

(4 ngày). 1 BN (2,7%) độ IIIB phải gây mê toàn thân để thực hiện đóng lại vết mổ thành bụng do bục vào ngày thứ 6. BN là nam giới, 73 tuổi có tiền sử mổ mở sỏi mật cũ, đã được PTNS cắt gan hỗ trợ và cũng là BN duy nhất được dẫn lưu ống mật chủ trong mổ. Đây cũng là BN có số ngày nằm viện sau mổ dài nhất (14 ngày). Russel (2016) tổng kết tỉ lệ biến chứng chung sau mổ cắt gan ở Hoa Kỳ là 22,6% và tỉ lệ mổ lại do biến chứng là 5,2%, trong đó các nguyên nhân phổ biến nhất là sepsis, nhiễm khuẩn vết mổ, nhiễm khuẩn tiết niệu và nhiễm khuẩn tạng ở vị trí mổ.<sup>8</sup>

## V. KẾT LUẬN

PTNS cắt gan đã và đang được triển khai tại nhiều trung tâm trên thế giới. NC này cho thấy nhiều ưu điểm và tính khả thi với thời gian nằm viện trung bình 6,95 ngày và tỉ lệ PTNS thành công là 90,2%. Thang điểm độ khó của PTNS cắt gan theo Ban Daisuke có giá trị trong tiên lượng cuộc mổ giúp đưa ra chiến lược phẫu thuật phù hợp với đường cong học tập của phẫu thuật viên, cùng việc lựa chọn BN kỹ lưỡng là các yếu tố quan trọng quyết định hiệu quả của kỹ thuật.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ban D, Tanabe M, Ito H, et al.** A novel difficulty scoring system for laparoscopic liver resection. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2014;21(10):745-753. doi:10.1002/jhbp.166

2. **Trần Công Duy Long.** Đánh Giá Vai Trò Phẫu Thuật Nội Soi Cắt Gan Điều Trị Ung Thư Tế Bào Gan. Luận án Tiến sĩ Y học. Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh; 2016.
3. **Nguyễn Đình Hiệu, Nguyễn Quang Nghĩa, Phạm Văn Bình.** Ứng dụng phẫu thuật cắt gan nội soi điều trị ung thư tế bào gan tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An. *VMJ.* 2024;536(1B). doi:10.51298/vmj.v536i1B.8822
4. **Halls MC, Berardi G, Cipriani F, et al.** Development and validation of a difficulty score to predict intraoperative complications during laparoscopic liver resection. *Br J Surg.* 2018;105(9):1182-1191. doi:10.1002/bjs.10821
5. **Tsai KY, Chen HA, Wang WY, Huang MT.** Long-term and short-term surgical outcomes of laparoscopic versus open liver resection for hepatocellular carcinoma: might laparoscopic approach be better in early HCC? *Surg Endosc.* 2019; 33(4):1131-1139. doi:10.1007/s00464-018-6372-0
6. **Katz SC, Shia J, Liao KH, et al.** Operative blood loss independently predicts recurrence and survival after resection of hepatocellular carcinoma. *Ann Surg.* 2009;249(4):617-623. doi:10.1097/SLA.0b013e31819ed22f
7. **Nakada S, Otsuka Y, Ishii J, et al.** The Outcome of Conversion to Hand-Assisted Laparoscopic Surgery in Laparoscopic Liver Resection. *J Clin Med.* 2023;12(14):4808. doi:10.3390/jcm12144808
8. **Russell MC.** Complications Following Hepatectomy. *Surgical Oncology Clinics of North America.* 2015;24(1): 73-96. doi:10.1016/j.soc.2014.09.008

# ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT AMIDAN BẰNG DAO ĐIỆN LỬNG CỰC TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ NĂM 2021-2024

Nguyễn Triều Việt<sup>1</sup>, Trần Minh Hạnh<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Hiện nay, có nhiều kỹ thuật cắt amidan như: dao điện lưỡng cực, dao điện lưỡng cực, laser... đang được thực hiện với những ưu và nhược điểm khác nhau, và cũng chưa có một kỹ thuật nào được xem là tối ưu nhất khi giải quyết tình trạng viêm mạn tính của amidan. Tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, cắt amidan bằng dao điện lưỡng cực đã được thực hiện cho tất cả các ca phẫu thuật cắt amidan do vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này để theo dõi đánh giá hiệu quả cũng như rút ra các kinh nghiệm liên quan đến việc thực hiện kỹ thuật này.

