

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHI PHẪU THUẬT CẮT AMIDAN TRONG BAO BẰNG COBLATOR

Lê Anh Tuấn¹, Mai Ý Thơ¹, Lê Minh Vượng¹

TÓM TẮT

Cắt amidan trong bao thường được chỉ định ở bệnh nhi có Amidan quá phát gây các triệu chứng tắc nghẽn đường thở (ngủ ngáy, cơn ngừng thở khi ngủ), amidan ít bị viêm. Coblator là một dụng cụ thường được sử dụng để cắt amidan trong bao trên thế giới. Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện: 100 ca cắt amidan trong bao bằng coblator tại bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương năm 2023 và được theo dõi 1 năm sau mổ. Kết quả đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu: Tuổi trung bình: $5,53 \pm 1,623$ tuổi, nam/nữ = 3,3. Lý do vào viện: 100% ngủ ngáy, 79% có cơn ngừng thở khi ngủ. Amidan quá phát độ 3 và 4 chiếm lần lượt là 55% và 39%. Các yếu tố khác góp phần gây các triệu chứng tắc nghẽn đường thở như: 72% có VA quá phát độ 3 và 4; 20% viêm mũi dị ứng; 6% thừa cân béo phì. **Từ khóa:** đặc điểm lâm sàng, amidan quá phát, cắt amidan trong bao.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF COBLATOR INTRACAPSULAR TONSILLECTOMY IN CHILDREN WITH HYPERTROPHIC TONSILS

Intracapsular tonsillectomy is often indicated in children with hypertrophic tonsils having symptomatic obstructive sleep apnea (snoring, sleep apnea), and less suffering from tonsillitis. Coblator is a commonly used instrument for intracapsular tonsillectomy in the world. Our study included 100 cases of intracapsular tonsillectomy with coblator at National Otorhinorharyology Hospital in 2023 and were followed up for 1 year after surgery. Results of clinical characteristics of the study subjects: average age: $5,53 \pm 1,623$ years, male/female = 3,3. Reason for hospitalization: 100% snoring, 79% sleep apnea. Grade 3 and 4 tonsillar hypertrophies accounted for 55% and 39%, respectively. Other factors contributing to symptomatic obstructive sleep apnea include: 72% grade 3 and 4 adenoid hypertrophy; 20% allergic rhinitis; 6% overweight or obesity.

Keywords: clinical characteristics, hypertrophic tonsils, intracapsular tonsillectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Amidan khẩu cái là một tổ chức lympho nằm

trong vòng bạch huyết Waldayer, đóng vai trò như một bộ giáp giúp bảo vệ cơ thể khỏi sự xâm nhập của những vi khuẩn, virus gây bệnh từ môi trường bên ngoài nên có vai trò quan trọng trong miễn dịch của trẻ nhỏ¹.

Amidan quá phát gây các triệu chứng tắc nghẽn đường thở (ngủ ngáy và ngừng thở) là tình trạng gặp phổ biến ở trẻ, và cũng là 1 trong các chỉ định cắt Amidan. Cắt amidan là một trong số rất ít phẫu thuật được thực hiện từ thời trước công nguyên và vẫn còn được phổ biến ngày nay^{2,3}. Ở Việt Nam, phẫu thuật cắt Amidan cũng là một trong những phẫu thuật được thực hiện nhiều nhất trong chuyên khoa tai mũi họng, hiện nay chiếm 24,7% trong các phẫu thuật tai mũi họng hàng năm⁴.

Trên lâm sàng, tỷ lệ trẻ em dưới 6 tuổi có triệu chứng tắc nghẽn đường thở do amidan và VA quá phát gặp khá nhiều, việc nạo VA đơn thuần không giải quyết triệt để tình trạng tắc nghẽn đường thở và việc cắt toàn bộ amidan vẫn còn nhiều tranh luận. Phương pháp cắt amidan trong bao là phẫu thuật lấy bỏ phần lớn tổ chức amidan, để lại một phần nhỏ mô amidan ở sát bao. Phương pháp này đã được triển khai ở nhiều nước trên thế giới và được chứng minh hiệu quả ưu việt ở cả trẻ em và thanh thiếu niên. Coblator là một trong những dụng cụ phổ biến nhất hiện nay trên thế giới sử dụng cắt amidan trong bao^{5,6}. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhi phẫu thuật cắt amidan trong bao bằng coblator tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương năm 2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 100 bệnh nhi cắt Amidan trong bao bằng Coblator (có kèm theo nạo VA) tại khoa Tai Mũi Họng Trẻ em, Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Có chỉ định cắt amidan do amidan quá phát (độ 2, độ 3 hoặc độ 4) gây triệu chứng tắc nghẽn đường thở và ít viêm (số lần viêm amidan cấp < 5 lần/năm).
- Được cắt amidan trong bao bằng Coblator (có hoặc không kèm theo nạo VA).
- Được theo dõi 1 năm sau phẫu thuật.

