

TIẾN BỘ NGOẠI KHOA VIỆT NAM: TỪ GIẤC MƠ ĐẾN HY VỌNG VÀ HIỆN THỰC

GS.TS PHẠM GIA KHÁNH

Học viện Quân y

Qua phân tích tình hình phát triển ngoại khoa trên thế giới và trong nước, tác giả nhận thấy: trong 10 năm qua ngành ngoại khoa Việt Nam đã đạt được những thành tựu to lớn và có tốc độ phát triển nhanh nhất trong lịch sử phát triển ngoại khoa của đất nước. Những thành tựu nổi bật nhất là ghép tạng, phẫu thuật nội soi và can thiệp mạch. Những thành tựu này góp phần quan trọng trong chăm sóc sức khỏe nhân dân và đưa ngành ngoại khoa trong nước theo kịp với các nước trên thế giới.

Từ khóa: tiến bộ ngoại khóa, ghép tạng, phẫu thuật nội soi, can thiệp mạch

THE SURGICAL
PROGRESS OF VIETNAM,
FROM THE DREAM TO
THE HOPE AND REALITY

Summary

With the situations of the development of surgery in the world and Vietnam, the author considers that the surgery in Vietnam has gained great achievements in recent years and had the fastest development during the Vietnam surgical history. The best achievements are organ transplantation, laparoscopic surgery and vascular intervention. These achievements play a very important role in human health care and Vietnam surgery field.

Keywords: surgical progress, organ transplantation, endoscopic surgery, vascular intervention.

Ngành ngoại khoa Việt Nam trong 10 năm qua đã đạt được những thành tựu to lớn và có tốc độ phát triển nhanh nhất trong lịch sử phát triển ngoại khoa của đất nước. Những thành tựu nổi bật trong thời gian này là những tiến bộ về ghép tạng, phẫu thuật nội soi và can thiệp mạch. Những thành tựu này đã mang lại lợi ích to lớn cho người bệnh và đã làm thay đổi bộ mặt ngoại khoa trong nước, thực sự là một cuộc cách mạng trong ngoại khoa.

Những tiến bộ về ghép tạng

Các nhà khoa học trên thế giới đều cho rằng, ghép tạng là 1 trong 10 thành tựu lớn nhất của nhân loại trong thế kỷ XX cùng với phát minh về máy bay, truyền hình, máy tính, năng lượng hạt nhân, internet, cấu trúc AND... Sở dĩ ghép tạng được đánh giá cao vì nó không chỉ là một kỹ thuật ngoại khoa phức tạp nhất mà thực hiện được ghép tạng còn đòi hỏi sự phát triển đồng bộ của các chuyên ngành trong lĩnh vực y dược học. Để thực hiện thành công ghép tạng trên người, đã có hàng nghìn công trình nghiên cứu khoa học, trong đó có 6 công trình đoạt Giải thưởng Nobel. Nhờ có ghép tạng, mỗi năm trên thế giới đã có hàng chục nghìn người được cứu sống.

Ghép tạng thành công trên người đầu tiên là ghép thận (1954), sau đó là ghép tụy (1966), ruột, gan, tim (1967), ghép tim cùng với phổi (1981), ghép 1 phổi (1983) và ghép 2 phổi (1986).

Ghép tạng ở Việt Nam được các nhà y học trong nước quan tâm rất sớm: từ cuối thập niên 60 của thế kỷ trước, GS Tôn Thất Tùng đã tiến hành ghép gan, ghép tim thực nghiệm trên động vật. Những năm sau, một vài cơ sở y tế đã nghiên cứu ghép thận thực nghiệm, nhưng do hoàn cảnh chiến tranh và nhiều khó khăn khác nên ghép tạng trên người ở Việt Nam chưa thể tiến hành được. Ghép tạng vẫn là ước mơ của nhiều thế hệ thầy thuốc Việt Nam trong nhiều thập niên. Điều đó khiến ghép tạng của chúng ta đi sau thế giới gần nửa thế kỷ và sau các nước trong khu vực khoảng 20 năm. Lịch sử ghép tạng Việt Nam có thể chia thành 2 giai đoạn: từ 1992 đến 2009 là giai đoạn lấy tạng từ người cho sống và từ 2010: lấy tạng từ người cho sống và chết não.

Giai đoạn 1992-2009: lấy tạng từ người cho sống

Cũng như các nước trên thế giới, lịch sử ghép tạng ở Việt Nam bắt đầu bằng ghép thận. Đến đầu năm 1990, vấn đề ghép thận ở trong nước trở nên cấp bách.

