

Nghiên cứu nguyên bản

NGHIÊN CỨU BƯỚC ĐẦU HIỆU QUẢ PHẪU THUẬT CẮT AMIDAN BẰNG DAO PLASMA TẠI BỆNH VIỆN NHI TỈNH GIA LAI

INITIAL RESEARCH ON THE EFFECTIVENESS OF TONSILLECTOMY USING PLASMA SCALPEL AT GIA LAI PROVINCIAL CHILDREN'S HOSPITAL

Nguyễn Văn Châu¹, Phan Thị Mỹ Nhung^{1,*}, Hồ Anh Tuấn¹, Đoàn Thị Huệ¹,
Nguyễn Thị Sim¹, Đỗ Thị Thu Hà¹, Vương Thị Tú Uyên¹

¹Bệnh viện Nhi tỉnh Gia Lai, Gia Lai, Việt Nam

*Tác giả liên hệ | Corresponding author: phanmynhung270197@gmail.com

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: là mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm đối tượng được phẫu thuật và đánh giá bước đầu hiệu quả, độ an toàn của phương pháp phẫu thuật cắt amidan bằng dao plasma tại địa phương. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang có phân tích trên 131 bệnh nhi (3 đến dưới 16 tuổi) được chỉ định phẫu thuật cắt amidan bằng dao plasma. Các chỉ số về thời gian mổ, lượng máu mất, mức độ đau (thang điểm VAS), biến chứng và thời gian nằm viện được thu thập và phân tích. **Kết quả:** Nghiên cứu ghi nhận thời gian mổ trung bình là $18,4 \pm 5,0$ phút; lượng máu mất thấp ($4,7 \pm 1,8$ mL). Mức độ đau sau mổ giảm dần rõ rệt từ ngày thứ 1 (6,6 điểm) đến ngày thứ 7 (0,95 điểm). Tỷ lệ biến chứng thấp (1,5%), không ghi nhận biến chứng muộn. Thời gian nằm viện trung bình ngắn (2,8 ngày). **Kết luận:** Qua nghiên cứu bước đầu, phẫu thuật cắt amidan bằng dao plasma cho thấy thời gian can thiệp ngắn, lượng máu mất ít và mức độ đau sau mổ giảm nhanh. Kết quả ghi nhận tỷ lệ biến chứng thấp, bước đầu cho thấy tính khả thi và an toàn khi triển khai kỹ thuật này tại cơ sở y tế địa phương.

Từ khóa: Cắt Amidan; Dao plasma.

ABSTRACT

Objectives: To describe the clinical and paraclinical characteristics of the group of subjects undergoing surgery and to initially evaluate the effectiveness and safety of the plasma knife tonsillectomy method in the local area. **Methods:** A cross-sectional descriptive study with analysis on 131 pediatric patients (aged 3 to under 16 years) who were indicated for tonsillectomy using a plasma knife. Data on surgery duration, blood loss, pain level (VAS score), complications, and length of hospital stay were collected and analyzed. **Results:** The mean operative time was 18.4 ± 5.0 minutes, with minimal blood loss (4.7 ± 1.8 mL). Postoperative pain scores significantly decreased from day 1 (6.6) to day 7 (0.95). The complication rate was 1.5%, with no late complications reported. The mean length of hospital stay was 2.8 days. **Conclusion:** Preliminary research shows that tonsillectomy using plasma knife results in shorter intervention time, less blood loss, and quicker pain relief post-surgery. The results recorded a low complication rate, initially demonstrating the feasibility and safety of implementing this technique at local healthcare facilities.

Keywords: Tonsillectomy; Plasma blade.

Received: 28/11/2025

Accepted: 09/02/2026

Published: 03/03/2026

©The author. This **open-access** work is licensed under a [CC BY 4.0 License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Amidan là tổ chức lympho nằm ở hố hầu hai bên, có vai trò quan trọng trong hệ miễn dịch đường hô hấp trên. Cắt amidan là một trong những phẫu thuật phổ biến nhất trong chuyên ngành Tai Mũi Họng Nhi khoa.¹ Chỉ định phẫu thuật chủ yếu bao gồm viêm amidan tái phát nhiều lần và phì đại amidan gây rối loạn hô hấp khi ngủ.² Việc mô tả rõ đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân là cần thiết để chuẩn hóa chỉ định.

