

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT AMIDAN BẰNG SÓNG CAO TẦN (COBLATOR) TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG CẦN THƠ NĂM 2022-2025

Hồ Anh Khang^{1*}, Châu Chiêu Hòa², Trần Quốc Tường³, Trang Hồng Hạnh⁴

1.4 Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ

3. Bệnh viện Đa khoa Thanh Vũ Medic Bạc Liêu

<https://doi.org/10.60137/tmhvn.v70i70.215>

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng; (2) Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt amidan bằng sóng cao tần (coblator). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả lâm sàng cắt ngang có can thiệp trên 63 đối tượng nghiên cứu được chẩn đoán viêm amidan mạn tính và được chỉ định phẫu thuật cắt amidan bằng sóng cao tần (coblator) tại bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ từ năm 2022-2025. **Kết quả:** Đa phần là nữ giới (57,1%); trong đó, độ tuổi từ 31-40 chiếm (39,7%). Lý do vào viện là nuốt vướng (49,2%). Phân độ quá phát amidan độ III (69,8%). Lượng máu mất trong phẫu thuật <5ml chiếm (98,4%). Chảy máu sớm sau phẫu thuật 6,3% và chảy máu muộn sau phẫu thuật là 4,8%; có 96,8% đau ít ở hậu phẫu ngày 1 và gần như hoàn toàn không đau vào hậu phẫu ngày 14 (98,4%). Kết quả chung sau phẫu thuật mức độ tốt đạt 96,8%. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt amidan bằng sóng cao tần (coblator) giúp giảm lượng máu trong phẫu thuật, mức độ đau và đều đạt kết quả tốt sau phẫu thuật.

Từ khóa: Viêm amidan mạn tính, coblator, đau hậu phẫu.

* Tác giả liên hệ: Hồ Anh Khang

ĐT: 0326500750

Email: hoanhkhanglqd@gmail.com

Nhận bài: 25/03/2025

Ngày nhận phản biện: 25/04/2025

Ngày nhận phản hồi: 11/6/2025

Ngày duyệt đăng: 18/6/2025

ABSTRACT

EVALUATION OF THE TONSILLECTOMY'S RESULTS BY USING RADIOFREQUENCY (COBLATOR) AT CAN THO EAR NOSE THROAT HOSPITAL IN 2022-2025

Objectives: (1) to describe clinical characteristics; (2) to evaluate tonsillectomy's results by using radiofrequency (coblator). **Materials and methods:** This is an interventional cross-sectional clinical study was conducted on 63 patients diagnosed with chronic tonsillitis and indicated for coblation tonsillectomy at Can Tho Ear Nose Throat Hospital in 2022-2025. **Results:** most patients were female (57.1%), and 39.7% were aged 31-40. The main reason for hospitalization was the sensation of something stuck while swallowing (49.2%), and 69.8% had grade III tonsillar hypertrophy. Blood loss was minimal (<5 ml) in 98.4% of cases. Early postoperative bleeding occurred in 6.3%, and late bleeding in 4.8%. Most patients (96.8%) had minimal pain on day 1, with nearly all (98.4%) pain-free by day 14. Overall, 96.8% rated outcomes as good. **Conclusions:** Tonsillectomy using radiofrequency (coblator) significantly reduces blood loss and postoperative pain, leading to excellent results for most patients.

Keywords: Chronic tonsillitis, coblation, postoperative pain.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm amidan mạn tính là một bệnh lý phổ biến và thường gặp trong thực hành lâm sàng của bác sĩ Tai Mũi Họng [1]. Phẫu thuật cắt amidan là phương pháp điều trị thường được chỉ định. Mức độ nghiêm trọng của cơn đau sau phẫu thuật không chỉ ảnh hưởng đến sự thoải mái của người bệnh mà còn có thể làm chậm quá trình trở lại ăn uống bình thường và tăng nguy cơ chảy máu sau phẫu thuật [2]. Trên thế giới, hiện nay phẫu thuật cắt amidan bằng sóng cao tần (coblator) là một trong những kỹ thuật mới, sử dụng sóng cao tần để tạo ra một trường plasma bằng các truyền qua môi trường dẫn điện, giúp giảm cơn đau sau phẫu thuật, tăng tốc quá trình lành vết thương ở hố amidan, giảm khả năng chảy máu sau phẫu thuật [3]. Tại Việt Nam,

