

ĐẶC ĐIỂM DI CẢN HẠCH CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ DẠ DÀY ĐƯỢC PHẪU THUẬT NỘI SOI HOÀN TOÀN CẮT BÁN PHẦN CỰC DƯỚI, NỐI DẠ DÀY - HỒNG TRÀNG TRÊN QUAI Y TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Hoàng¹, Nguyễn Tú Anh²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm di căn hạch của các bệnh nhân (BN) ung thư biểu mô dạ dày (UTBMDD) được điều trị bằng phẫu thuật nội soi (PTNS) hoàn toàn cắt bán phần cực dưới, nối dạ dày - hồng tràng trên quai Y tại khoa Ngoại Tổng hợp, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ T1/2021 đến T6/2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 69 BN UTBMDD được PTNS hoàn toàn cắt bán phần cực dưới, nạo vét hạch D2, nối dạ dày - hồng tràng trên quai Y tại khoa Ngoại Tổng hợp, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Kết quả và bàn luận:** Tỷ lệ di căn hạch trong tổng số 69 bệnh nhân là 66.67%. Số hạch chặng 1 (nhóm hạch số 1-8) di căn trung bình là 2.45 ± 3.66 hạch, số hạch di căn trung bình của chặng 2 (nhóm hạch số 9-12) là 1.07 ± 1.84 hạch. Tuổi (trên và dưới 60 tuổi), kích thước khối u, tổn thương đại thể (theo phân loại của Borrmann), mức độ xâm lấn khối u, độ biệt hóa của khối u là các yếu tố nguy cơ độc lập với di căn hạch trong ung thư dạ dày ($p < 0.05$). Giới tính, vị trí khối u không có sự khác biệt có ý nghĩa khi liên hệ với di căn hạch trong ung thư dạ dày, $p < 0.05$. **Kết luận:** Tuổi (trên và dưới 60 tuổi), kích thước khối u, mức độ xâm lấn, tổn thương đại thể, mức độ biệt hóa là các yếu tố liên quan độc lập tới di căn hạch trong UDDD. Các yếu tố khác như giới tính, vị trí khối u không có mối liên quan có ý nghĩa với di căn hạch trong UTDD. **Từ khóa:** ung thư dạ dày, di căn hạch, kích thước khối u.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF LYMPH NODE METASTASIS IN GASTRIC 92CARCINOMA AFTER TOTAL LAPAROSCOPIC DISTAL GASTRECTOMY WITH D2 LYMPHADENECTOMY FOLLOWED BY INTRACORPOREAL ROUX EN Y RECONTRACTION AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Research objective: Describe the characteristics of lymph node metastasis in patient's gastric carcinoma who underwent total laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymphadenectomy followed by intracorporeal Roux en Y recontraction at the Department of General Surgery, Hanoi Medical University Hospital from January 2021 to June 2023.

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng
Email: drhoangnt29@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 7.8.2024

Ngày duyệt bài: 29.8.2024

Subjects and research methods: Retrospective descriptive study on patient's gastric carcinoma who underwent total laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymphadenectomy followed by intracorporeal Roux en Y recontraction at the Department of General Surgery, Hanoi Medical University Hospital. **Results and discussion:** The rate of lymph node metastasis in 69 patients was 66.67%. The average number of lymphnode metastasis (group 1-8) was 2.45 ± 3.66 and the average number of lymphnode metastasis (group 9-12) was 1.07 ± 1.84 . Our analysis shows that age (over and under 60 years old), macroscopic lesions (according to Borrmann's classification), level of invasion, and level of differentiation of the tumor are risk factors, independent of lymph node metastasis in gastric cancer ($p < 0.05$). Gender and tumor location have no significant difference when related with lymph node metastasis in gastric carcinoma ($p < 0.05$). **Conclusion:** Age (over, under 60), tumor size, level of invasion, macroscopic lesions, and level of differentiation are independent risk factors for lymph node metastasis in UDDD. Other factors such as gender and tumor location do not have a significant relationship with lymph node metastasis in gastric cancer. **Keywords:** gastric cancer, lymph node metastasis, tumor size.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là bệnh lý ác tính phổ biến trên thế giới cũng như Việt Nam. Tại Việt Nam theo thống kê của GLOBOCAN 2020 cho thấy UTDD xếp hàng thứ ba sau UT gan, phổi ở nam và xếp thứ tư sau UT vú, phổi, đại trực tràng ở nữ.¹ Hiện nay, phẫu thuật được coi là phương pháp điều trị triệt căn duy nhất trong UTDD, các biện pháp khác chỉ đóng vai trò hỗ trợ để làm tăng khả năng PT triệt căn hoặc kéo dài thời gian sống sau mổ.²

