

Bs Trần Thị Lý -

Nguyên nhân

Tắc ruột liên quan đến ung thư thường gặp nhất là ung thư đại tràng hoặc ruột non và chủ yếu liên quan đến ung thư buồng trứng (5-51%) hoặc ung thư đại tràng (10-28%).

Tắc nghẽn có thể ở trong lòng ruột (ví dụ: ung thư đại tràng) hoặc chèn ép từ bên ngoài (ví dụ: ung thư buồng trứng).

Trong ung thư buồng trứng và ung thư cổ tử cung, thường có nhu mô cứng tắc nghẽn do bệnh phúc mạc lan tỏa.

Tắc nghẽn thường gặp nhất là ung thư đã được điều trị trước đó có thể cũng do khối u tái phát hoặc do các nguyên nhân không ác tính như dính hoặc chít hẹp liên quan đến xạ trị và nguyên nhân cần được xem xét cẩn thận trong từng trường hợp riêng lẻ.

Tắc nghẽn chèn ép cũng có thể cũng được gây ra bởi bệnh thần kinh tử vong liên quan đến ung thư hoặc liên quan đến thuốc (Vincristine), liên quan trực tiếp đến đám rối mạc treo tràng trên hoặc tắc ruột (ví dụ do thủng).

Trong tắc nghẽn liên quan đến ung thư, mức độ tắc nghẽn thường tăng dần theo thời gian, đặc biệt nếu liên quan đến khối u.

Tuy nhiên, điều quan trọng cần nhớ là các nguyên nhân ít phổ biến hơn bao gồm rối loạn điện giải (tăng calci máu, hạ kali máu), tắc nghẽn do phân, dính sau phẫu thuật hoặc thoát vị.

Biểu hiện

- Các triệu chứng: buồn nôn, nôn (khí dạ dày-khí lồng ngực; ruột già-phân), đau bụng, táo bón, chướng bụng, tăng âm ruột.
- Các dấu hiệu: chướng bụng, mất nước, âm ruột (có thể không có hoặc tăng), đau, viêm phúc mạc. Đau và viêm phúc mạc là những dấu hiệu nghiêm trọng và cho thấy cần phải xem xét can thiệp khi cần.

Clin lâm sàng

Xquang bụng đứng hoặc nằm là phương pháp đầu tiên. Những phim này thường xác nhận sự hiện diện của tắc nghẽn nhưng hiếm khi xác định được nguyên nhân của nó. Trừ khi hình ảnh chẩn đoán không rõ ràng, điều tra tiêu chuẩn là CT, vì nó cho ra mức độ tắc nghẽn và thường xác nhận nguyên nhân cụ thể. Một phương pháp thay thế cho trường hợp nghi ngờ tắc nghẽn đường tràng là dùng thuốc cản quang không chứa barium.

Đôi khi, nếu soi đường ruột trên hoặc dưới có thể cho phép hình dung khu vực tắc nghẽn, cho phép sinh thiết, xác nhận chẩn đoán và lập kế hoạch điều trị thích hợp.

Lựa chọn quản lý

Hội đồng thích hợp sẽ quyết định dựa trên các đánh giá lâm sàng và sinh hóa và tình trạng mất nước và rối loạn điện giải. Truy cập dịch IV và hút qua ống thông dạ dày thường được tiến hành nhưng có thể không cần thiết nếu bệnh nhân mất bình tĩnh và đang theo dõi tiến trình điều trị giảm nhẹ. Ống thông dạ dày làm giảm cảm giác khó chịu và buồn nôn do tắc nghẽn nhưng có thể dẫn đến hít phải.

Nếu điều trị tích cực là phù hợp, phẫu thuật có thể cần được cân nhắc sau khi thảo luận kỹ lưỡng với gia đình chuyên khoa. Điều quan trọng là cân bằng giữa lợi ích và những rủi ro của việc phẫu thuật khi phẫu thuật để giảm nguy cơ biến chứng chu phẫu.

Quản lý y tế

Tức ruột không thể phẫu thuật có thể được quản lý y tế. Điều này có thể cho phép bệnh nhân được chăm sóc tại nhà. Bệnh nhân có thể ăn và uống một lượng nhỏ. Phương pháp điều trị khác nhau, tùy thuộc vào mức độ tắc nghẽn hiện tại. Mục đích là để loại bỏ cảm giác buồn nôn suy nhược và giảm tần suất nôn để bệnh nhân có thể chấp nhận được.

