

Kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi Robot trong bệnh lý gan mật tụy

Võ Văn Hùng, Trần Vĩnh Hưng, Đỗ Bá Hùng, Nguyễn Cao Cường, Lê Hữu Phước, Võ Ngọc Bích, Nguyễn Đức Tuấn Anh

Bệnh viện Bình Dân

Từ khóa:

Phẫu thuật nội soi robot, u thân đuôi tụy, cắt tá tụy, cắt gan, nang ống mật chủ, túi mật, hệ thống da Vinci

Địa chỉ liên hệ:

Võ Văn Hùng,
Khoa Gan mật - Bệnh viện Bình Dân,
371 Điện Biên Phủ - Phường 4 -
Quận 3 - TP. Hồ Chí Minh
Điện thoại: 0903851378
Email: vovanhungbvbd@yahoo.
com.vn

Ngày nhận bài: 24/5/2018

Ngày duyệt: 29/6/2018

**Ngày chấp nhận đăng:
8/8/2018**

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội soi đã được áp dụng phổ biến trong bệnh lý gan mật tụy. Gần đây, phẫu thuật nội soi robot hỗ trợ là một tiến bộ mới của phẫu thuật ít xâm lấn, cải thiện những bất lợi của phẫu thuật nội soi thông thường. Mục tiêu của chúng tôi là chia sẻ những kinh nghiệm sớm trong việc sử dụng Robot trong phẫu thuật gan mật tụy cũng như cập nhật vấn đề thời sự này.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca: 18 trường hợp (TH) bệnh lý gan mật tụy được phẫu thuật tại Bệnh viện Bình Dân từ tháng 01/2017 đến 09/2018 sử dụng hệ thống Robot da Vinci.

Kết quả: Trong 18 TH bệnh lý gan mật tụy: 6 TH ung thư gan, 2 TH u thân đuôi tụy, 5 TH cắt tá tụy, 1 TH túi mật, và 4 TH nang ống mật chủ. Phẫu thuật thành công 17 TH, có 1 TH nang ống mật chủ chuyển mổ mở. Không có biến chứng trong phẫu thuật liên quan đến Robot. Không có biến chứng nặng. Không có tử vong.

Kết luận: Sử dụng phẫu thuật nội soi có robot hỗ trợ trong bệnh lý gan mật tụy an toàn và khả thi.

The early results of Robotic surgery in treating pancreatic and hepatobiliary diseases at Binh Dan Hospital

Vo Van Hung, Tran Vinh Hung, Do Ba Hung, Nguyen Cao Cuong, Le Huu Phuoc, Vo Ngoc Bich, Nguyen Duc Tuan Anh

Binh Dan Hospital

Abstract

Introduction: Laparoscopic surgery has been widely used in treating the pancreatic and hepatobiliary diseases. Recently, robot - assisted surgery was introduced as a new advance of minimally invasive surgery, could improve the disadvantages of conventional laparoscopic surgery. Aim of this study is to share early experiences in using

robots in pancreatic and hepatobiliary surgery, as well as to update on the current status of robot - assisted surgery.

Material and Methods: A descriptive case series study: (18) eighteen cases of pancreatic and hepatobiliary diseases were performed at Binh Dan hospital from 01/2017 to 09/2018 using the da Vinci robotic system.

Results: In 18 patients: 6 hepatectomies, 2 spleen-preserving distal pancreatectomies, 5 pancreatoduodenectomies, 1 cholecystectomy, and 4 choledochal cystic resections. 17 were performed successful by robot - assisted surgery, 1 case of choledochal cystic resection converted to open surgery. There was no intraoperative complication related to the use of the da Vinci robotic system. No serious complications. No death was in this series.

Conclusion: Using of robot - assisted surgery in pancreatic and hepatobiliary diseases is safe and feasible.

Keyword: Robot – assisted surgery, da Vinci Surgical System, hepatectomy, distal pancreatectomy, pancreatoduodenectomy, cholecystectomy, choledochal cystic resection.

Đặt vấn đề

Phẫu thuật nội soi đã được áp dụng phổ biến trong bệnh lý gan mật tụy, phẫu thuật cắt túi mật nội soi đã được Muhe báo cáo lần đầu vào năm 1985, phẫu thuật cắt gan nội soi vào năm 1992. Gần đây, phẫu thuật nội soi robot hỗ trợ là một tiến bộ mới của phẫu thuật ít xâm lấn, cải thiện những bất lợi của phẫu thuật nội soi thông thường. Hệ thống phẫu thuật Da Vinci có những thuận lợi kỹ thuật như: hình ảnh không gian 3 chiều giúp phẫu thuật viên bóc tách và khâu nối tinh tế, nâng cao tầm nhìn độ nét cao với lên đến 10 lần phóng đại, dụng cụ nội soi chuyển động 7 hướng giống bàn tay người, giảm tối đa hiện tượng rung tay, vì vậy thao tác phẫu thuật sẽ khéo léo và chính xác hơn hẳn phẫu thuật nội soi thông thường. Về lý thuyết, phẫu thuật nội soi robot hỗ trợ cho phép cắt những sang thương gần mạch máu lớn, vùng rốn gan và các cấu trúc giải phẫu phức tạp. Nói chung, có thể xem phẫu thuật nội soi robot hỗ trợ như là một phương tiện giúp cải thiện và mở rộng phẫu thuật ít xâm lấn đặc biệt trong các phẫu thuật phức tạp [3]. Những nghiên cứu về phẫu thuật nội soi robot hỗ trợ nhằm đánh giá những ưu điểm như thời gian mổ, lượng máu mất, tỉ lệ chuyển mổ mở, thời gian nằm viện, tỉ lệ biến chứng và tử vong...

