

SA TRỰC TRÀNG

1. Định nghĩa:

- Sa toàn bộ thành trực tràng: toàn bộ thành trực tràng sa ra bên ngoài hậu môn
- Sa niêm mạc trực tràng: chỉ có niêm mạc sa ra ngoài, các lớp cơ thành trực tràng vẫn đúng vị trí

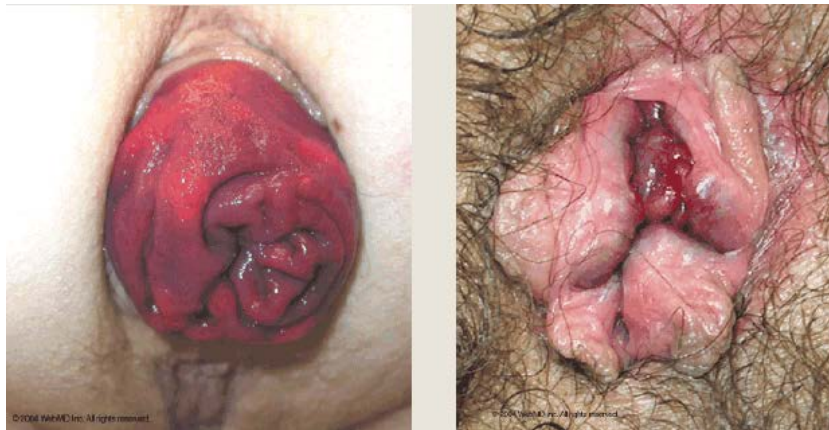
2. Các yếu tố nguy cơ: lớn tuổi, phụ nữ, sử dụng các thuốc an thần, đã cắt tử cung, chấn thương cột sống.

3. Các yếu tố bệnh học có liên quan: sự lỏng lẻo của cơ nâng hậu môn hoặc mạc nội chậu, đại tràng sigma dài, sự bất thường của túi cùng Douglas, rối loạn chức năng cơ thắt hậu môn.

4. Chẩn đoán: chủ yếu dựa vào bệnh sử và thăm khám lâm sàng

4.1. Triệu chứng: đau hậu môn, chảy máu, tiết nhầy nhớt ở hậu môn, táo bón hoặc đi tiêu không tự chủ.

Thăm khám: Khám hậu môn thấy một khối trực tràng sa ra ngoài hậu môn. Chú ý phân biệt với trĩ nội sa. Trong sa trực tràng, các nếp niêm mạc của khối sa ra ngoài là những vòng tròn đồng tâm trong khi các nếp niêm mạc của búi trĩ sa tạo thành những đường hướng tâm.



Nếu bệnh sử nghi ngờ, mà thăm khám không thấy khối sa, xác định bằng cách cho bệnh nhân rặn và ở tư thế ngồi xổm để đánh giá. Có thể thăm khám trong lúc bệnh nhân đi tiêu sẽ thấy khối sa ra ngoài.

4.2. Chẩn đoán hình ảnh:

Nội soi đại tràng hoặc chụp đại tràng cản quang để loại trừ bệnh lý ác tính đi kèm

Defecography không cần thiết ở những bệnh nhân sa toàn bộ thành trực tràng, nhưng là phương tiện tốt để phát hiện và đánh giá những trường hợp khối sa không ra ngoài hậu môn (internal prolapse, intussusception) hay phát hiện các bệnh lý khác rectocele, enterocele, cystocele.

Colonic transit time: phát hiện chứng đờ đại tràng (chronic colonic inertia) đồng thời ở những bệnh nhân sa trực tràng có táo bón.

5. Điều trị:

Phẫu thuật là phương thức điều trị chính cho bệnh nhân sa trực tràng

Có 2 cách tiếp cận phẫu thuật chính: phẫu thuật qua ngã bụng và qua ngã chậu. Phụ thuộc vào các yếu tố: tuổi, giới tính, các bệnh đồng tồn tại, các rối loạn đi tiêu của bệnh nhân và kinh nghiệm của phẫu thuật viên.