¹Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Anh Tuấn

Email: leanhtuan@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.7.2025

Ngày duyệt bài: 15.8.2025

- Người nhà bệnh nhân đồng ý nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Có chỉ định cắt amidan do nguyên nhân khác: viêm amidan cấp tái phát nhiều lần (≥ 5 lần/năm), amidan gây biến chứng gần và biến chứng xa, ...

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.3. Thời gian nghiên cứu. Bệnh nhân phẫu thuật từ tháng 2/2023 đến tháng 9/2023.

2.4. Phương pháp thu thập thông tin.

* Đánh giá đặc điểm lâm sàng:

- Tuổi, giới.
- Tiền sử số lần viêm amidan/năm trong năm ngay trước mổ
- Lý do vào viện và mức độ quá phát Amidan, VA
- Các yếu tố khác góp phần hoặc gây ra các triệu chứng tắc nghẽn đường thở khác.

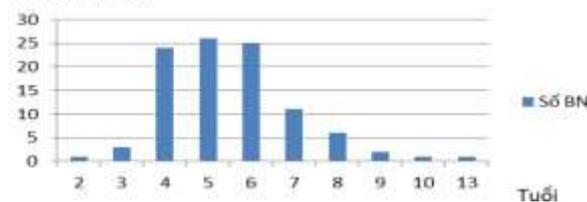
2.5. Xử lý và phân tích số liệu: phần mềm Epidata 3.1 và STATA 15.0.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được phê duyệt nhiệm vụ khoa học công nghệ cấp cơ sở năm 2023 của Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

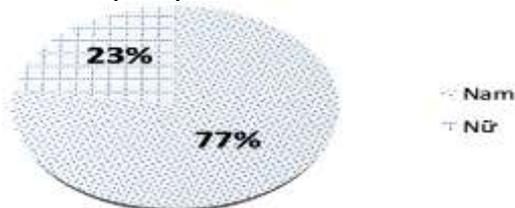
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Số bệnh nhân



Biểu đồ 3.1. Phân bố tuổi (n=100)

Tuổi trung bình trong nghiên cứu: $5,53 \pm 1,623$ tuổi. Trong đó nhóm tuổi từ 4-6 chiếm tỷ lệ cao nhất (75%).



Biểu đồ 3.2. Phân bố về giới (n=100)

Tỷ lệ bệnh nhi nam chiếm tới 77%, nhiều hơn 3 lần so với bệnh nhi nữ.

3.2. Tình trạng viêm Amidan trước mổ

Bảng 1. Tiền sử số lần viêm Amidan trong 1 năm trước mổ (n=100)

Tiền sử số lần viêm	Số bệnh	%
---------------------	---------	---

Amidan/năm	Số bệnh nhân	%
< 3	71	71
≤ 3 và < 5	22	22
≥ 5	7	7

Đa số BN (71%) ít gặp tình trạng viêm trước mổ (dưới 3 lần/năm).

3.3. Lý do vào viện

Bảng 2. Lý do vào viện (n=100)

Lý do vào viện	Số bệnh nhân	%
Ngủ ngáy	Liên tục	89
	Từng lúc	11
Cơ ngừng thở khi ngủ	Có	79
	Không	21

Trong 100 bệnh nhi tham gia nghiên cứu, tất cả các bệnh nhân đều ngủ ngáy liên tục hoặc từng lúc. Bệnh nhi có ngừng thở khi ngủ chiếm 79% tổng số trẻ tham gia nghiên cứu, trong đó, có 79 bệnh nhi có cơ ngừng thở khi nằm ngửa và có 50 bệnh nhi ngừng thở khi nằm nghiêng. Số cơ ngừng thở/giờ khai thác được trên 69 bệnh nhi với tư thế nằm ngửa, trung bình: 1,297 cơ/giờ, tối đa: 5 cơ/giờ; với tư thế nằm nghiêng, trung bình: 0,430 cơ/giờ, tối đa: 5 cơ/giờ.