theo nghiên cứu của tác giả Phạm Anh Tuấn và cộng sự (2017) cho thấy ưu thế của coblator trong cầm máu trong mổ, lượng máu mất ít, giảm đau tốt và rút ngắn thời gian bong hết giả mạc [4]. Ứng dụng sóng cao tần (coblator) trong phẫu thuật cắt amidan viêm mạn tính là một bước tiến mới, mở ra tiềm năng cải thiện hiệu quả điều trị. Do đó, chúng tôi tiến hành “**Đánh giá kết quả cắt amidan viêm mạn tính bằng coblator tại bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ năm 2022-2025**” nhằm cập nhật, đánh giá và khai thác tối ưu những lợi ích mà kỹ thuật này mang lại với 2 mục tiêu cụ thể như sau: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng amidan viêm mạn tính; (2) Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt amidan bằng sóng cao tần (coblator) tại bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ năm 2022-2025.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả người bệnh đến khám tại phòng khám Tai Mũi Họng Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ từ ngày 01/03/2023 đến ngày 01/03/2025, được chẩn đoán viêm amidan mạn tính và được phẫu thuật cắt amidan bằng coblator.

Tiêu chuẩn chọn người bệnh

Người bệnh từ 16 tuổi trở lên, được chẩn đoán xác định viêm amidan mạn tính và có chỉ định phẫu thuật theo tiêu chuẩn của AAO-HNS 2019 [5]

- Viêm amidan quá phát gây: tắc nghẽn đường hô hấp trên, nuốt vướng, rối loạn giấc ngủ, rối loạn tim mạch, ảnh hưởng phát triển hàm mặt.

- Tần suất viêm: ≥ 7 lần/năm; ≥ 5 lần trong 2 năm liên tiếp; ≥ 3 lần trong 3 năm liên tiếp.

- Viêm amidan gây biến chứng: amidan quá phát nghi ngờ ác tính cần sinh thiết xác định giải phẫu bệnh.

Người bệnh đồng ý phẫu thuật và hợp tác nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Người bệnh đang có nhiễm khuẩn cấp tính đường hô hấp trên.

Người bệnh có rối loạn đông cầm máu (hemophilia, Von Willebrand, rối loạn chức năng tiểu cầu), các xét nghiệm về đông máu, chảy máu chưa ổn định.

Người bệnh mạn tính (bệnh lý tim mạch, viêm thận, thấp khớp cấp nặng, bệnh đái tháo đường, bệnh tâm thần) chưa ổn định, không thể gây mê.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: tại bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ từ ngày 01/03/2023 đến ngày 01/03/2025.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** mô tả lâm sàng cắt ngang có can thiệp.

- **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:**

Cỡ mẫu: $n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 p(1-p)}{d^2}$, với $Z=1,96$ khi

độ tin cậy 95%, $p=0,88$ là tỷ lệ lành thương người bệnh cắt amidan bằng coblator ngày 7 theo tác giả Phạm Anh Tuấn và cộng sự (2017) [4], chọn $d=0,08$, vậy cỡ mẫu tối thiểu là 63. Chúng tôi chọn được 63 mẫu. Chọn mẫu thuận tiện, liên tục.

- **Nội dung nghiên cứu:**

+ **Đặc điểm chung:** giới tính, tuổi, nơi sống, nghề nghiệp.

+ **Đặc điểm lâm sàng:** lý do nhập viện, triệu chứng toàn thân, triệu chứng cơ năng, triệu chứng thực thể, chỉ định cắt amidan.

Phân độ quá phát amidan: dựa vào mức độ thu hẹp của eo họng để xác định độ quá phát của amidan. Mức độ quá phát của amidan được chia thành 4 độ theo Brodsky: Độ I: hẹp eo họng $\leq 25\%$; Độ II: hẹp eo họng 25-50%; Độ III: hẹp eo họng 50-75%; Độ IV: hẹp eo họng $>75\%$ [6].