Để sớm thực hiện ghép thận trên người, ngày 2.2.1991, Bộ Y tế đã ra quyết định thành lập Ban chỉ đạo ghép thận quốc gia do GS Phạm Song, Bộ trưởng Bộ Y tế làm trưởng ban. Đồng thời, một đề tài nghiên cứu cấp nhà nước về ghép thận do Học viện Quân y chủ trì cùng với sự tham gia của các cơ sở y tế lớn trong cả nước đã được tiến hành. Nhờ chuẩn bị kỹ càng, với quyết tâm cao, ngày 4.6.1992, ca ghép thận đầu tiên ở Việt Nam đã được thực hiện thành công trong điều kiện vô vàn khó khăn tại Bệnh viện 103 với sự giúp đỡ của GS Chu Shu Lee (Đài Loan) và sự tham gia của các chuyên gia y học đầu ngành trong cả nước, đánh dấu một mốc mới trong lịch sử phát triển của ngành ngoại khoa và y học Việt Nam.

Sau ca ghép này, ghép thận lần lượt được triển khai ở nhiều bệnh viện trong cả nước: Bệnh viện Chợ Rẫy (12.1992), Việt Đức (8.2000), Huế (7.2001), Nhân dân Gia Định (1.2002), Bệnh viện 115 (2.2004), Nhi Trung ương (5.2004), Nhi Đồng II (6.2004), Bạch Mai (10.2005), Đà Nẵng (3.2006), Kiên Giang (4.2007) và Bệnh viện 198 (10.2008). Mặc dù có nhiều bệnh viện ghép như vậy nhưng số bệnh nhân được ghép hàng năm còn rất khiêm tốn, tính đến cuối năm 2009 (17 năm sau ghép ca đầu tiên), cả nước mới ghép được hơn 300 ca.

Sau 12 năm kể từ ca ghép thận thành công đầu tiên, ngành ngoại khoa Việt Nam đã tạo một mốc lịch sử mới: ngày 31.1.2004 ca ghép gan trên người đầu tiên đã được thực hiện thành công tại Học viện Quân y. Sau đó ghép gan được thực hiện tại các bệnh viện: Nhi Trung ương (7.2005), Nhi Đồng II (12.2005), Việt Đức (11.2007) và Chợ Rẫy (2012). Do chưa lấy tạng từ người cho chết não, nên ghép gan trong giai đoạn này chủ yếu thực hiện ở trẻ em với số lượng còn ít: 18 trường hợp, chỉ có 1 trường hợp là người lớn.

Như vậy, đến đầu thập niên đầu tiên của thế kỷ XXI chúng ta đã làm chủ được các kỹ thuật ghép thận và gan từ người cho sống. Đây là một thành tựu đáng ghi nhận của ngành ngoại khoa và y học nước nhà. Những thành tựu này đã giúp chúng ta bắt đầu tiếp cận được với trình độ ghép tạng thế giới, nghĩa là chúng ta đã giải quyết được một số vấn đề cơ bản của ghép tạng. Với thành tích này, cụm công trình nghiên cứu ghép tạng đã được nhận Giải thưởng Hồ Chí Minh về khoa học và công nghệ năm 2005, giải thưởng cao nhất về khoa học và công nghệ mà Đảng và Nhà nước trao tặng.

Song sự thực ở thời điểm này chúng ta còn lạc hậu so với thế giới khoảng nửa thế kỷ và chậm hơn các nước trong khu vực hơn 20 năm, vì ở thời điểm này chúng ta chưa thực hiện được ghép tạng từ người cho chết não, do đó không thể thực hiện ghép các tạng khác như ghép tim, ghép phổi và một vấn đề quan trọng nữa là không giải quyết được một cản trở lớn nhất của ghép tạng là thiếu nguồn cho tạng.

Giai đoạn từ 2010: ghép tạng từ người cho chết não

Năm 2010 là bước ngoặt phát triển của ghép tạng Việt Nam nhờ thực hiện thành công nhiều công trình nghiên cứu

về ghép tạng từ người cho chết não. Ghép tạng từ người cho chết não đầu tiên ở Việt Nam được thực hiện thành công tại Bệnh viện Chợ Rẫy ngày 11.2.2010. Hai quả thận của người hiến tạng được ghép cho 2 bệnh nhân. Sau đó ghép tạng từ người cho chết não liên tiếp được thực hiện ở các bệnh viện:

- Ngày 22.5.2010, Bệnh viện Việt Đức đã tiến hành ghép gan và thận từ người cho chết não. Đây là ca ghép gan từ người cho chết não đầu tiên ở Việt Nam.

