

Y HỌC SINH SẢN

HỘI NỘI TIẾT SINH SẢN VÀ VÔ SINH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH • TẬP 47

UNG THƯ PHỤ KHOA



Nhà xuất bản Tổng hợp
Thành phố Hồ Chí Minh

MỤC LỤC Y HỌC SINH SẢN TẬP 47

UNG THƯ PHỤ KHOA

- | | |
|---|---|
| 06 < Điều trị khối u buồng trứng giáp biên ác tính
Nguyễn Thị Ngọc Phượng, Hồ Ngọc Anh Vũ | 46 < Xét nghiệm chẩn đoán nhiễm trùng huyết sơ sinh
Phan Đăng Nghị |
| 10 < Ung thư nội mạc tử cung: đánh giá trước điều trị
Lê Thị Thu Hà | 49 < Nội mạc tử cung mỏng trong hỗ trợ sinh sản:
cập nhật chẩn đoán và điều trị
Lê Thị Ngân Tâm |
| 12 < Ung thư nội mạc tử cung: phân giai đoạn và
điều trị phẫu thuật
Lê Thị Thu Hà | 56 < Hiệu quả của Dienogest trong điều trị đau
do lạc nội mạc tử cung
Lê Khắc Tiến, Giang Huỳnh Như |
| 15 < Vai trò của X-quang trong tầm soát ung thư vú
Hồ Hoàng Thảo Quyên | 64 < Chất lượng noãn trên bệnh nhân lạc nội mạc tử cung
Lê Thị Ngân Tâm |
| 18 < Siêu âm vú đàn hồi: một kiểu mẫu mới trong chẩn đoán
hình ảnh vú
Phan Thị Mai Hoa | 72 < Kỹ thuật chuyển phôi
Hồ Ngọc Anh Vũ |
| 23 < Phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư buồng trứng
Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, Thân Trọng Thạch | 76 < Đồng thuận ASRM về vô tinh ở nam giới
Lê Khắc Tiến, Mai Đức Tiến |
| 27 < Ảnh hưởng của điều trị ung thư đối với hệ sinh sản và
bảo tồn khả năng sinh sản ở phụ nữ
Lê Khắc Tiến, Lê Long Hồ | 82 < Tinh hoàn ẩn và vô sinh nam
Dương Quang Huy |
| 31 < Bảo tồn khả năng sinh sản ở nữ giới
Nguyễn Khánh Linh | |
| 35 < Phẫu thuật bằng robot – gương mặt mới trong phẫu thuật
ngoại phụ khoa
Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, Thân Trọng Thạch | |
| 39 < Tăng huyết áp mạn tính: đại cương và quản lý trước khi
mang thai
Bùi Quang Trung | |
| 43 < Ngồi móng: mổ lấy thai hay sinh ngã âm đạo
Vương Tú Như | |

JOURNAL CLUB

- | | |
|--|--|
| 86 < Khuyến cáo mới của ACOG trong thực hành phụ khoa:
Vai trò của siêu âm phụ khoa trong đánh giá nội mạc tử cung ở
bệnh nhân xuất huyết sau mãn kinh | |
| 88 < NSAIDs không làm tăng huyết áp dài đẳng giai đoạn hậu sản | |
| 89 < Kết cục chu sinh ở thai phụ tăng huyết áp mạn tính nhưng có
huyết áp bình thường trước 20 tuần tuổi thai | |
| 90 < [ACOG Committee Opinion] Sử dụng Aspirin liều thấp trong
thai kỳ | |
| 92 < TIN ĐÀO TẠO Y KHOA LIÊN TỤC | |
| 02 < LỊCH HOẠT ĐỘNG ĐÀO TẠO LIÊN TỤC HOSREM | |

MỜI VIẾT BÀI Y HỌC SINH SẢN

Chuyên đề tập 49: “MÃN KINH”
Tập 49 sẽ xuất bản vào tháng 3/2019.
Hạn gửi bài cho tập 49 là 30/11/2018.