Trên thế giới, phẫu thuật nội soi robot hỗ trợ đã được áp dụng rất nhiều, năm 2010 có trên 300.000 TH phẫu thuật nội soi robot hỗ trợ được thực hiện,

trong đó có 98.000 TH là phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt triệt để, phẫu thuật nội soi robot hỗ trợ hiện nay chiếm 80% các trường hợp phẫu thuật tuyến tiền liệt[16]. Năm 1998, Himpens và cộng sự thực hiện cắt túi mật bằng phẫu thuật nội soi robot hỗ trợ lần đầu tiên, sau đó phẫu thuật đã được áp dụng rộng rãi tại Mỹ và châu Âu. Năm 2003, Giulianotti và cộng sự thực hiện 8 TH cắt tá tụy và 5 TH cắt phần xa tụy bằng phẫu thuật nội soi robot hỗ trợ, thời gian mổ trung bình cắt tá tụy là 490 phút và cắt phần xa tụy là 250 phút[10]. Tại Việt Nam, Bệnh viện Nhi Trung ương là nơi đầu tiên áp dụng phẫu thuật nội soi robot hỗ trợ cắt nang đường mật cho bệnh nhi, và hiện nay có số trường hợp phẫu thuật nội soi robot hỗ trợ cao ở châu Á. Bệnh viện Bình Dân đã áp dụng phẫu thuật nội soi robot hỗ trợ trên người bệnh lớn tuổi cho nhiều bệnh lý khác nhau, chúng tôi báo cáo kết quả bước đầu ứng dụng kỹ thuật này trong bệnh lý gan mật tụy người lớn với mục tiêu là chia sẻ những kinh nghiệm sớm trong việc sử dụng robot trong phẫu thuật gan mật tụy.

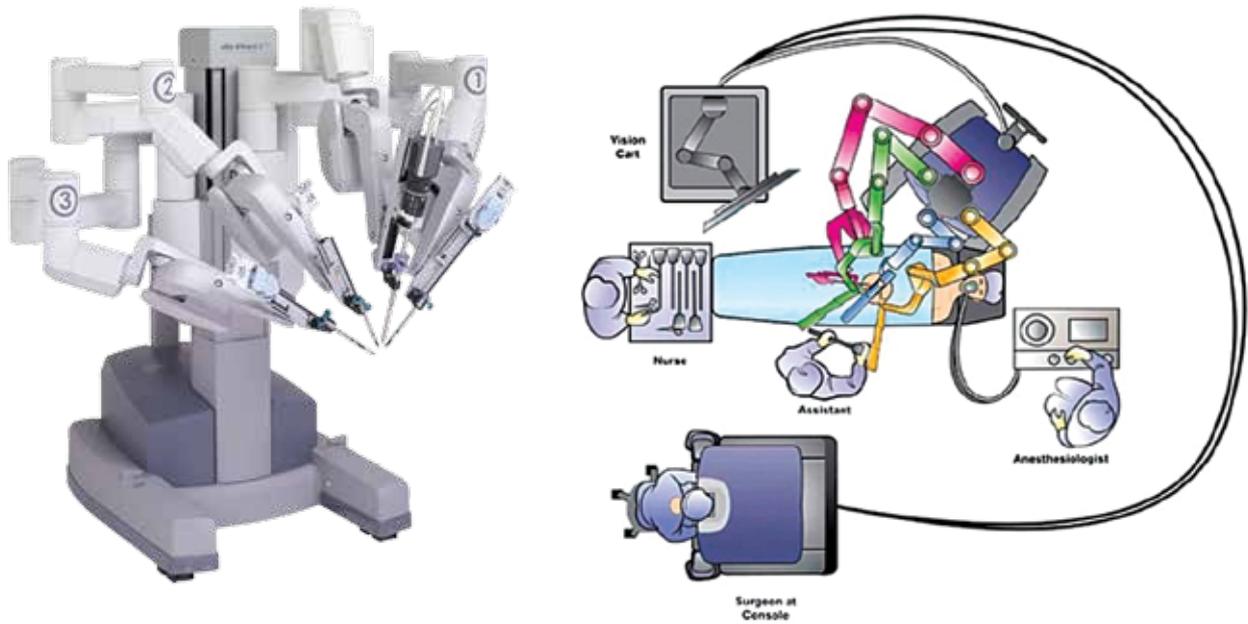
Phương pháp nghiên cứu

Chúng tôi tổng kết các người bệnh được chẩn đoán bệnh lý gan mật tụy được phẫu thuật nội soi dùng hệ thống Robot da Vinci tại Bệnh viện Bình Dân trong thời gian từ tháng 01/2017 – 09/2018. Bao gồm các bệnh lý như: ung thư gan, u thân đuôi tụy, u đầu tụy, nang ống mật chủ, sỏi túi mật.

