KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT AMIDAN BẰNG LASER TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN NĂM 2025-2026

Đàm Thanh Liêm[1], Trần Duy Ninh[2]

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả loạt ca có theo dõi sau phẫu thuật trên 32 bệnh nhân viêm amidan mạn tính tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 11/2025 đến tháng 6/2026

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật cắt amidan bằng laser ở người trưởng thành.

Kết quả: Tuổi trung bình 33,97 ± 6,20; nữ chiếm 56,3%. Xơ dính độ 2 chiếm 59,4%. Thời gian mổ trung bình 26,40 ± 4,21 phút; lượng máu mất 9,92 ± 2,68 ml. Hai bệnh nhân (6,3%) cần cầm máu bổ sung bằng dao điện lưỡng cực. Tổn thương nhiệt nhẹ trụ sau gặp ở 4 bệnh nhân (12,5%); không ghi nhận chảy máu hậu phẫu. Ngày đầu, 65,6% đau vừa; tỷ lệ không đau ngày 7 và 14 lần lượt là 78,1% và 96,9%. Có 75,0% ăn lỏng trong 12 giờ đầu; 81,3% ăn thức ăn đặc và 96,9% trở lại làm việc hoặc đi học trong 8–14 ngày.

Kết luận: Cắt amidan bằng laser ghi nhận lượng máu mất thấp và phục hồi thuận lợi trong hai tuần.

Từ khóa: Viêm amidan mạn tính; cắt amidan; laser; người trưởng thành; kết quả phẫu thuật.

SUMMARY

OUTCOMES OF LASER TONSILLECTOMY AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL IN 2025–2026

A descriptive case series with postoperative follow-up included 32 patients with chronic tonsillitis treated at Thai Nguyen National Hospital between November 2025 and June 2026.

Objective: To evaluate the early outcomes of laser tonsillectomy in adults.

Results: The mean age was 33.97 ± 6.20 years, and 56.3% of patients were women. Grade 2 adhesions accounted for 59.4%. The mean operative time was 26.40 ± 4.21 minutes, and the mean blood loss was 9.92 ± 2.68 mL. Two patients (6.3%) required additional hemostasis using bipolar electrocautery. Minor thermal injury to the posterior tonsillar pillar occurred in four patients (12.5%); no postoperative hemorrhage was recorded. On postoperative day 1, 65.6% reported moderate pain. The proportions of patients reporting no pain on days 7 and 14 were 78.1% and 96.9%, respectively. Liquid intake resumed within the first 12 hours in 75.0% of patients; 81.3% resumed solid food, and 96.9% returned to work or school within 8–14 days.

Conclusion: Laser tonsillectomy was associated with low blood loss and favorable recovery within two weeks.

Keywords: Chronic tonsillitis; tonsillectomy; laser; adults; surgical outcomes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm amidan mạn tính tái diễn có thể gây đau họng, nuốt vướng, hơi thở hôi và ảnh hưởng sinh hoạt của người bệnh. Khi có chỉ định ngoại khoa, việc lựa chọn phương tiện cắt amidan cần đồng thời xem xét khả năng kiểm soát chảy máu, mức độ đau và thời gian phục hồi. Laser đã được ứng dụng tại một số cơ sở chuyên khoa trong nước, với các báo cáo đánh giá cả thông số trong mổ và diễn biến hậu phẫu [1], [2].

Tuy nhiên, kết quả giữa các kỹ thuật chưa thống nhất. Nghiên cứu của Ghiyali và cộng sự ghi nhận laser CO_2 giảm lượng máu mất so với bóc tách lạnh, trong khi Bhankhodia và cộng sự báo cáo thời gian mổ bằng laser CO_2 dài hơn các phương pháp đối chiếu [4], [5]. Điều này cho thấy cần đặt kết quả trong bối cảnh loại thiết bị, đặc điểm bệnh nhân, kỹ thuật phẫu thuật và cách đo lường của từng nghiên cứu.

Tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, kỹ thuật cắt amidan bằng laser đã được triển khai và báo cáo kết quả bước đầu [1]. Người trưởng thành có thể có tiền sử viêm kéo dài cùng mức độ xơ dính khác nhau, do đó cần tiếp tục cập nhật kết quả thực hành ở nhóm đối tượng này. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật cắt amidan bằng laser ở người trưởng thành, tập trung vào diễn biến trong mổ, đau sau mổ và phục hồi trong 14 ngày.