Hiện nay, kỹ thuật cắt amidan bằng dao plasma được ứng dụng rộng rãi do ưu điểm vượt trội so với các phương pháp kinh điển (cold steel, electrocautery). Dao plasma giúp vừa cắt vừa cầm máu ở nhiệt độ thấp, từ đó giảm thiểu tổn thương mô, giảm máu mất trong mổ, rút ngắn thời gian phẫu thuật và giảm đau sau mổ.³

Tuy nhiên, tính an toàn và hiệu quả của dao plasma vẫn cần được đánh giá cụ thể trong từng bối cảnh thực tế. Biến chứng quan trọng nhất là chảy máu sau mổ, mà các nghiên cứu quốc tế vẫn chưa đồng nhất về nguy cơ thứ phát của kỹ thuật này.^{4,5} đòi hỏi những đánh giá khách quan tại từng đơn vị điều trị.

Tại Việt Nam đều ghi nhận hiệu quả và độ an toàn của dao plasma trong cắt amidan, theo Nguyễn Thị Phương Thảo và cộng sự (2023),⁶ thời gian mổ trung bình 22 phút, lượng máu mất <5ml, không ghi nhận biến chứng nặng. Khu vực Tây Nguyên nói chung và tỉnh Gia Lai nói riêng, việc tiếp cận kỹ thuật phẫu thuật tiên tiến này còn khá mới mẻ. Bệnh viện Nhi tỉnh Gia Lai là đơn vị đầu tiên tại địa phương triển khai kỹ thuật cắt amidan bằng dao Plasma từ tháng 01/2025. Qua khảo sát y văn, tại khu vực địa

phương hiện chưa có công trình nghiên cứu hệ thống nào đánh giá kết quả thực hiện kỹ thuật này trên đối tượng bệnh nhi. Do đó, việc thực hiện một "nghiên cứu bước đầu" là hết sức cần thiết nhằm đánh giá tính tương thích của kỹ thuật trong điều kiện thực tế tại tuyến tỉnh, đồng thời cung cấp các bằng chứng lâm sàng ban đầu để tối ưu hóa quy trình điều trị tại đơn vị. Xuất phát từ thực tiễn trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với hai mục tiêu:

Mục tiêu 1: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm đối tượng được phẫu thuật.

Mục tiêu 2: Đánh giá bước đầu hiệu quả và độ an toàn của phương pháp phẫu thuật cắt amidan bằng dao plasma trong điều kiện thực tế tại địa phương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

Tất cả bệnh nhi từ 3 đến dưới 16 tuổi được chỉ định phẫu thuật cắt amidan bằng dao plasma tại Bệnh viện Nhi tỉnh Gia Lai trong thời gian nghiên cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Chẩn đoán viêm amidan mạn tính, có chỉ định phẫu thuật theo hướng dẫn chuyên môn; Phẫu thuật bằng dao plasma theo quy trình chuẩn; Có sự đồng thuận của người giám hộ.

Chỉ định phẫu thuật theo hướng dẫn chuyên môn: Trẻ đáp ứng tiêu chuẩn Paradise cho phẫu thuật cắt amidan; Rối loạn hô hấp khi ngủ do phì đại amidan (OSDB/OSA) theo hướng dẫn của AAO-HNS và các hướng dẫn chuyên ngành khác đều khuyến nghị cân nhắc phẫu thuật khi có bằng chứng lâm sàng/điện sinh lý (ví dụ: chứng ngủ ngáy nặng, test đo giấc ngủ hỗ trợ) gây ảnh hưởng tới sức khỏe.¹

Tiêu chuẩn loại trừ: Rối loạn đông máu chưa kiểm soát, nhiễm trùng cấp, chống chỉ định gây mê toàn thân, từ chối tham gia.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: Bệnh viện Nhi tỉnh Gia Lai; **Thời gian:** Tháng 1/2025 đến tháng 8/2025.