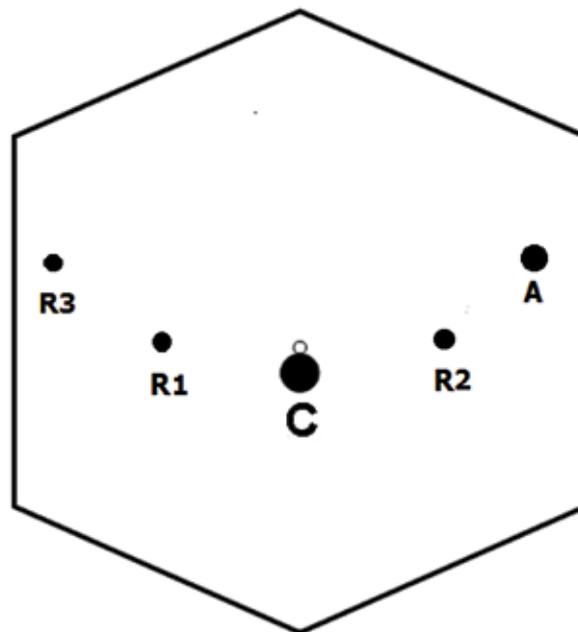
Nghiên cứu mô tả loạt ca không nhóm chứng.
Một số điểm cần lưu ý khi phẫu thuật dùng hệ thống Robot da Vinci so với phẫu thuật nội soi truyền thống:
Cách bố trí phòng mổ (hình 1).

Vị trí các trocars phải tuân theo những nguyên tắc nhất định (hình 2).

Tư thế người bệnh sẽ không được thay đổi sau khi docking robot.



Hình 1. Hệ thống Robot da Vinci và cách bố trí trong phòng mổ



Hình 2. Vị trí trocars trong phẫu thuật gan mật (có thể thay đổi tùy trường hợp)

Tùy trường hợp, chúng tôi dùng 2 hoặc 3 cánh tay robot, vị trí robot thứ 3 và vị trí trocar của người phụ (assistant) có thể thay đổi.

Kết quả

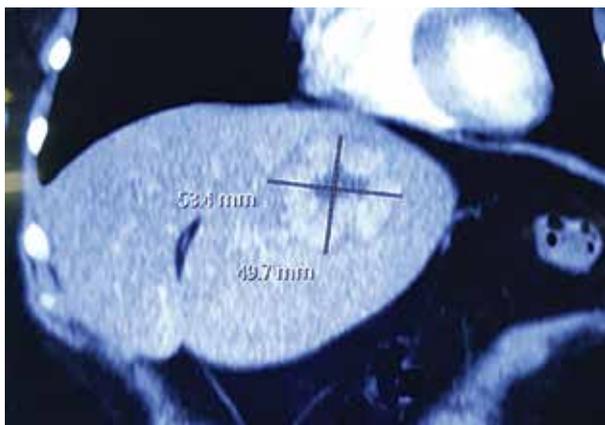
Chúng tôi đã thực hiện 18 TH phẫu thuật nội soi có robot hỗ trợ trên bệnh lý gan mật tụy, tuổi từ 18 – 59, gồm 10 nữ và 8 nam.

Bảng 1. Các loại phẫu thuật

Phẫu thuật	Số TH	Thời gian mổ TB (phút)	Máu mất (ml)	Thời gian nằm viện (ngày)	Truyền máu
Cắt thùy trái gan	4	150	250	7	0
Cắt HPT VI	1	180	300	7	0
Cắt HPT IVb	1	120	200	7	0
Cắt thân đuôi tụy	2	390	400	14	0
Cắt tá tụy	5	420	300	16	0
Cắt túi mật	1	75	20	1	0
Cắt nang OMC	4	270	415*	9,5	1 TH

* Một TH mất 1500ml máu.

Trong 4 TH cắt thùy trái gan, 1 trường hợp, người bệnh bị ung thư gan thứ phát sau phẫu thuật Miles trước đó 2 năm, có hóa trị đầy đủ, kích thước 40x45x46 mm, trường hợp này bệnh có được điều trị song cao tần trước đó 1 năm bị tái phát, trong khi mổ có tình trạng viêm dính thành bụng và vùng hố gan T. Còn lại 3 TH cắt thùy trái gan, 1 TH cắt hạ phân thùy IVb và 1 TH cắt hạ phân thùy VI, u có kích thước trung bình 51mm, phẫu thuật rất thuận lợi, có 1 TH có biến chứng rò mật (cắt IVb), điều trị nội.