Các triệu chứng của giảm nhu động là buồn nôn, nôn, đau và táo bón. Thuốc uống có thể được hấp thu kém trong tắc nghẽn đường tiêu hóa, và nên xem xét đường tiêm hoặc đường trực tràng.

Đau

Đối với đau bụng, thuốc chống co thắt—Hyoscine butylbromide 80–120mg trong 24 giờ qua truyền tĩnh mạch (s/c) liên tục—thường có hiệu quả. Tránh dùng thuốc chống nôn prokinetic (metoclopramide) nếu đau bụng là một vấn đề. Đau do ung thư hoặc di căn thường yêu cầu thuốc giảm đau ngoài đường tiêu hóa (ví dụ: diamorphine được tiêm trong 24 giờ qua một ống tiêm, hoặc fentanyl thấm thụ qua da).

Buồn nôn và nôn

- Nếu tắc nghẽn một phần mà không có đau bụng, metoclopramide, 80–120 mg trong 24h tiêm tĩnh mạch, có thể kích thích nhu động ruột hiệu quả. Thuốc này có thể được kết hợp với dexamethasone liều cao, 16mg/24h, để giảm phù nề quanh khối u và cũng có tác dụng chống nôn. Khi tình trạng nôn mửa được kiểm soát, cho uống thuốc như bình thường nếu dung nạp được.

- Nếu tắc nghẽn hoàn toàn hoặc nếu có đau bụng, cyclizine, 100–150 mg/24h tiêm tĩnh mạch, được dùng cùng với hyoscine butylbromide. Haloperidol, 5–15mg/24h, là một lựa chọn thay thế phù hợp. Haloperidol, cyclizine, hyoscine đều có thể trộn với diamorphine trong ống bơm tiêm dưới da.

- Levomepromazine là một chất đối kháng 5-hydroxytryptamine (5-HT₂) được hiệu quả cao và có tác dụng ức chế các thụ thể con đường gây nôn khác. Nó là một chất thay thế hữu ích cho thuốc chống nôn nói trên và cũng có thể trộn với diamorphine. Nếu tình trạng nôn kéo dài, thì có thể sử dụng octreotide, 300–600 mg/24h qua truyền tĩnh mạch - một chất tổng hợp somatostatin. Thuốc này chống bài tiết và thúc đẩy quá trình hấp thu chất dinh dưỡng của ruột.

- Nếu u xơ tắc nghẽn là do một khối u ruột nhầy có mô hóa chất, chẳng hạn như lymphoma, khối u tế bào nhầy hoặc ung thư tinh hoàn, một thủ tục nghi ngờ hóa trị liệu có thể phù hợp. Tuy nhiên, điều này có khả năng gây nguy hiểm và cần được giám sát chặt chẽ. Trong trường hợp u lympho có nguồn gốc dạ dày-ruột (GI), hóa trị liệu có thể ruột hiệu quả, nhưng điều trị có thể dẫn đến thủng, và vì vậy điều này phải được ghi nhớ.
- Bệnh nhân bị tắc nghẽn thực quản hoặc tá tràng có thể được hưởng lợi từ xạ trị tại chỗ. Nếu đây là một khối u ác tính, nên đặt stent thực quản, vì lợi ích từ stent có thể không thay đổi được trong 6 tuần, và bệnh nhân xạ trị có thể dẫn đến tắc nghẽn nặng hơn trong thời gian ngắn do phù nề.
- Đặt stent cũng là một lựa chọn cho các tắc nghẽn đường ruột trái, hoặc là thủ thuật cuối cùng hoặc là cầu nối để điều trị thêm

Điều trị phẫu thuật

Các lựa chọn phẫu thuật có sẵn sẽ phụ thuộc vào vị trí và giai đoạn của khối u.

Bệnh nhân có khối u thực quản có thể bị tắc nghẽn, gây khó nuốt. Trong những trường hợp như vậy, bệnh nhân sẽ yêu cầu khám thực thể để xác định xem thực quản có đáng kể hay không và nếu có, phẫu thuật cắt bỏ thực quản có thể phù hợp. Nếu không, thì một stent bằng kim loại có thể được đưa vào để giảm nhẹ. Đối với các khối u ở trung tâm, thường là ung thư biểu mô vảy, xạ trị cũng có thể có lợi để hỗ trợ giảm tắc nghẽn. Liệu pháp laser cũng có thể có lợi trong việc giảm nhẹ thực quản bị tắc nghẽn.