3.4. Tình trạng quá phát Amidan và các yếu tố khác có thể góp phần gây tắc nghẽn đường thở

Bảng 3. Tình trạng quá phát Amidan và VA (n=100)

Mức độ	Độ 1	Độ 2	Độ 3	Độ 4	Đã nạo/cắt	
Quá phát VA	Số bệnh nhân	2	24	59	14	2
	%	2	24	59	14	2
Quá phát Amidan	Số bệnh nhân	0	6	55	39	0
	%	0	6	55	39	0

Trong 100 bệnh nhi, số bệnh nhi có quá phát VA độ 3 chiếm tỷ lệ cao nhất (59%), tiếp theo là quá phát VA độ 2 (24%). Tình trạng quá phát Amidan độ 3 chiếm tỷ lệ cao nhất 55%, tiếp đến là độ 4 (39%) và chỉ có 6BN (6%) độ 2.

Bảng 4. Các yếu tố khác có thể góp phần gây tắc nghẽn đường thở (n=100)

Các yếu tố khác có thể góp phần gây tắc nghẽn đường thở	Số bệnh nhân	%
Viêm mũi dị ứng	20	20
Thừa cân, béo phì (BMI ≥ 23)	6	6
Lồng ngực bất thường	1	1
Dị hình vách ngăn	0	0
Lưỡi gà dài rú	0	0
Quá phát đáy lưỡi	0	0
Bất thường khung xương mặt	0	0
Tiền sử hen phế quản	0	0
Tiền sử trào ngược	0	0
Các yếu tố khác	0	0

Các yếu tố hay gặp góp phần làm tăng nguy cơ tắc nghẽn đường thở của trẻ gồm viêm mũi dị ứng (20%) và thừa cân béo phì (6%).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả trong nghiên cứu này cho thấy, tuổi trung bình: $5,5 \pm 1,62$ tuổi; nhỏ tuổi nhất là 27 tháng tuổi và lớn tuổi nhất là 13 tuổi. Trong đó nhóm 4 - 6 tuổi chiếm phần lớn là 75%, nhóm dưới 4 tuổi chiếm tỉ lệ 4%. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự của tác giả Hoey, Odhagen^{7,8} nhưng thấp hơn của tác giả Nguyễn Quỳnh Anh^{9(p1)}. Theo Nguyễn Quỳnh Anh nghiên cứu 312 trẻ cắt amidan ngoài bao có tuổi trung bình 7 tuổi, nhỏ nhất là 3 tuổi. Điều này có thể lý giải rằng phẫu thuật cắt amidan ngoài bao cho những bệnh nhi dưới 3 tuổi rất hạn chế do nguy cơ tai biến nặng của chảy máu sau mổ so với phương pháp cắt amidan trong bao. Tỷ lệ nam/nữ là 3,3/1, cao hơn so với kết quả của Soaper¹⁰ có tỷ lệ nam nữ là ngang nhau. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào đề cập tới sự tác động qua lại giữa yếu tố giới tính tới bệnh lý viêm amidan và kết quả phẫu thuật.

Nghiên cứu của chúng tôi lựa chọn các bệnh nhân có amidan quá phát gây ra triệu chứng tắc nghẽn đường thở nên lí do vào viện: 100% có ngủ ngáy, 79% có cơn ngừng thở. Amidan quá phát khi nằm ngủ sẽ gây hẹp đường kính trước sau của ống họng ở cả tư thế nằm ngửa và nghiêng, gây ra các triệu chứng tắc nghẽn đường thở.

Nghiên cứu của chúng tôi lựa chọn các trường hợp amidan quá phát nhưng ít khi viêm, nên chỉ có 7% BN có > 5 lần viêm amidan/năm trong năm trước mổ. Vì phương pháp cắt amidan trong bao để lại một phần tổ chức amidan nên còn nguy cơ viêm amidan tái phát. Bố mẹ của những bệnh nhi này đều được giải thích về nguy cơ có thể viêm Amidan tái diễn sau cắt Amidan trong bao và đồng ý tham gia nghiên cứu. Trong nhóm nghiên cứu 500 bệnh nhi của Hoey⁷ có: 50,8% amidan quá phát, ít viêm; 45,6% kết hợp amidan quá phát với viêm tái phát và 3,6% bệnh nhi chỉ có tình trạng viêm amidan tái phát nhiều lần trong năm.

