

Bs Trần Thị Lý -

Nguyên nhân

Các nguyên nhân phổ biến gây tắc nghẽn đường tiêu hóa ở bệnh nhân ung thư là:

- Ung thư biểu mô tuyến tiền liệt hoặc bàng quang – khi niệu đạo hoặc niệu quản bị tắc hoặc dính
- Ung thư biểu mô cột sống hoặc ung thư biểu mô khác liên quan đến khung chậu dẫn đến tắc nghẽn hoặc liên quan đến niệu quản
- Khối u sau phúc mạc chèn ép niệu quản
- TCC (ung thư biểu mô tế bào chuyển tiếp) niệu quản
- Xơ hóa sau phẫu thuật, hóa trị hoặc xạ trị.

Triệu chứng

Số khối u dẫn đến dẫn cặn tắc nghẽn niệu quản mất bên thủng không có triệu chứng. Nó thường được phát hiện tình cờ khi phát hiện thủng ở nạc trên phim Xquang để yêu cầu cho các triệu chứng khác.

Tắc niệu quản cấp tính có thể gây đau quặn từng cơn hoặc đau âm ỉ vùng hạ sườn. Có thể có sự liên quan đến bệnh sỏi cặn đau trong số phân biệt cặn thận kinh L1. Tiểu máu có thể nhìn thấy hàng thứ 2 so với quá trình tắc nghẽn có thể gây ra cơn đau quặn.

Tắc nghẽn dẫn đến hai bên thận có triệu chứng, khi urê huyết thanh tăng trên 25mmol/L. Các triệu chứng liên quan đến suy thận cấp. Cuối cùng, thận thủng thận dẫn đến vô niệu, kèm theo thể, buồn ngủ, lú lẫn và buồn nôn.

Cận lâm sàng

Số dòng có chứa các siêu âm bàng, IVU (chụp Xquang niệu để tính mức) (chúng cho thấy trong bệnh nhân tăng ure huyết), nội soi bàng quang và niệu quản nội soi, chụp dòng v (đánh giá chức năng của ống niệu thận) và chụp CT vùng bàng niệu hữu ích.

CT bàng có tiêm thuốc cản quang là một phương thức duy nhất cung cấp nhiều thông tin nhất về cách xác định bất kỳ bệnh lý ngoài niệu quản nào, mặc dù cần phải thận trọng khi số dòng thuốc cản quang tiêm tĩnh mạch ở bệnh nhân suy thận, nên thận trọng khi số dòng thuốc cản quang vì hai lý do. Đầu tiên, thuốc cản quang sẽ không được bài tiết, creatinine tăng lên và chức năng thận suy giảm. Quang trở ngại hơn, các chất thải độc hại gây độc cho thận và có thể gây thêm tổn thương cho bệnh nhân.

CT hiện đang thay thế IVU như hình ảnh để chẩn đoán. Soi bàng quang rất hữu ích để xác định bệnh lý trong bàng quang.

Quản lý

Tác dụng của ống ra của bàng quang gây ra các triệu chứng bí tiểu cấp tính hoặc tác dụng mãn tính, với tình trạng tiểu không thể chờ đợi để giảm bớt bằng cách đặt ống thông niệu đạo hoặc trên xương mu.

Giới nên niệu quản có thể được thực hiện bằng cách:

- Mất thận ra da, có hoặc không đặt stent nội quản
- Nội soi bàng quang và đặt stent niệu quản nội soi. Cái này có thể khó khăn nếu không xác định được các lỗ niệu quản.
- Stent niệu quản cần được thay thế sau mỗi 6 tháng ở bệnh nhân ung thư, mặc dù stent hiện đại có thể tồn tại lâu hơn. Với sự chèn ép từ bên ngoài vào niệu quản, bệnh nhân có thể phải nhập viện nhiều lần do tác dụng của stent. Vì vậy, mất thận vĩnh viễn có thể xảy ra, xét về chất lượng cuộc sống (QoL) trong giai đoạn cuối.
- Mất thận qua da có thể là biện pháp tạm thời và phù hợp trong những trường hợp cấp tính sau:
 - Bệnh ác tính chưa được chẩn đoán
 - Ung thư tuyến tiền liệt hoặc các tế bào khác, với một phương thức điều trị có sẵn với một cơ hội