5.1. Phẫu thuật tiếp cận qua ngã bụng: cho những bệnh nhân ít có nguy cơ phẫu thuật

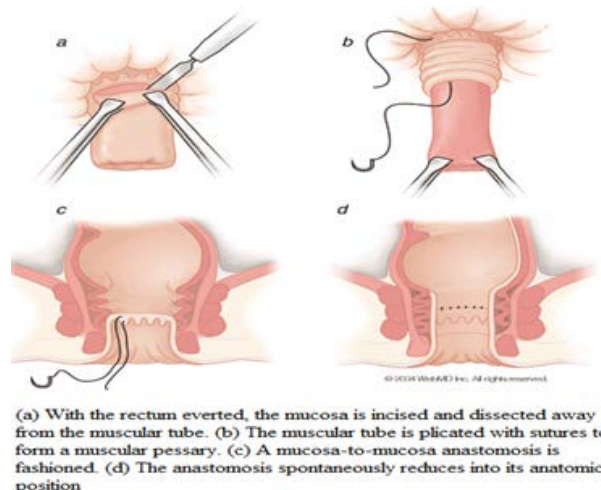
- Phẫu thuật cố định trực tràng: những bệnh nhân không có triệu chứng táo bón.
- Phẫu thuật cố định trực tràng kết hợp với cắt đại tràng sigma: những bệnh nhân có triệu chứng táo bón đi kèm

Cắt đại tràng sigma thì cải thiện triệu chứng táo bón ở những bệnh nhân táo bón trước phẫu thuật, tuy nhiên không cần thiết ở những bệnh nhân không có triệu chứng táo bón hay những bệnh nhân có triệu chứng đi tiêu không tự chủ trước khi phẫu thuật.

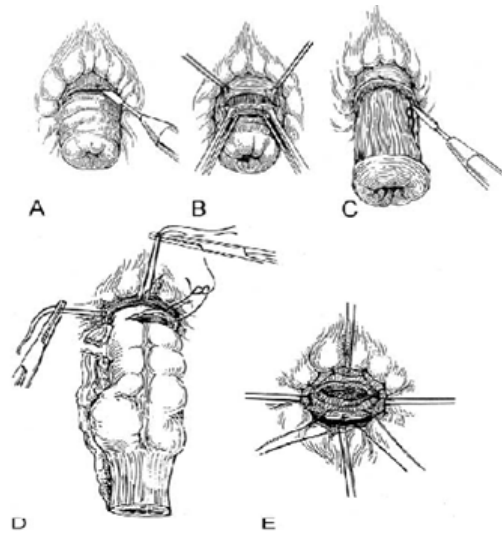
Phẫu thuật nội soi cho kết quả biến chứng và tái phát tương đương mổ mở, tuy nhiên có lợi là ít đau sau mổ, thời gian nằm viện ngắn và nhanh chóng phục hồi chức năng ruột.

5.2. Phẫu thuật tiếp cận qua ngã tân sinh môn: cho những bệnh nhân có nguy cơ phẫu thuật cao. Tỷ lệ biến chứng và tử vong thấp, tuy nhiên tỷ lệ tái phát cao (10-15%) hơn so với phẫu thuật qua ngã bụng

- Phẫu thuật Delorme: sa niêm mạc trực tràng hay sa toàn bộ thành trực tràng nhưng khối sa ít. Phẫu thuật cắt nếp vòng niêm mạc sa, lớp cơ được khâu xếp lên nhau.
- Cắt trực tràng trực tràng đại tràng sigma qua ngã hậu môn (phẫu thuật Altemeier): bệnh nhân sa toàn bộ thành trực tràng nhưng có nguy cơ cao về phẫu thuật.