[1]Bệnh viện Chợ Đồn, tỉnh Thái Nguyên
[2]Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên
Tác giả chịu trách nhiệm chính: Đàm Thanh Liêm
Email: damthanhliemcb@gmail.com
Mã bài: N982
Ngày nhận bài: 7/7/2026
Ngày phản biện khoa học: 6/7/2026
Ngày duyệt bài: 10/8/2026

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm

Gồm 32 bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán viêm amidan mạn tính và phẫu thuật cắt amidan bằng laser tại Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, từ ngày 01/11/2025 đến ngày 31/6/2026.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân ≥ 18 tuổi.

- Viêm amidan cấp tái phát nhiều lần: trên 6 lần/ năm, trên 5 lần/ năm trong 2 năm liên tiếp hoặc trên 3 lần/ năm trong 3 năm liên tiếp. Một số trường hợp, số lần viêm không đủ tiêu chuẩn trên nhưng triệu chứng nặng, phải nhập viện mỗi đợt viêm cấp, hoặc dị ứng nhiều loại kháng sinh… thì vẫn có chỉ định cắt amidan.

- Amidan quá to gây hội chứng ngưng thở khi ngủ, ảnh hưởng chức năng: ăn, thở, phát âm.

- Viêm amidan gây biến chứng tại chỗ hoặc biến chứng xa: áp xe quanh amidan, viêm khớp, viêm cầu thận.

- Tổn thương amidan 1 bên nghi ngờ khối u.

- Làm đường vào cho phẫu thuật khác: phẫu thuật cắt mỏm trâm…

- Phẫu thuật đơn thuần bằng phương pháp laser tại Khoa Tai Mũi Họng - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

- Bệnh nhân được theo dõi hậu phẫu vào ngày 1, 7 và được phỏng vấn qua điện thoại sau mổ 14 ngày.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân trong đợt viêm cấp, có nhiễm khuẩn cơ quan khác hoặc toàn thân, phụ nữ mang thai,

- Bệnh mạn tính chưa ổn định hoặc chống chỉ định phẫu thuật; trường hợp phối hợp phẫu thuật khác hoặc không hoàn thành theo dõi.

2.2. Thiết kế và chọn mẫu

Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh có theo dõi sau phẫu thuật

Chọn mẫu thuận tiện, bao gồm toàn bộ 32 trường hợp đáp ứng tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

2.3. Quy trình nghiên cứu

Người bệnh được khai thác tiền sử, khám chuyên khoa, thực hiện xét nghiệm chuẩn bị phẫu thuật và tư vấn trước can thiệp. Phẫu thuật cắt amidan được thực hiện dưới gây mê nội khí quản. Phẫu thuật viên ghi nhận mức độ xơ dính, thời gian mổ, lượng máu mất, nhu cầu cầm máu bổ sung và tổn thương cấu trúc lân cận. Dao điện lưỡng cực được sử dụng hỗ trợ khi cần thiết. Diễn biến hậu phẫu được thu thập từ hồ sơ, thăm khám và phỏng vấn theo lịch theo dõi.

2.4. Biến số và tiêu chí đánh giá

Đặc điểm chung: tuổi, giới, tiền sử điều trị, triệu chứng và hình thái amidan.

- Các triệu chứng lâm sàng: Hơi thở hôi, khạc bã đậu, ngủ ngáy

- Đánh giá mức độ xơ dính trong mổ chia thành: độ 1, ít dính, tìm được bình diện bóc tách rõ; độ 2, dính một phần vào trụ trước hoặc trụ sau, bóc tách khó hơn; độ 3, xơ dính chặt, khó xác định bình diện. Thời gian mổ ghi nhận bằng phút; lượng máu mất ước tính từ dịch trong bình hút sau khi trừ nước muối sử dụng và dịch tiết. Dịch tiết được quy ước bằng 1 ml nhân với số phút phẫu thuật khi ước tính lượng máu mất.