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu toàn bộ (bao gồm tất cả các trường hợp đủ điều kiện trong thời gian nghiên cứu).

2.4. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.5. Phương pháp nghiên cứu

Phương tiện và dụng cụ nghiên cứu:

Bộ dụng cụ khám TMH thông thường và bộ nội soi TMH.

Hệ thống phẫu thuật bằng dao plasma (model: RFS-100A).

Bộ dụng cụ phẫu thuật cắt amidan thông thường (banh mở miệng bằng David Boyle, kẹp răng chuột, ống và dây hút, bay vén trụ).

Máy hút có bình chứa chia vạch (*thể tích máu mất = thể tích dung dịch máu trong bình có chia vạch trừ đi thể tích dịch truyền đã sử dụng*), đồng hồ bấm giờ, bảng hướng dẫn đánh giá điểm đau.

Phương pháp tiến hành: khám và lựa chọn BN được cắt amidan theo tiêu chuẩn nghiên cứu. Chỉ định làm các xét nghiệm chuẩn bị trước phẫu thuật. Tiến hành phẫu thuật cắt amidan bằng dao plasma, sau đó theo dõi chăm sóc hậu phẫu và xử lý biến chứng (nếu có).

2.6. Biến số và chỉ số:

Đặc điểm Bệnh nhân nghiên cứu: tuổi và giới tính.

Đặc điểm lâm sàng: triệu chứng cơ năng thường gặp, phân độ quá phát, chỉ định phẫu

thuật cắt amidan.

Kết quả phẫu thuật cắt amidan: thời gian phẫu thuật, lượng máu mất trong phẫu thuật, mức độ đau sau phẫu thuật, biến chứng chảy máu sau phẫu thuật, thời gian ăn uống bình thường sau phẫu thuật.

Chỉ tiêu đánh giá:

Đánh giá trước phẫu thuật: phân độ quá phát amidan theo mức độ thu hẹp eo họng của Brodsky, Leove và Stanievich (độ 0: amidan không ảnh hưởng tới đường thở; độ 1: amidan gây hẹp eo họng < 25%; độ 2: amidan gây hẹp eo họng 25- 50%; độ 3: amidan gây hẹp eo họng trên 50-75%; độ 4: amidan gây hẹp eo họng trên 75%).

Đánh giá trong phẫu thuật: thời gian phẫu thuật (tính từ lúc đặt banh mở miệng đến khi lấy hết mô amidan hai bên, cầm máu hoàn toàn); lượng máu mất trong phẫu thuật (đánh giá dựa theo số ml máu mất do phẫu thuật từ lúc bắt đầu đến khi kết thúc phẫu thuật).

Đánh giá sau phẫu thuật: đánh giá chảy máu sau mổ theo phân loại của Windfuhr J et al¹⁴ (chảy máu sớm: xảy ra sau cắt amidan ≤ 24 giờ; chảy máu muộn: xảy ra sau cắt amidan trên 24 giờ); thời gian ăn uống bình thường sau phẫu thuật (*ghi nhận thời điểm có thể ăn uống bình thường như trước mổ*).

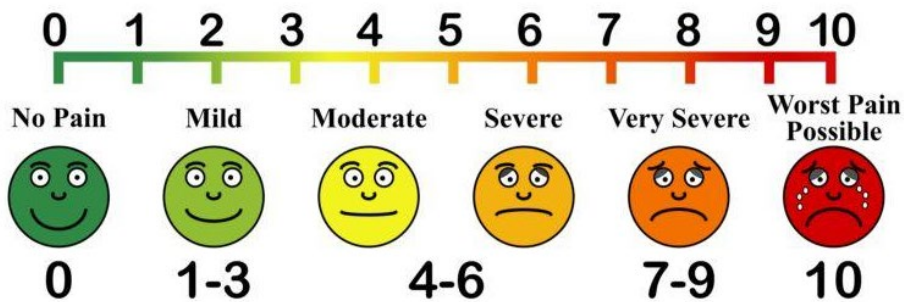
Mức độ đau sau mổ (được đánh giá dựa trên thang điểm Wong – Baker áp dụng cho trẻ em dưới 12 tuổi và thang điểm VAS (Visual Analog Scale) áp dụng cho trẻ trên 12 tuổi. Ở cả hai thang điểm thì hàng số tương ứng với điểm, hàng chữ tương ứng với mức độ đau. Thang điểm VAS và Wong – Baker có mức điểm từ 0 – 10. Hàng chữ là tương ứng với mức độ đau. Bệnh nhân được đánh giá mức độ đau ở ngày