Chuyên đề tập 50: “HỘI CHỨNG BUỒNG TRỨNG ĐA NANG”
Tập 50 sẽ xuất bản vào tháng 6/2019.
Hạn gửi bài cho tập 50 là 28/02/2019.

Tập sách sẽ ưu tiên đăng tải các bài viết thuộc chủ đề như đã nêu ra ở từng tập. Ngoài ra, các bài viết khác trong lĩnh vực sức khỏe sinh sản có nội dung hay, hấp dẫn và mang tính cập nhật thông tin - kiến thức cũng sẽ được lựa chọn. Quy cách: 2.000 - 3.000 từ, font Times New Roman/Arial, bảng biểu rõ ràng, hình ảnh rõ và chất lượng cao, phần tài liệu tham khảo chính ở cuối bài vui lòng chỉ chọn 5 - 7 tài liệu tham khảo chính (quan trọng hoặc được trích dẫn nhiều nhất). **Journal Club** là chuyên mục nhằm giới thiệu đến độc giả các bài báo, đề tài quan trọng xuất hiện trên y văn trong thời gian gần, mang tính cập nhật cao. Quy cách bài cho mục Journal Club: 500-1.000 từ, bảng biểu rõ ràng và đính kèm y văn gốc.

Để gửi bài duyệt đăng, vui lòng liên hệ: BS. Huỳnh Thị Tuyết (huynhthituyet@hosrem.vn), văn phòng HOSREM (hosrem@hosrem.vn).

Để gửi trang quảng cáo, vui lòng liên hệ: Anh Bá Đức (ngoduc@hosrem.vn, 0934.024.906).

Hội viên liên kết Bạch kim 2018



MERCK



Hội viên liên kết Vàng 2018



Abbott



PHẪU THUẬT BẰNG ROBOT GUƠNG MẶT MỚI TRONG PHẪU THUẬT NGOẠI PHỤ KHOA

Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, Thân Trọng Thạch

Đại học Y Dược TP HCM



Chúng ta đang sống trong cuộc cách mạng công nghiệp 4.0 mà ở đó những công nghệ mới đang từng ngày định hình lại xã hội loài người. Trong xu thế đó, phẫu thuật bằng robot đang dần nổi lên trở thành một lựa chọn ở các nước phát triển, cùng với mổ mở và phẫu thuật nội soi tồn tại song song trong thực hành ngoại khoa. Với những ưu thế vượt trội mà phẫu thuật bằng robot mang lại như giảm lượng máu mất, giảm thời gian nằm viện, nâng cao chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật, giảm tai biến phẫu thuật, xu hướng áp dụng kỹ thuật này vào điều trị ngày càng được mở rộng ở nhiều chuyên khoa trong đó có phụ ngoại khoa. Bài viết này cung cấp ý niệm cơ bản, sơ lược tình hình phát triển phẫu thuật bằng robot, những ưu điểm và hạn chế của phương pháp này trong ngoại phụ khoa cũng như triển vọng phát triển ở Việt Nam.

Ý NIỆM CƠ BẢN VỀ PHẪU THUẬT BẰNG ROBOT

Phẫu thuật bằng robot là một kỹ thuật phát triển từ phẫu thuật nội soi, ứng dụng thêm hệ thống robot. Với mục đích đem lại phương pháp phẫu thuật với mức độ xâm lấn tối thiểu, tăng cường tính an toàn và hiệu quả, từ thiết bị Arthrobot trình làng lần đầu năm 1983 ở Canada đến nay đã có nhiều phiên bản nâng cấp, đóng vai trò quan trọng trong phẫu thuật robot.

Hệ thống robot phẫu thuật gồm ba thành phần chính: khu vực điều khiển, bộ phận hiển thị và khu vực phẫu thuật. Bác sĩ ngồi ở khu vực điều khiển

thông qua quan sát hình ảnh chuyển từ phẫu trường thực hiện thao tác đến máy tính có nhiệm vụ chuyển thành cử động của những cánh tay robot.