Tắc nghẽn nội ra dạ dày do ung thư biểu mô có thể được điều trị bằng cách cắt bỏ dạ dày hoặc đặt stent. Cắt bỏ dạ dày có thể quan trọng, ngay cả khi bệnh tiến triển nặng, như một biện pháp giảm quy mô triệu chứng.

Việc giảm tắc nghẽn tá tràng sẽ phụ thuộc vào mức độ tại chỗ của bệnh, cũng như sự hiện diện của di căn. Các tổn thương ở vùng quanh bóng vater (đầu tụy, bóng vater, ống mật chung và tá tràng) đầu có thể gây tắc tá tràng, trường hợp này xảy ra ở 30% bệnh nhân có các khối u này. Nhưng tổn thương này phải được phân loại cẩn thận, vì vào thời điểm tá tràng bị tắc nghẽn, các mạch máu treo tràng trên hoặc trực tràng có thể bị khối u xâm lấn, khiến tổn thương không thể cắt bỏ được. Trong những trường hợp như vậy, các lựa chọn cho một cá nhân khỏe mạnh sẽ bao gồm phẫu thuật nội tạng để giảm bớt và dạ dày hoặc cắt bỏ đặt stent để giảm bớt và tá tràng. Đối với tắc nghẽn đoạn xa tá tràng, cắt bỏ hoặc bỏ đi là những lựa chọn thích hợp, vì việc đặt stent thường không thể hỗ trợ giảm bớt một lần nữa, có những cân nhắc quan trọng về mặt giảm

phụ.

Đối với tác nhân có cấu trúc hạ tầng và hạ tầng, phụ thuộc cấu trúc và nội dung là phù hợp, và đối với bối cảnh trình bày, có thể cần phải bổ sung bên trong, hoặc thậm chí là cấu trúc hạ tầng để giải phóng tác nhân.

Việc kiểm soát tác nhân để trình bày phụ thuộc vào vị trí và mức độ cấu trúc tác nhân có cấu trúc. Là một chuyên gia tiên là cấu trúc và nội dung. Đối với các tác nhân thông thường gây tác nhân bên trái, quy trình Hartmann là một lý do khác và bao gồm việc cấu trúc, kèm theo một thông tin kỹ thuật, và cho phép tái thông. Toàn bộ để trình bày phải được đánh giá cấu trúc để tìm các khía cạnh đáng báo động, vì hầu hết các thông tin cấu trúc để trình bày không cần phải được đánh giá trước để trình bày, và sẽ không thêm một khía cạnh có thể thay đổi bên cạnh cấu trúc của phụ thuộc để được thể hiện. Mạnh mẽ cũng phải được kiểm tra cấu trúc, vì nếu điều này không khả thi, có thể phải cấu trúc toàn bộ để trình bày.

Đối với các tác nhân thông thường xa, nếu không thể cấu trúc thì phụ thuộc cấu trúc để trình bày có thể là lý do chuyên duy nhất.

Rõ ràng cấu trúc phụ thuộc cấu trúc bối cảnh nhân ứng dụng trình bày bao gồm:

- Tác động của môi trường do gieo hạt trong phúc m
- Nguy cơ gây mê kém do suy nhược
- Khả năng chữa lành vết thương sau phụ thuộc kém do suy dinh dưỡng, hóa trị hoặc cấy ghép khác
- Nguy cơ cao biến chứng thần kinh
- Tác động của bệnh tật

Ngày càng có nhiều người sử dụng các thông tin để giải quyết tình trạng tác nhân, để biết là để tiêu hóa, mức độ hiểu biết, kinh nghiệm để báo cáo chuyên gia là các chuyên gia. Khó khăn hơn để giải quyết tác nhân để trình bày bên ngoài, vì không gian bên trong phúc m cấu trúc bên cạnh khi có để trình bày hình rõ ràng, và do đó hiểu biết có rất ít bên cạnh hình ảnh. Phụ thuộc để soi mang lại lợi ích, vì nó liên quan đến ít căng thẳng phụ thuộc hình ảnh và hình ảnh nhanh hơn. Tuy nhiên, nguy cơ đâm thủng ruột hoặc trocar là có thể - phụ thuộc để soi như vậy đòi hỏi người thực hiện có chuyên môn và kinh nghiệm.

Nguồn: Oxford Handbook Oncology Fourth edition

Nguyên nhân

Tác ruột liên quan đến ung thư thông thường như hỗng ruột đến đại tràng hoặc ruột non và chủ yếu liên quan đến ung thư buồng trứng (5-51%) hoặc ung thư đại tràng (10-28%).