thứ 1, 2 và 7 sau mổ.

Hình 1: Đánh giá mức độ đau theo thang điểm đau Wong - Baker



Hình 2. Đánh giá mức độ đau theo thang điểm đau VAS



Tình trạng biến chứng hậu phẫu (chảy máu, nhiễm trùng).

Thời gian nằm viện (ngày).

Phương pháp thu thập dữ liệu: Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án, biên bản mổ, bảng theo dõi hậu phẫu và thang điểm đánh giá đau. Thông tin được ghi nhận chuẩn hóa vào biểu mẫu nghiên cứu.

Phương pháp xử lý số liệu: Dữ liệu được nhập và xử lý bằng Excel, SPSS (thống kê mô tả: tần suất, tỷ lệ, Trung bình \pm SD).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành trên tổng số 131 bệnh nhi được phẫu thuật cắt amidan bằng dao plasma.

1. Đặc điểm chung và đặc điểm lâm sàng nhóm nghiên cứu

Độ tuổi trung bình $9,4 \pm 3,4$ tuổi. Trong đó, nhóm 6–10 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 45,8% (60 trường hợp); nhóm 10–16 tuổi chiếm 39,7% (52 trường hợp) và nhóm dưới 6 tuổi chiếm 14,5%. Giới tính nam chiếm ưu thế chung

(55,0%). Phân bố theo nhóm tuổi: Nam giới chiếm ưu thế ở nhóm dưới 6 tuổi, trong khi nữ giới có tỷ lệ cao hơn (24,4%) ở nhóm từ 6–10 tuổi.

Phân bố độ quá phát amidan (Thang Brodsky) độ 4 chiếm tỷ lệ cao nhất (29%, 38 trường hợp), đến độ 3 (26%, 34 trường hợp), độ 2 (23%, 30 trường hợp), độ 1 (22%, 29 trường hợp). Tỷ lệ bệnh nhân có amidan quá phát độ 3 và 4 chiếm 55,0%.

BMI trung bình là $19,8 \pm 2,8$, viêm amidan tái phát trung bình $5,0 \pm 1,4$ lần/năm, nồng độ CRP trung bình $7,7 \pm 4,0$ mg/L.

Bảng 1. Các triệu chứng cơ năng

Triệu chứng cơ năng	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Viêm họng tái phát	43	32.8
Ngáy to	27	20.6
Nuốt vướng	30	22.9
Khó thở khi ngủ	31	23.7

Các triệu chứng cơ năng ghi nhận được như sau: viêm họng tái phát: 32,8% (43 trường hợp), khó thở khi ngủ: 23,7 % (31 trường hợp), nuốt vướng: 22,9% (30 trường hợp), ngáy to: 20,6% (27 trường hợp).

3.2. Kết quả phẫu thuật cắt amidan bằng dao plasma

Bảng 2. Đặc điểm về thời gian phẫu thuật

Thời gian	Số lượng (N = 131)	Tỷ lệ (%)
Thời gian phẫu thuật trung bình chung (phút) (X+-SD): 18.4 ± 5.0		
Dưới 10 phút	3	2.3
Từ 10-20 phút	88	67.2
Trên 20 phút	40	30.5

3.3. Hiệu quả và tính an toàn sau phẫu thuật

Bảng 3. Đặc điểm về Đau được đánh giá bằng thang điểm VAS (0–10) và Wong Baker tại 3 thời điểm ngày 1, ngày 2 và ngày 7 (n=131)

