

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 cựa tắc nghẽn niệu quản một bên thường không có triệu chứng. Nó thường được phát hiện tình cờ khi phát hiện thẩn 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 xơ cứng cột sống đau trong sự phân bố của rễ thần 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 dẫn hai bên thận có triệu chứng, khi urê huyết thanh tăng trên 25mmol/L. Các triệu chứng liên quan đến suy thận cấp. Cùng, thận thường thận dẫn đến vô niệu, kèm theo thoát, buồn ngủ, lú lẫn và buồn nôn.

Cận lâm sàng

Số dòng có chứa các siêu âm bàng, IVU (chụp Xquang niệu đồ tĩnh mạch) (chẩn đoán bệnh 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 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 được lựa chọn. 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 giảm bớt bằng cách đặt ống thông niệu đồ hoặc trên xống 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 cách khác

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 đặt ống dẫn lưu dịch tiết niệu vì có đặt stent niệu quản. Tuy nhiên, vì ống dẫn lưu niệu quản có thể nằm trong bàng quang nên nó dễ bị tắc, nhiễm trùng và rò rỉ xung quanh. Nên đặt stent niệu quản đôi, thay vì một ống dài hơn (nếu có thể).
- Các biến chứng bao gồm nhiễm khuẩn huyết thoát qua, nhiễm trùng huyết, xuất huyết và tắc nghẽn. Phẫu thuật niệu quản bệnh nhân này để đảm bảo đi vào chậu tình trạng mất nước, quá tải dịch và tăng kali máu. Loại thứ hai là mất trọng lượng khi phẫu thuật, và cuối cùng nó sẽ dẫn đến rối loạn nhịp tim và ngừng tim.
- Bệnh nhân ung thư ruột già có thể điều chỉnh kali máu, quá tải dịch để kháng với thuốc lợi tiểu, và suy thận nặng và nhiễm toan. Các vấn đề khác có thể bao gồm mất xu hướng chảy máu đáng kể do rối loạn chức năng tiểu cầu. Tăng huyết áp đôi khi là một vấn đề và cần quản lý chặt chẽ và/hoặc thuốc chẹn tăng huyết áp.
- Bất kỳ tác động nào đối với điều trị nội khoa bệnh nhân đều cần dùng thuốc kháng sinh, vì bệnh nhân ung thư dễ bị nhiễm khuẩn huyết.
- Bệnh nhân ung thư tiền liệt tuyến cần xử trí đa ngành; sẽ sớm còn kéo dài, ngay cả với bệnh ác tính vùng chậu, vẫn có thể xảy ra. Trong một loạt, tỷ lệ sống sót trung bình là 26 tuần.

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 sẽ 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%.

- Bệnh nhân nhóm 3 có tiên lượng xấu, trung bình sống sót sau 6 tuần và không có bệnh nhân nào sống sót sau 1 năm.

- Bệnh nhân nhóm 4 có triển vọng tốt nhất với tỷ lệ sống sót sau 5 năm là 64%.

Nếu bệnh nhân có khu vực ác tính vùng chậu tiến triển mà không có cách điều trị, thì nên xem xét QoL và mong muốn của chính bệnh nhân, trước khi can thiệp để giảm phóng xạ tác nhân để cải thiện điều trị.

Oxford Handbook Oncology Fourth edition