Tác nhân có thể ở trong lòng ruột (ví dụ: ung thư đại tràng) hoặc chèn ép từ bên ngoài (ví dụ: ung thư buồng trứng).

Trong ung thư buồng trứng và ung thư cổ tử cung, thông thường có nhiều mức độ tác nhân do bệnh phức tạp lan tỏa.

Tác nhân như bệnh nhân ung thư đã được điều trị trước đó có thể cũng do khả năng tái phát hoặc do các nguyên nhân không ác tính như dính hoặc chít hẹp liên quan đến xạ trị và nguyên nhân cần được xem xét cẩn thận trong từng trường hợp riêng lẻ.

Tác nhân chắc chắn có thể cũng được gây ra bởi bệnh thần kinh từ thuốc liên quan đến ung thư hoặc liên quan đến thuốc (Vincristine), liên quan trực tiếp đến đám rối mức treo tràng trên hoặc ruột (ví dụ do thuốc).

Trong tác nhân liên quan đến ung thư, mức độ tác nhân thông thường tăng dần theo thời gian, đặc biệt nếu liên quan đến khả năng.

Tắc nghẽn đường tiêu hóa

Vị trí bài Biên tập viên

Chủ nhật, 06 Tháng 8 2023 09:36 -

Tuy nhiên, điều quan trọng cần nhớ là các nguyên nhân ít phổ biến hơn bao gồm rối loạn điện giải (tăng calci máu, hạ kali máu), tắc nghẽn do phân, dính sau phẫu thuật hoặc thoát vị.

Biểu hiện

Các triệu chứng: buồn nôn, nôn (khả năng dịch dày-khả năng lỏng; ruột già-phân), đau bụng, táo bón, chướng bụng, tăng âm ruột.

Các dấu hiệu: chướng bụng, mất nước, âm ruột (có thể không có hoặc tăng), đau, viêm phúc mạc. Đau và viêm phúc mạc là những dấu hiệu nghiêm trọng và cho thấy cần phải xem xét can thiệp khẩn cấp.

Cẩn lâm sàng

Xquang bụng đứng hoặc nằm là phương pháp đầu tiên. Những phim này thường xác nhận sự hiện diện của tắc nghẽn nhưng hiếm khi xác định được nguyên nhân của nó. Trừ khi hình ảnh chụp đoán không rõ ràng, điều tra tiêu chuẩn là CT, vì nó cho ra mức độ tắc nghẽn và thường xác nhận nguyên nhân cơ bản. Một phương pháp thay thế cho trường hợp nghi ngờ tắc nghẽn đường tràng là dùng thuốc cản quang không chứa barium.

Đôi khi, nếu soi đường ruột trên hoặc dưới có thể cho phép hình dung khu vực tắc nghẽn, cho phép sinh thiết, xác nhận chẩn đoán và lập kế hoạch điều trị thích hợp.

Lựa chọn quản lý

Hội sở thích hợp sẽ được hướng dẫn bằng các đánh giá lâm sàng và sinh hóa về tình trạng mất nước và rối loạn điện giải. Truy cập dịch IV và hút qua ống thông dạ dày thường được tiến hành nhưng có thể không cần thiết nếu bệnh nhân mất bình tĩnh và đang theo dõi tiến trình điều trị giảm nhẹ. Ống thông dạ dày làm giảm cảm giác khó chịu và buồn nôn do tắc nghẽn nhưng có thể dẫn đến hít phải.

Tức nghẽn đường tiêu hóa

Vị trí biên tập viên

Chức nhật, 06 Tháng 8 2023 09:36 -

‘Nếu u đi u tr tích c c là phù h p, ph u thu t có th c n đ c cân nh c sau khi th o lu n k l ng gi a nhi u chuyên khoa. Đi u quan tr ng là cân b ng đ i n gi i và n c đ c t i u hóa tr c khi ph u thu t đ gi m nguy c bi n ch ng chu ph u.

Quản lý y t

T c ru t không th ph u thu t có th đ c qu n lý y t. Đi u này có th cho phép b nh nh n đ c chăm sóc t i nhà. B nh nh n có th ăn và u ng m t l ng nh . Ph ng pháp đi u tr khác nhau, tùy thu c vào m c đ t c ngh n hi n t i. M c đích là đ lo i b c m giác bu n nôn suy nh c và gi m t n su t nôn đ n m c b nh nh n có th ch p nh n đ c.