<sup>1</sup>Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Triều Việt

Email: ntviet@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.9.2024

Ngày duyệt bài: 16.10.2024

**Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân viêm amidan mạn tính được chỉ định phẫu thuật và đánh giá kết quả phẫu thuật cắt amidan bằng dao điện lưỡng cực tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2021- 2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang tiến cứu tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 06/2021 đến tháng 03/2024 với 110 trường hợp được chẩn đoán viêm amidan mạn tính và được chỉ định phẫu thuật cắt amidan bằng dao điện lưỡng cực. **Kết quả:** 110 bệnh nhân. Nam (47 bệnh nhân, 42,5%) và nữ (63, 57,5%). Độ tuổi trung bình là 31,23 ± 6,95. Amidan quá phát chiếm tỷ lệ 72,5%. Amidan quá phát độ II chiếm 37/110 trường hợp. Lượng máu mất trung bình là 3,25 ± 1,32 mL. Có 1,7% trường hợp chảy máu muộn sau phẫu thuật. Điểm đau trung bình ngày 14 sau phẫu thuật là 0,05 ± 0,21. Thời gian trung bình làm việc lại là 7,24 ± 1,31 ngày. **Kết luận:** khi dùng dao điện lưỡng cực cắt amidan mang lại nhiều kết quả tốt như: mất máu ít, ít đau sau cắt và có thể sử dụng ở bệnh nhân có các

bệnh lý kèm theo. **Từ khóa:** viêm amidan mạn tính, phẫu thuật cắt amidan, dao điện lưỡng cực.

## SUMMARY

### THE EVALUATION RESULTS OF TONSILLECTOMY BY USING BIPOLAR CAUTERY AT CAN THO UNIVERSITY HOSPITAL OF MEDICINE AND PHARMACY IN 2021-2024

**Background:** Currently, there are many tonsillectomy techniques such as: bipolar electric knife, bipolar cautery, laser... being performed with different advantages and disadvantages, and there is no one technique that is considered the most optimal. When resolving chronic inflammation of the tonsils. At Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital, tonsillectomy with a bipolar cautery has been performed for all tonsillectomy, so we conducted this study to monitor and evaluate the effectiveness as well as getting the real experiences related to using this technique in tonsillectomy. **Objectives:** Describe the clinical characteristics of patients with chronic tonsillitis having tonsillectomy and evaluate the results of tonsillectomy by using bipolar cautery at Can Tho University Hospital of Medicine and Pharmacy in 2021-2024. **Materials and methods:** Prospective cross-sectional description at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital from June 2021 to March 2024 with 110 cases diagnosed with chronic tonsillitis and hospitalized for doing tonsillectomy using a bipolar cautery. **Result:** 110 patients. Male (47 patients, 42.5%) and female (63, 57.5%). The average age was  $31.23 \pm 6.95$  years. Hypertrophy tonsils account for 72.5%. Grade II hypertrophic tonsils account for 37/110 cases. The average amount of blood loss was  $3.25 \pm 1.32$  mL. There are 0.7% of cases of late bleeding after surgery. The average pain score on day 14 after surgery was  $0.05 \pm 0.21$ . The average time to return to work was  $7.24 \pm 1.31$  days. **Conclusion:** When using a bipolar cautery to cut tonsils, it brings many good results such as: less blood loss, less pain after cutting and can be used in patients with accompanying diseases. **Keywords:** chronic tonsillitis, tonsillectomy, bipolar electrocautery.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm amidan mạn tính là bệnh lý thường gặp có thể gây ảnh hưởng tại chỗ cũng như toàn thân. Trong một số trường hợp biến chứng nặng gây tác động xấu đến sức khỏe và năng suất lao động của bệnh nhân. Hiện nay có nhiều phương pháp cắt amidan được áp dụng trên thực tế tại các cơ sở khám chữa bệnh trong và ngoài nước.

Tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, cắt amidan bằng dao điện lưỡng cực là sự lựa chọn trong phần lớn các phiên mổ. Mặc dù không phải là phương pháp hiện đại nhất nhưng trên một số khía cạnh, phương pháp này mang lại kết quả điều trị tương tự các phương pháp mới ngày nay và chi phí điều trị thấp hơn khá nhiều, sử dụng thiết bị sẵn có, không tốn chi phí trang bị thêm.

Chúng tôi nhận thấy rằng, để đánh giá một cách khách quan về những ưu điểm, nhược điểm của phương pháp cắt amidan bằng dao điện lưỡng cực thì cần phải xem xét trên chính kết quả điều trị thực tế lâm sàng. Vậy nên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt amidan bằng dao điện lưỡng cực tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2021 - 2024" với những mục tiêu sau:

1. *Mô tả các đặc điểm amidan của bệnh nhân viêm amidan mạn tính được chỉ định phẫu thuật tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2021 - 2024.*

2. *Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt amidan bằng dao điện lưỡng cực tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2021 - 2024.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1 Đối tượng nghiên cứu.** Bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ 06/2021 đến 03/2024 được chẩn đoán viêm amidan mạn tính và được chỉ định phẫu thuật cắt amidan bằng dao điện lưỡng cực.

**Tiêu chuẩn chọn mẫu:** bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên, bệnh nhân viêm amidan mạn tính được chỉ định phẫu thuật cắt amidan bằng dao điện lưỡng cực, có hồ sơ bệnh án ghi chép đầy đủ, bệnh nhân đồng ý phẫu thuật và hợp tác nghiên cứu, và bệnh nhân đến tái khám đúng hẹn sau phẫu thuật.

Các bệnh nhân được chỉ định can thiệp phẫu thuật theo hướng dẫn của Hội Tai Mũi Họng và phẫu thuật đầu cổ Hoa Kỳ.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** bệnh nhân có nạo VA kèm theo, bệnh nhân có chỉ định cắt amidan khác như viêm amidan quá phát nghi ngờ u, u nhú amidan, hoặc dài mòm trâm.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** mô tả cắt ngang, tiến cứu.

**Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi thu thập được 110 mẫu với phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

**Nội dung nghiên cứu:** đặc điểm chung về tuổi, giới tính; Đặc điểm về hình thái amidan, mức độ quá phát; Đánh giá kết quả điều trị bao gồm lượng máu mất trong phẫu thuật, biến chứng chảy máu sau phẫu thuật, mức độ đau sau phẫu thuật, thời gian hồi phục.

**Phương pháp phẫu thuật.** Phẫu thuật cắt amidan bằng dao điện lưỡng cực được thực hiện dưới gây mê toàn thân và tư thế bệnh nhân giống như phương pháp còn lại. Dao điện lưỡng cực được đặt ở công suất 15-20 Watt, sử dụng một chiếc kẹp lưỡng cực thẳng hoặc cong, thực

hiện một vết rạch niêm mạc bằng đốt điện. Amidan vòm miệng được xác định và mổ xẻ từ cực trên đến cực dưới bằng cách cắt và đốt mô cầm máu đồng thời. Có thể nhận ra hầu hết các mạch cung cấp amidan đều được đốt điện trước khi tách chúng ra khỏi amidan. Việc cầm máu được đảm bảo bằng phương pháp kẹp, đốt cầm máu đồng thời.

**Phương pháp thu thập số liệu:** ghi nhận hành chính, hỏi tiền sử, bệnh sử và thăm khám lâm sàng, làm các xét nghiệm tiền phẫu. Tiến hành cắt amidan bằng dao điện lưỡng cực. Chăm sóc hậu phẫu đến khi xuất viện, dặn dò bệnh nhân tái khám sau 7 ngày, 14 ngày.

**Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:** Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 26.

**Đạo đức trong nghiên cứu:** Các đối tượng được giải thích rõ ràng về bệnh, phương pháp điều trị, mục tiêu của nghiên cứu trước khi tiến hành phỏng vấn và được sự đồng ý của bệnh nhân tham gia chương trình nghiên cứu. Những số liệu trong nghiên cứu đảm bảo nguyên tắc giữ bí mật các thông tin cá nhân của người bệnh. Nghiên cứu chỉ nhằm vào việc bảo vệ và chăm sóc sức khỏe cho bệnh nhân mà không nhằm vào mục đích nào khác. Đối tượng nghiên cứu được tư vấn và điều trị như mọi bệnh nhân khác không làm tổn hại đến sức khỏe bệnh nhân.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Nghiên cứu được thực hiện trên 110 bệnh nhân; Nam (42,5%) và nữ (57,5%); Độ tuổi trung bình là 28,13 ± 7,95; Chưa điều trị (1,44%), tự điều trị (19,5%), điều trị bởi bác sĩ đa khoa (18,63%), điều trị bởi bác sĩ tai mũi họng 60,43%.

**3.1. Đặc điểm lâm sàng**

**3.1.1. Hình thái viêm amidan**

**Bảng 1. Hình thái viêm amidan**

Hình thái của amidan	Quá phát	Xơ teo	Tổng
Có hốc mủ, bã đậu	60(82,2%)	13(17,8%)	73(100%)
Đơn thuần	30(81,1%)	7(18,9%)	37(100%)
Tổng	90(81,8%)	20(18,2%)	110(100%)

**Nhận xét:**

+ Amidan quá phát chiếm đa số trong nhóm nghiên cứu với 81,8% và amidan xơ teo chiếm tỷ lệ 18,2%.

+ Có 60/110 chiếm tỷ lệ 54,5% trường hợp amidan có hốc mủ, bã đậu và 30/110 trường hợp amidan đơn thuần chiếm 27,2%.

**3.1.2. Mức độ quá phát amidan**

**Bảng 2. Phân độ quá phát amidan**

Độ quá phát của amidan	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Quá phát độ I	21	29,1
Quá phát độ II	51	46,4
Quá phát độ III	15	23,6
Quá phát độ IV	3	2,7
Tổng	90	100

**Nhận xét:**

+ Amidan quá phát độ II và độ III là chủ yếu với tỷ lệ lần lượt là 46,4% và 23,6%.

+ Amidan quá phát độ I chiếm tỷ lệ 29,1%. Amidan quá phát độ IV chiếm tỷ lệ ít nhất với 2,7%.

**3.2. Đánh giá kết quả điều trị**

**3.2.1. Lượng máu mất trong phẫu thuật**

**Bảng 3. Lượng máu mất trong phẫu thuật**

Lượng máu mất	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
< 5 ml	82	74,5
5 – 10 ml	18	16,4
> 10 ml	10	9,1
Trung bình	3.25 ± 1.32 mL Nhỏ nhất: 0 mL Lớn nhất: 11 mL	

**Nhận xét:** + Lượng máu mất trung bình là 3.25 ± 1.32 mL.

+ Nhóm lượng máu mất < 5 mL chiếm tỷ lệ cao nhất là 74,5%.

+ Nhóm lượng máu mất 5 - 10 mL chiếm tỷ lệ 16,4%. Nhóm lượng máu mất > 10 mL chiếm tỷ lệ 9,1%.

**3.2.2. Biến chứng chảy máu sau phẫu thuật**

**Bảng 4. Biến chứng chảy máu sau phẫu thuật**

Phân loại chảy máu	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Không chảy máu	106	96,4
Chảy máu sớm	2	1,8
Chảy máu muộn	2	1,8
Tổng	110	100

**Nhận xét:**

+ Có 2/110 trường hợp chảy máu muộn sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ 1,8%.

+ Có 106/110 trường hợp không chảy máu sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ 96,4%.

+ Không có trường hợp chảy máu sớm sau phẫu thuật.

**3.2.3. Mức độ đau sau phẫu thuật**

**Bảng 5. Mức độ đau sau phẫu thuật**

Mức độ đau	Ngày 1	Ngày 2	Ngày 7	Ngày 14
N=110	3,85	3,75	0.90	0,05

**Nhận xét:** Đa số các trường hợp hết đau hoàn toàn sau 14 ngày (95,35%) với điểm đau trung bình là 0,05 ± 0,21.

**3.2.4. Thời gian hồi phục**

**Bảng 6. Tổng hợp các khung thời gian**

Thời gian (ngày)	Nằm viện trung bình	Trung bình ăn uống lại	Trung bình làm việc
N=110	1,57	10,12	7,24

**Nhận xét:** Thời gian nằm viện trung bình là  $1,57 \pm 0,34$  ngày. Thời gian trung bình ăn uống lại là  $10,12 \pm 1,61$  ngày. Thời gian trung bình làm việc lại là  $7,24 \pm 1,31$  ngày.

#### IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật cắt amidan lý tưởng phải nhanh chóng, không đau và không liên quan đến việc mất máu. Tuy nhiên, cho đến nay không có kỹ thuật nào được sử dụng phổ biến với chứng minh là vượt trội. Nhiều tác giả đã cố gắng tìm ra một phương pháp phẫu thuật lý tưởng với thời gian phẫu thuật ngắn hơn, mất ít máu trong khi phẫu thuật, phục hồi nhanh và ít đau hơn do vậy hiện nay vẫn còn nhiều nghiên cứu thực hiện so sánh việc sử dụng các phương pháp cắt khác nhau.

**4.1. Hình thái và đặc điểm amidan.** Qua nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận về hình thái amidan thì có 90/110 ca quá phát chiếm tỷ lệ 81,8% và 20/110 ca có amidan xơ teo chiếm tỷ lệ 18,2%. Có 60 trường hợp amidan có hốc mủ, bã đậu, phân bố hầu hết ở các trường hợp có hình thái amidan quá phát chiếm 82,19%. Có 13/110 trường hợp là amidan quá phát hoặc xơ teo đơn thuần, chiếm tỷ lệ 15,11%. Theo nghiên cứu của tác giả Gevorg S ghi nhận tỷ lệ amidan quá phát là 52,3%, xơ teo chiếm 47,7%, amidan có hốc mủ, bã đậu chiếm 88,7% phân bố tương đương ở cả hai hình thái quá phát và xơ teo. Sự khác biệt giữa hai nghiên cứu là do độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn của tác giả Gevorg S, mà hình thái amidan quá phát là do hoạt động miễn dịch mạnh nhất ở lứa tuổi nhỏ và sau đó tự động giảm dần đến khi trưởng thành. Mức độ quá phát amidan độ II chiếm tỷ lệ cao nhất với 53,62%, quá phát độ I, III và IV lần lượt là 20,29%, 21,74% và 4,35%. Theo nghiên cứu của tác giả Gevorg S và cộng sự [1] ghi nhận amidan quá phát độ I, II, III và IV lần lượt là 24,9%, 31,1%, 38,3% và 5,7%.

**4.2. Lượng máu mất trong phẫu thuật và các biến chứng.** Kết quả nghiên cứu chúng tôi ghi nhận lượng máu mất trung bình là  $3,25 \pm 1,32$  mL, trường hợp máu mất ít nhất là 2 mL và nhiều nhất là 14 mL. Nhóm lượng máu mất < 5 mL chiếm tỷ lệ cao nhất là 74,5%. Nhóm lượng máu mất trên 10 mL chiếm tỷ lệ 15,5% và 5 - 10 mL chiếm tỷ lệ 10,9%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của tác giả Zhengcai Lou [2] trên 327 trường hợp cắt amidan bằng dao điện lưỡng cực ghi nhận lượng máu mất trung bình là  $6,3 \pm 2,7$  mL và nhóm

lượng máu mất < 5 mL chiếm tỷ lệ cao nhất là 69,77%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, công suất dùng cho đông điện lưỡng cực từ 10 - 15 Watt. Với cường độ này, tuy không thể cầm máu được khi máu chảy từ các mạch máu lớn và đòi hỏi cần phải có các phương pháp cầm máu khác nhưng vẫn có thể đốt được các mạch máu nhỏ trong quá trình giải phóng amidan ra khỏi ổ nên ít gây chảy máu. Ngoài ra việc cắt amidan theo bình diện bóc tách cũng hạn chế được việc cắt xâm phạm vào cơ xung quanh và các mạch máu lớn gây chảy máu nhiều. phương pháp cắt amidan bằng dao điện vừa cắt vừa cầm máu trong quá trình phẫu thuật. Nhìn chung, số lượng máu mất trong quá trình cắt amidan bằng dao điện vẫn là con số an toàn cho tuần hoàn chung của cơ thể, không gây nguy hiểm cho bệnh nhân.

