể dẫn đến những vấn đề rất nghiêm trọng như tạo thành đường dò dịch não tủy, giả thoát vị tủy màng tủy, viêm màng não, viêm màng nhện và áp xe ngoài màng cứng [2, 8, 12].

Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục đích đánh giá tỉ lệ mắc, vị trí của rách màng cứng trong quá trình phẫu thuật giải ép thần kinh ở cột sống thắt lưng. Đồng thời đánh giá kết quả quy trình xử trí rách màng cứng tại bệnh viện của chúng tôi.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân phẫu thuật giải ép thần kinh vùng cột sống thắt lưng (CSTL) tại khoa Ngoại Thần kinh, Bệnh viện Đại Học Dược Huế trong khoảng thời gian 4 năm từ 2014 đến 2018.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Những bệnh nhân bị rách màng cứng (RMC) do phẫu thuật do các bệnh lý ở vùng thắt lưng như thoát vị đĩa đệm, hẹp ống sống, trượt đốt sống, vẹo cột sống do thoái hoá, chấn thương và không phân biệt tuổi và giới.

Tiêu chuẩn loại trừ: gồm những trường hợp bị nghi ngờ mắc các bệnh lý khác ngoài THCS như nhiễm trùng, bệnh lý ác tính.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Chúng tôi dùng phương pháp hồi cứu, với cỡ mẫu thuận tiện. Tất cả các dữ liệu của BN đều được ghi nhận vào bệnh án và cơ sở dữ liệu vi tính. Những hình vẽ minh hoạ vị trí RMC cũng được ghi nhận tại bệnh án.

2.2.1. Tỷ lệ mắc

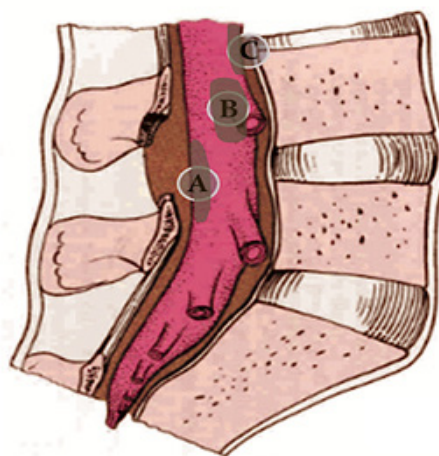
Xác định tỉ lệ mắc biến chứng liên quan đến chỉ định phẫu thuật gồm: thoát vị đĩa đệm, hẹp ống sống, mất vững cột sống, phẫu thuật lại, chấn thương.

Xác định tỉ lệ mắc biến chứng liên quan đến các loại phẫu thuật gồm: giải áp đơn thuần, giải ép kèm ghép xương nhưng không kết hợp xương, giải ép kèm kết hợp xương một hoặc nhiều tầng, phẫu thuật lại.

2.2.2. Vị trí rách màng cứng

Vị trí của RMC đều được ghi nhận (khi có thể). Ba nhóm chính được xác định: nhóm A, rách ở mặt sau (trung tâm và cạnh trung tâm); nhóm B, rách ở phía bên (gần vai hoặc nách của rễ thần kinh) và nhóm C, rách ở mặt trước (Hình 1) [1]. Những ca được mô tả không đầy đủ hoặc minh hoạ giải phẫu nghèo nàn được xem như không xác định được.

2.2.3 Quy trình xử trí rách màng cứng trong và sau mổ



Hình 1. Vị trí rách màng cứng: A: rách ở mặt sau (trung tâm và cạnh trung tâm); B: rách ở mặt bên (gần vai hoặc nách rễ thần kinh); C: rách ở mặt trước [1]

