

RESULTS OF TRANSANAL DECOMPRESSION TUBE PLACEMENT IN THE MANAGEMENT OF COLORECTAL CANCER-RELATED BOWEL OBSTRUCTION IN THU DUC GENERAL HOSPITAL, 2025

Mai Hoa, Nguyen Hoang Khanh, Nguyen Minh Ly*, Do Hong Phong, Pham Ba Hoang Minh

*General Surgery Department, Thu Duc City Hospital –
29 Phu Chau, Tam Phu Ward, Thu Duc City, Ho Chi Minh City, Vietnam*

Received: 08/09/2025

Revised: 26/09/2025; Accepted: 21/10/2025

ABSTRACT

Background: Malignant colonic obstruction is a typical emergency in colorectal cancer, occurring in approximately 15% to 29% of cases. The transanal ileus decompression tube (TIDT) has recently been utilized as a bridging method before elective one-stage resection and anastomosis.

Objective: This study aims to evaluate the safety and effectiveness of TIDT in managing malignant colonic obstruction at a district-level hospital.

Methods: We conducted a case series involving six patients with colonic obstruction related to colorectal cancer who were treated with TIDT at Thu Duc General Hospital. Clinical data, decompression outcomes, and surgical results were collected and analyzed.

Results: The technical success rate of the procedure was 100%. Most patients experienced symptomatic improvement within 48 hours, with only one case requiring 72 hours for improvement. Endoscopic decompression was successfully achieved without the need for a diverting stoma, and no technical or surgical complications were observed. The majority of patients had a hospital stay lasting between 16 and 20 days, which reflects the bowel preparation process and the scheduling of surgery.

Conclusion: TIDT is a feasible, safe, and effective method for decompression that can facilitate one-stage surgery in patients with malignant colonic obstruction, even at lower-level hospitals.

Keywords: Bowel obstruction, colorectal cancer, transanal decompression tube, TIDT, case series.

*Corresponding author

Email: nguyenminhly1727@gmail.com **Phone:** (+84) 981818952 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD19.3545**

KẾT QUẢ ĐẶT ống THÔNG NGÃ HẬU MÔN GIẢI ÁP TRONG ĐIỀU TRỊ TẮC RUỘT DO U ĐẠI TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THỦ ĐỨC NĂM 2025

Mai Hóa, Nguyễn Hoàng Khánh, Nguyễn Minh Lý*, Đỗ Hồng Phong, Phạm Bá Hoàng Minh

Khoa Ngoại tổng hợp, Bệnh viện Đa khoa Thủ Đức - 29 Phú Châu, P. Tam Bình, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận: 08/09/2025

Ngày sửa: 26/09/2025; Ngày đăng: 21/10/2025

ABSTRACT

Đặt vấn đề: Tắc ruột do u đại trực tràng là tình trạng cấp cứu thường gặp với tỷ lệ 15-29% ở người bệnh ung thư trực tràng. Kỹ thuật đặt ống thông giải áp qua hậu môn (TIDT) là kỹ thuật mới giúp giải áp tạm thời trước mổ. TIDT được ghi nhận là một phương pháp đơn giản, ít biến chứng, chi phí thấp.

Mục tiêu: Đánh giá tính hiệu quả và độ an toàn của kỹ thuật đặt ống thông hậu môn giải áp trong điều trị tắc ruột do u đại trực tràng tại bệnh viện tuyến cơ sở.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu loạt ca trên 6 ca bệnh được đặt ống thông hậu môn giải áp tại Khoa Ngoại Tổng hợp, Bệnh viện Đa Khoa Thủ Đức.

Kết quả: Tỷ lệ đặt thành công 100%. Hầu hết bệnh nhân cải thiện triệu chứng sau 48 giờ, chỉ một trường hợp chậm hơn (72 giờ). Nội soi thành công mà không cần làm hậu môn nhân tạo. Không xảy ra biến chứng kỹ thuật và phẫu thuật. Phần lớn người bệnh có thời gian nằm viện từ 16–20 ngày, phản ánh quá trình chuẩn bị ruột và phẫu thuật theo chương trình.

Kết luận: Kỹ thuật đặt ống thông hậu môn giải áp là phương pháp an toàn, hiệu quả và nên được cân nhắc tại các bệnh viện tuyến cơ sở.