- Ngày 17.6.2010, một ngày đáng ghi nhớ trong lịch sử ghép tạng ở Việt Nam: ca ghép tim đầu tiên ở Việt Nam đã được thực hiện thành công tại Học viện Quân y với sự giúp đỡ của chuyên gia Đài Loan.

- Tiếp theo ngày 2.3.2011, ca ghép tim thứ hai thực hiện tại Bệnh viện Trung ương Huế (không có sự giúp đỡ của chuyên gia nước ngoài).

- Đặc biệt, ngày 14.3.2011 Bệnh viện Việt Đức đã lấy đa tạng của một bệnh nhân chết não cùng một lúc tiến hành độc lập 3 loại ghép: tim, gan, thận cho 4 bệnh nhân.

Từ đó ghép tạng đã trở thành thường quy. Riêng Bệnh viện Việt Đức trong 3 năm qua (từ 2010 đến 25.7.2013) đã lấy tạng của 16 bệnh nhân chết não ghép cho 13 ca gan, 7 ca tim và 32 ca thận. Điều này đã cho thấy sự tiến bộ vượt bậc và tiềm lực ghép tạng của Bệnh viện. Điều đáng nói trong các phẫu thuật này là thời gian phẫu thuật của mỗi loại ghép, thời gian sống thêm sau ghép 1 năm và 5 năm tương đương như các ca ghép trên thế giới, không có các tai biến và biến chứng lớn trong và sau mổ. Phần lớn các bệnh nhân sau ghép đã trở về với cuộc sống bình thường, sinh con. Ca ghép thận sống lâu nhất đã bước sang năm thứ 21 và ca ghép gan đầu tiên bước sang năm thứ 10.

Như vậy, những kết quả nổi bật của ghép tạng trong thời gian này là:

- Chúng ta đã giải quyết được những vấn đề về chết não như: chẩn đoán chết não, hồi sức chết não để lấy tạng ghép, chỉ định lấy các tạng ghép của bệnh nhân chết não, các kỹ thuật lấy và bảo quản tạng ghép ở người chết não... Điều này đã giúp chúng ta thực hiện được ghép tạng mà không thể lấy từ người cho sống như ghép tim, ghép tụy, ghép phổi, ghép đa tạng. . . và một điều quan trọng là đã giúp chúng ta phần nào giải quyết được vấn đề khó khăn nhất của ghép tạng là thiếu nguồn cho tạng. Như vậy Luật Hiến, lấy, ghép mô, bộ phận cơ thể người và hiến, lấy xác đã được đưa vào cuộc sống sau hơn 3 năm được Quốc hội thông qua (12.12.2006).

- Đã thực hiện thành công ghép tim trên người, điều mà mọi người mong đợi nhất, mở ra một hướng mới điều trị bệnh nhân bị bệnh tim giai đoạn cuối ở Việt Nam.

- Có khả năng lấy đa tạng để cùng một lúc tổ chức nhiều kíp, ghép nhiều tạng cho nhiều bệnh nhân. Đây là một bằng chứng rõ ràng về sự tiến bộ vượt bậc trong ghép tạng ở Việt Nam.

- Đã làm chủ các kỹ thuật ghép thận, gan và tim từ người cho sống và người cho chết não.

- Ghép tạng đã trở thành thường quy, đưa số lượng ghép hàng năm tăng nhanh. Trong 3 năm (từ 2010 đến 7.2013) cả nước đã ghép được 10 ca tim, 12 ca gan và hơn 400 ca thận. Riêng số thận ghép của 3 bệnh viện: Chợ Rẫy, Việt Đức và 103 trong 3 năm này đã là 392 ca, nhiều hơn số thận ghép trong cả nước trong 18 năm trước. Đặc biệt ở Bệnh viện Việt Đức có thời điểm trong 4 tuần đã tiến hành lấy đa tạng của 3 bệnh nhân chết não để ghép cho 6 ca thận, 3 ca gan và 2 ca tim.

- Đã thành lập “Trung tâm Điều phối ghép tạng quốc gia” có trụ sở tại Bệnh viện Việt Đức và đã bắt đầu hoạt động. Điều này có ý nghĩa quan trọng vì tạo mối gắn kết giữa các trung tâm ghép tạng trong cả nước, nâng cao hiệu quả lấy tạng từ người cho chết não, thúc đẩy sự phát triển ghép tạng ở Việt Nam.