Khi được phát hiện rách, màng cứng được khâu lại kín ngay thì đầu bằng chỉ prolene 6.0 [14]. Tùy vị trí rách để có cách xử lý khác nhau. Nhóm A là vị trí dễ khâu nhất và chúng tôi thường sử dụng mũi chỉ liên tục. Đối với nhóm B, chúng tôi cũng sử dụng mũi khâu liên tục nếu vị trí rách nằm ở vai rễ thần kinh, tuy nhiên nếu vị trí rách ở nách rễ thần kinh chúng tôi thường sử dụng mũi khâu rời để tránh gây thắt rễ thần kinh. Đối với nhóm C, chúng tôi rách màng cứng ở vị trí A theo hướng dọc và vén chùm đuôi ngựa sang hai bên để thấy vị trí rách ở mặt trước, sau đó chúng tôi dùng mũi khâu liên tục để khâu lại vị trí rách màng cứng ở C và A. Sau khi khâu kín, chúng tôi dùng nghiệm pháp Valsava trong mổ để tăng áp lực

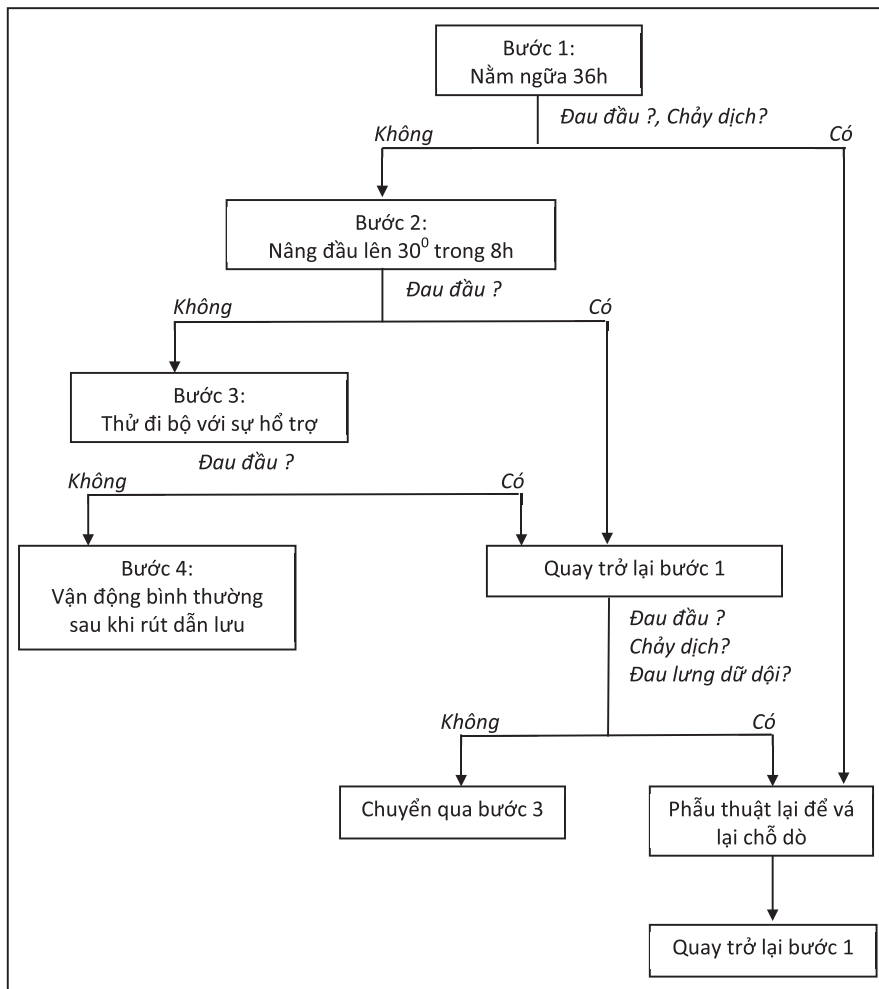
trong bao màng cứng để đảm bảo đường khâu kín và có thể chịu được áp lực khi bệnh nhân tăng áp lực ổ bụng như ho, rặn sau khi bệnh nhân tỉnh [14, 9]. Để tăng cường chúng tôi thường phủ lên đường khâu lớp máu (blood patch) và mở [9]. Đối với nhóm C, chúng tôi nhét mở ở ngay trước vị trí rách. Đặt dẫn lưu không áp lực nếu khâu kín. Trường hợp chúng tôi đánh giá không khâu kín hoàn toàn chúng tôi không đặt dẫn lưu. Sau đó chúng tôi đóng thật kín vết mổ theo các lớp giải phẫu.