+ **Kết quả điều trị:**

Lượng máu mất trong phẫu thuật: chia thành 3 nhóm: <5ml; 5-10ml; >10ml [7]. Trước phẫu thuật dùng bông cầu lau sạch dịch tiết, nước bọt. Trong lúc phẫu thuật, dùng máy hút để hút dịch và máu chảy ra trong quá trình phẫu thuật cắt amidan vào bình chứa có chia vạch, do đầu cắt coblator vừa cắt vừa hút, nên lượng máu mất trong phẫu thuật được tính như sau: Lượng máu mất trong phẫu thuật (ml) = Thể tích dịch có trong bình chứa (ml) - Thể tích nước muối sử dụng khi cắt amidan (ml).

Thời gian giả mạc bám đều: thời gian giả mạc bám toàn bộ hố amidan sau phẫu thuật

Tình trạng lành thương tốt hố mổ

Hậu phẫu ngày 1: giả mạc mỏng, trắng đều hố mổ

Hậu phẫu ngày 7: giả mạc bong một phần hoặc bong hết, không chảy máu

Hậu phẫu ngày 14: giả mạc bong hết, không chảy máu, không sẹo co kéo hố mổ.

Biến chứng chảy máu hố amidan: chảy máu sớm ≤ 24 giờ sau phẫu thuật; Chảy máu muộn > 24 giờ sau phẫu thuật.

Mức độ đau: được xác định bằng đánh giá mức độ đau chủ quan của người bệnh dựa trên thang điểm VAS từ 0 điểm (không có triệu chứng) đến 10 điểm (triệu chứng rất nghiêm trọng). Có 3 mức độ: nhẹ (VAS từ 0-3), trung bình (VAS từ 4-7) và nặng (VAS từ 8-10) [8].

Thời gian hồi phục: thời gian nằm viện,

thời gian ăn uống và sinh hoạt trở về như trước khi cắt amidan.

Đánh giá chung sau phẫu thuật: tiêu chí đánh giá [7], [8], [9], [10]

Đánh giá	Tiêu chí
Tốt (Đạt 1 trong 2 tiêu chí)	Đau hậu phẫu mức độ nhẹ (theo VAS). Không chảy máu hậu phẫu
Trung bình (Đạt 1 trong 2 tiêu chí)	Đau hậu phẫu mức độ vừa (theo VAS). Có chảy máu hậu phẫu.
Xấu (Đạt đủ 2 tiêu chí)	Đau hậu phẫu mức độ nặng (theo VAS). Có chảy máu hậu phẫu.

- Kỹ thuật, phương tiện phẫu thuật: mở miệng người bệnh bằng banh Davis-Boyle. Dùng allis kẹp khối amidan kéo nhẹ vào trong để bộc lộ ranh giới giữa amidan và trụ trước. Dùng đầu cắt coblator áp vào vị trí muốn cắt (cài đặt máy ở chế độ cắt 7 đốt 3). Do đầu coblator khá lớn (đường kính khoảng 3mm), nên để bảo vệ không làm tổn thương trụ trước và sau, cũng như khi amidan ẩn dưới trụ trước, chúng tôi dùng vén trụ vén nhẹ nhàng để bộc lộ vị trí cắt tốt hơn. Tiến hành cắt trọn amidan 2 bên. Trong quá trình phẫu thuật, việc hút dịch và đốt cầm máu cũng bằng đầu coblator.

- Phương pháp phân tích và xử lý số liệu: tất cả các số liệu thu thập và phân tích bằng phần mềm Microsoft Excel 2016 và SPSS 26.0

- Ý đức: nghiên cứu đã được sự thông qua và cho phép của Hội đồng y đức trường Đại học Y dược Cần Thơ số 23.168.HV/PCT-HĐĐĐ.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm tuổi và giới tính của đối tượng nghiên cứu

Nhóm tuổi (năm)	Nam		Nữ		Tổng	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
16-20	1	1,6	5	7,9	6	9,5
21-30	8	12,7	9	14,2	17	26,9
31-40	14	22,2	11	17,5	25	39,7
>40	4	6,4	11	17,5	15	23,9
Tổng	27	42,9	36	57,1	63	100

Nhận xét: đa phần người bệnh là nữ giới chiếm phần lớn (57,1%); trong đó, độ tuổi từ 31- 40 tuổi chiếm (39,7%).