Những thành tựu quan trọng của 3 năm qua đã tạo đà cho chúng ta phấn đấu đến năm 2015 sẽ thực hiện các kỹ thuật khác của ghép tạng như ghép đa tạng (ghép thận đồng thời với ghép tụy, ghép tim đồng thời với ghép phổi) và ghép thận từ người cho chết tim (tim ngừng đập). Các kỹ thuật này đã nằm trong các đề tài nghiên cứu cấp nhà nước (KC.10). Và đến khi đó, ghép tạng ở Việt Nam mới thực sự theo kịp với ghép tạng thế giới.

Trong phẫu thuật nội soi

Phẫu thuật nội soi trên thế giới

Phẫu thuật nội soi ra đời từ lâu, nhưng phẫu thuật nội soi hiện đại (có sự trợ giúp của truyền hình và vi tính) mới bắt đầu từ những năm 80 của thế kỷ trước. Những người đi tiên phong trong phẫu thuật nội soi là các thầy thuốc sản phụ khoa mà đứng đầu là Kurt Simm (Đức) [1, 8], người đã chế tạo ra nhiều dụng cụ phẫu thuật nội soi, người đầu tiên cắt ruột thừa bằng phẫu thuật nội soi năm 1980 và có ý tưởng cắt túi mật nội soi, sau đó mới là các nhà ngoại khoa. Nhưng chính các nhà ngoại khoa mới là người phát triển và đưa phẫu thuật nội soi lên đỉnh cao. Sự tiếp nhận phẫu thuật nội soi ban đầu gặp khó khăn, đặc biệt ở Mỹ, vì ở thời điểm đó giáo lý ngoại khoa đã ăn sâu vào nhận thức của các phẫu thuật viên thời bấy giờ là: “Phẫu thuật lớn, cần có đường mổ lớn” [7], “Người phẫu thuật viên lớn là người có đường mổ lớn” [1].



Kurt Simm
(1927-2003)

Ca cắt túi mật nội soi đầu tiên do Philippe Mouret thực hiện vào ngày 17.3.1987 ở Lyon, Pháp. Ngày này đã đánh dấu một mốc mới của lịch sử phát triển ngoại khoa: “Trước ngày đó thì chẳng có gì, sau đó có phẫu thuật nội soi!” [1]. Nhưng sự thực trước Mouret, thì Erich Muhe ở Boblingen, Đức đã thực hiện ca cắt túi mật nội soi đầu tiên của mình vào ngày 12.9.1985. Khi ông

thực hiện được ca thứ 94 thì Mouret mới tiến hành ca cắt túi mật nội soi đầu tiên. Mặc dù công trình của Muhe đã được báo

cáo qua nhiều hội nghị nhưng đều không được chấp nhận, vì lúc đó người ta đã lấy chuẩn mực của ngoại khoa thời bấy giờ (đường mổ phải rộng rãi) để đánh giá kỹ thuật mới bằng một lỗ nhỏ (kỹ thuật “lỗ khóa”) [1]. Thậm chí kỹ thuật này còn bị chỉ trích là “một hành động ngoại khoa không thích hợp” [9]. Song cuối cùng, Hội ngoại khoa Đức (1992) [1, 9] và Hội phẫu thuật viên tiêu hóa Hoa Kỳ (SAGES) năm 1999 cũng đã thừa nhận Muhe là người đi tiên phong trong lĩnh vực này sau bài trình bày của ông với tiêu đề “Cắt túi mật nội soi đầu tiên: vượt qua trở ngại tiến tới tương lai” ở Antonio, Texas ngày 26.3.1999 trước hơn 1.000 phẫu thuật viên đến từ 41 nước [7, 9].

Có 2 điều khác nhau thú vị giữa cắt túi mật nội soi của Muhe và Mouret: Muhe có một quá trình chuẩn bị vất vả từ việc học hỏi kinh nghiệm của các phẫu thuật viên sản phụ khoa đến thiết kế các dụng cụ phẫu thuật, còn Mouret cắt túi mật nội soi đầu tiên một cách rất tự nhiên, không có dự tính trước (chính bệnh nhân tự đề xuất được cắt túi mật nội soi) [1]. Về kỹ thuật, Mouret cắt túi mật nội soi có trợ giúp của video camera [9]. Vấn đề xác định người đầu tiên cắt túi mật nội soi là một câu chuyện dài. Đến nay nhiều tài liệu nước ngoài, đặc biệt ở trong nước chỉ biết đến Mouret. Bài viết này muốn dành vài dòng giới thiệu về người đầu tiên cắt túi mật nội soi trên thế giới: Erich Muhe.