	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình	SD	p
VAS ngày 1	3	10	6,61	1,821	Friedman test p = 0,000
VAS ngày 2	2	10	5,47	1,803	Wilcoxon từng cặp P 1,2 = 0,142
VAS ngày 7	0	2	0,95	0,862	P 1,7 = 0,000 P 2,7 = 0,000
Wong-Baker ngày 1	6	10	9.73	.851	Friedman test p = 0,000
Wong-Baker ngày 2	4	10	8.98	1.778	Wilcoxon từng cặp P 1,2 = 0,234
Wong-Baker ngày 7	0	4	1.89	1.724	P 1,7 = 0,000 P 2,7 = 0,000

Mức độ đau sau phẫu thuật (thang điểm VAS và Wong-Baker) điểm đau trung bình theo thời gian (p < 0,001): **Thang VAS** của ngày 1 là

Thời gian Phẫu thuật trung bình: 18,4 ± 5,0 phút (dao động chủ yếu từ 10–20 phút, chiếm 67,2%; tỷ lệ < 10 phút chiếm 2,3%). Mối liên quan với Brodsky trong thời gian phẫu thuật: độ 1: 16,52 ± 5,03 phút; độ 3: 19,53 ± 4,71 phút. Có mối tương quan thuận giữa mức độ quá phát và thời gian phẫu thuật (ρ = 0,220 với p = 0,012 < 0,05).

Lượng máu mất trong phẫu thuật trung bình: 4,7 ± 1,8 mL. Phân bố: 68,7% bệnh nhân mất máu < 5 mL, không có trường hợp nào mất trên 10 mL. Lượng máu mất trung bình trong phẫu thuật theo phân độ quá phát amidan (Thang Brodsky) độ 1: 3,34 ± 1,45 mL; độ 4: 5,95 ± 1,58 mL. Có mối tương quan thuận giữa phân độ quá phát và lượng máu mất (ρ = 0,524; p < 0,001).

(6,61 ± 1,82), ngày 2 (5,47 ± 1,80), ngày 7 (0,95 ± 0,86). **Thang Wong-Baker** của ngày 1 (9,73 ± 0,85), ngày 2 (8,98 ± 1,78), ngày 7 (1,89 ±

1,72)

So sánh cặp (Friedman test): ngày 1 so với ngày 2 không có sự khác biệt ý nghĩa thống kê ($p_{VAS} = 0,142$; $p_{WONG} = 0,234$); ngày 7 so với ngày 1 và ngày 2: Giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật như sau: chảy máu sớm (< 24 giờ) 2 trường hợp (1,5%), các biến chứng chảy máu muộn (> 24 giờ), nhiễm trùng sau mổ, phù nề đường thở: 0 trường hợp (0%).

Thời gian bắt đầu ăn uống bình thường trung bình là $29,68 \pm 10,17$ giờ (dao động từ 12 đến 48 giờ), thời gian nằm viện trung bình là $2,85 \pm 0,86$ ngày (ngắn nhất 1 ngày, dài nhất 4 ngày).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 131 bệnh nhi cho thấy độ tuổi trung bình là $9,4 \pm 3,4$ tuổi, trong đó nhóm tuổi học đường (6–16 tuổi) chiếm đa số. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây,^{7, 8} và phản ánh thực tế chỉ định phẫu thuật thường thận trọng hơn ở trẻ dưới 6 tuổi do lo ngại về nguy cơ gây mê.⁹ Về giới tính, nam giới chiếm ưu thế tổng thể, tuy nhiên sự thay đổi tỷ lệ theo từng nhóm tuổi cho thấy yếu tố giới tính có sự biến thiên nhất định trong bệnh lý tai mũi họng.^{5,10}