đáp ứng hợp lý

- Bệnh nhân ung thư có khả năng ác tính trong khung chậu, nó có thể không thể đáp ứng thông qua phẫu thuật, và có thể cần thiết phải phẫu thuật.
- Bệnh nhân ung thư tiền liệt tuyến có thể được đặt ống dẫn lưu niệu quản để ngăn ngừa tắc nghẽn niệu quản. Tuy nhiên, vì ống dẫn lưu niệu quản có thể nằm trong bàng quang nên nó dễ bị tắc nghẽn, nhiễm trùng và rò rỉ xung quanh. Nên đặt ống dẫn lưu niệu quản ngoài bàng quang, thay vì đặt ống dẫn lưu niệu quản trong bàng quang (nếu có thể).
- Các biện pháp chăm sóc bao gồm nhiễm khuẩn huyết thoát qua, nhiễm trùng huyết, xuất huyết và tác dụng phụ. Phẫu thuật ung thư bệnh nhân này đã được báo cáo về tình trạng mất cân bằng điện giải và tăng kali máu. Loại thứ hai là mất cân bằng điện giải, và cuối cùng nó sẽ dẫn đến rối loạn nhịp tim và ngừng tim.
- Bệnh nhân ung thư tiền liệt tuyến có thể có tăng kali máu, quá tải dịch và tăng kali máu. Loại thứ hai là mất cân bằng điện giải, và cuối cùng nó sẽ dẫn đến rối loạn nhịp tim và ngừng tim.
- Bệnh nhân ung thư tiền liệt tuyến có thể có tăng kali máu, quá tải dịch và tăng kali máu. Loại thứ hai là mất cân bằng điện giải, và cuối cùng nó sẽ dẫn đến rối loạn nhịp tim và ngừng tim.
- Bệnh nhân ung thư tiền liệt tuyến có thể có tăng kali máu, quá tải dịch và tăng kali máu. Loại thứ hai là mất cân bằng điện giải, và cuối cùng nó sẽ dẫn đến rối loạn nhịp tim và ngừng tim.
- Bệnh nhân ung thư tiền liệt tuyến có thể có tăng kali máu, quá tải dịch và tăng kali máu. Loại thứ hai là mất cân bằng điện giải, và cuối cùng nó sẽ dẫn đến rối loạn nhịp tim và ngừng tim.
- Bệnh nhân ung thư tiền liệt tuyến có thể có tăng kali máu, quá tải dịch và tăng kali máu. Loại thứ hai là mất cân bằng điện giải, và cuối cùng nó sẽ dẫn đến rối loạn nhịp tim và ngừng tim.

Có bốn nhóm trong loạt bài này:

- Nhóm 1—bệnh ác tính không được điều trị
- Nhóm 2—bệnh ác tính tái phát với các lựa chọn điều trị tiếp theo
- Nhóm 3—bệnh ác tính tái phát không có lựa chọn điều trị nào khác
- Nhóm 4—bệnh lành tính do điều trị trước đó.
- Bệnh nhân ở nhóm 1 và 2 có thể sống tiếp theo nhau - tỷ lệ sống trung bình là 27 và 20 tuần, tỷ lệ sống 5 năm lần lượt là 20% và 10%.

- Bēnh nhēn nhóm 3 có tiên lēng xēu, trung bình sēng sót sau 6 tuēn và không có bēnh nhēn nào sēng sót sau 1 năm.

- Bēnh nhēn nhóm 4 có triēn vēng tiēt nhēt vēi tē lē sēng sót sau 5 năm là 64%.

Nēu bēnh nhēn có khēi u ác tính vùng chēu tiēn triēn mà không có cách điēu trē, thì nên xem xét QoL và mong muēn cēa chính bēnh nhēn, trēc khi can thiēp đē giēi phóng sē tēc nghēn đēng c bē t đēu.

Oxford Handbook Oncology Fourth edition