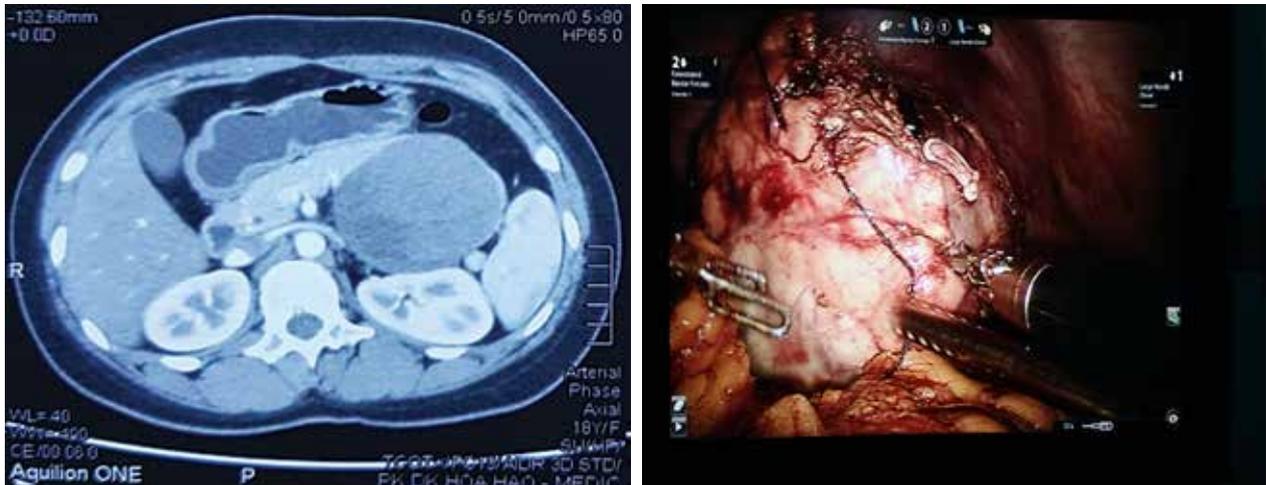


Hình 3. Ung thư gan trái (MRI)

Trường hợp người bệnh có u thân tụy, người bệnh nữ, 18 tuổi, u có kích thước tương đối to 100x100x80 mm, có dính vào tĩnh mạch lách, kết quả giải phẫu bệnh lý solid and papillary neoplasm, trường hợp còn lại là người bệnh nam bị u insulin đuôi tụy. Cả hai trường hợp phẫu thuật cắt thân đuôi tụy đều bảo tồn được lách, sau mổ có rò tụy, điều trị nội.

Chúng tôi đã thực hiện 5 TH cắt tá tụy, gồm 2 TH u Vater và 3 TH u đầu tụy, thời gian mổ trung bình 420 phút, thời gian docking dụng cụ đã giảm trung bình còn 15 phút, thao tác thuận lợi hơn so với phẫu thuật nội soi thông thường, có 1 TH rò tụy thời gian nằm viện kéo dài 21 ngày, điều trị nội, không có biến chứng nặng cần mổ lại hay tử vong.

Trường hợp cắt túi mật, người bệnh bị đa polyp túi mật, cuộc mổ thuận lợi, thời gian phẫu thuật dài hơn phẫu thuật nội soi kinh điển do thời gian docking dụng cụ. Khi tiến hành phẫu thuật nội soi có robot hỗ trợ, cần có giai đoạn docking dụng cụ bao gồm: đặt các trocar, di chuyển các cánh tay robot và lắp các cánh tay robot vào các trocar. Thời gian docking là khoảng thời gian từ lúc người bệnh bắt đầu mê đến lúc hoàn thành lắp đặt các trocars vào cánh tay robot và phẫu thuật viên bắt đầu điều khiển được các cánh tay robot, thời gian này từ 10 đến 40 phút.



Hình 4. U thân đuôi tụy

Trong 4 TH phẫu thuật nang OMC, có 1 TH chúng tôi chuyển mổ mở, người bệnh có tiền căn nhiễm trùng đường mật nhiều lần, có sỏi trong nang kèm theo, nên khi mổ có tình trạng viêm dính rất nhiều, nang tương đối to 100x80x80 mm, phần dưới nang dính nhiều vào đầu tụy. Phẫu thuật gỡ dính rất khó khăn, chúng tôi đã cắt xong toàn bộ nang, nhưng khó cầm máu vùng đầu tụy, máu mất 1400 ml, nên được chuyển mổ mở, hậu phẫu ổn định, không có biến chứng, xuất viện sau 10 ngày. Biến chứng rò mật 1 TH, hết sau 14 ngày, không can thiệp lại. Trường hợp thứ 4, chúng tôi thực hiện khâu nối hoàn toàn trong ổ bụng với kết quả tốt, thời gian mổ 270 phút.

Bảng 2. Biến chứng

Phẫu thuật	Số TH	Biến chứng	Chuyển mổ mở
Cắt thùy trái gan	6	1 (rò mật)	0
Cắt thân đuôi tụy	2	1 (rò tụy)	0
Cắt tá tụy	5	1 (rò tụy)	0
Cắt túi mật	1	0	0
Cắt nang OMC	4	1 (rò mật)	1

Không có biến chứng nặng và cần can thiệp lại, không có tử vong.

Bàn luận

Phẫu thuật cắt gan

Cắt gan bằng phẫu thuật nội soi đã được áp dụng rộng rãi trên thế giới, năm 2008 nhiều chuyên gia đã đồng thuận phẫu thuật nội soi cắt gan an toàn và hiệu quả với các phẫu thuật viên chuyên khoa phẫu thuật nội soi gan mật được huấn luyện tốt. Các chuyên gia cũng đã đưa ra hướng dẫn điều trị[1]:

Chỉ định tốt nhất là 1 u, kích thước $\leq 5\text{cm}$, u tại ngoại vi (các hạ phân thùy 2-6).

Cắt thùy bên T là chỉ định tiêu chuẩn.

Mặc dù hầu hết các loại cắt gan đều có thể thực hiện bằng phẫu thuật nội soi, kể cả cắt gan lớn, phẫu thuật nên được thực hiện bởi các phẫu thuật viên có kinh nghiệm và khéo léo về phẫu thuật nội soi.