Các tri u ch ng c n gi m nh là bu n nôn, nôn, đau và táo bón. Thu c u ng có th đ c h p thu kém trong t c ngh n đ ng tiêu hóa, và nên xem xét đ ng tiêm ho c đ ng tr c tràng.

Đau

Đ i v i đau b ng, thu c ch ng có th t—Hyoscine butylbromide 80–120mg trong 24 gi qua truy n tiêm d i da (s/c) liên t c—th ng có hi u qu . Tránh dùng thu c ch ng nôn prokinetic (metoclopramide) n u đau b ng là m t v n đ . Đau do ung th ho c di căn th ng yêu c u thu c gi m đau ngoài đ ng tiêu hóa (ví d : diamorphine đ c tiêm trong 24 gi qua m t ng tiêm, ho c fentanyl th m th u qua da).

Bu n nôn và nôn

N u t c ngh n m t ph n mà không có đau b ng, metoclopramide, 80–120 mg trong 24h tiêm d i da, có th kích thích nhu đ ng ru t hi u qu . Thu c này có th đ c k t h p v i dexamethasone li u cao, 16mg/24h, đ gi m phù n quanh kh i u và cũng có tác đ ng ch ng nôn. Khi tình tr ng nôn m a đ c ki m soát, cho u ng thu c nhu n tràng n u dung n p đ c.

Tác dụng của thuốc giảm đau

Viết bởi: Biên tập viên

Chỉnh sửa, 06 Tháng 8 2023 09:36 -

Nếu tác dụng hoàn toàn hoặc nếu có đau bụng, cyclizine, 100–150 mg/24h tiêm dưới da, dùng cùng với hyoscine butylbromide. Haloperidol, 5–15mg/24h, là một lựa chọn thay thế phù hợp. Haloperidol, cyclizine, hyoscine đều có thể trộn với diamorphine trong ống bơm tiêm dịch.

Levomopromazine là một chất đối kháng 5-hydroxytryptamine (5-HT₂) đặc hiệu cao và có tác dụng ức chế các thụ thể con đường gây nôn khác. Nó là một chất thay thế hữu ích cho thuốc chống nôn nói trên và cũng có thể trộn với diamorphine. Nếu tình trạng nôn kéo dài, thì có thể sử dụng octreotide, 300–600 mg/24h qua truyền dịch dưới da liên tục - một chất tổng hợp somatostatin. Thuốc này chống bài tiết và thúc đẩy quá trình hấp thu chất điện giải của nước tiểu.

Nếu tác dụng là do một khối u ruột non hoặc dạ dày, bệnh nhân như lymphoma, khối u tế bào nhầy hoặc ung thư tinh hoàn, một thủ tục nghi ngờ hóa trị liệu có thể phù hợp. Tuy nhiên, điều này có khả năng gây nguy hiểm và cần được giám sát chặt chẽ. Trong trường hợp u lympho có nguồn gốc dạ dày-ruột (GI), hóa trị liệu có thể rút hiệu quả, nhưng điều trị có thể dẫn đến thủng, và vì vậy điều trị này phải được ghi nhớ.

Bệnh nhân bị tác dụng thuốc quặng hoặc tá tràng có thể được hỗ trợ bằng ống xẹp tạm thời. Nếu đây là một lựa chọn, nên đặt stent tạm thời, vì lợi ích tạm thời stent có thể không thấy được trong 6 tuần, và bệnh nhân xẹp có thể dẫn đến tác dụng không mong muốn trong thời gian ngắn do phù nề.

Đặt stent cũng là một lựa chọn cho các tác dụng của ống trái, hoặc là thủ thuật cuối cùng hoặc là cầu nối để điều trị thêm

Điều trị phẫu thuật

Các lựa chọn phẫu thuật có sẵn sẽ phụ thuộc vào vị trí và giai đoạn của khối u.

Bệnh nhân có khối u thực quản có thể bị tác dụng, gây khó nuốt. Trong những trường hợp như vậy, bệnh nhân sẽ yêu cầu khám thực thể để xác định xem tình trạng có đáng kể hay không và nếu có, phẫu thuật cắt bỏ thực quản có thể phù hợp. Nếu không, thì một stent bằng kim loại có thể được đưa vào để giảm nhẹ. Đối với các khối u trung tâm, thường là ung thư biểu mô

Vậy, xấp xỉ cũng có thể có lợi để hỗ trợ giảm tác nhân. Liệu pháp laser cũng có thể có lợi trong việc giảm nhu cầu quần áo tác nhân.