Về biến chứng chảy máu sau phẫu thuật có 2 trường hợp chảy máu muộn mức độ nhẹ chiếm 2,33% và 100% tự cầm, không có trường hợp nào chảy máu sớm sau mổ. Theo tác giả Zhengcai Lou [2], biến chứng chảy máu muộn của phương pháp cắt amidan bằng dao điện lưỡng cực và coblator lần lượt là 2,8% và 7,1%.

Khi sử dụng dao điện lưỡng cực giúp vừa bóc tách vừa đốt cầm máu nên hạn chế việc chảy máu nhiều lúc can thiệp cũng như hạn chế bóng khu vực lân cận hay bóng sâu giúp giảm chảy máu muộn sau phẫu thuật.

**4.3. Mức độ đau sau phẫu thuật.** Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mức độ đau sau phẫu thuật của bệnh nhân giảm dần. Mức độ đau cao nhất ở ngày thứ nhất sau mổ với  $4,95 \pm 1,99$  điểm và đa số hết đau hoàn toàn sau 14 ngày với điểm đau trung bình  $0,05 \pm 0,21$  điểm. Kết quả này tương đương với kết quả của tác giả Mofatthe và cộng sự với tuần thứ nhất sau phẫu thuật, điểm đau trung bình là  $3,56 \pm 2,24$ , tuần thứ 2 điểm đau là  $0,78 \pm 1,04$ , đến tuần thứ 4 bệnh nhân hoàn toàn không còn cảm giác đau. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự với nghiên cứu của tác giả Zhengcai Lou [2] với mức độ đau giảm dần theo thời gian và mức độ đau trung bình sau cắt amidan bằng coblator ngày 1 hậu phẫu là  $4,7 \pm 3,1$ . Việc sử dụng cường độ thấp, nhiệt độ tỏa ra chỉ là khoảng  $150^{\circ}\text{C}$  thay vì  $400 - 600^{\circ}\text{C}$ , do đó đã hạn chế được tổn thương mô do nhiệt đến các cấu trúc lân cận cũng như hạn chế được tác dụng xuyên sâu xuống các cấu trúc bên dưới, từ đó rút ngắn được thời gian đau sau phẫu thuật trên bệnh nhân.

Cắt amidan bằng phương pháp dao điện lưỡng cực chỉ xảy ra mất máu tối thiểu, thời gian phẫu thuật ngắn và cho phép kiểm soát đồng thời chảy máu và bóc tách. Bên cạnh đó, đốt

điện lưỡng cực không gây tổn thương mô xung quanh so với đốt điện đơn cực và được cho là vượt trội hơn về khả năng chảy máu chu phẫu và thời gian phẫu thuật. Ngoài ra, dao điện lưỡng cực còn được sử dụng an toàn ở các bệnh nhân bị bệnh tim mạch, có đặt máy tạo nhịp do dòng điện không đi vào cơ thể, chỉ đi qua vùng mô cắt, bóc tách.