Đau được đánh giá bằng thang điểm số từ 0 đến 10 và phân thành không đau (0), nhẹ (1–3), vừa (4–6), nặng (7–10). Đau được đánh giá vào ngày 1, 7 và 14 sau phẫu thuật; ngày 14 có sử dụng phỏng vấn người bệnh qua điện thoại. Ghi nhận số ngày và số lần dùng thuốc giảm đau. Điều trị giảm đau trong nghiên cứu gồm fentanyl trong mổ và paracetamol sau mổ; điểm đau được lượng giá trước khi dùng thuốc ở các lần đánh giá tiếp theo.

Các kết quả phục hồi gồm thời điểm bắt đầu ăn lỏng, ăn thức ăn đặc và trở lại làm việc hoặc đi học. Diễn biến hốc mổ được phân loại tốt, trung bình hoặc kém theo hồ sơ.

Kết quả chung tốt được xác định theo: hốc amidan tiến triển thuận lợi, tổn thương trụ hoặc tổ chức xung quanh không có hoặc ít, đau ít, không chảy máu hoặc chảy máu nhẹ và không nhập viện lại do biến chứng.

2.5. Xử lý số liệu và đạo đức nghiên cứu.

Phần mềm SPSS 22.0.

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y – Dược Thái Nguyên và Hội đồng Khoa học Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên thông qua

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình của 32 bệnh nhân là 33,97 ± 6,20, nhỏ nhất 22 và lớn nhất 51 tuổi. Nhóm 18–34 tuổi có 17 người (53,1%); nhóm từ 35 tuổi có 15 người (46,9%).

Bảng 1. Một số đặc điểm trước phẫu thuật (n = 32)

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nữ	18	56,3
Tiền sử dùng kháng sinh toàn thân	32	100,0
Thất bại điều trị nội khoa	15	46,9
Tiền sử chích rạch, dẫn lưu áp xe	4	12,5
Hơi thở có mùi hôi	31	96,9
Ngủ ngáy	28	87,5
Khạc bã đậu	28	87,5
Amidan thể quá phát theo hồ sơ	30	93,8

Toàn bộ bệnh nhân có tiền sử viêm tái diễn nhiều lần và từng sử dụng kháng sinh toàn thân. Hơi thở hôi, ngủ ngáy và khạc bã đậu là các biểu hiện thường gặp. Tỷ lệ khe hốc sâu và tỷ lệ có bã đậu đều là 84,4% (27/32).

3.2. Kết quả trong mổ

Thời gian phẫu thuật trung bình là 26,40 ± 4,21 phút, dao động 18–34 phút; lượng máu mất ước tính trung bình 9,92 ± 2,68 ml, dao động 6–14 ml.

Bảng 2. Kết quả trong và sau phẫu thuật (n = 32)

Chỉ số	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thời gian mổ 16–30 phút	27	84,4
Thời gian mổ ≥31 phút	5	15,6
Lượng máu mất 5–15 ml	32	100,0
Cầm máu bổ sung bằng dao điện lưỡng cực	2	6,3
Tổn thương nhiệt nhẹ trụ sau	4	12,5
Không ghi nhận tổn thương lân cận	28	87,5
Chảy máu sau mổ được ghi nhận	0	0,0

Đa số trường hợp không cần cầm máu bổ sung. Bốn trường hợp tổn thương nhiệt nhẹ trụ sau thuộc nhóm xơ dính độ 2 hoặc độ 3. Không ghi nhận chảy máu hậu phẫu trong thời gian theo dõi.

Bảng 3. Một số kết quả theo mức độ xơ dính trong mổ

Mức xơ dính	n	Mổ ≥31 phút, (n ,%)	Tổn thương trụ sau, (n, %)	Giảm đau 4–7 ngày, n (%)
Độ 1	9	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (22,2)
Độ 2	19	2 (10,5)	2 (10,5)	7 (36,8)
Độ 3	4	3 (75,0)	2 (50,0)	4 (100,0)
Tổng	32	5 (15,6)	4 (12,5)	13 (40,6)

Xơ dính độ 2 gặp nhiều nhất với 19 bệnh nhân (59,4%). Trong bốn trường hợp xơ dính độ 3, ba trường hợp có thời gian mổ từ 31 phút và tất cả sử dụng thuốc giảm đau trong 4–7 ngày. Toàn bộ chín trường hợp xơ dính độ 1 có thời gian mổ trong khoảng 16–30 phút.

3.3. Đau và phục hồi sau phẫu thuật.