Philippe Mouret (1938-2008)



Erich Muhe (1938-2005)

Phẫu thuật nội soi ra đời đã làm thay đổi bộ mặt ngoại khoa, sự thực là cuộc cách mạng trong ngoại khoa, vì đã làm thay đổi những quan điểm cơ bản về ngoại khoa, hình thành một khái niệm mới “phẫu thuật ít xâm lấn”. Những ưu điểm của phẫu thuật nội soi là: giảm đau, hồi phục sức khỏe nhanh, thời gian nằm viện ngắn, sớm hồi phục khả năng lao động, tránh nhiễm trùng vết mổ và tính thẩm mỹ cao hơn so với mổ mở truyền thống. Phẫu thuật nội soi cũng làm thay đổi một số chỉ định điều trị ngoại khoa.

Tác động của phẫu thuật nội soi tới ngoại khoa thật là lớn, nó đã được so sánh như là sự ra đời của gây mê, khử trùng, kháng sinh, tuần hoàn ngoài cơ thể và vi phẫu trong phẫu thuật [1].

Nhờ tính ưu việt của phẫu thuật nội soi nên kỹ thuật này phát triển rất nhanh, đã dần thay thế hầu hết các phẫu thuật mổ mở kinh điển vào đầu thế kỷ này. Các phẫu thuật phức tạp như cắt dạ dày, cắt gan phải, cắt đầu tụy - tá tràng... đã được thực hiện ở nhiều nước. Phẫu thuật nội soi không chỉ thực hiện ở bụng mà còn thực hiện ở lồng ngực, chi, khớp và thần kinh - sọ não.

Về kỹ thuật, phẫu thuật nội soi có nhiều thay đổi nhanh chóng. Kỹ thuật cắt túi mật nội soi đầu tiên với nhiều lỗ (không

mở thành bụng) lúc đầu đã làm các nhà ngoại khoa sửng sốt, hoài nghi [2], rồi sau đó hết sức tán dương coi nó là phẫu thuật kỳ diệu với tên gọi “phẫu thuật tối ưu”. Thế rồi chỉ sau 10 năm, phẫu thuật cắt túi mật nội soi một lỗ (single port laparoscopy) ra đời vào năm 1997 và phát triển rộng rãi trong phẫu thuật ngoại chung đến ngoại tiết niệu và phụ khoa. Tiến bộ trong phẫu thuật nội soi không dừng ở đây. Cũng 10 năm sau, một phẫu thuật không tưởng, phẫu thuật không có sẹo trên cơ thể đã ra đời: “Phẫu thuật nội soi qua lỗ tự nhiên” - NOTES (Natural Orifice Translumenal Endoscopic Surgery) được Ricardo Zorron thực hiện cắt túi mật qua đường âm đạo đầu tiên ở Rio de Janeiro, Brazil vào tháng 3.2007, sau đó là Swanstron (Mỹ) cắt túi mật qua đường dạ dày vào tháng 6.2007 [10]. Người ta gọi đây là phẫu thuật cắt túi mật thể hệ thứ ba [6].

Phải mất hơn 100 năm mới cho ra đời một kỹ thuật mới - cắt túi mật nội soi, để thay thế cắt túi mật mổ kinh điển mà Carl Langenbuch, Berlin - Đức thực hiện năm 1882, được coi là tiêu chuẩn vàng điều trị sỏi túi mật. Song chỉ sau 20 năm, kỹ thuật cắt túi mật thể hệ thứ 3 đã ra đời.

NOTES được đón nhận một cách tích cực ngay từ đầu, nhưng rất thận trọng trước khi thực hiện trong lâm sàng bằng các phẫu thuật thực nghiệm trên động vật và trên xác tươi. Đến nay, NOTES được coi là phẫu thuật an toàn [3] và ngoài những ưu điểm như trong phẫu thuật nội soi, NOTES còn có ưu điểm không cần gây mê sâu, ít suy giảm miễn dịch, chức năng cơ hoành và phổi sau mổ tốt hơn, vì vậy bệnh nhân hồi phục khả năng làm việc sớm hơn ca phẫu thuật nội soi, đặc biệt là không có sẹo trên cơ thể [10]. Tuy vậy NOTES còn chưa được áp dụng rộng rãi trên thế giới.

Như vậy phẫu thuật nội soi là một kỹ thuật mới, hiện đại, phẫu thuật của thế kỷ XXI. Vậy chúng ta đã tiếp cận với kỹ thuật này như thế nào?