Từ khóa: Tắc ruột, u đại trực tràng, ống thông giải áp.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do ung thư trên toàn thế giới, với tỷ lệ mắc đang gia tăng tại nhiều quốc gia, trong đó có Việt Nam[1]. Tắc ruột là biến chứng thường gặp và nghiêm trọng, chiếm khoảng 15–29% các trường hợp ung thư đại trực tràng, làm tăng nguy cơ thủng ruột, viêm phúc mạc và tử vong[2]. Điều trị chuẩn cho tắc ruột do u đại trực tràng thường là phẫu thuật cấp cứu. Tuy nhiên, phẫu thuật trong bối cảnh ruột giãn to, không được chuẩn bị thường kèm theo tỷ lệ biến chứng và tử vong cao hơn so với mổ chương trình[3]. Đặc biệt, nhiều trường hợp buộc phải làm hậu môn nhân tạo tạm thời, ảnh hưởng lớn đến chất lượng sống của bệnh nhân[4].

Trong hai thập kỷ gần đây, các phương pháp giải áp tạm thời trước mổ như đặt stent kim loại tự nở (Self-expandable Metallic Stents – SEMS) hoặc ống thông giải áp qua hậu môn (Transanal Ileus Decompression Tube – TIDT) đã được nghiên cứu

và ứng dụng rộng rãi như một “cầu nối” giúp chuyển phẫu thuật cấp cứu thành phẫu thuật chương trình [5, 6]. SEMS thường được áp dụng tại các trung tâm lớn nhưng đi kèm chi phí cao và nguy cơ biến chứng thủng, trong khi TIDT được ghi nhận là một phương pháp đơn giản, ít biến chứng, chi phí thấp, có thể triển khai tại bệnh viện tuyến cơ sở[7]. Tại Việt Nam, việc áp dụng TIDT trong điều trị tắc ruột do u đại trực tràng vẫn còn hạn chế và chưa có nhiều báo cáo. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả và tính an toàn của TIDT trong xử trí tắc ruột do ung thư đại trực tràng tại một bệnh viện tuyến cơ sở.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu trường hợp (case series).

*Tác giả liên hệ

Email: nguyeminhly1727@gmail.com Điện thoại: (+84) 981818952 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD19.3545>

2.2. Địa điểm và thời gian: Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Ngoại Tổng hợp – Bệnh viện Đa khoa Thủ Đức, từ tháng 11/2024 đến tháng 6/2025.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm các bệnh nhân được chẩn đoán tắc ruột do u đại trực tràng và được điều trị bằng kỹ thuật đặt ống thông hậu môn giải áp (Transanal Ileus Decompression Tube – TIDT).

- Tiêu chuẩn chọn bệnh:

+ Tuổi ≥ 18 .

+ Được chẩn đoán xác định tắc ruột do u đại trực tràng dựa trên lâm sàng và hình ảnh học (X-quang, CT scan hoặc nội soi).

+ Có chỉ định phẫu thuật triệt để sau giải áp.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Bệnh nhân có biểu hiện thủng, viêm phúc mạc toàn thể cần mổ cấp cứu ngay.

+ Tình trạng toàn thân quá nặng không thể chịu được thủ thuật.

2.4. Phương pháp thu thập số liệu

Bệnh nhân được đánh giá lâm sàng và cận lâm sàng để xác định tình trạng tắc ruột. Thực hiện đặt ống thông giải áp qua hậu môn (TIDT) dưới hướng dẫn nội soi mềm, đưa ống vượt qua vị trí tắc để hút dịch và hơi trong đại tràng. Theo dõi cải thiện triệu chứng (đau bụng, nôn ói, trung tiện), tình trạng toàn thân và các dấu hiệu biến chứng qua lâm sàng và hồ sơ bệnh án. Sau khi tình trạng ổn định và ruột được chuẩn bị, bệnh nhân được phẫu thuật triệt để (nội soi hoặc mổ mở).

2.5. Biến số nghiên cứu

- Đặc điểm nhân khẩu học: tuổi, giới.

- Đặc điểm bệnh: vị trí khối u, triệu chứng lâm sàng.

- Kết quả sau đặt TIDT: tỷ lệ thành công, cải thiện triệu chứng, biến chứng.

- Thời gian chuẩn bị ruột, thời gian nằm viện, loại phẫu thuật, biến chứng sau mổ.

- Kết cục cuối cùng (hồi phục, tử vong).

2.6. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn toàn bộ người bệnh điều trị tại Khoa Ngoại tổng hợp từ tháng 11/2024 đến tháng 6/2025. Cỡ mẫu gồm toàn bộ bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn chọn bệnh trong khoảng thời gian nghiên cứu (n=6).