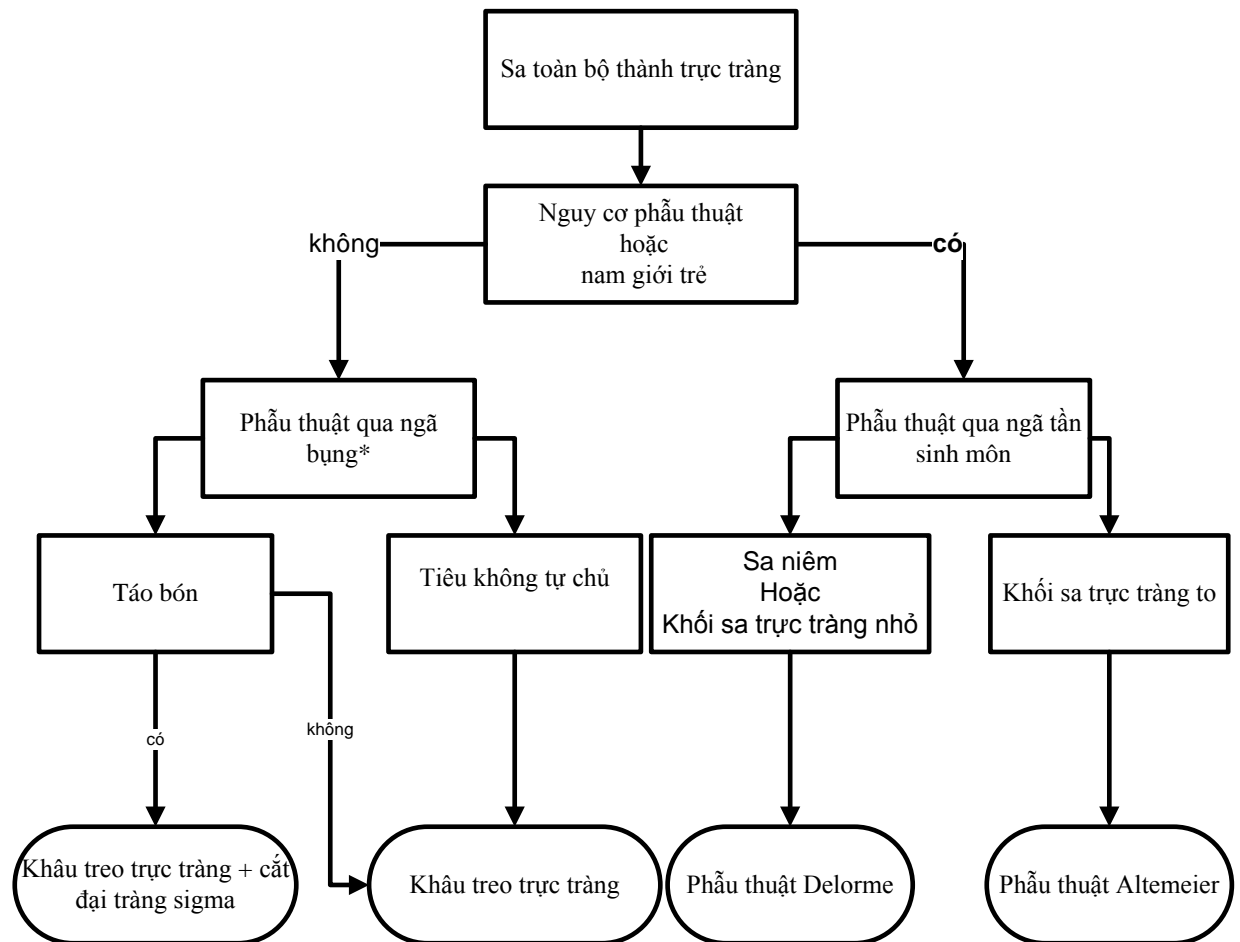


Phẫu thuật Delorme



Perineal rectosigmoidectomy. A, B Incision of rectal wall. C Division of vessel adjacent to bowel wall. D The prolapsed segment is amputated. Stay sutures previously placed in distal edge of outer cylinder are placed in cut edge of inner cylinder. E Anastomosis of distal aspect of remaining colon to the short rectal

Phẫu thuật Altemeier



* phẫu thuật nội soi hoặc mở

Lược đồ tóm tắt điều trị sa toàn bộ thành trực tràng