Bảng 2. Đặc điểm nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nghề nghiệp	Công nhân	11	17,5
	Nông dân	10	15,9
	Cán bộ-viên chức	5	7,9
	Học sinh-sinh viên	4	6,3
	Khác (buôn bán, thợ may, thợ điện...)	33	52,4

Nhận xét: tỷ lệ người bệnh có nghề nghiệp là công nhân chiếm 17,5%, và 52,4% người bệnh có nghề nghiệp khác (buôn bán, thợ điện, thợ may,..).

3.2. Đặc điểm về lâm sàng

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Lý do vào viện	Nuốt vướng	31	49,2
	Đau họng	19	30,2
	Ngủ ngáy	7	11,1
	Hôi miệng	6	9,5
Triệu chứng toàn thân	Chán ăn	40	63,5
	Mệt mỏi	36	57,1
	Sốt tái phát	29	46,0

Triệu chứng cơ năng	Đau họng	45	71,4
	Nuốt vướng	45	71,4
	Ngủ ngáy	13	20,6
Triệu chứng thực thể	Hai amidan to	48	76,2
	Amidan hốc mũ	33	52,4
	Amidan sung huyết	8	12,7
Phân độ quá phát amidan	Độ II	16	25,4
	Độ III	44	69,8
	Độ IV	3	4,8

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh vào viện lý do nuốt vướng chiếm (49,2%) và (6,3%). Triệu chứng toàn thân, triệu chứng cơ năng, triệu chứng thực thể chiếm tỷ lệ cao nhất là hai amidan to (76,2%). Trong đó, không có quá phát amidan độ I và quá phát amidan độ III chiếm cao nhất (69,8%).

Bảng 4. Chỉ định cắt amidan của đối tượng nghiên cứu

Chỉ định cắt amidan	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tần suất viêm	40	63,5
Amidan quá phát gây nuốt vướng	16	25,4
Amidan quá phát gây tắc nghẽn đường hô hấp trên	5	7,9
Amidan quá phát gây rối loạn giấc ngủ	2	3,2

Nhận xét: Chỉ định cắt amidan do tần suất viêm chiếm tỷ lệ cao nhất (63,5%), trường hợp amidan quá phát gây nuốt vướng (25,4%), amidan quá phát gây tắc nghẽn đường hô hấp trên (7,9%).

3.3. Đánh giá kết quả trong và sau phẫu thuật

Bảng 5. Lượng máu mất trong phẫu thuật, tình trạng lành thương hố mổ và biến chứng chảy máu hố amidan hậu phẫu

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Trong phẫu thuật			
Lượng máu mất trong phẫu thuật	<5ml	62	98,4
	5-10ml	1	1,6
Sau phẫu thuật			
Thời gian giả mạc bám đều	Hậu phẫu ngày 1	57	90,5
	Hậu phẫu ngày 2	6	9,5

Tình trạng lành thương tốt hố mổ	Hậu phẫu ngày 1	58	92,1
	Hậu phẫu ngày 7	61	96,8
	Hậu phẫu ngày 14	63	100
Biến chứng chảy máu hố amidan hậu phẫu	Chảy máu sớm	4	6,3
	Chảy máu muộn	3	4,8
	Không chảy máu	56	88,9

Nhận xét: Lượng máu mất trong phẫu thuật <5ml chiếm tỷ lệ cao nhất (98,4%). Đa số giả mạc bám đều hố mổ vào ngày hậu phẫu thứ nhất chiếm 90,5% và tình trạng lành thương tốt hố mổ hậu phẫu ngày 1, ngày 7 lần lượt là 92,1%; 96,8% và 100% vào hậu phẫu ngày 14. Tình trạng không chảy máu hố amidan hậu phẫu chiếm tỷ lệ khá cao 88,9%.

Bảng 6. Mức độ đau và thời gian hồi phục hậu phẫu

Đặc điểm		Hậu phẫu ngày 1	Hậu phẫu ngày 7	Hậu phẫu ngày 14
Mức độ đau	Đau vừa	3,2%	-	-
	Đau ít	96,8%	20,6%	1,6%
	Không đau	-	79,4%	98,4%
Nằm viện hậu phẫu (Trung vị)		3 ngày (Tối thiểu - tối đa: 2 - 11 ngày)		
Ăn uống bình thường (Trung vị)		8 ngày (Tối thiểu - tối đa: 7 - 12 ngày)		
Sinh hoạt bình thường (Trung vị)		6 ngày (Tối thiểu - tối đa: 5 - 10 ngày)		

Nhận xét: Có 96,8% người bệnh có mức độ đau ít ở hậu phẫu ngày 1, tỷ lệ không đau hậu phẫu ở ngày 7 và ngày 14 chiếm tỷ lệ lần lượt là 79,4% và 98,4%. Thời gian trung bình nằm viện hậu phẫu, ăn uống bình thường và sinh hoạt bình thường lần lượt là 3 ngày, 8 ngày và 6 ngày.