2.7. Phân tích số liệu: Dữ liệu được phân tích với tần số và tỷ lệ phần trăm bằng Excel.

2.8. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bệnh viện Đa khoa Thủ Đức phê duyệt. Tất cả bệnh nhân hoặc thân nhân đều được giải thích và ký cam kết đồng thuận tham gia nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của người bệnh (n=6)

Đặc điểm lâm sàng của người bệnh	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi (Trung vị, GTNN–GTLN)	61 (51–77)	
Giới (Nam/Nữ)		
Nam	3	50
Nữ	3	50
Vị trí khối u		
Sigma	2	33,3
Đại tràng trái xuống	3	50
Trực tràng	1	16,7
Triệu chứng chính		
Đau bụng	6	100
Bí trung đại tiện	6	100
Nôn	4	66,7

Độ tuổi bệnh nhân tập trung chủ yếu ở nhóm trên 50, phản ánh đúng dịch tễ ung thư đại trực tràng. Vị trí khối u thường gặp nhất là đại tràng trái xuống, phù hợp với y văn quốc tế khi phần lớn tắc ruột ác tính xảy ra ở nửa trái đại tràng.

3.2. Kết quả đặt ống giải áp

Tất cả bệnh nhân đều được đặt ống thành công, tỷ lệ thành công kỹ thuật đạt 100%. Hầu hết bệnh nhân cải thiện triệu chứng sau 48 giờ, chỉ một trường hợp chậm hơn (72 giờ).

Bảng 2. Hiệu quả đặt ống thông giải áp qua hậu môn (n=6)

Hiệu quả đặt ống thông giải áp qua hậu môn	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tỷ lệ đặt thành công	6	100
Cải thiện triệu chứng < 48 giờ	5	83,3
Cải thiện triệu chứng ≥ 72 giờ	1	16,7
Biến chứng kỹ thuật	0	0

TIDT cho thấy hiệu quả giải áp nhanh và an toàn, không ghi nhận biến chứng trong quá trình thực hiện trên người bệnh.

3.3. Kết quả phẫu thuật và hậu phẫu

Bảng 3. Kết quả phẫu thuật và hậu phẫu (n=5)

Kết quả phẫu thuật và hậu phẫu	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Loại phẫu thuật		
Nội soi cắt – nối	5	83,3
Không mổ	1	16,7
Thời gian mổ (phút)	190–250 (trung bình 220)	

Nhờ TIDT, phần lớn bệnh nhân có thể tiến hành phẫu thuật triệt để một thì bằng nội soi, tránh được mổ hậu môn nhân tạo. Không có biến chứng sau mổ được ghi nhận, chứng tỏ tính an toàn của phương pháp.

3.4. Thời gian nằm viện

Bảng 4. Thời gian nằm viện của người bệnh (n=6)

Thời gian nằm viện của người bệnh	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thời gian nằm viện trung bình	17,3 ngày	
≤ 15 ngày	2	33,3
16 – 20 ngày	3	50,0
> 20 ngày	1	16,7%

Phần lớn người bệnh có thời gian nằm viện từ 16–20 ngày, phản ánh quá trình chuẩn bị ruột và phẫu thuật theo chương trình. So với phẫu thuật cấp cứu, thời gian nằm viện này được xem là chấp nhận được, trong khi vẫn đảm bảo kết quả phẫu thuật an toàn, không biến chứng.

4. BÀN LUẬN

Tắc ruột do u đại trực tràng là biến chứng cấp cứu thường gặp, chiếm 15–29% các trường hợp ung thư đại trực tràng. Việc mổ cấp cứu trong tình trạng này thường đi kèm tỷ lệ biến chứng cao (xì rò, nhiễm trùng, tử vong) do ruột giãn và chưa được chuẩn bị tốt[2]. Các biện pháp giải áp tạm thời hiện nay bao gồm đặt stent kim loại tự nở (SEMS) hoặc ống thông giải áp hậu môn (TIDT). Ở nhiều quốc gia châu Á, TIDT được coi là lựa chọn khả thi, ít biến chứng, chi phí thấp, và có thể thực hiện tại bệnh viện tuyến cơ sở[1,3]. Nhiều nghiên cứu cho thấy TIDT có tỷ lệ đặt thành công >90% và giúp cải thiện triệu chứng nhanh chóng. Nghiên cứu của Suzuki và cs. (2019) trên 54 bệnh nhân cho thấy hiệu quả giải áp tương đương với stent, trong khi tỷ lệ biến chứng thấp hơn [4]. Chen và cs. (2021) trong phân tích gộp cũng kết luận rằng TIDT là biện pháp an toàn, đặc biệt ở các trường hợp tắc ruột trái ác tính[5]. Một số nghiên

cứu so sánh trực tiếp giữa SEMS và TIDT cho thấy SEMS giúp chuẩn bị phẫu thuật nhanh hơn, nhưng đi kèm nguy cơ thủng và di lệch cao hơn[4,8]. Ngược lại, TIDT có ưu điểm an toàn hơn, ít biến chứng thủ thuật, và thích hợp tại bệnh viện không có điều kiện can thiệp nội soi đặt stent[7]. Trong báo cáo của chúng tôi tại Bệnh viện Đa khoa Thủ Đức, kết quả đặt ống thành công 100%, cải thiện lâm sàng nhanh, 5/6 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi triệt để mà không cần mổ hậu môn nhân tạo. Điều này tương đồng với các nghiên cứu của Kojima (2018) với 6 ca bệnh[9] và Matsuda (2019)[6], đều khẳng định TIDT có vai trò quan trọng như một cầu nối đến phẫu thuật.