Có nhiều báo cáo cắt gan bằng phẫu thuật nội soi có robot hỗ trợ, kết quả cho phẫu thuật an toàn, dễ thực hiện cho cả cắt gan nhỏ và cắt gan lớn, khi đánh giá về lượng máu mất, thời gian nằm viện và tỉ lệ biến chứng[1].

Boggi U. tổng kết 5 báo cáo nghiên cứu phân tích 68 TH cắt gan lớn bằng phẫu thuật nội soi robot bao gồm 38 gan phải và 30 gan trái. Không có tử vong, có 2 TH cắt gan phải và 1 TH cắt

gan trái chuyển mổ mở. Thời gian mổ trung bình và máu mất trong khi mổ là 418 phút và 411,4 ml, có 4 TH truyền máu, tỉ lệ biến chứng là 26,9% (17 TH). Tác giả nhận thấy có thể thực hiện cắt gan lớn bằng phẫu thuật nội soi robot hỗ trợ, tuy nhiên cần thêm nhiều nghiên cứu để có kết luận cuối cùng [4]. Baek S. J. nhận thấy các dụng cụ EndoWrist của phẫu thuật nội soi robot hỗ trợ rất nhiều trong cắt gan như phẫu tích cuống Glissonian và khâu các chỗ chảy máu, nhận biết các mạch máu dễ dàng và an toàn hơn phẫu thuật nội soi đặc biệt là khi có bất thường giải phẫu [3]. Tại Hàn Quốc, Choi G.H. (2017), từ 12/2008 đến 05/2016 đã phẫu thuật robot 69 TH cắt gan, tuổi trung bình 53, nam 44 TH, thời gian mổ cắt gan lớn 518 phút và cắt gan nhỏ 360 phút, có 6 TH (9,1%) chuyển mổ mở, tỉ lệ biến chứng 10,6%, không có tử vong [7].

Một số nghiên cứu nhận thấy không có lợi điểm rõ rệt giữa phẫu thuật nội soi robot và nội soi thông thường, đặc biệt là thời gian mổ, Kim J.K. và cộng sự báo cáo cắt thùy trái, thời gian mổ phẫu thuật nội soi robot 403,8 phút so với 245,9 phút của phẫu thuật nội soi thông thường [9], Salloum C. và cộng sự so sánh 80 TH phẫu thuật nội soi thông thường và 16 TH phẫu thuật nội soi robot, thời gian mổ 162 phút so với 190 phút ($p < 0,10$) [14]. Kết quả của chúng tôi tương đối tốt, thời gian mổ trung bình 150 phút kể cả thời gian docking dụng cụ, máu mất không đáng kể, không có biến chứng. Trong khi phẫu thuật cắt thùy trái gan có robot hỗ trợ, chúng tôi nhận thấy phẫu tích cuống Glisson gan trái, hạ phân thùy 2, 3 và phẫu tích tĩnh mạch gan dễ dàng hơn, thời gian mổ nhanh, ít mất máu.

Phẫu thuật tụy

Mặc dù phẫu thuật ít xâm lấn có nhiều ưu điểm như giảm tỉ lệ biến chứng và mau hồi phục, nhưng phẫu thuật tụy vẫn chưa được phổ biến rộng rãi vì những khó khăn về kỹ thuật. Việc áp dụng hệ thống robot đã thúc đẩy sự phát triển của phẫu thuật tụy ít xâm lấn. Các phẫu thuật như cắt thân đuôi tụy, cắt tụy trung tâm, cắt toàn bộ

tụy và cắt tá tụy. Vài nghiên cứu gần đây cho thấy phẫu thuật nội soi robot hỗ trợ dễ thực hiện và an toàn hơn phẫu thuật nội soi và mổ mở, kết quả sớm tốt hơn. Tuy nhiên, kết quả còn giới hạn do mẫu nhỏ, nghiên cứu hồi cứu và người bệnh đã được chọn lọc kỹ. Cần thêm các nghiên cứu về chất lượng sống sau mổ, thời gian sống và chi phí điều trị [3].

Năm 2003, Giulianotti và cộng sự thực hiện 8 TH cắt tá tụy và 5 TH cắt phần xa tụy bằng phẫu thuật nội soi robot hỗ trợ, thời gian mổ trung bình cắt tá tụy là 490 phút và cắt phần xa tụy là 250 phút. Tỉ lệ tử vong 12,5% (1/8 TH), thời gian nằm viện không khác so với mổ mở. Năm 2003, Melvin báo cáo trường hợp đầu tiên cắt đuôi tụy do u nội tiết bằng phẫu thuật robot, người bệnh được xuất viện sau 2 ngày. Năm 2009, Vasilescu báo cáo 1 TH người bệnh viêm tụy mãn phần đuôi tụy điều trị bằng phẫu thuật robot cắt phần xa tụy bảo tồn lách [2]. Waters so sánh 3 phương pháp cắt thân đuôi tụy phẫu thuật robot, phẫu thuật nội soi, và mổ mở, tác giả nhận thấy phẫu thuật robot giúp bảo tồn động mạch và tĩnh mạch lách tốt hơn. Horiguchi thực hiện phẫu thuật robot cắt tá tụy lần đầu tiên tại Nhật Bản năm 2010, báo cáo ít mất máu hơn và thời gian nằm viện ngắn hơn đáng kể so với mổ mở [10]. Trong khi cắt thân đuôi tụy, rất dễ rách tĩnh mạch lách do dính, lòi kéo của thao tác, đây là một thách thức của phẫu thuật nội soi, chỉ 1 lỗ thủng nhỏ của tĩnh mạch lách cũng gây chảy máu đáng kể làm mờ phẫu trường đôi khi phải chuyển mổ mở hoặc cần cắt lách, phẫu thuật robot giúp cải thiện các khuyết điểm này của phẫu thuật nội soi thông thường, tỉ lệ bảo tồn lách 53,6% so với 27,0% ($p < 0,0001$). Các yếu điểm của phẫu thuật robot so với nội soi thông thường là thời gian mổ (thời gian docking và undocking dụng cụ khoảng 30 phút) và chi phí điều trị cao hơn 2 – 2,5 lần [9].