Những đột phá về mặt kỹ thuật của phẫu thuật bằng robot có thể xem như cuộc cách mạng ngoại khoa. Hình ảnh 3D quan sát được với độ phân giải cao tăng tính chính xác cho phẫu thuật viên. Máy tính cho phép điều biến chuyển động trên cần điều khiển thành chuyển động của robot theo tỷ lệ hay khả năng triệt tiêu những rung lắc của bàn tay con người góp phần giúp hạn chế thương tổn không đáng có. Bác sĩ phẫu thuật có thể ngồi thoải mái ở khu vực điều khiển và tự điều khiển camera theo ý muốn thay vì cần một người hỗ trợ. Cánh tay robot được trang bị cổ tay với bảy mức độ chuyển động mô phỏng chuyển động cổ tay con người, không bị hạn chế biên độ vượt trội so với bàn tay và dụng cụ mổ nội soi. Phẫu thuật bằng robot giúp phẫu thuật viên làm quen và thuần thục nhanh hơn phương pháp nội soi (Graur và cs, 2016).

Tuy nhiên, những hạn chế về mặt kỹ thuật của robot vẫn tồn tại. Thời gian khởi động kéo dài làm tăng thời gian sử dụng phòng mổ. Không có phương tiện giúp bác sĩ cảm nhận được tình trạng mô dấy lên mỗi lo ngại tăng tổn thương mô lúc mổ. Kích thước lớn của hệ thống này cũng là một yếu tố phải cân nhắc khi trang bị (Graur và cs, 2016).

TÌNH HÌNH PHÁT TRIỂN CỦA PHẪU THUẬT BẰNG ROBOT

Trải qua lịch sử 35 năm phát triển, giai đoạn đầu

phẫu thuật bằng robot vẫn chưa được ứng dụng rộng rãi. Từ năm 2007 đến năm 2013, số hệ thống robot đã tăng gấp đôi ở Mỹ và châu Âu. Trong 30 năm đầu phát triển, trên thế giới đã có 1,5 triệu ca phẫu thuật robot được thực hiện (Lauterbach, 2017).

Phẫu thuật bằng robot đã góp tiếng nói của mình vào chuyên ngành phẫu thuật tim, ngoại tổng quát, niệu học, phẫu nhi, phụ khoa, ngoại thần kinh cả trường hợp lành tính lẫn ác tính (Graur và cs, 2016).

PHẪU THUẬT PHỤ KHOA BẰNG ROBOT

Riêng ngành phụ khoa, kể từ sau ca phẫu thuật đầu tiên năm 1998, phương pháp này đã chiếm lĩnh một thị phần và càng phát triển cả trong các bệnh lý lành tính như nhân xơ tử cung, bất thường kinh nguyệt, lạc nội mạc tử cung, giãn sán chậu, u lành buồng trứng cho đến những bệnh lý ác tính như ung thư nội mạc tử cung, ung thư cổ tử cung hay ung thư buồng trứng. Ngành phụ khoa mạnh tay trong việc áp dụng robot vào ngoại phụ khoa là vì phương tiện này có thể thực hiện những kỹ thuật chuyên sâu như cắt tử cung, cắt vòi tử cung, cắt buồng trứng, bóc u xơ, sinh thiết hạch (Lauterbach, 2017).

Năm 2005, Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration – FDA) cho phép đưa hệ thống robot da Vinci vào phẫu thuật phụ khoa. Từ đó đến nay robot trở thành một lựa chọn đáng cân nhắc trong phẫu thuật ngoại phụ khoa. Tại nhiều nước, số ca cắt tử cung có sự tham gia của robot tăng dần kéo theo sự giảm tỷ lệ phẫu thuật nội soi và mổ mở ở những trung tâm có trang bị hệ thống này.