Về mức độ quá phát, 55% bệnh nhi thuộc nhóm độ 3–4 theo thang Brodsky. Điều này tương đồng với các báo cáo quốc tế,³ khẳng định tắc nghẽn đường thở là lý do chính dẫn đến chỉ định can thiệp.^{1,11} Bên cạnh đó, giá trị BMI trung bình ($19,8 \pm 2,8$) phản ánh thể trạng phần lớn bệnh nhi ở mức bình thường, củng cố nhận định rằng bệnh lý amidan liên quan nhiều đến yếu tố miễn dịch và nhiễm trùng hơn là tình trạng dinh dưỡng.^{1,2} Các yếu tố như tần suất

viêm tái phát (trung bình 5,0 lần/năm) và chỉ số CRP tăng nhẹ ($7,7 \pm 4,0$ mg/L) cho thấy gánh nặng của tình trạng viêm mạn tính kéo dài,^{12,13,14} phù hợp với tiêu chuẩn Paradise trong chỉ định phẫu thuật.¹

Thời gian phẫu thuật trung bình (18,4 phút) trong nghiên cứu này tương đồng với báo cáo của Windfuhr et al (15–25 phút),¹⁵ nhưng cao hơn kết quả của một số tác giả dùng Plasma Blade hay Coblation.^{7,16} Sự khác biệt này có thể do đặc điểm bệnh nhân, loại thiết bị plasma hoặc kinh nghiệm của phẫu thuật viên.⁴ Đáng chú ý, nghiên cứu ghi nhận mối tương quan thuận giữa mức độ quá phát amidan và thời gian mổ ($\rho = 0,220$; $p = 0,012$). Điều này cho thấy amidan càng lớn, độ khó của thủ thuật càng tăng do diện tích tiếp xúc và độ viêm dính phức tạp hơn.^{2,3}

Lượng máu mất trung bình rất thấp ($4,7 \pm 1,8$ mL), không có trường hợp nào vượt quá 10 mL. Đây là ưu thế vượt trội của dao plasma nhờ khả năng phân hủy mô và đông mạch máu tại chỗ ở nhiệt độ thấp.¹² So với kỹ thuật dao lạnh hay dao điện đơn cực (20–60 mL).^{11,15} lượng máu mất thấp đặc biệt có ý nghĩa đối với bệnh nhi trong việc duy trì ổn định huyết động.¹² Tương tự thời gian mổ, lượng máu mất cũng có mối tương quan thuận với phân độ Brodsky ($\rho = 0,524$; $p < 0,001$).^{8,15,17} tuy nhiên mức độ mất máu tuyệt đối vẫn luôn nằm trong giới hạn an toàn.

Mức độ đau sau mổ giảm dần rõ rệt theo thời gian ($p < 0,001$ trên cả hai thang đo VAS và Wong-Baker). Việc đau giảm mạnh sau 48 giờ phản ánh quá trình hồi phục lâm sàng thuận lợi.^{8,15} So với các phương pháp gây tổn thương nhiệt cao, dao plasma giúp hạn chế đáp ứng

viêm hậu phẫu,⁸ tạo sự cân bằng tối ưu giữa kiểm soát máu mất và giảm đau.¹⁵

Tỷ lệ biến chứng chảy máu sớm là 1,5%, nằm trong giới hạn cho phép của y văn quốc tế (1–5%).^{3, 15} Việc không ghi nhận chảy máu muộn hay phù nề đường thở minh chứng cho tính an toàn của kỹ thuật tại cơ sở địa phương.⁸ Thời gian trở lại ăn uống (29,68 giờ) và nằm viện (2,85 ngày) ngắn hơn đáng kể so với kỹ thuật truyền thống,^{21,22} khẳng định dao plasma là phương pháp ít xâm lấn, giúp rút ngắn thời gian hồi phục và tối ưu hóa hiệu quả điều trị.^{18,19,20}