Bảng 7. Đánh giá chung sau phẫu thuật

Đánh giá chung	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tốt	61	96,8
Trung bình	2	3,2

Nhận xét: đánh giá kết quả điều trị chung sau phẫu thuật cắt amidan bằng coblator trong nghiên cứu đạt mức độ tốt chiếm 96,8%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

Đa phần là nữ giới chiếm (57,1%), kết quả tương đồng với tác giả Phan Anh Thư và cộng sự (2024) là 55,8% [11]. Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất từ 31-40 tuổi là 39,7%, theo nghiên cứu của tác giả Trần Ngọc Nam Phương và cộng sự (2024) cũng

cho thấy: tỷ lệ người bệnh vào viện đều > 40 tuổi chiếm 55,4% [12]. Trong đó, nghề nghiệp công nhân chiếm 17,5%; và đa phần có nghề nghiệp khác (buôn bán, thợ điện, thợ may,...) chiếm 52,4%.

4.2. Đặc điểm lâm sàng:

Kết quả nghiên cứu cho thấy: lý do người bệnh vào viện phổ biến nhất là triệu chứng nuốt vướng (49,2%), theo nghiên cứu của tác giả Trần Ngọc Nam Phương và cộng sự (2024), tỷ lệ người bệnh vào viện có triệu chứng nuốt vướng chiếm tới 73,0% [12]. Trong đó, triệu chứng toàn thân, cơ năng, thực thể như đau họng, nuốt vướng và hai amidan to cao nhất chiếm tỷ lệ lần lượt là 71,4%; 71,4% và 76,2%. Tác giả Trần Ngọc Nam Phương và cộng sự (2024) các triệu chứng toàn thân, cơ năng, thực thể chiếm tỷ lệ cao nhất là đau họng (100%), tăng sinh lympho đáy lưỡi và thành sau họng (97,3%) [12]. Về phân độ quá phát amidan, hầu hết là quá phát amidan độ III (69,8%), Trần Ngọc Nam Phương và cộng sự (2024) quá phát amidan độ IV (50,0%) [12], Phan Anh Thư và cộng sự (2024) quá phát amidan độ II (53,6%) [11].

4.3. Đánh giá kết quả phẫu thuật:

Có tới 63,5% được chỉ định cắt amidan do tần suất viêm, theo tác giả Phan Anh Thư (2024) tỷ lệ này là 83,7% [11]. Đa số lượng máu mất trong phẫu thuật <5ml (98,4%), điều này có thể chứng minh được phương pháp cắt amidan bằng coblator ít gây mất máu, do đây là phương pháp phẫu thuật điện vừa cắt vừa cầm máu, được ưa chuộng do tính đa năng và khả năng kiểm soát chảy máu trong