Quy trình xử trí RMC sau mổ được thực hiện theo sơ đồ 1 [9]. Các dữ liệu sau mổ như các triệu chứng liên quan đến RMC (đau đầu khi thay đổi tư thế, buồn nôn, nôn, hoa mắt), dịch trong ống dẫn lưu (thời gian, số lượng trong ngày đầu, tổng thể tích) và phẫu thuật lại đều được ghi nhận.

Theo dõi 1 tháng và 6 tháng sau mổ để ghi nhận dò DNT, giả thoát vị tuỷ màng tuỷ cũng như BN cần được mổ lại.

3. KẾT QUẢ

Chúng tôi hồi cứu 1024 bệnh nhân (BN) được phẫu thuật lấy nhân đệm, giải ép bao màng cứng, và kết hợp xương kèm ghép xương ở vùng cột sống thắt lưng tại khoa của chúng tôi trong khoảng thời gian 1/2014-3/2018. Trong quá trình nghiên cứu có 62 trường hợp bị rách màng cứng (6,05%). Trong đó, 431 bn (207 nam và 224 nữ) được phẫu thuật lấy nhân đệm, 247 bn (134 nam và 113 nữ) được phẫu thuật vì hẹp ống sống thắt lưng do thoái hoá, 30 bn (19 nam và 11 nữ) được điều trị vì chấn thương và 289 (173 nam và 116 nữ) được phẫu thuật giải ép bao màng cứng và nắn chỉnh trượt đốt sống, 27 bn (18 nam và 9 nữ) được phẫu thuật lại (Bảng 1). Trong đó, có 61 (98,39%) trường hợp được chẩn đoán và xử trí trong mổ. Tỷ lệ rách màng cứng không được phát hiện trong mổ là một trường hợp (1,61%). Bệnh nhân này bị dò DNT ra ngoài sau mổ, đau đầu nhiều đặc biệt khi thay đổi tư thế, tụ dịch dưới da và được mổ lại để bít lỗ dò.



Sơ đồ 1. Các bước xử trí sau mổ [9]

Vị trí rách màng cứng thuộc nhóm A thường gặp nhất với 51 trường hợp chiếm 82,26%, tiếp đến là nhóm B 11 trường hợp (17,74%). Chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào thuộc nhóm C.

Đối với từng phân nhóm, tỉ lệ rất khác nhau tùy thuộc vào từng loại phẫu thuật. Rách màng cứng thường gặp nhất ở nhóm phẫu thuật lại (n=8 chiếm 29,63%), sau đó là nhóm chấn thương (n=6 chiếm 20%), bn bị hẹp do thoái hoá là 13 (5,26%), 17 BN (5,88%) thuộc nhóm mất vững và cuối cùng là thoát vị đĩa đệm (n=19 chiếm 4,18%). Bảng 2 cho thấy phẫu thuật lại dễ gây rách màng cứng (26,39%) hơn các trường hợp mổ lần đầu như giải áp đơn thuần

(3,98%), giải áp kèm ghép xương (7,46%), giải áp kèm ghép xương và bất phương tiện (6,79%).

Trường hợp BN được mổ lại có xuất hiện triệu chứng đau đầu dữ dội và dò dịch não tủy nhưng không có biểu hiện khác như hoa mắt, buồn nôn hoặc các triệu chứng nặng của dò dịch não tủy như viêm màng não, yếu liệt. Ngoài trường hợp này chúng tôi không ghi nhận các triệu chứng của rách màng tủy. Lượng dịch trong ống dẫn lưu không đáng kể 445,87±145,18 ml (130-550). Không có trường hợp nào có biến chứng muện trong thời gian theo dõi, 1 tháng và 6 tháng, không có bệnh nhân nào phải mổ lại.