Phẫu thuật nội soi ở Việt Nam

Để tiếp cận được với ghép tạng chúng ta phải mất 50 năm và để theo kịp với trình độ ghép tạng trên thế giới chắc còn phải nhiều năm nữa. Nhưng đối với phẫu thuật nội soi thì không như vậy! Chỉ 5 năm sau ca cắt túi mật nội soi đầu tiên trên thế giới năm 1987 thì Bệnh viện Chợ Rẫy đã thực hiện ca cắt túi mật nội soi đầu tiên ở Việt Nam vào năm 1992, sau đó là các Bệnh viện Bình Dân và Việt Đức (1993). Chỉ vài năm sau, không chỉ cắt túi mật nội soi mà các phẫu thuật nội soi khác đã được thực hiện ở nhiều bệnh viện trong cả nước. Qua các báo cáo khoa học ở Hội nghị “Phẫu thuật nội soi và nội soi toàn quốc” (tháng 2.2006) cho thấy, hầu hết các phẫu thuật ở bụng đều đã được triển khai ở trong nước như phẫu thuật cắt đại trực tràng, cắt dạ dày trong ung thư, sỏi ống mật chủ, cắt gan phải, cắt nang ống mật chủ, cắt đuôi tụy, cắt thực quản... Phẫu thuật nội soi cũng được thực hiện khá phổ biến ở các phẫu thuật trong chuyên ngành thận - tiết niệu, lồng ngực, xương khớp, thần kinh - sọ não.

Đến nay có thể nói phẫu thuật nội soi Việt Nam đã song hành với phẫu thuật nội soi thế giới. Hầu hết các phẫu thuật nội soi đang thực hiện trên thế giới đều đã được thực hiện ở

trong nước, kể cả phẫu thuật khó nhất như cắt khối tá tụy. Các kỹ thuật mới của phẫu thuật nội soi như phẫu thuật “một cửa” (single port) và “phẫu thuật nội soi qua lỗ tự nhiên” (NOTES) cũng đã được thực hiện ở các trung tâm y học lớn như các bệnh viện: Việt Đức, Đại học Y dược TP Hồ Chí Minh, Chợ Rẫy, Trung ương Huế... Nhiều loại phẫu thuật nội soi đã là thế mạnh của Việt Nam mà không phải nhiều nước trên thế giới thực hiện được, chính vì vậy các đồng nghiệp ở nhiều nước trên thế giới đã đến Việt Nam để trao đổi kinh nghiệm, học tập và đã mời nhiều chuyên gia Việt Nam ra nước ngoài giảng dạy về phẫu thuật nội soi:

- Bệnh viện Đại học Y dược TP Hồ Chí Minh được các phẫu thuật viên ở các nước trong khu vực chọn làm “Trung tâm huấn luyện phẫu thuật nội soi” từ năm 2008. Nơi đây đã đào tạo 262 bác sỹ từ các nước: Philippine, Indonesia, Malaysia, Singapore, Pakistan, Ấn Độ, Thái Lan, Arab Saudi và Myanmar. Các bác sỹ ở Trung tâm đã được mời mổ thị phạm và chuyển giao kỹ thuật cho 10 bệnh viện ở các nước Malaysia, Philippine và Myanmar.

- Bệnh viện Nội tiết Trung ương đã đào tạo 123 bác sỹ (trong đó có cả giáo sư) đến từ các nước Singapore, Malaysia, Philippine, Indonesia, Thái Lan và Pakistan. Đã được mời giảng dạy và mổ thị phạm cho 11 bệnh viện ở các nước trên, trong đó có 7 bệnh viện của trường đại học.

- Bệnh viện Nhi Trung ương (một trong những trung tâm hàng đầu thế giới về mổ u nang ống mật chủ và thoát vị cơ hoành bẩm sinh) đã đào tạo 28 phẫu thuật viên quốc tế đến từ 8 nước Á, Âu. GS Nguyễn Thanh Liêm đã được mời giảng và mổ trình diễn ở 10 nước như Mỹ, Pháp, Úc, Hàn Quốc...

Ngoài ra còn nhiều bệnh viện khác cũng đã tham gia đào tạo cho các đồng nghiệp ở nước ngoài. Như vậy, phẫu thuật nội soi Việt Nam đã theo kịp với các nước tiên tiến trên thế giới.