Tình trạng quá phát amidan trong nghiên cứu của chúng tôi: quá phát độ 3 chiếm cao nhất 55%, tiếp đến là độ 4 (39%) và chỉ có 6BN(6%) độ 2. Mức độ quá phát amidan này chính là nguyên nhân gây ra các triệu chứng tắc nghẽn đường thở đã được chứng minh trên kết quả cải thiện tình trạng này những ngày sau cắt amidan trong nghiên cứu.

Các yếu tố khác gây ra hoặc góp phần gây triệu chứng tắc nghẽn đường thở trong nghiên cứu: VA quá phát độ 3 và 4 chiếm 72%, viêm mũi dị ứng 20%, thừa cân béo phì 6%. VA quá phát độ 3 và 4 cũng là nguyên nhân góp phần gây các triệu chứng tắc nghẽn đường thở, nếu chỉ giải quyết đơn thuần amidan hoặc VA đều không giải quyết được tình trạng tắc nghẽn đường thở. Viêm mũi dị ứng cũng là yếu tố nguy cơ làm tăng nặng tình trạng ngừng thở của bệnh nhân do tình trạng viêm phù nề cuốn mũi, tiết dịch ở đường hô hấp trên; làm tăng tình trạng tắc nghẽn đường thở. Thừa cân béo phì làm tăng kích thước thành ống họng, dẫn tới hẹp ống họng; làm tăng sức cản đường thở. Do vậy tình trạng dị ứng, thừa cân béo phì sẽ gây khó khăn trong việc điều trị và tăng nguy cơ tái phát ngủ ngáy sau phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi không phát hiện các bệnh lý khác kèm theo.

V. KẾT LUẬN

Cắt amidan trong bao được chỉ định cho những bệnh nhân có hội chứng tắc nghẽn đường thở và ít gặp tình trạng viêm amidan trong năm. Nhờ tính an toàn và hạn chế chảy máu sau mổ của cắt amidan trong bao bằng coblator, chỉ định cắt amidan có thể áp dụng cho trẻ dưới 6 tuổi. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $5,5 \pm 1,62$ thấp hơn các nghiên cứu khác. Bệnh nhi đến khám chủ yếu có ngủ ngáy và ngừng thở khi ngủ, có amidan quá phát (94% độ 3 - 4), có kèm theo quá phát VA (72% độ 3-4), và các yếu tố làm tăng nguy cơ ngừng thở khi ngủ (20% viêm mũi dị ứng, 6% béo phì).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Brambilla I, Pusateri A, Pagella F, et al.** Adenoids in children: Advances in immunology, diagnosis, and surgery. Clin Anat. 2014;27(3): 346-352. doi:10.1002/ca.22373
2. **Randomized-controlled study comparing post-operative pain between coblation palatoplasty and laser palatoplasty - PubMed.** Accessed June 19, 2024. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16620334/>
3. **Varadharajan K, Caton N, Faulkner J.** Coblation Intracapsular Tonsillectomy in Children with Recurrent tonsillitis: Initial Experience. Reconstr Surg Anaplastology. Published online May 7, 2022. Accessed July 21, 2024. <https://www.iomcworld.com/>
4. **Trần Công Hòa, N.K.H., Nguyễn Thanh Thủy.** Phẫu thuật cắt Amidan: nhận xét 3962 trường hợp tại viện tai mũi họng. Nội san Tai mũi họng. 2003.
5. **Jat SL, Jat KS, Sehra R, Sharma MP, Sharma A.** Traditional and Coblation Tonsillectomy in Pediatrics Population: A Comparative Study. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. 2022; 74(S3):6414-6421. doi:10.1007/s12070-020-01874-1

6. **Powell S, Tweedie DJ, Jonas NE, Bateman ND, Keltie K, Sims AJ.** Coblation intracapsular tonsillectomy: A cohort study of NHS practice in England using Hospital Episode Statistics. *Clin Otolaryngol.* 2022;47(3):471-477. doi:10.1111/coa.13929
7. **Hoey AW, Foden NM, Hadjisymeou Andreou S, et al.** Coblation® intracapsular tonsillectomy (tonsillotomy) in children: A prospective study of 500 consecutive cases with long-term follow-up. *Clin Otolaryngol.* 2017;42(6):1211-1217. doi:10.1111/coa.12849
8. **Odhagen E, Sunnergren O, Hemlin C, Hessel Söderman AC, Ericsson E, Stafors J.** Risk of reoperation after tonsillectomy versus tonsillectomy: a population-based cohort study. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2016;273(10):3263-3268. doi:10.1007/s00405-015-3871-7
9. **Hanoi University of Public Health, Nguyen Quynh A, Pham Dinh N.** Đánh giá hiệu quả phẫu thuật cắt AMIĐAN tại khoa Tai Mũi Họng Bệnh viện Nhi Đồng 1. *J Health Dev Stud.* 2021;05(01): 104-114. doi:10.38148/JHDS.0501SKPT20-066
10. **Soaper AL, Richardson ZL, Chen JL, Gerber ME.** Pediatric tonsillectomy: A short-term and long-term comparison of intracapsular versus extracapsular techniques. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2020;133:109970. doi:10.1016/j.ijporl.2020.109970