Bảng 1. Phân loại bệnh nhân và tỉ lệ rách màng cứng liên quan đến các chỉ định phẫu thuật

Chỉ định phẫu thuật giải ép CSTL	Số ca mổ	Giới		Tuổi trung bình	Rách màng cứng	Tỷ lệ %
		Nam	Nữ			
Thoát vị đĩa đệm TL	431	207	224	42,4 ± 5,18 (18-75)	18	4,18
Hẹp ống sống TL	247	134	113	65,5 ± 6,82 (40-85)	13	5,26
Mất vững CSTL	289	173	116	66,7 ± 7,38 (32-76)	17	5,88
Phẫu thuật lại	27	18	9	53,2 ± 4,33 (18-65)	8	29,63
Chấn thương	30	19	11	38,7 ± 2,73 (18-65)	6	20
Tổng	1024	551	473	57,8 ± 9,43 (18-85)	62	6,05

Bảng 2. Phân loại bệnh nhân và tỉ lệ rách màng cứng liên quan đến các kỹ thuật phẫu thuật

Kỹ thuật phẫu thuật	Số ca mổ	Rách màng cứng	Tỷ lệ %
Giải áp đơn thuần	503	20	3,98
Giải áp và ghép xương không bất phương tiện	67	5	7,46
Giải áp và ghép xương có bất phương tiện	427	29	6,79
Phẫu thuật lại	27	8	29,63
Tổng	1024	62	6,05

4. BÀN LUẬN

RMC và dò DNT là biến chứng nặng trong phẫu thuật giải ép vùng thắt lưng. Với sự ra đời và phát triển các phương tiện trong phẫu thuật cột sống trong suốt thập kỷ trước, các kỹ thuật điều trị phẫu thuật nhiều bệnh lý cột sống cũng nhiều hơn, điều đó làm tăng số trường hợp RMC. Kang và CS. [9] đã báo cáo 338 (10,6%) trường hợp bị RMC trong 3183 bệnh nhân được phẫu thuật ở vùng thắt lưng. Goodkin và Laska [6] báo cáo 23 (16%) trường hợp RMC trong số 146 ca và cả 23 ca đều còn triệu chứng. Qua việc phân tích kết của các bệnh nhân, các tác giả này kết luận RMC là một biến chứng nặng của phẫu thuật cột sống. Qua nghiên cứu những biến chứng sau mổ ở 18122 bệnh nhân được phẫu thuật cột sống, Deyo và CS. [4] đã báo cáo RMC có tỷ lệ thấp ở người trẻ và phẫu thuật lấy nhân đệm vi phẫu,

trong khi tỷ lệ cao nhất thường gặp ở người lớn tuổi và phẫu thuật lại. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Morgan-Hough và CS. [10]. Họ tìm thấy 29 (5,5%) ca bị rách màng cứng trong số 531 trường hợp mổ lần đầu (3 trong số đó bị giả thoát vị màng tủy), và 14,3% ca bị RMC gặp ở những trường hợp mổ lại. Trong nghiên cứu của chúng tôi, RCM gặp ở 62 (6,05%) ca, một ca (1,61%) phải mổ lại để vá lại màng cứng. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ bị RCM cao nhất ở BN được phẫu thuật lại (29,63%) và chấn thương (20%), còn tỷ lệ thấp nhất gặp ở BN được lấy nhân đệm vi phẫu (4,18%) (Bảng 1). So với phẫu thuật lần đầu thì phẫu thuật lại làm RMC cao hơn (29,63%).