Bảng 4. Diễn biến mức độ đau sau phẫu thuật (n = 32)

Thời điểm	Không đau(n ,%)	Đau nhẹ(n ,%)	Đau vừa(n ,%)	Đau nặng(n ,%)
Ngày 1	0 (0,0)	11 (34,4)	21 (65,6)	0 (0,0)
Ngày 7	25 (78,1)	7 (21,9)	0 (0,0)	0 (0,0)
Ngày 14	31 (96,9)	1 (3,1)	0 (0,0)	0 (0,0)

Không đau: 0 điểm; nhẹ: 1–3 điểm; vừa: 4–6 điểm; nặng: 7–10 điểm.

Ngày đầu, đau vừa chiếm tỷ lệ cao nhất. Ở ngày 7 không ghi nhận đau vừa hoặc nặng. Đến ngày 14, chỉ còn một bệnh nhân đau nhẹ. Có 19 bệnh nhân (59,4%) dùng thuốc giảm đau không quá ba ngày; 13 bệnh nhân (40,6%) dùng trong 4–7 ngày.

Bảng 5. Diễn biến hốc mổ và phục hồi chức năng (n = 32)

Chỉ số	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Hốc mổ được xếp loại tốt ngày 1	26	81,3
Hốc mổ được xếp loại tốt ngày 7	32	100,0
Bắt đầu ăn lỏng <12 giờ	24	75,0
Bắt đầu ăn lỏng 12–24 giờ	8	25,0
Ăn thức ăn đặc ≤7 ngày	6	18,8
Ăn thức ăn đặc trong 8–14 ngày	26	81,3
Trở lại làm việc/đi học ≤7 ngày	1	3,1
Trở lại làm việc/đi học trong 8–14 ngày	31	96,9

Tất cả bệnh nhân bắt đầu ăn lỏng trong 24 giờ. Phần lớn trở lại ăn thức ăn đặc, làm việc hoặc đi học trong tuần thứ hai. Kết quả chung được xếp loại tốt ở 32 bệnh nhân (100,0%)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu

Loạt ca gồm người trưởng thành, tuổi trung bình 33,97 ± 6,20 và nữ chiếm 56,3%. Người bệnh chủ yếu trong độ tuổi lao động, do đó khả năng ăn uống và trở lại sinh hoạt là những kết cục có ý nghĩa thực tiễn. Tuy nhiên, phân bố tuổi, giới trong mẫu thuận tiện tại một bệnh viện không phản ánh tỷ lệ mắc viêm amidan mạn tính của cộng đồng.

Toàn bộ bệnh nhân có tiền sử viêm tái diễn và sử dụng kháng sinh; 46,9% được ghi nhận thất bại điều trị nội khoa. Những dữ liệu này mô tả nhóm đã được lựa chọn phẫu thuật, không đủ để xác định nguyên nhân thất bại điều trị là kháng thuốc hay màng sinh học. Hơi thở hôi, ngủ ngáy và bã đậu thường gặp.

4.2. Thời gian mổ và kiểm soát chảy máu

Thời gian phẫu thuật trung bình là 26,40 phút, phần lớn hoàn thành trong 16–30 phút. Mẫu nghiên cứu có 71,9% xơ dính độ 2 hoặc 3; ba trong bốn trường hợp độ 3 cần từ 31 phút. Phân bố này gợi ý mức độ xơ dính là đặc điểm cần chú ý khi chuẩn bị phẫu thuật.

Lượng máu mất trung bình 9,92 ml nằm dưới mức 12,5 ml trong báo cáo của Nguyễn Thị Ngọc Anh và Nguyễn Công Hoàng tại cùng bệnh viện [1]. Trong nghiên cứu ở Bệnh viện Xuyên Á Vĩnh Long, Trần Ngọc Nam Phương và Châu Chiêu Hòa ghi nhận 58,1% trường hợp mất máu dưới 5 ml [2]. Có sự khác biệt là do nhóm đối tượng nghiên cứu có khác nhau

Trong nghiên cứu của Ghiyali và cộng sự, 25 người bệnh được cắt một bên bằng laser CO_2 và bên đối diện bằng bóc tách lạnh; lượng máu mất tương ứng là 41,8 và 78,8 ml [5]. Cách đối chiếu trong cùng người bệnh khác với loạt ca hiện tại. Kết quả hỗ trợ khả năng cầm máu của laser trong bối cảnh nghiên cứu.