ƯU ĐIỂM VƯỢT TRỘI TRONG PHẪU THUẬT PHỤ KHOA

Giảm lượng máu mất

Năm 2016, Iavazzo và cộng sự công bố một tổng quan hệ thống và phân tích gộp phẫu thuật bóc u xơ tử cung. Kết quả so sánh 366 ca sử dụng robot và 618 ca mổ mở cho thấy lượng máu mất khi phẫu thuật bằng robot giảm 92,78 ml (KTC 95 %, 47,26 – 138,29; $p < 0,0001$). Khi so với phẫu thuật nội soi thì con số này chỉ là 42 ml. (KTC 95, % 1,28 – 85,48; $p = 0,06$). Dẫn đến chỉ định truyền máu của

phẫu thuật bằng robot giảm đáng kể so với mổ mở (OR = 0,20; $p < 0,0001$) nhưng không rõ ràng nếu so sánh với mổ nội soi (OR = 1,13; $p = 0,81$).

Với điều trị ung thư nội mạc tử cung, tổng quan hệ thống và phân tích gộp của Ind và cộng sự năm 2017 trên 5.115 bệnh nhân cho thấy robot giúp giảm 57,74 ml máu so với mổ nội soi (KTC 95%, 38,27 – 77,20; $p < 0,00001$), dù lượng máu mất này không ảnh hưởng đến chỉ định truyền máu (RR = 0,77; KTC 95%, 0,55 – 1,07; $p = 0,12$). Một số nghiên cứu RCT khác về phẫu thuật điều trị ung thư nội mạc tử cung cho thấy khác biệt về lượng máu mất giữa mổ nội soi và robot không có ý nghĩa thống kê (Maenpaa và cs, 2016; Sarlos và cs, 2012).

Giảm nguy cơ chuyển mổ mở

Tổng quan hệ thống của Ind và cộng sự năm 2017 còn cho thấy trong số 6.558 bệnh nhân phẫu thuật ung thư nội mạc tử cung, tỷ lệ chuyển sang mổ mở ở nhóm sử dụng robot thấp hơn nhóm mổ nội soi (RR = 0,41, KTC 95%, 0,29 – 0,59).

Trong RCT của Maenpaa và cộng sự năm 2016 cho thấy không trường hợp nào trong số 50 bệnh nhân ung thư nội mạc tử cung được phẫu thuật bằng robot phải chuyển mổ mở, nhưng có 5 trên 49 bệnh nhân mổ nội soi phải chuyển mổ mở vì dính, chảy máu khi mở trocar, ung thư lan rộng và tử cung to.

Chọn lựa phương pháp phẫu thuật nội soi hay robot đều có nguy cơ chuyển sang mổ mở nếu không còn đảm bảo tính an toàn cho bệnh nhân nếu tiếp tục phương pháp chọn lựa ban đầu. Tuy nhiên, có vẻ như phương pháp mổ robot có ưu thế hơn nội soi trong khả năng ít phải chuyển sang mổ mở. Vì vậy, có thể xem đây là điểm ưu việt khi tư vấn lựa chọn phương pháp mổ cho bệnh nhân.

Giảm biến chứng phẫu thuật

Trong phân tích so sánh của Chan và cộng sự năm 2015, tổng số 1.087 trường hợp ung thư nội mạc tử cung kèm tình trạng béo phì trầm trọng ($BMI > 40 \text{ kg/m}^2$) có 23% trường hợp mổ mở, 13% trường hợp mổ nội soi và 8% phẫu thuật bằng robot có từ một trong các biến chứng như: truyền máu, thở máy, tổn thương đường niệu, đường tiêu hóa, nhiễm trùng, tắc mạch và phù bạch huyết. Trong đó

mổ mở gây gia tăng gần 3 lần nguy cơ biến chứng so với dùng robot (OR = 2,77; KTC 95%; $p < 0,0001$), trong khi nguy cơ biến chứng của mổ nội soi không cao hơn rõ rệt (OR = 1,92; KTC 95%; $p = 0,09$).

Phẫu thuật trên bệnh nhân béo phì luôn tiềm ẩn nhiều rủi ro và tai biến, do đó chọn lựa phương pháp phẫu thuật giảm tối đa tai biến xảy ra luôn được các bác sĩ thảo luận kỹ, trong trường hợp này chọn lựa robot có lẽ là lựa chọn tốt nhằm giảm nguy cơ tai biến phẫu thuật.