RMC có thể được phát hiện trong cuộc mổ hoặc sau mổ dựa vào các triệu chứng lâm sàng gợi ý do

DNT hoặc hình ảnh CHT [7]. RMC trong quá trình phẫu thuật được phát hiện chủ yếu dựa vào việc thấy rõ vị trí rách, chảy dịch não tủy. RMC thường xảy ra trong quá trình vén bao màng cứng hoặc rễ thần kinh đặt biệt là những trường hợp bệnh nhân bị hẹp ống sống nặng do thoái hoá và BN bị mổ lại. Một số bệnh nhân có xương quá cứng cũng làm cho việc giải áp gặp khó khăn và làm tăng nguy cơ bị rách màng cứng khi gặm xương. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ rách màng cứng ở BN bị chấn thương chiếm khá cao (20%) do phần lớn nhóm bệnh chấn thương thường vỡ phức tạp bản sống và thân sống nên các mảnh xương dễ làm rách màng cứng trong quá trình giải áp. Những vị trí rách màng cứng cần phải được bọc lộ để PTV có thể khâu lại. Việc để lại những phần xương sắc nhọn bên cạnh BMC trong quá trình PT cũng là một nguyên nhân là rách màng cứng nhỏ và có thể bị bỏ qua trong quá trình PT, đặt biệt nếu màng nhện vẫn còn nguyên vẹn và không có dò DNT. Những lỗ rách nhỏ này có thể bị thủng (màng nhện bị rách và gây dò DNT) vì tăng áp lực trong màng cứng nhanh trong quá trình hồi tỉnh sau gây mê, đặt biệt những trường hợp thoát mê quá nhanh và vùng mạnh [1]. Do đó trong các bệnh nhân của chúng tôi, một số trường hợp vẫn còn màng nhện nhưng chúng tôi vẫn khâu kín màng cứng để đảm bảo sau mổ bệnh nhân không bị dò DNT dù có tăng áp lực trong khoang màng cứng.

Trong nghiên cứu của Blecher R. và CS. [1], vị trí thường gặp nhất là nhóm B (n=35, 41,6%), tiếp đến là nhóm A (n=24, 28,6%) và 6 (7,1%) trường hợp bị rách ở mặt trước. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm A chiếm tỉ lệ cao nhất (82,26%), sau đó đến nhóm B (n=11, 17,74%) và không có trường hợp nào thuộc nhóm C. Tất cả các đường rách thuộc nhóm A đều được khâu kín mà hầu như không gặp khó khăn nào và làm nghiệm pháp Valsava để đánh giá mức độ kín của đường khâu. Trong khi đó, Nhóm B là nhóm khó để khâu kín vị trí rách. Một số trường hợp chúng tôi phải phủ lên vị trí rách bằng máu và mỡ.

Dò DNT sau RMC thường được phát hiện trong mổ. Trong những trường hợp này, chúng cần được khâu lại ngay bằng chỉ, keo fibrin, cơ và cân tại chỗ, màng cứng nhân tạo vv [2, 12]. Thỉnh thoảng RMC không được phát hiện và bị bỏ qua bởi các PTV và chỉ được phát hiện sau mổ. Nếu vị trí rách không được phát hiện hoặc khâu không chính xác, BN có thể bị đau đầu khi thay đổi tư thế, buồn nôn, nôn, đau hoặc cứng cổ hoặc lưng, hoa mắt, song thị vì liệt dây VI, sợ ánh sáng, ù tai vv. Hơn nữa dò DNT sau RMC có thể gây ra những biến chứng nghiêm trọng như hình thành đường dò DNT, giả thoát vị màng tủy, viêm màng não, viêm màng nhện và abscess

ngoài màng cứng [2, 4, 8, 10]. Mặc dù hiếm nhưng BC dò DNT có thể gây chết người [4].