Mặc dù ghi nhận những kết quả khả quan ban đầu, nghiên cứu vẫn tồn tại một số hạn chế nhất định. Thứ nhất, thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang trên một nhóm đối tượng duy nhất, thiếu nhóm đối chứng để so sánh trực tiếp hiệu quả với các phương pháp khác tại cùng đơn vị. Thứ hai, cỡ mẫu còn hạn chế và chỉ thực hiện tại Bệnh viện Nhi tỉnh Gia Lai, do đó khả năng tổng quát hóa kết quả cho toàn bộ khu vực cần được xem xét thận trọng. Cuối cùng, thời gian theo dõi hậu phẫu còn ngắn, chưa đánh giá được các kết quả mang tính dài hạn về khả năng phục hồi hoàn toàn tổ chức lympho vùng họng hầu sau can thiệp plasma.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu bước đầu trên 131 bệnh nhi cho thấy phẫu thuật cắt amidan bằng dao Plasma tại tuyến tỉnh là phương pháp có nhiều ưu điểm và độ an toàn tin cậy. Với thời gian mổ trung bình ngắn ($18,4 \pm 5,0$ phút) và lượng máu mất rất thấp ($4,7 \pm 1,8$ mL), kỹ thuật này cho thấy tính hiệu quả trong việc hỗ trợ thao tác phẫu thuật và kiểm soát cầm máu. Mức độ đau sau mổ của bệnh nhi có xu hướng giảm nhanh

qua các ngày (từ 6,6 điểm ngày đầu xuống còn 0,95 điểm ở ngày thứ 7), phần nào minh chứng cho khả năng hạn chế tổn thương mô đích và hỗ trợ quá trình phục hồi lâm sàng sớm. Bên cạnh đó, tỷ lệ biến chứng thấp (1,5%) và việc không ghi nhận các biến chứng muộn đã bước đầu khẳng định tính an toàn của phương pháp trong điều kiện triển khai tại bệnh viện tuyến tỉnh. Thời gian nằm viện trung bình ngắn (2,8 ngày) không chỉ giúp tiết kiệm chi phí mà còn góp phần giảm tải cho cơ sở điều trị. Mặc dù cần thêm các nghiên cứu thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng để khẳng định vị thế tối ưu, nhưng với những kết quả khả quan đã đạt được, phẫu thuật cắt amidan bằng dao Plasma hoàn toàn phù hợp để xem xét là một trong những lựa chọn đáng tin cậy trong điều trị ngoại khoa amidan cho trẻ em tại các bệnh viện tuyến tỉnh hiện nay.

TUYÊN BỐ CỦA TÁC GIẢ

Xung đột lợi ích:

Các tác giả cam kết không có xung đột lợi ích.

Công bố trước đó:

Không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Mitchell RB, Archer SM, Ishman SL, et al. Clinical practice guideline: tonsillectomy in children (update). *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2019;160(1_suppl):S1-S42. DOI: [10.1177/0194599818801757](https://doi.org/10.1177/0194599818801757)
- Baugh RF, Archer SM, Mitchell RB, et al. Clinical practice guideline: tonsillectomy in children. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2011;144(1 Suppl):S1-S30. DOI: [10.1016/j.otohns.2010.06.616](https://doi.org/10.1016/j.otohns.2010.06.616)
- Sarny S, Habermann W, Schmid C, et al. Hemorrhage following tonsil surgery: a