Cắt thân đuôi tụy có thể thực hiện bảo tồn hay không bảo tồn lách. Lợi ích của bảo tồn lách là ít biến chứng sau mổ như tụy dịch, áp

xe hố lách, giảm thời gian nằm viện, nguy cơ nhiễm trùng sau cắt lách về lâu dài. Hơn nữa, khi không bảo tồn lách, việc cột và cắt các mạch máu phụ lưu của lách bằng phẫu thuật nội soi kinh điển không phải dễ. Phẫu thuật bảo tồn lách khi cắt phần xa của tụy cần kỹ thuật tỉ mỉ và cẩn thận. Năm 2009, Borja Cacho tổng kết 806 TH cắt phần xa tụy trên thế giới, thời gian mổ trung bình 199,1 phút, máu mất trung bình 283,6 ml. Bảo tồn lách 49,8%, tỉ lệ chuyển mổ mở 9,2%. Tỉ lệ biến chứng 37,6%, biến chứng liên quan với tụy 19,8% như rò tụy 16,8%, áp xe tụy 2,6%, nang giả tụy 0,3%, viêm tụy cấp 0,1%. Tỉ lệ tử vong 0,2%, thời gian nằm viện trung bình 6,6 ngày. Dựa vào bằng chứng hiện nay, phẫu thuật nội soi robot an toàn tương đương phẫu thuật nội soi và có thể có lợi ích cải thiện tỉ lệ bảo tồn lách khi cắt phần xa tụy. Nói chung phẫu thuật nội soi có robot hỗ trợ an toàn, ít biến chứng hơn phẫu thuật nội soi và mổ mở, đồng thời giúp cải thiện tỉ lệ bảo tồn lách khi cắt phần xa tụy[11].

Phẫu thuật cắt tá tụy được Giulianotti và cộng sự thực hiện lần đầu năm 2003, đến 2010 là 50 TH, gần đây Zureikat báo cáo số TH lớn nhất là 132 TH, tỉ lệ biến chứng lớn của 40 TH sau giảm hơn 88 TH trước 16% so với 30% ($p < 0,05$) do đường cong huấn luyện [9].

Strijker M. cho rằng hiện nay phẫu thuật tụy là loại phẫu thuật phức tạp và nhiều thách thức trong phẫu thuật bụng, ngay cả tại các trung tâm ngoại khoa nhiều kinh nghiệm, đối với phẫu thuật mở, tỉ lệ biến chứng 30 – 40%, tỉ lệ tử vong khoảng 2%. Tác giả và cộng sự sàng lọc 499 bài báo đến tháng 9/2011, có 8 nghiên cứu phù hợp với 251 TH phẫu thuật nội soi robot cắt tụy (cắt tá tụy, cắt phần xa tụy, cắt tụy trung tâm). Thời gian mổ trung bình 404 ± 102 phút (cắt tá tụy là 510 ± 107 phút), tỉ lệ chuyển mổ mở 11,0% (cắt tá tụy là 16,4%). Tỉ lệ biến chứng 30,7%, hầu hết là rò tụy. Tỉ lệ tử vong 1,6%. Tỉ lệ bảo tồn lách trong cắt phần xa tụy 87,1%. Nói chung phẫu thuật nội soi robot an toàn và khả thi, làm tăng tỉ lệ bảo tồn

lách[15]. Nói chung cần nhiều nghiên cứu đánh giá phẫu thuật robot tụy về sự an toàn, ung thư học và chi phí điều trị.

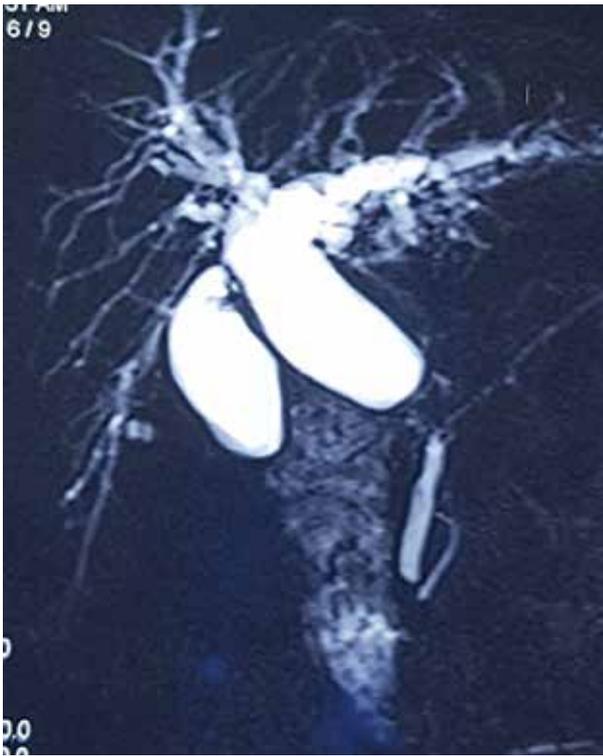
Các trường hợp cắt thân đuôi tụy của chúng tôi tương đối khó khăn do u lớn, dính vào tĩnh mạch lách và các cấu trúc xung quanh. Cuộc mổ kéo dài 360 phút và 420 phút kể cả thời gian docking dụng cụ, máu mất 400 ml, bảo tồn được lách cho người bệnh. Chúng tôi mới thực hiện bước đầu phẫu thuật cắt tá tụy, biến chứng thấp, kết quả tốt, tuy nhiên cần tiếp tục thực hiện nhiều trường hợp và theo dõi lâu dài hơn.