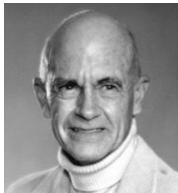
Trong kỹ thuật can thiệp mạch

Can thiệp mạch trên thế giới

Thuật ngữ “can thiệp mạch” là tên gọi thông thường, tên gọi chính xác hơn là “X-quang can thiệp” (Interventional Radiology). Thuật ngữ này phù hợp và bao quát hơn vì cho thấy rõ “X-quang can thiệp” là một trong những chuyên ngành của “X-quang chung” [4], mặt khác có nhiều kỹ thuật sử dụng X-quang mà không qua lòng mạch như chụp mật qua da và gan để dẫn lưu đường mật, lấy sỏi mật qua da, và các dẫn lưu trong khoang cơ thể...

Can thiệp mạch được phát triển từ chụp mạch chẩn đoán. Ý tưởng can thiệp mạch được Charles Dotter (Mỹ) đề xuất lần đầu tiên tại hội nghị X-quang ở Karlovy Vary (Tiệp Khắc) ngày 19.6.1963. Sau đó một năm, nó ra đời vào ngày 16.1.1964 khi Charles Dotter lần đầu tiên dùng catheter tạo hình mạch máu trong lòng mạch qua da để điều trị cho một bệnh nhân nữ 82 tuổi bị hẹp động mạch đùi nông nặng có hoại tử ngón chân. Bệnh nhân đã tránh được việc phải cắt cụt chi và về nhà bằng chính đôi chân của mình [4]. Từ đó can thiệp mạch đã mở ra

một kỷ nguyên mới trong điều trị các bệnh tim mạch. Ngày nay, rất nhiều bệnh ngoại khoa cần phải phẫu thuật đã được thay thế bằng kỹ thuật này. Vì vậy, can thiệp mạch còn được gọi với cái tên theo đúng nghĩa đen “phẫu thuật không dao” (surgery without a scalpel) [4], “phẫu thuật trong lòng mạch” (endoluminal surgery) [5], “X-quang phẫu thuật” (Surgical Radiology) [11]. Với đóng góp to lớn này, Dotter đã nhận được Giải thưởng Nobel về y học năm 1978 và ông xứng đáng được tôn vinh là “người cha của can thiệp mạch”.



Charles Theodore Dotter
(1920-1985)



Nhân hiệu của C. Dotter

Dotter đã tự thiết kế bức họa hình ảnh bất chéo của ống nước với mỏ lết mà ông rất thích, vì điều đó nói lên rằng: “Những gì người thợ nước có thể làm được cho ống nước thì

chúng ta có thể làm được cho mạch máu” [5], và ông đã tự cho mình là “thợ ống nước” [4]. Với tinh thần đó, can thiệp mạch đã được nghiên cứu và phát triển trong một thời gian dài khoảng 30 năm mới hoàn thiện được các kỹ thuật như ngày nay. Ngày nay, điều trị can thiệp mạch có thể thay thế nhiều phẫu thuật để điều trị các bệnh về tim mạch và ngoài tim mạch như: các bệnh trong cơ quan tiêu hóa, tiết niệu - sinh dục, hô hấp, thần kinh, sọ não... Nhiều kỹ thuật can thiệp mạch điều trị các bệnh của cơ quan trên có kết quả rất tốt mà không có phương pháp nào có thể thay thế được. Đây là kỹ thuật ít xâm lấn, tiến hành thủ thuật không cần phải gây mê, nên can thiệp mạch có thể tiến hành trên bệnh nhân có thể trạng yếu, hoặc có chống chỉ định của gây mê. Chính nhờ ưu điểm này mà nhiều bệnh nhân bị bệnh nặng không thể chịu được một cuộc phẫu thuật, X-quang can thiệp đã thay thế phẫu thuật đó và cứu sống họ.

Can thiệp mạch ở Việt Nam

Để thực hiện được can thiệp mạch cần phải có các trang thiết bị và các phương tiện hiện đại, đắt tiền. Người thực hiện kỹ thuật này phải có kinh nghiệm về X-quang học, có kiến thức về lâm sàng, có kỹ năng thực hành tốt và có mối quan hệ mật thiết với các thầy thuốc ngoại khoa và nội khoa. Chính vì các điều kiện ngặt nghèo này (đặc biệt là cần có các trang thiết bị đắt tiền) nên can thiệp mạch vào Việt Nam muộn - cuối những năm 90 của thế kỷ trước (sau thế giới khoảng 30 năm).