- multicenter prospective study. *Laryngoscope*. 2011;121(12):2553-2560. DOI: 10.1002/lary.22347
4. Businco LD, Di Rienzo Businco A, Tirelli G, et al. Paediatric tonsillectomy: radiofrequency-based plasma dissection compared to cold dissection with sutures. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2008;28(2):67-72.
5. Sadikoglu F, Inanli S, Ozturk O, et al. Comparing the effectiveness of "plasma knife" tonsillectomy with two well-established tonsillectomy techniques: cold dissection and bipolar electrocautery. A prospective randomized study. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2009;73(9):1195-1198. DOI: 10.1016/j.ijporl.2009.05.003
6. Nguyễn Thị Phương Thảo. Đánh giá kết quả điều trị viêm amidan bằng phương pháp cắt amidan đồng thời nạo VA bằng dao plasma ở trẻ em. *Tạp chí Y học Cộng đồng*. 2023;64(6):145-150. DOI: 10.52163/yhc.v64i6.802
7. Nguyễn Thị Bảo Chi, Trần Phan Chung Thủy, Võ Quang Phúc. Đánh giá hiệu quả sử dụng dao plasma trong phẫu thuật cắt amidan tại Bệnh viện Tai Mũi Họng TP. HCM. *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*. 2017;21(1):81-85.
8. Belloso A, Chidambaram A, Morar P, et al. Coblation tonsillectomy versus dissection tonsillectomy: postoperative hemorrhage. *Laryngoscope*. 2003;113(11):2010-2013. DOI: 10.1097/00005537-200311000-00029
9. Shah UK, Galati LT, Gaughan JP, et al. Tonsillectomy by means of plasma-mediated ablation: prospective, randomized, blinded comparison with monopolar electrosurgery. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2002;128(6):672-676. DOI: 10.1001/archotol.128.6.672
10. Elteley AM, El-Anwar MW, El-Sissy AF, et al. Outcomes of coblation tonsillectomy versus bipolar electrocautery tonsillectomy in pediatric population. *Egypt J Otolaryngol*. 2022;38(1):152. Missing: page range.
11. Bellussi P, Enrico LM, Marchisio P, Passali D. Clinical guideline on adenotonsillectomy: the Italian experience. *Adv Otorhinolaryngol*. 2011;72:142-145. DOI: 10.1159/000324772
12. Abulikemu N, Liu Z, Liu Y. Novel findings on the development and immunological functions of palatine tonsils. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2025;68(1):58-70. DOI: 10.1007/s12016-025-09071-0
13. Brandtzaeg P. Immunology of tonsils and adenoids: everything the ENT surgeon needs to know. *Int Congr Ser*. 2003;1257:89-99. DOI: 10.1016/s0531-5131(03)00964-6
14. Bartlett A, Bola S, Williams R. Acute tonsillitis and its complications: an overview. *J R Nav Med Serv*. 2015;101(1):69-73. DOI: 10.1136/jrnms-101-69
15. Windfuhr JP, Toepfner N, Steffen G, et al. Clinical practice guideline: tonsillitis II. Surgical management. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2016;273(4):989-1009. DOI: 10.1007/s00405-016-3904-x
16. Koltai PJ, Solares CA, Mascha EJ, et al. Intracapsular partial tonsillectomy for tonsillar hypertrophy in children. *Laryngoscope*. 2002;112(S100):17-19. DOI: 10.1002/lary.5541121407
17. Chang KW. Randomized controlled trial of coblation versus electrocautery tonsillectomy.

- Otolaryngol Head Neck Surg.* 2005;132(2):273-280. DOI: [10.1016/j.otohns.2004.11.002](https://doi.org/10.1016/j.otohns.2004.11.002)
18. Jones DT, Boatright EH, Grewal AK, et al. Comparison of postoperative pain in pediatric patients undergoing coblation tonsillectomy versus cautery tonsillectomy. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2011;144(6):972-977. DOI: [10.1177/0194599811400369](https://doi.org/10.1177/0194599811400369)
19. Lao J, Cheng L, Zhang J, et al. Tonsillectomy versus tonsillotomy in pediatric sleep-disordered breathing: a systematic review and multi-subgroup meta-analysis. *Laryngoscope.* 2025;135(2):529-539. DOI: [10.1002/lary.31776](https://doi.org/10.1002/lary.31776)
20. Yang D, He L, Peng S, et al. The efficacy of tonsillectomy on clinical remission and relapse in patients with IgA nephropathy: a randomized controlled trial. *Ren Fail.* 2016;38(2):242-248. DOI: [10.3109/0886022x.2015.1128251](https://doi.org/10.3109/0886022x.2015.1128251)
21. Bitar MA, Dowli A, Mourad M. The effect of tonsillectomy on the immune system: a systematic review and meta-analysis. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2015;79(8):1184-1191. DOI: [10.1016/j.ijporl.2015.05.016](https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2015.05.016)
22. Walner DL, Karas A. Coblation tonsillectomy in children: incidence of bleeding. *Laryngoscope.* 2012;122(10):2330-2336. DOI: [10.1002/lary.23526](https://doi.org/10.1002/lary.23526)