Tác nhân lợi ra đầy do ung thư biểu mô có thể được đưa trở lại bằng cách cắt bỏ đầy hoặc đặt stent. Cắt bỏ đầy có thể quan trọng, ngay cả khi bệnh tiến triển nặng, như một biện pháp giảm quy trình chăm sóc.

Việc giảm tác nhân tá tràng sẽ phụ thuộc vào mức độ tiến triển của bệnh, cũng như sự hiện diện của di căn. Các tiến triển trong vùng quanh bóng vater (đầu tụy, bóng vater, ống mật chung và tá tràng) đầu có thể gây tắc tá tràng, triệu chứng này xảy ra ở 30% bệnh nhân có các khối u này. Nhưng tiến triển trong phần đầu của phân đoạn của thận, vì vào thời điểm tá tràng bị tác nhân, các mạch máu treo tràng trên hoặc trực tràng có thể bị khối u xâm lấn, khiến tiến triển triệu chứng không thể cắt bỏ được. Trong những trường hợp này, các lựa chọn cho một cá nhân khỏe mạnh sẽ bao gồm phẫu thuật nội tạng để giảm bớt và đầy hoặc kết hợp đặt stent để giảm bớt và tá tràng. Đối với tác nhân đoạn xa tá tràng, cắt bỏ hoặc bỏ cắt u là những lựa chọn thích hợp, vì việc đặt stent thường không thể thực hiện được một lần nữa, có những cân nhắc quan trọng về một giải pháp.

Đối với tác nhân các bộ của hệ thống và hệ thống, phẫu thuật cắt bỏ và nội thông là phù hợp, và đối với bệnh tiến triển, có thể cần phải bỏ cắt u bên trong, hoặc thậm chí là cắt bỏ hệ thống để giải phóng tác nhân.

Việc kiểm soát tác nhân đường phụ thuộc vào vị trí và mức độ của tác nhân của bệnh. Lựa chọn ưu tiên là cắt bỏ và nội thông. Đối với các tiến triển gây tác nhân bên trái, quy trình Hartmann là một lựa chọn khác và bao gồm việc cắt bỏ, kèm theo một thông ruột kết, và cho phép tái thông. Toàn bộ đường phụ đầu được đánh giá cẩn thận để tìm các khối u đáng báo động, vì hầu hết các trường hợp cắt bỏ đường không cần phải cắt bỏ thực hiện mà không cần đánh giá trước để đường, và sự hiện diện thêm một khối u có thể thay đổi bản chất của phẫu thuật được thực hiện. Manh tràng cũng phải được kiểm tra cẩn thận, vì nếu đi u này không khả thi, có thể phải cắt bỏ toàn bộ đường.

Đối với các tiến triển xa, nếu không thể cắt bỏ thì phẫu thuật cắt bỏ đường có thể là lựa chọn duy nhất.

Tác nhân đóng tiêu hóa

Vị trí bài Biên tập viên

Chủ nhật, 06 Tháng 8 2023 09:36 -

Rủi ro của phẫu thuật ruột ở bệnh nhân ung thư tiêu natri bao gồm:

- Tác dụng nhuận tràng do gieo hạt u trong phúc mạc
- Nguy cơ gây mê kém do suy dinh dưỡng
- Khả năng chữa lành vết thương sau phẫu thuật kém do suy dinh dưỡng, hóa trị hoặc cấy ghép khối u
- Nguy cơ cao biến chứng thuyên tắc huyết khối
- Thời gian sống và bệnh tật

Ngày càng có nhiều người sử dụng các thủ thuật nội soi để giải quyết tình trạng tắc nghẽn, đặc biệt là đóng tiêu hóa gần, mặc dù hiện tại, kinh nghiệm đáng báo cáo chủ yếu là từ các dữ liệu lâm sàng chuyên khoa. Khó khăn hiện tại giải quyết tắc nghẽn ở tràng bàng non, vì không gian bên trong khoang phúc mạc bị hạn chế khi có dải tràng phình to rõ rệt, và do đó hiện tại có rất ít bệnh nhân được phẫu thuật. Phẫu thuật nội soi mang lại lợi ích, vì nó liên quan đến ít căng thẳng phẫu thuật hơn và hồi phục nhanh hơn. Tuy nhiên, nguy cơ đâm thủng ruột bàng trocar là có thể - phẫu thuật nội soi nếu yêu cầu hồi nội tạng thì cần có chuyên môn và kinh nghiệm.

Oxford Handbook Oncology Fourth edition