Song khi đã có các trang thiết bị đầy đủ thì can thiệp mạch ở Việt Nam cất cánh rất nhanh. Chỉ sau 10 năm, hầu hết các kỹ thuật can thiệp mạch đang thực hiện trên thế giới đều đã được thực hiện ở trong nước. Can thiệp mạch đã được áp dụng rộng rãi ở tất cả các chuyên ngành: tim mạch, tiêu hóa, hô hấp, tiết niệu, thần kinh - sọ não, sản phụ. Đặc biệt, các kỹ thuật khó và phức tạp không phải nhiều nước trên thế giới thực hiện được cũng đã được triển khai ở trong nước như: can thiệp mạch điều trị các bệnh tim bẩm sinh, điều trị phình và phình bóc tách động mạch chủ ngực và bụng, các bệnh lý mạch máu

não, tạo shunt cửa - chủ trong gan (transjugular intrahepatic portosystemic shunt) để điều trị chảy máu do tăng áp lực tĩnh mạch cửa, nút tĩnh mạch cửa trong cắt gan lớn... Đặc biệt, can thiệp mạch trong các bệnh tim mạch có những bước tiến vượt bậc có thể sánh ngang tầm với các nước trong khu vực và trên thế giới. Với kinh nghiệm này, Viện Tim mạch Bạch Mai đã đào tạo trên 30 bác sỹ từ các nước Mỹ, Pháp, Nhật Bản, Trung Quốc, Hàn Quốc, Ấn Độ, Singapore, Malaysia, Myanmar... đến học, và đã triển khai nhiều kỹ thuật như nông van 2 lá, can thiệp tim bẩm sinh tại nhiều trung tâm trên thế giới như tại Nhật Bản, Singapore, Ấn Độ, Myanmar... Can thiệp mạch ở Việt Nam thực sự đã đạt được trình độ các nước trên thế giới.

“Bao giờ ngành ngoại khoa Việt Nam ngang bằng với các nước trên thế giới?” Đây là điều trăn trở và là **giấc mơ** của các thế hệ phẫu thuật viên Việt Nam trong những năm cuối thế kỷ trước. Đến hôm nay điều đó đã là niềm **hy vọng** và nó sẽ là **hiện thực** trong một tương lai rất gần với sự phát triển mạnh mẽ của ngoại khoa Việt Nam như trong thời gian gần đây.

Thế hệ phẫu thuật viên ngày nay rất biết ơn các thầy, các thế hệ phẫu thuật viên đi trước và rất tự hào vì đã kế thừa, phát huy di sản quý báu của các thầy để đạt được những thành tựu ngoại khoa xuất sắc như ngày nay. Điều này đã góp phần tích cực trong việc chăm sóc sức khỏe nhân dân và sự tiến bộ của ngoại khoa Việt Nam ■

Tài liệu tham khảo

- [1] Alexandros Polycronidis, Prodromos, Laftsidis, Anastasios, Bounovas and Simopoulos. *Twenty Year of Laparoscopic Cholecystectomy: Philippe Mouret-March 17, 1987*. JSLS 208 Jan-Mar. 12 (1): 109-111.
- [2] Grzegorz S. Litynski. Mouret, Dubois, and Perissat: *The laparoscopic Breakthrough in Europe*. JSLS. 1999 Apr-Jun: 163-167.
- [3] Horgan S, Meireles O.R, Jacobsen G.L, Sandler BJ, Ferreres A, Ramamoorthy S. *Broad clinical utilization of NOTES: Is it safe*. Surg Endosc. 2013 Jun;27(6):1827-80
- [4] Josef Rosch, M.D, Frederic S. Keller, M.D, and John A. Kaufman M.D. *The Birth, Early Year, and Future of Interventional Radiology*. J Vasc Interv Radiol 2003, 14:841-853.
- [5] Misty M. Payne. *Charles Theodore Dotter: The Father of Intervention*. Tex Heart Inst J, 2001; 28(1): 28-38.
- [6] Rolanda C, Lima E, Pego J.M, Henriques-Coelho T, Silva D, Moreira I, Macedo G, Carvalho J.L, Correia-Pinto J. *Gastrointest Endosc*. 2007 Jan, 65(1): 111-7. *Third-generation cholecystectomy by natural orifice: transgastric and transvesical combined approach (with video)*.
- [7] Walker Reynolds. Jr, MD. MS. *The first Laparoscopic Cholecystectomy*. JSLS. 2001 Jan-Mar, 5 (1): 89-94.
- [8] *Laparoscopic surgery*. En.Wikipedia.org/wiki/Laparoscopic_Surgery.
- [9] *History of Endoscopy*. <https://en.Wikipedia.org/wiki/Endoscopy>.
- [10] *Natural orifice transluminal endoscopic surgery*. en.Wikipedia.org/./natural_orifice_Endosc...
- [11] *Interventional radiology*. En Wikipedia.org/wiki/interventional_radiolog.