lúc phẫu thuật mà không cần phải sử dụng thêm dụng cụ [13]. Tỷ lệ người bệnh sau khi phẫu thuật có giả mạc bám đều hố mổ vào ngày hậu phẫu thứ nhất (90,5%), tình trạng lành thương tốt hố mổ hậu phẫu ngày 1, ngày 7 chiếm tỷ lệ lần lượt 92,1% và 96,8%; trong đó, đạt 100% hậu phẫu ngày 14. Theo tác giả Alsaif A và cộng sự (2023), kết quả cắt amidan bằng coblator tác động tích cực đến sự lành thương của mô amidan sau phẫu thuật [14]. Tình trạng chảy máu sớm và muộn chiếm tỷ lệ lần lượt là 6,3% và 4,8%. Tác giả Windfuhr JP và cộng sự (2007), tỷ lệ cần can thiệp cầm máu gây mê ở phòng mổ trong các trường chảy máu muộn dao động từ 0-11,5% [15]. Nghiên cứu của Mösges R và cộng sự (2010), trong tổng số 6290 ca phẫu thuật cắt amidan có 256 ca chảy máu (có 41 ca chảy máu sớm và 215 ca chảy máu muộn). Trong đó, tỷ lệ người bệnh sau phẫu thuật xảy ra chảy máu do phương pháp coblation chỉ chiếm 4,9% (CI 95%=0,044-0,054) [16]. Tác giả Lin H và cộng sự (2024), tỷ lệ người bệnh có chảy máu sớm chiếm 1,0% và chảy máu muộn là 0,8% [17]. Tác giả Lou Z và cộng sự (2023), tỷ lệ chảy máu muộn (7,1%) [18]. Tác giả Alsaif A và cộng sự (2023) so sánh kết quả điều trị giữa coblation và dao điện lưỡng cực, kết quả cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm về chảy máu sớm (OR=1,81; p=0,51) và chảy máu muộn (OR=0,72; p=0,20), tuy nhiên có xu hướng chung nghiêng về coblation trong cải thiện kết quả [14]. Có 96,8% người bệnh có mức độ đau ít ở hậu phẫu ngày 1; trong đó, tỷ lệ không đau hậu phẫu ngày 7 và ngày 14 lần lượt là

79,4% và 98,4%. Trong nghiên cứu của tác giả Metcalfe C và cộng sự (2017) các nghiên cứu gần đây về cắt amidan bằng coblator có vẻ có kết quả tốt hơn về mặt giảm đau và rút ngắn thời gian phẫu thuật [3]. Tác giả Parab SR. và cộng sự (2020) cho thấy: phương pháp phẫu thuật cắt amidan bằng coblator hạn chế tổn thương do nhiệt so với các hình thức phẫu thuật thay thế [19]. Thời gian trung bình nằm viện hậu phẫu, ăn uống bình thường, sinh hoạt bình thường lần lượt là 3 ngày, 8 ngày và 6 ngày. Theo tác giả Khoueir N và cộng sự (2021), thời gian trở lại ăn uống bình thường là 2,42 ngày, sinh hoạt bình thường là 2,7 ngày [20]. Theo tác giả El-Taher M và cộng sự (2019), phẫu thuật cắt amidan bằng coblation có nhiều ưu điểm rõ rệt so với phương pháp bóc tách truyền thống như giảm lượng máu mất trong mổ, phục hồi nhanh các hoạt động sinh hoạt và chế độ ăn uống bình thường [21]. Kết quả đánh giá chung sau phẫu thuật đạt mức độ tốt chiếm tỷ lệ trên 96%, cao hơn kết quả của Huỳnh Thị Kim Cương và cộng sự (2019) cắt amidan bằng dao điện lưỡng cực chỉ đạt 94,3% [7].

V. KẾT LUẬN

Lý do người bệnh nhập viện chiếm tỷ lệ nhiều nhất 49,2% do nuốt vướng, chán ăn là triệu chứng toàn thân nổi bật nhất (63,5%); trong đó, triệu chứng cơ năng là đau họng, nuốt vướng (71,4%), triệu chứng thực thể chiếm tỷ lệ cao nhất là hai amidan to (76,2%), quá phát amidan độ III chiếm cao nhất (69,8%). Phẫu thuật cắt amidan bằng sóng cao tần (coblator) hạn chế mất máu

trong phẫu thuật (98% < 5ml) và giảm đau hậu phẫu hiệu quả, với 96,8% người bệnh đau nhẹ ngày đầu và 98,4% không đau sau 14 ngày, đẩy nhanh tốc độ phục hồi sau mổ, rút ngắn thời gian ăn uống và sinh hoạt bình thường. Kết quả đánh giá chung sau phẫu thuật trong nghiên cứu đạt mức độ tốt trên 96%, cho thấy đây là một phương pháp phẫu thuật an toàn và hiệu quả, đề nghị áp dụng phương pháp cắt amidan bằng sóng cao tần (coblator) trên thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kryukov, A. I., Tovmasyan, A. S., Kishinevskiy, A. E., (2022). Clinical and morphological picture of chronic tonsillitis and its pathogenetic relationship with periodontal diseases: literature review. *Vestnik Otorinolaringologii*. 87(5), pp. 75-80
2. Berde, C. B., Cunningham, M. J., (2024). Improving Pain Management after Tonsillectomy. *Anesthesiology*. 141(3), pp. 425
3. Metcalfe C, Muzaffar J, Daultrey C, (2017). Coblation tonsillectomy: a systematic review and descriptive analysis. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 274(6), pp. 2637-2647
4. Phạm Anh Tuấn (2017). Đánh giá kết quả cắt Amidan bằng dao điện, coblator và plasma. Luận văn Bác sĩ nội trú, Đại học Y Hà Nội
5. Mitchell RB, et al (2019). Clinical Practice Guideline: Tonsillectomy in Children (Update)-Executive Summary.