Hai trường hợp cần dao điện lưỡng cực cho thấy cầm máu bổ sung vẫn có vai trò khi sử dụng laser. Vì vậy, kết quả phản ánh toàn bộ quy trình phẫu thuật, bao gồm phương tiện hỗ trợ, thay vì tác động riêng của laser.

4.3. Tổn thương lân cận và diễn biến đau

Tổn thương nhiệt nhẹ trụ sau gặp ở 12,5% bệnh nhân, tập trung ở nhóm xơ dính độ 2–3.

Ngày đầu sau mổ, 65,6% người bệnh đau vừa. Mức đau giảm trong quá trình theo dõi, với 78,1% không đau ngày 7 và 96,9% không đau ngày 14.

Alaqeedy và cộng sự nghiên cứu 62 người bệnh, chủ yếu từ 18 tuổi trở xuống, ghi nhận diode laser có điểm đau thấp hơn coblation tại các mốc được đánh giá, trong khi coblation có thời gian mổ và lượng máu mất thấp hơn [3]. Bhankhodia và cộng sự lại báo cáo đau và thời gian phục hồi kéo dài hơn ở nhóm laser CO_2 so với phương pháp thông thường [4]. Do vậy ngưỡng đau của các nhóm đối tượng khác nhau có sự khác biệt.

4.4. Phục hồi và giới hạn của nghiên cứu

Có 75,0% người bệnh ăn lỏng trong 12 giờ đầu; 81,3% ăn thức ăn đặc và 96,9% trở lại làm việc hoặc đi học trong 8–14 ngày.

Tỷ lệ hốc mổ được xếp loại tốt đạt 100% ở ngày. Phỏng vấn điện thoại vào ngày 14 giúp ghi nhận đau và phục hồi sinh hoạt, từ đó có thể tư vấn thêm cho từng bệnh nhân.

Tỷ lệ kết quả chung tốt 100% tuy nhiên do thời gian nghiên cứu và theo dõi còn ngắn do vậy cần phải nghiên cứu trong thời gian dài hơn.

V. KẾT LUẬN

Ở 32 người trưởng thành được cắt amidan bằng laser, thời gian mổ trung bình là 26,40 ± 4,21 phút và lượng máu mất ước tính 9,92 ± 2,68 ml. Tổn thương nhiệt nhẹ trụ sau gặp ở 12,5%; không ghi nhận chảy máu hậu phẫu trong 14 ngày. Đa số hết đau và phục hồi ăn uống, sinh hoạt trong hai tuần. Kết quả có giá trị mô tả thực hành tại đơn vị; cần nghiên cứu có nhóm chứng và theo dõi dài hơn để đánh giá đầy đủ hiệu quả, an toàn của phương pháp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Ngọc Anh, Nguyễn Công Hoàng.** Đánh giá kết quả cắt amidan bằng laser CO2 tại khoa Tai Mũi Họng – Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Tạp chí Tai Mũi Họng Việt Nam. 2023;68(59):38–48. https://doi.org/10.60137/tmhvn.v68i59.17
2. **Trần Ngọc Nam Phương, Châu Chiêu Hòa.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hiệu quả điều trị cắt amiđan viêm mạn bằng laser CO2 ở bệnh nhân và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Xuyên Á Vĩnh Long. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2024;(77):76–83. https://doi.org/10.58490/ctump.2024i77.2850
3. **Alaqeedy AA, Al-Ani RM, Rashid RA.** Coblation Versus Diode Laser Tonsillectomy: A Comparative Study. Iran J Otorhinolaryngol. 2022;34(121):113–120. https://doi.org/10.22038/IJORL.2021.56901.2961
4. **Bhankhodia BP, Aiyer RG, Raval JB.** Comparative Study of CO2 LASER Assisted and Electrocautery Assisted Tonsillectomy with Conventional Tonsillectomy. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. 2022;74(Suppl 3):5324–5328. https://doi.org/10.1007/s12070-021-02381-7
5. **Ghiyali VS, Minhas RS, Azad RK, Thakur JS.** Is Laser Better than Cold Steel (Dissection and Snare) for Tonsillectomy? Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. 2023;75(2):343–346. https://doi.org/10.1007/s12070-022-03182-2