Giảm cảm giác đau

Nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu của Ferguson và cộng sự công bố năm 2018 trên 468 trường hợp phẫu thuật ung thư nội mạc tử cung đánh giá khi quy cảm giác đau ra điểm số tăng dần từ 0 – 10 cho thấy trong tuần lễ đầu nhóm sử dụng robot và nội soi ít hơn nhóm mổ mở 1,7 điểm ($p < 0,0001$), tuần thứ ba ít hơn 1,0 điểm ($p = 0,0008$). Sau giai đoạn này hai nhóm không cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa ($p = 0,11$ sau 12 tuần và $p = 0,42$ sau 24 tuần).

Một RCT khác của Deimling và cộng sự công bố năm 2017 trên 144 bệnh nhân đánh giá sau 2 giờ hậu phẫu cắt tử cung bằng nội soi và bằng robot cho thấy nhóm sử dụng robot có điểm số đau trung bình là 3 so với 4 ở nhóm phẫu thuật nội soi (KTC 95%, -2,28 – 0,28; $p = 0,123$). Nhìn chung, sử dụng robot giúp cải thiện tình trạng đau rõ rệt hơn mổ mở nhưng không ưu thế hơn rõ ràng so với mổ nội soi, có lẽ do cả 2 phương pháp nội soi và robot đều là phương pháp mổ xâm lấn tối thiểu nên mức độ đau của cả 2 phương pháp không có sự khác biệt rõ rệt.

Giảm thời gian nằm viện

Tổng quan hệ thống của Iavazzo và cộng sự năm 2016 trên 967 bệnh nhân cắt u xơ tử cung cho thấy phẫu thuật bằng robot giảm bình quân 1,84 ngày nằm viện so với mổ mở (KTC 95 %, 1,40 – 2,29; $p < 0,00001$). So sánh với phẫu thuật nội soi không ghi nhận khác biệt có ý nghĩa (KTC 95%, -0,18 – 0,09; $p = 0,53$). Một RCT khác do Sarlos và cộng sự công bố năm 2012 trên 95 trường hợp cắt tử cung cũng chứng tỏ thời gian nằm viện hậu phẫu không khác biệt giữa hai nhóm này (KTC 95%; $p = 0,153$).

Phân tích so sánh của Chan và cộng sự năm 2015

trên những bệnh nhân ung thư nội mạc tử cung kèm béo phì trầm trọng cho thấy phẫu thuật nội soi và robot giảm đáng kể thời gian nằm viện so với mổ mở nhưng không có sự khác biệt giữa hai phương pháp này (số ngày nằm viện bình quân lần lượt là 1, 1 và 4 ngày, $p < 0,0001$) (Chan và cs, 2015).

Một nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu do Ferguson và cộng sự công bố năm 2018 trong 468 phụ nữ ung thư nội mạc tử cung trong đó 92 trường hợp mổ mở, 152 mổ nội soi và 224 phẫu thuật bằng robot. Họ được đánh giá bằng 5 bộ câu hỏi: FACT-G, EQ-5D, BPI, FSFI và SABIS-G. Phẫu thuật bằng robot và nội soi không có sự khác biệt về 5 chỉ số ở hai nhóm này ($p > 0,05$), nhà nghiên cứu gom chung thành nhóm MIS (phẫu thuật xâm lấn tối thiểu). FACT-G, BPI và EQ-5D trong nhóm MIS luôn cao hơn nhóm mổ mở ở thời điểm 1 – 3 tuần ($p < 0,0001$) và 12 tuần ($p < 0,05$), nhưng trở về tương đương sau 24 tuần ($p > 0,05$). Đối với FSFI và SABIS-G – hai chỉ số liên quan tình dục sau mổ – nhóm MIS ưu thế vượt trội so với nhóm mổ mở và duy trì sự chênh lệch này sau 24 tuần, kết quả này được cho là do nhóm tham gia 2 khảo sát trên phần đông là những người trẻ, quan tâm đến vấn đề tình dục.