**4.4. Thời gian hồi phục.** Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận thời gian nằm viện trung bình là  $1,57 \pm 0,34$  ngày, thời gian trung bình ăn uống lại là  $10,12 \pm 1,61$  ngày, thời gian trung bình làm việc lại là  $7,24 \pm 1,31$  ngày. Theo tác giả Alvin Tan và cộng sự [4] đánh giá trên 29 trường hợp cắt amidan bằng dao điện lưỡng cực và 29 trường hợp cắt amidan bằng plasma thì thời gian để trở lại chế độ ăn bình thường lần lượt là  $11,97 \pm 4,48$  ngày và  $10,52 \pm 4,14$  ngày, thời gian hoạt động bình thường lần lượt là  $9,17 \pm 5,84$  ngày và  $7,83 \pm 5,01$  ngày. Theo tác giả Nguyễn Phương Thảo và cộng sự [5] nghiên cứu trên 28 bệnh nhân cắt amidan bằng dao Ligasure thì thời gian trung bình ăn uống như trước mổ là  $10,18 \pm 2,212$  ngày và thời gian trung bình quay lại làm việc là  $5,64 \pm 1,545$  ngày. Như vậy sau phẫu thuật trung bình khoảng hơn một tuần bệnh nhân có thể trở lại sinh hoạt bình thường như trước mổ. Thời gian ăn uống lại bình thường càng ngắn, bệnh nhân càng nhanh chóng hồi phục sức khỏe và chất lượng cuộc sống tốt hơn. Thời gian làm việc và học tập lại bình thường càng ngắn, bệnh nhân càng tiết kiệm được chi phí và làm giảm hao hụt năng suất lao động của xã hội. Qua so sánh với các nghiên cứu trên thời gian bệnh nhân hồi phục lại trong nghiên cứu chúng tôi tương đồng với các phương pháp khác và ngắn hơn cắt bằng dao

điện đơn cực.

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt amidan bằng dao điện lưỡng cực có lượng máu mất trong phẫu thuật thấp. Tỷ lệ chảy máu sau phẫu thuật thấp. Bệnh nhân đau mức độ vừa vào ngày đầu sau phẫu thuật, giảm dần ở những ngày sau, và đa số hết đau hoàn toàn ở ngày 14 sau phẫu thuật. Thời gian để phục hồi ăn uống và lao động trở lại bình thường ngắn. Với những ưu điểm trên, chúng tôi nhận thấy đây là một sự lựa chọn mang lại kết quả tốt cho phẫu thuật cắt amidan. Việc thực hiện có thể dựa vào trang thiết bị sẵn có, không đòi hỏi trang bị thêm tổn chi phí.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Gevorg S.** Effect of modified bipolar tonsillectomy on postoperative pain. Otorhinolaryngol Head Neck Surg, 2021 doi: 10.15761/OHNS.1000260 ISSN: 2398-4937 Volume 6: 1-5
- 2. Lou Z.** A comparison of coblation and modified monopolar tonsillectomy in adults. BMC Surg. 2023. 23(1), 141, <https://doi.org/10.1186/s12893-023-02035-1>.
- 3. Mofatteh MR.** Comparison of postoperative morbidity between conventional cold dissection and bipolar electrocautery tonsillectomy: which technique is better? Brazilian journal of otorhinolaryngology 2020; 86:427-33
- 4. Tan A. Ganhasan S. Lu P. Yuen HW. Loh I. et al.** PEAK PlasmaBlade versus monopolar electrocautery tonsillectomy in adults: A prospective double - blinded randomized controlled trial. Am J Otolaryngol. 2019. 40(4), 478-481. <https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2019.03.011>.
- 5. Nguyễn Phương Thảo, Nguyễn Quang Trung.** Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt amidan bằng dao Ligasure. Tạp chí Y học Việt Nam. 2020. 496(2), 179 - 182.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SỚM CHO NGƯỜI BỆNH SAU MỔ KẾT HỢP XƯƠNG NỤP VIS GÃY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY

Lê Thị Thảo<sup>1</sup>, Phạm Đình Phương<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Kim Liên<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị phục hồi chức năng (PHCN) sớm cho người bệnh sau mổ kết

hợp xương nẹp vis gãy đầu dưới xương quay (ĐDXQ) tại bệnh viện E từ 10-2023 đến 7-2024. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp, tiền cứu, không đối chứng. **Kết quả nghiên cứu:** Trong 37 bệnh nhân được tiến hành nghiên cứu, đa số các bệnh nhân đều có cải thiện tình trạng sưng nề, đau, tầm vận động cổ tay có biên độ tốt. 75,7% bệnh nhân có sự hồi phục tốt theo thang điểm Green và O'Brien cải tiến Cooney. **Kết luận:** Bệnh nhân sau mổ kết hợp xương nẹp vis gãy ĐDXQ có kết quả phục hồi tốt sau 3 tháng. **Từ khóa:** Gãy đầu dưới xương quay, phục hồi chức năng sớm, nẹp vis

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thảo

Email: thao180193@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2024

Ngày duyệt bài: 17.10.2024