Tuy nhiên, hạn chế của nghiên cứu là cỡ mẫu nhỏ và không có nhóm đối chứng. Các phân tích gộp quốc tế đã nhấn mạnh cần thêm thử nghiệm ngẫu nhiên đa trung tâm để so sánh hiệu quả dài hạn giữa SEMS và TIDT[7].

5. KẾT LUẬN

Kỹ thuật đặt ống thông hậu môn giải áp là phương pháp an toàn, hiệu quả và khả thi trong xử trí tắc ruột do u đại trực tràng tại tuyến cơ sở, giúp cải thiện lâm sàng, thuận lợi cho phẫu thuật nối một thì và hạn chế mổ hậu môn nhân tạo. Tuy nhiên, cần nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, có đối chứng và so sánh với các phương pháp khác để khẳng định hiệu quả lâu dài và tối ưu hóa lựa chọn điều trị.

Hạn chế nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi còn hạn chế do số ca bệnh ít (n=6), vì vậy cần thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để khẳng định vai trò của kỹ thuật TIDT trong điều trị tắc ruột do ung thư đại trực tràng.

Ý nghĩa thực tiễn

Nghiên cứu này cho thấy kỹ thuật đặt ống thông hậu môn giải áp (TIDT) hoàn toàn khả thi và an toàn tại bệnh viện tuyến cơ sở, nơi thường gặp nhiều hạn chế về trang thiết bị và nhân lực so với tuyến trung ương. TIDT có thể là giải pháp thay thế hiệu quả cho các kỹ thuật đòi hỏi chuyên môn cao như đặt stent, giúp giảm thiểu nhu cầu phẫu thuật cấp cứu, giảm tỷ lệ mổ hậu môn nhân tạo và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Hotta T, Takifuji K, Kobayashi Y, Tabuse K, Shimada K, Maeda T, et al. Management of obstructive colorectal cancer: evaluation of preoperative bowel decompression using ileus tube drainage. *Surgery Today*. 2012;42(12):1154-64.
- [2] Horiuchi A, Nakayama Y, Tanaka N, Kajiyama M, Fujii H, Yokoyama T, et al. Acute Colorec-

tal Obstruction Treated by Means of Transanal Drainage Tube: Effectiveness Before Surgery and Stenting. Official journal of the American College of Gastroenterology | ACG. 2005;100(12).

- [3] Fischer A, Schrag HJ, Goos M, Obermaier R, Hopt UT, Baier PK. Transanal endoscopic tube decompression of acute colonic obstruction: experience with 51 cases. *Surgical Endoscopy*. 2008;22(3):683-8.
- [4] Suzuki Y, Moritani K, Seo Y, Takahashi T. Comparison of decompression tubes with metallic stents for the management of right-sided malignant colonic obstruction. *World journal of gastroenterology*. 2019;25(16):1975-85.
- [5] Chen F, Dong Q, Zhang FJAoPM. Are self-expandable metallic stents superior to transanal decompression tubes for the treatment of malignant large-bowel obstruction: a meta-analysis. 2021. 2021;10(7):7378-87.
- [6] Matsuda A, Yamada T, Matsumoto S, Sakurazawa N, Kawano Y, Sekiguchi K, et al. Short-term outcomes of a self-expandable metallic stent as a bridge to surgery vs. a transanal decompression tube for malignant large-bowel obstruction: a meta-analysis. *Surgery Today*. 2019;49(9):728-37.
- [7] Zhang S, Liu G, Wu G-H, Zhang S-W, Zhao Y-J, Xu J. Transanal decompression tube is superior to self-expandable metallic colonic stent for malignant colorectal obstruction: a retrospective study. 2022;92(1-2):140-5.
- [8] Matsuda A, Miyashita M, Matsumoto S, Sakurazawa N, Takahashi G, Matsutani T, et al. Comparison between metallic stent and transanal decompression tube for malignant large-bowel obstruction. *Journal of Surgical Research*. 2016;205(2):474-81.
- [9] Kojima S, Sakamoto T, Nagai Y, Yajima K. Oral nutrition for left-sided malignant colonic obstruction after decompression with a transanal drainage tube: A case series of 6 patients. *Clinical case reports*. 2018;6(7):1324-9.