Một vài tác giả lựa chọn mổ lại khi dò DNT trong khi các tác giả khác chọn điều trị bảo tồn trước. Phương pháp bảo tồn được sử dụng rộng rãi để điều trị dò DNT là dẫn lưu thất lưng và nằm nghỉ ngơi 4-7 ngày. Phương pháp khác là “miếng vá bằng máu” – tiêm 10-20 ml máu tự thân vào khoang màng cứng ở vị trí màng cứng bị thủng [2, 8, 12]. Chúng tôi lựa chọn mổ lại ngay khi phát hiện DNT dò lại và bệnh nhân xuất hiện triệu chứng như đau đầu, thiếu sót thần kinh tiến triển nặng hơn. Trong trường hợp mổ lại của chúng tôi, vị trí rách nằm dọc mặt bên đến vai của rễ thần kinh. Chúng tôi không thể khâu kín trong trường hợp này, do đó chúng tôi phải phủ lên một lớp màng cứng nhân tạo. Sau mổ, vết mổ khô, không chảy dịch não tủy, bệnh nhân không đau đầu, không sốt, không biểu hiện thiếu sót thần kinh và bệnh nhân được ra viện sau 2 tuần. Tái khám sau 1 tháng, bệnh nhân không xuất hiện các dấu hiệu bất thường. Không thấy hình ảnh giả thoát vị màng tủy trên phim MRI CSTL sau 6 tháng.

Nhiều tác giả mô tả các phương pháp và không PT khác nhau để điều trị RCM vô ý sau PT. Tuy nhiên không có thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng nào được đưa ra để chứng minh ưu điểm của các phương pháp [3, 12]. Chúng tôi luôn cố gắng khâu vị trí rách kín nhất có thể. Nhiều nghiên cứu cho thấy đây là cách tốt nhất để xử trí rách màng cứng. Trong trường hợp không thể khâu các mép màng cứng với nhau, nhiều kỹ thuật khác cũng được đưa ra như: miếng vá bằng mỡ, máu hoặc cân cơ. Trong những trường hợp không thể khâu hoặc khó thể khâu nhiều tác giả dùng keo sinh học hoặc tấm vá màng cứng để phủ lên vết rách [9, 14].

Dẫn lưu vẫn còn tranh cãi: dẫn lưu, không dẫn lưu và mỗi phương án đều có ưu điểm của nó. Tafazol và Sell [13] đưa ra những thái độ xử trí khác nhau trong nghiên cứu của các phẫu thuật viên Anh Quốc trong phẫu thuật cột sống: một vài tác giả cho rằng không đặt dẫn lưu giúp ngăn ngừa DNT chảy ra nhiều hơn cũng như nguy cơ của những biến chứng thần kinh sớm. Tác giả khác đưa ra lợi ích của đặt dẫn lưu có kiểm soát như ngăn ngừa giả thoát vị tủy màng tủy và máu tụ ngoài màng cứng. Chúng tôi sử dụng dẫn lưu trong trường hợp giải ép rộng có hoặc không có bất phương tiện với áp lực hút thấp hoặc không có áp lực hút chủ yếu để ngăn ngừa máu tụ ngoài màng tủy và giả thoát vị tủy màng tủy. Áp lực hút thấp hoặc không hút có thể không làm chảy DNT nhiều hơn.

Mục tiêu của nghỉ tại giường là để giảm áp lực thủy tĩnh của DNT. Việc này có thực sự có ích? Nếu

vết rách được đóng kín, nên tránh tăng áp lực lên đường khâu bằng cách không đứng sớm sau mổ. Để đạt được kết quả mong muốn chúng tôi khuyến cáo bệnh nhân phải nghỉ ngơi tại giường trong vòng 36h [14]. Một số tác giả khác khuyến bệnh nhân nằm nghỉ ít nhất 48h [1]. Chỉ Hodges và CS [8] báo cáo một chuỗi 20 BN được khâu kín và vận động sớm sau mổ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả những trường hợp được phát hiện và khâu trong mổ, sau đó áp dụng quy trình theo dõi và chăm sóc sau mổ như sơ đồ đều không xuất hiện các biến chứng sớm và muộn trong quá trình theo dõi.