Phẫu thuật cắt túi mật

Hiện nay phẫu thuật nội soi cắt túi mật là tiêu chuẩn vàng cho bệnh lý túi mật lành tính do những ưu điểm vượt trội so với mổ mở. Phẫu thuật nội soi cắt túi mật 1 vị trí chỉ hơn phẫu thuật nội soi kinh điển về thẩm mỹ, không có bằng chứng rõ ràng tốt hơn mà còn đi kèm với mất máu nhiều hơn, tỉ lệ chuyển mổ mở cao hơn, thời gian mổ lâu hơn, trong khi đau sau mổ và thời gian nằm viện sau mổ không khác nhau. Phẫu thuật nội soi robot cắt túi mật kinh điển không tốt hơn phẫu thuật nội soi thông thường ngoài những lợi điểm của phẫu thuật nội soi robot như hình ảnh rõ nét, 3 chiều, cử động của dụng cụ và sự kiểm soát dụng cụ của phẫu thuật viên tốt hơn. Phẫu thuật này an toàn tương đương phẫu thuật nội soi nhưng cao hơn về chi phí điều trị. Do đó, vai trò của nó còn giới hạn, hầu như chỉ dành cho mục đích huấn luyện. Gần đây, có sự xuất hiện của hệ thống da Vinci 1 vị trí (robotic laparoendoscopic single site surgery: R-LESS), kỹ thuật này kết hợp được 2 thuận lợi là 1 vết mổ (thẩm mỹ) và ưu điểm của robot, tuy nhiên chi phí điều trị còn cao nên đang được nghiên cứu thêm[13].

Nói chung, phẫu thuật cắt túi mật nội soi kinh điển tại nước ta đã quen thuộc với hầu hết các bệnh viện ngoại khoa, hệ thống Robot da Vinci hiện có tại Việt Nam nếu áp dụng cắt túi mật sẽ không có nhiều vượt trội hơn phẫu thuật nội soi kinh điển ngoài các ưu điểm về hình ảnh, thao tác dụng cụ...

Phẫu thuật nang ống mật chủ (OMC)



Hình 5. Nang ống mật chủ

Nang OMC được Vater mô tả lần đầu tiên vào năm 1723, là bệnh lý ít gặp ở phương Tây, tỉ lệ cao ở châu Á, hay gặp trên phái nữ. Bệnh viện nhi Trung ương là nơi có nhiều kinh nghiệm điều trị nang OMC ở trẻ em bằng phẫu thuật nội soi kinh điển và robot, từ tháng 01/2007 đến 10/2012, đã phẫu thuật 547 TH nang OMC, thời gian mổ trung bình 156 ± 47 phút (nối ống gan – tá tràng) và 210 ± 56 phút (nối ống gan – hồng tràng). Chỉ có 2 TH chuyển mổ mở. Tỉ lệ biến chứng thấp, thời gian nằm viện 6,2 – 6,6 ngày[12]. Từ 02/2013-06/2015, tác giả phẫu thuật nội soi robot 25 TH nang OMC, thời gian mổ trung bình $209 \pm 47,8$ phút, không có tai biến và biến chứng sau mổ [8].

Phẫu thuật nội soi cắt nang OMC trên người lớn có robot hỗ trợ chưa được báo cáo nhiều. Akaraviputh T. (2010) báo cáo 1 TH phẫu thuật nội soi robot nang OMC, nối Roux en Y ngoài cơ thể. Thời gian mổ 180 phút, trong đó thời gian chuẩn bị, đặt trocar và docking là 30 phút, thời gian mổ

của robot là 120 phút. Trong phẫu thuật nội soi thông thường, do hình ảnh 2 chiều và độ cứng của dụng cụ, khâu nối mật – ruột khó khăn, phẫu thuật nội soi robot giúp loại bỏ các bất lợi này và giúp khâu nối mật – ruột chính xác, dễ dàng và ít mất thời gian[2]. Carpenter S.G. (2014) báo cáo 1 TH cắt nang OMC khâu nối hoàn toàn trong cơ thể bằng phẫu thuật nội soi robot trên người bệnh nữ 58 tuổi. Thời gian mổ toàn bộ 386 phút, thời gian mổ của robot 330 phút. Nối ống gan hồng tràng bằng robot với chỉ PDS 5-0, nối hồng tràng – hồng tràng bằng stapler. Máu mất ít hơn 100 ml. Người bệnh đi lại và ăn lại ngay ngày hậu phẫu 1 và xuất viện ngày hậu phẫu 2. Tác giả cho rằng phẫu thuật nội soi robot ưu việt hơn khi khâu nối trong bụng vì hình ảnh tốt hơn, kỹ thuật khâu nối chính xác và dễ thực hiện hơn[5].