Một trong những điểm đáng chú ý trong thực hành Y khoa ngày nay là mức độ hài lòng của bệnh nhân (khách hàng), do đó, nếu chọn lựa phương thức điều trị nào đó cần cân nhắc về mức độ hài lòng của khách hàng cũng như chất lượng cuộc sống sau điều trị. Khi so sánh giữa 3 phương pháp phẫu thuật có thể nhận thấy robot có mức độ hài lòng cao nhất.

Giảm thời gian phẫu thuật

Năm 2016, Maenpaa và cộng sự công bố một RCT so sánh giữa phẫu thuật nội soi với phẫu thuật bằng robot trên 99 phụ nữ ung thư nội mạc tử cung giai đoạn sớm bởi các phẫu thuật viên có kinh nghiệm. Kết quả nghiên cứu ghi nhận sự phẫu thuật bằng robot giảm 18% thời gian cần cho ca mổ ($p < 0,001$), thời gian sử dụng phòng mổ cũng rút ngắn lại trung bình 30 phút ($p < 0,001$) (Maenpaa và cs, 2016). Tuy nhiên phần lớn nghiên cứu khác lại cho thấy sử dụng robot làm tăng thời gian ca mổ. Có thể cỡ mẫu nhỏ, ung thư giai đoạn sớm và những phẫu thuật viên nhiều kinh nghiệm ngay từ lúc bắt đầu

ngiên cứu với ê kíp mổ thuận thực giúp thời gian chuẩn bị hệ thống được rút ngắn là nguyên nhân của sự khác biệt ở RCT này.

NHỮNG TỒN TẠI CỦA PHẪU THUẬT PHỤ KHOA BẰNG ROBOT

Thời gian mổ kéo dài

Theo tổng quan hệ thống của Iavazzo, khi phẫu thuật cắt u xơ tử cung bằng robot tiêu tốn thêm bình quân 84,85 phút so với mổ mở (KTC 95%, 60,41 – 109,29; $p < 0,00001$) và 17,33 phút so với phẫu thuật nội soi (KTC 95%, -15,10 – 49,75; $p = 0,29$) (Iavazzo và cs, 2016). Tổng quan hệ thống khác của Ind và cộng sự trong 4.665 trường hợp phẫu thuật ung thư nội mạc tử cung cho thấy sử dụng robot làm ca mổ hoàn thành muộn hơn 16,42 phút so với nội soi (KTC 95%; $p = 0,05$) (Ind và cs, 2017).

RCT của Sarlos và cộng sự năm 2012 trên 93 bệnh nhân có chỉ định cắt tử cung vì nguyên nhân lành tính. Kết quả ghi nhận khi sử dụng robot làm tổng thời gian phẫu thuật trung bình kéo dài thêm 30 phút so với mổ nội soi (KTC 95%; $p < 0,001$). Nếu hiệu chỉnh thời gian chuẩn bị hệ thống robot vẫn tiêu tốn nhiều thời gian hơn nội soi đến 20 phút (KTC 95%; $p < 0,001$). Cần nhiều RCT với cỡ mẫu lớn, ê kíp mổ kinh nghiệm để đánh giá khả năng cải thiện hạn chế về thời gian của phẫu thuật bằng robot. Bàn luận về thời gian phẫu thuật có thể nhận thấy robot còn khá “mới” so với hai phương pháp còn lại nên việc phẫu thuật viên chưa có nhiều kinh nghiệm để mổ thuận thực nhất dẫn đến thời gian phẫu thuật kéo dài hơn. Vấn đề này tương lai nhất định sẽ có cải thiện đáng kể khi phẫu thuật robot được sử dụng nhiều và rộng rãi hơn.

Chi phí cho phẫu thuật còn cao

Từ lâu, phẫu thuật bằng robot vướng phải trở ngại lớn là chi phí cho mỗi cuộc mổ. Tổng quan hệ thống và phân tích tổng hợp của Ind và cộng sự trên 788 trường hợp cho thấy phẫu thuật ung thư nội mạc tử cung bằng robot phát sinh thêm trung bình 1.869,42 đô la Mỹ cho mỗi ca mổ (KTC 95%, 267,89 – 3.470,94 đô la) (Ind và cs, 2017).