Có nhiều nghiên cứu đã phân tích kết quả sớm và muộn sau mổ ở những bị RMC. Một vài tác giả báo cáo rằng không còn triệu chứng do RMC nếu chúng được phát hiện và khâu lại trong quá trình phẫu thuật [3, 14]. Tuy nhiên, trong 10 năm theo dõi một nhóm lớn BN, Saxler và CS. [12] báo cáo rằng

những trường hợp bị RMC có kết quả LS xấu hơn với hạn chế chức năng và giảm khả năng làm việc, nếu so sánh với những BN không bị RMC. Hơn nữa những BN bị RMC tăng nguy cơ phải mổ lại. Trong nghiên cứu này chúng tôi không ghi nhận các triệu chứng muộn của rách màng cứng.

5. KẾT LUẬN

Rách màng cứng phải được coi là một biến chứng nghiêm trọng với vô số hậu quả không mong muốn cho bệnh nhân. Vén bao màng cứng và rỗng thần kinh một cách cẩn thận trong quá trình giải ép thần kinh là cách tốt nhất để ngăn ngừa biến chứng này. Tuy nhiên khi gặp biến chứng này, việc xử trí cẩn thận và đúng theo quy trình thì có thể giúp ngăn ngừa các biến chứng sớm và muộn của rách màng cứng một cách hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Blecher R., Anekstein Y., Mirovsky Y., (2014), Incidental Dural Tears During Lumbar Spine Surgery: A Retrospective Case Study of 84 Degenerative Lumbar Spine Patients Asian Spine J. 8(5): pp. 639-645.
2. Bosacco SJ, Gardner MJ, Guille JT. (2001), Evaluation and treatment of dural tears in lumbar spine surgery: a review. Clin.Orthop.Relat Res. pp. 238-47
3. Cammisa FP, Jr, Girardi FP, Sangani PK, et al. (2000), Incidental durotomy in spine surgery. Spine. 25: pp. 2663-7
4. Deyo RA, Cherkin DC, Loeser JD. (1992), Morbidity and mortality in associations with operations on the lumbar spine: the influence of age, diagnosis, and procedure. J Bone Joint Surg. Am. 74: pp. 536-43.
5. Epstein NE. (2007), The frequency and etiology of intraoperative dural tears in 110 predominantly geriatric patients undergoing multilevel laminectomy with non-instrumented fusions. J. Spinal Disord. Tech. 20: pp. 380-6.
6. Goodkin R, Laska LL. (1995) Unintended "incidental" durotomy during surgery of the lumbar spine: medicolegal implications. Surg.Neurol. 43: pp. 4-12.
7. Gundry CR, Fritts HM. (1998) Magnetic resonance imaging of the musculoskeletal system: the spine. Clin.Orthop.Relat Res. pp. 262-78.
8. Hodges SD, Humphreys SC, Eck JC, et al. (1999), Management of incidental durotomy without mandatory bed rest. A retrospective review of 20 cases. Spine. 24: pp. 2062-4.
9. Khan M., Rihn J., Davis R., Donaldson W, Kang J., Lee J., (2006), Postoperative Management Protocol for Incidental Dural Tears During Degenerative Lumbar Spine Surgery: A Review of 3,183 Consecutive Degenerative Lumbar Cases. Spine. 31(22): pp. 2609-2613.
10. MorganHough CV, Jones PW, Eisenstein SM. (2003), Primary and revision lumbar discectomy. A 16-year review from one centre. J.Bone Joint Surg.Br. 85: pp. 871-4.
11. Ragab AA, Fye MA, Bohlman HH. (2003), Surgery of the lumbar spine for spinal stenosis in 118 patients 70 years of age or older. Spine. 28: pp. 348-53.
12. Saxler G, Kramer J, Barden B, et al. (2005), The longterm clinical sequelae of incidental durotomy in lumbar disc surgery. Spine. 30: pp. 2298-302.
13. Tafazal SI, Sell PJ. (2005), Incidental durotomy in lumbar spine surgery: incidence and management. Eur Spine J. 14(3): pp. 287-90.
14. Wolff S., Kheirredine W., Riouallon G., (2012), Surgical dural tears: Prevalence and updated management protocol based on 1359 lumbar vertebra interventions. Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research. 98: pp. 879-886.