Bệnh viện Đại học Siriraj (Thái Lan), thực hiện 6 TH phẫu thuật nội soi robot cắt nang OMC, có 1 TH chuyển mổ mở, biến chứng sau mổ 2 TH bao gồm tụ dịch và chảy máu được điều trị bảo tồn (trường hợp chảy máu cũng là trường hợp chuyển mổ mở). Trong thời gian theo dõi không có trường hợp nào viêm đường mật tái phát hoặc hẹp miệng nối[6].

Qua các trường hợp đã thực hiện, chúng tôi nhận thấy, phẫu thuật nội soi cắt nang OMC có robot hỗ trợ rất nhiều khi khâu nối ống gan chung và hồng tràng, đây là một khoang tương đối hẹp khi thực hiện phẫu thuật nội soi kinh điển, thao tác tương tự như mổ mở, dễ kiểm soát miệng nối nên tránh được hẹp miệng nối về lâu dài. Đồng thời khâu nối chân Roux en Y có thể dễ dàng thực hiện hoàn toàn trong ổ bụng.

Kết luận

Nói chung, phẫu thuật nội soi có robot hỗ trợ là một bước tiến quan trọng của Y khoa, cải thiện được những bất lợi của phẫu thuật nội soi kinh điển, nhất là những vị trí mổ có phẫu trường hẹp và sâu. Các phẫu thuật về gan mật, đặc biệt là phẫu thuật tụy hiện nay vẫn còn là thách thức của phẫu thuật nội soi kinh điển, phẫu thuật nội soi có robot hỗ trợ giúp cuộc mổ dễ thực hiện và an toàn hơn.

Tài liệu tham khảo

1. Abood G. J., Tsung A., (2013), Robot-assisted surgery: improved tool for major liver resections?, *J Hepatobiliary Pancreat Sci* (2013) 20, pp. 151–156.
2. Akaraviputh T. et al, (2010), Robot-assisted complete excision of choledochal cyst type I, hepaticojejunostomy and extracorporeal Roux-en-y anastomosis: a case report and review literature, *World Journal of Surgical Oncolog*, 8 (87).
3. Baek S. J., S. J., Kim S. H., (2013), Robotics in general surgery: An evidence-based review, *Asian J Endosc Surg*, 7, pp. 117–123.
4. Boggi U. et al, (2014), Laparoscopic robot-assisted major hepatectomy, *J Hepatobiliary Pancreat Sci*, 21, pp. 3–10.
5. Carpenter S.G. Et al, (2014), Robotic resection of choledochocoele in an adult with intracorporeal hepaticojejunostomy and Roux-en-Y anastomosis: encouraging progress for robotic surgical treatment of biliary disease, *Journal of Robotic Surgery*, 8 (1), pp. 77 – 80.
6. Chinswangwatanakul et all, (2006), Robot-assisted Complete Excision of Choledochal Cyst with Hepaticojejunostomy and Roux-en-Y Anastomosis, Robot-assisted Complete Excision of Choledochal Cyst with Hepaticojejunostomy and Roux-en-Y Anastomosis Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Thailand.
7. Choi G.H., Chong J.U., Han D.H., Choi J.S., Lee W.J., (2017), Robotic hepatectomy: the Korean experience and perspective, *HepatoBiliary Surg Nutr*, 6(4), pp. 230-238.
8. Phạm Duy Hiền, Nguyễn Thanh Liêm, (2015), Đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi robot tại bệnh viện nhi Trung ương, tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, 19(5), tr. 75-80.
9. Hanna Th., Imber Ch., (2018), Robotics in HPB surgery, *Robotics: Annals of the Royal College of Surgeons of England*, pp. 36-44.
10. Horiguchi A. et al, (2011), Robot-assisted laparoscopic pancreatic surgery, *J Hepatobiliary Pancreat Sci*, 18, pp. 488–492.
11. Lai E. CH., Tang C. N., (2013), Current status of robot-assisted laparoscopic pancreaticoduodenectomy and distal pancreatectomy: A comprehensive review, *Asian J Endosc Surg*, 6, pp. 158–164.
12. Nguyễn Thanh Liêm, (2013), Laparoscopic surgery for choledochal cysts, *J Hepatobiliary Pancreat Sci*, 20, pp. 487–491.
13. Romero-Talamás H., Kroh M., (2014), Cholecystectomy by using a surgical robotic system, *J Hepatobiliary Pancreat Sci*, 21, pp. 11–17.
14. Salloum C., (2016), Robotic-Assisted Versus Laparoscopic Left Lateral Sectionectomy: Analysis of Surgical Outcomes and Costs by a Propensity Score Matched Cohort Study, *World Journal of Surgery*, 41(2), pp. 516-524.
15. Strijker M. et al, (2013), Robot-assisted pancreatic surgery: a systematic review of the literature, *HPB*, 15, pp. 1–10.
16. Wedmid A., Llukani E., Lee D. I., (2011), Future perspectives in robotic surgery, *B J U International*, 108, pp. 1028 – 1036.