- Otolaryngol Head Neck Surg.* 160(2), pp. 187-205
6. Friedman M. et al (2015). Brodsky and Friedman Scales and Clinical Tonsil Size Grading in Children. *JAMA Otolaryngology–Head & Neck Surgery*. 141(10), pp. 947-948.
 7. Huỳnh Thị Kim Cương và cộng sự (2019). Đánh giá kết quả cắt amidan viêm mạn tính bằng dao điện lưỡng cực tại Bệnh viện Tai Mũi Họng và Bệnh viện Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2018-2019. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 19, tr. 1-6
 8. Klimek L. et al (2017). Visual analogue scales (VAS): Measuring instruments for the documentation of symptoms and therapy monitoring in cases of allergic rhinitis in everyday health care. *Allergo J Int.* 26(1), pp. 16–24
 9. Hồ Phan Thị Ly Đa (2012). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng của viêm amidan mạn tính và so sánh kết quả điều trị cắt amidan bằng dao điện đơn cực và lưỡng cực. Luận văn Bác sĩ nội trú, Đại học Y Dược Huế
 10. Nguyễn Thanh Tuấn (2017). Đánh giá kết quả cắt amidan bằng dao điện, coblator và plasma. Luận văn Bác sĩ nội trú, Đại học Y Hà Nội
 11. Phan Anh Thư, Võ Thị Ngọc Hân, Trang Hồng Hạnh (2024). Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt amidan bằng dao điện đơn cực tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2022-2024. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 79, tr. 107-113
 12. Trần Ngọc Nam Phương, Châu Chiêu Hòa (2024). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hiệu quả điều trị cắt amidan viêm mạn bằng laser CO₂ ở người bệnh và một số yếu tố liên quan tại bệnh viện Xuyên Á Vĩnh Long. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 77, tr. 76-83
 13. Ni G, McAuliffe D, Sethi HK (2022). A single center retrospective comparison of post-tonsillectomy hemorrhage between BiZact and Coblator. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 158, pp. 111165.
 14. Alsaif A, Alazemi M. (2023). Tonsillectomy Outcomes for Coblation Versus Bipolar Diathermy Techniques in Adult Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Ear Nose Throat J.* 102(4), pp. 183-191.
 15. Windfuhr JP, et al (2007). Studien zur Coblation - Tonsillektomie [Coblation tonsillectomy: a review of the literature]. *HNO.* 55(5), pp. 337-348
 16. Mösges R, et al (2010). Nachblutungsrate nach Coblation - Tonsillektomie. Eine Metaanalyse publizierter Studien [Hemorrhage rates following coblation tonsillectomy. A meta-analysis of published trials]. *HNO.* 58(8), pp. 799-805
 17. Lin H, Hajarizadeh B, Wood AJ (2024). Postoperative Outcomes of Intracapsular Tonsillectomy with Coblation: A Systematic Review and

- Meta-Analysis. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 170(2), pp. 347-358
18. Lou Z (2023). A comparison of coblation and modified monopolar tonsillectomy in adults. *BMC Surg.* 23(1), pp. 141
19. Parab SR, Khan MM (2020). Endoscope holder-assisted endoscopic coblation tonsillectomy. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 277(11), pp. 3223-3226
20. Khoueir N, Rassi J, Richa T (2021). Coblation intra-capsular tonsillectomy: A prospective tertiary center trial. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 150, pp. 110890
21. El-Taher M, Aref Z (2019). Coblation Versus Conventional Tonsillectomy: A Double Blind Randomized Controlled Trial. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 71(1), pp. 172-175.