Với việc các robot được trang bị phổ biến hơn, được chỉ định nhiều hơn đã giúp chi phí được kéo

giảm. So sánh chi phí của phẫu thuật ở hai giai đoạn cách nhau 5 năm trong báo cáo của Avondstondt và cộng sự cho thấy tổng chi phí giảm 15,5% tương đương 1.636 đô la Mỹ (KTC 95%, -2.865 – -407; $p = 0,01$) trong đó chi phí tính riêng cho ca mổ giảm 1.384 đô la tương ứng 14,3% (KTC 95%, -2.378 – -390, $p < 0,01$) còn chi phí khác ngoài ca mổ giảm không đáng kể ($p = 0,21$) (Avondstondt và cs, 2018).

TRIỂN VỌNG PHẪU THUẬT PHỤ KHOA BẰNG ROBOT Ở VIỆT NAM

Thời điểm hiện tại, phẫu thuật bằng robot đang có những điều kiện và cơ hội bứt phá trong ngoại khoa nói chung và ngoại phụ khoa nói riêng. Với ưu điểm làm hạn chế lượng máu mất, tối thiểu hóa nguy cơ chuyển mổ mở, giảm đau sau mổ, giảm các biến chứng hậu phẫu, nâng cao chất lượng cuộc sống đồng thời những nhược điểm về thời gian phẫu thuật kéo dài hay chi phí cao đang từng ngày được cải thiện bằng việc nâng cao kinh nghiệm ê kíp mổ và chỉ định rộng rãi hơn là tiềm năng to lớn để đưa phẫu thuật robot trở thành tiên phong trong thực hành.

Trong bối cảnh nhu cầu chăm sóc sức khỏe và sử dụng những dịch vụ tốt nhất đang gia tăng thì hoàn toàn có cơ sở để áp dụng mô hình phẫu thuật mới này vào Việt Nam trong lĩnh vực ngoại phụ khoa. Phẫu thuật robot với những ưu điểm vượt trội của mình, trong tương lai phẫu thuật bằng robot sẽ giải quyết tốt nhất những đòi hỏi của bệnh nhân và nâng cao chất lượng cuộc sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Graur F et al. Robotic Surgery: Evolution, Current State and Future. 2016.
2. Lauterbach R, E. Matanes and L. Lowenstein. Review of Robotic Surgery in Gynecology- The Future Is Here. Rambam Maimonides Med J, 2017. 8(2).
3. Iavazzo C, I Mamais and ID Glegkes. Robotic assisted vs laparoscopic and/or open myomectomy: systematic review and meta-analysis of the clinical evidence. Arch Gynecol Obstet, 2016. 294(1): p. 5-17.
4. Ind T et al. A comparison of operative outcomes between standard and robotic laparoscopic surgery for endometrial cancer: A systematic review and meta-analysis. Int J Med Robot, 2017. 13(4).
5. Maenpaa MM, et al. Robotic-assisted vs traditional laparoscopic surgery for endometrial cancer: a randomized controlled trial. Am J Obstet Gynecol, 2016. 215(5): p. 588 e1-588 e7.
6. Sarlos D et al. Robotic compared with conventional laparoscopic hysterectomy: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol, 2012. 120(3): p. 604-11.
7. Chan JK et al. Robotic versus laparoscopic versus open surgery in morbidly obese endometrial cancer patients – a comparative analysis of total charges and complication rates. Gynecol Oncol, 2015. 139(2): p. 300-5.
8. Ferguson SE et al. Prospective cohort study comparing quality of life and sexual health outcomes between women undergoing robotic, laparoscopic and open surgery for endometrial cancer. Gynecol Oncol, 2018.
9. Avondstondt AM et al. Change in cost after 5 years of experience with robotic-assisted hysterectomy for the treatment of endometrial cancer. J Robot Surg, 2018. 12(1): p. 93-96.