NGHIÊN CỨU CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ VÀ BỆNH CẢNH LÂM SÀNG CỦA CHỮA NGOÀI TỬ CUNG TÁI PHÁT

Mai Trọng Hưng¹, Trần Trung Kiên¹

RISK FACTORS, CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF RECURRENT ECTOPIC PREGNANCY

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu các yếu tố nguy cơ và bệnh cảnh lâm sàng của chữa ngoài tử cung tái phát tại một cơ sở sản phụ khoa tuyến cuối của Việt Nam. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu tất cả các bệnh nhân chữa ngoài tử cung tái phát tại vòi tử cung được điều trị tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. **Kết quả:** Tỷ lệ chữa ngoài tử cung tái phát là 6,87%, trong đó chữa ngoài tử cung tại vòi tử cung bên đối diện là 85,96% và chữa ngoài tử cung tái phát cùng bên là 14,04%. Trong số các yếu tố liên quan: Nhóm tuổi hay gặp nhất là 30-35 tuổi, nghề nghiệp chủ yếu là công nhân/viên chức. Yếu tố nguy cơ phổ biến nhất là tiền sử viêm nhiễm đường sinh dục dưới và tiền sử phá thai nhiều lần. Bệnh cảnh lâm sàng gồm: chậm kinh + đau bụng + ra máu chiếm tỷ lệ cao nhất là 48,87%; dấu hiệu cùng đồ đau chiếm tỷ lệ cao nhất 59,56 %; dấu hiệu khối cạnh tử cung đau chiếm 38,2%. **Kết luận:** Các yếu tố nguy cơ của chữa ngoài tử cung tái phát là: nhóm tuổi hay 30-35 tuổi, nghề nghiệp là công nhân/viên chức; có tiền sử viêm sinh dục dưới hoặc tiền sử phá thai nhiều lần. Bệnh cảnh lâm sàng không có sự khác biệt nhiều so với chữa ngoài tử cung nói chung, phổ biến nhất là chậm kinh, đau cùng đồ.

Từ khóa: đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng; chữa ngoài tử cung; tiền sử phẫu thuật chữa ngoài tử cung tại vòi; phẫu thuật cắt vòi tử cung.

SUMMARY

Objective: To investigate the risk factors and clinical characteristics of recurrent ectopic pregnancy at a tertiary obstetrics and gynecology hospital in Vietnam. **Subjects and Methods:** A retrospective descriptive study was conducted on all patients with recurrent tubal ectopic pregnancy who were treated at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital. **Results:** The rate of recurrent ectopic pregnancy was 6.87%, of which 85.96% occurred in the contralateral fallopian tube and 14.04% recurred in the same tube. Among the associated factors, the most common age group was 30–35 years, primarily consisting of workers and office employees. The most frequent risk factor was a history of lower genital tract infection (44.38%). Clinical presentations included: delayed menstruation combined with abdominal pain and vaginal bleeding, which had the highest prevalence at 48.87%; painful cul-de-sac sign was the most common at 59.56%; and painful adnexal mass was observed in 38.2%. The β -hCG level between 1000–2000 mIU/ml was the most frequent, accounting for 38.08%. Up to 99.44% of cases had no gestational sac in the uterine cavity, and 64.6% showed no signs of anemia. **Conclusion:** Risk factors for recurrent ectopic pregnancy include the 30–35 age group, occupation as workers/employees, and a history of lower genital tract infection. The clinical characteristics is generally similar to primary ectopic pregnancy, most commonly delayed menstruation and adnexal pain.

Keywords: clinical and paraclinical characteristics, ectopic pregnancy, history of surgery for tubal ectopic pregnancy, salpingectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chữa ngoài tử cung là một bệnh lý sản khoa thường gặp và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ trong giai đoạn sớm của thai kỳ. Bệnh

¹Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Mai Trọng Hưng

Email: drhung.pshn1@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.7.2025

Ngày duyệt bài: 14.8.2025