Hạch bạch huyết là con đường di căn chủ yếu của UTDD. Nạo vét hạch trong mổ ung thư nói chung và ung thư dạ dày nói riêng đóng vai trò rất quan trọng nhằm đảm bảo tính triệt căn của phẫu thuật và kéo dài thời gian sống thêm sau mổ. Cùng với mức độ xâm lấn, đặc điểm di căn hạch là yếu tố tiên lượng quan trọng nhất trong ung thư dạ dày.³ Nhận thấy, việc tìm hiểu đặc điểm di căn hạch và các yếu tố liên quan tới nó là thực sự cần thiết, chúng tôi đã thực hiện nghiên cứu này với mục đích đưa ra được khái quát về đặc điểm di căn hạch trên các bệnh nhân UTDD giúp các phẫu thuật viên có cái nhìn khái quát về

di căn hạch trong quá trình phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm người bệnh có đủ tiêu chuẩn sau: (1) Người bệnh được PTNS hoàn toàn cắt bán phần cực dưới dạ dày, nạo vét hạch D2, nối dạ dày - hồi tràng trên quai chữ Y tại bệnh viện đại học Y Hà Nội từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 6 năm 2023. (2) Người bệnh có giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô dạ dày.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu. Biến số nghiên cứu phù hợp cho 2 mục tiêu nghiên cứu. Số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 6 năm 2023, có 69 BN ung thư dạ dày được phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt bán phần cực dưới, nối dạ dày - hồi tràng trên quai Y tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

3.1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu. Nam giới chiếm 68.1%, tuổi trung bình là 63.29 ± 10.8 tuổi (31-83 tuổi), trong đó nhóm trên 60 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (68.1%). Số bệnh nhân có tăng huyết áp kèm theo chiếm tỷ lệ cao nhất với 25.7%. Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử loét dạ dày là 18.6%. Có 7.2% có tiền sử gia đình mắc ung thư đường tiêu hóa. Chỉ số BMI trung bình là 21.17 ± 2.74 kg/m². Bệnh nhân đến viện với triệu chứng hay gặp nhất là đau bụng thượng vị với 81.2%. Vị trí khối u hay gặp nhất là hang môn vị 78.3%, kích thước u trung bình là 3.01 ± 2.11 cm.

3.2. Đặc điểm di căn hạch và các yếu tố liên quan

Bảng 3.1. Đặc điểm di căn hạch theo từng chặng

Hạch di căn	Min	Max	TB ± SD
Hạch chặng 1	1	52	16.04 ± 9.42
Hạch chặng 1 di căn	0	14	2.45 ± 3.66
Hạch chặng 2	1	49	14.19 ± 8.65
Hạch chặng 2 di căn	0	8	1.07 ± 1.84
Tổng số hạch vét được	6	82	30.23 ± 12.59
Tổng số hạch di căn	0	20	3.52 ± 4.73

Nhận xét: Tổng số hạch nạo vét trung bình là 30.23 hạch (6-82), số hạch di căn trung bình 3.52 hạch

Bảng 3.2. Môi liên quan giữa di căn hạch với tuổi và giới tính

Tuổi	Số BN	Số hạch vét được	Số hạch di căn	Tỷ lệ di căn hạch (%)	Số hạch di căn TB	P
Nam	47	1529	175	11.45	3.72	p>0,05
Nữ	22	557	68	12.21	3.09	
<60	22	577	109	18.89	4.95	p>0,05
≥60	47	1509	134	8.88	2.85	
Tổng	69	2086	243	11.65	3.52	

Đặc điểm khối u	Số BN	Số hạch vét được	Số hạch di căn	Tỷ lệ di căn hạch (%)	Số hạch di căn TB	P	
Vị trí	1/3 dưới	55	1714	208	11.73	3.78	p>0,05
	1/3 giữa	14	372	35	9.41	2.5	
Kích thước (cm)	<3 cm	33	928	38	4.09	1.15	p<0,05
	3-5 cm	23	714	71	9.94	3.09	
	≥ 5 cm	13	444	56	12.61	4.31	

Nhận xét: Tỷ lệ di căn hạch ở nam và nữ lần lượt là 11.45% và 12.21%. Tỷ lệ di căn hạch ở nhóm dưới 60 tuổi (18.89%) cao hơn nhóm trên 60 tuổi (8.88%)

Bảng 3.3. Môi liên quan giữa di căn hạch và đặc điểm khối u

Đặc điểm giải phẫu bệnh	Số BN	Số hạch di căn	Tỷ lệ di căn hạch	Số hạch di căn TB	P	
Đại thể	Type I	11	30	7.40	2.73	p<0,05
	Type II	49	144	10.37	2.94	
	Type III+IV	9	69	23.7	7.67	
Mức độ biệt hóa	Tuyến biệt hóa vừa, cao	26	38	4.45	1.46	p<0,05
	Tuyến biệt hóa kém	26	118	15.26	4.54	
UTBM	Tế bào nhẵn	17	87	18.23	5.12	p<0,05
Mức độ xâm lấn	T1	16	24	5.90	1.5	
	T2	9	16	6.37	1.78	
	T3	23	97	12.78	4.22	
	T4	21	106	15.84	5.05	

Nhận xét: Tỷ lệ di căn hạch với khối u ở 1/3 dưới (11.73%) cao hơn 1/3 giữa (9.41%). Tỷ lệ di căn hạch với khối u kích thước > 5 cm cao nhất (16.89%).

Bảng 3.4. Môi liên quan giữa di căn hạch và đặc điểm khối u với kết quả giải phẫu bệnh sau mổ

Đặc điểm giải phẫu bệnh	Số BN	Số hạch di căn	Tỷ lệ di căn hạch	Số hạch di căn TB	P	
Đại thể	Type I	11	30	7.40	2.73	p<0,05
	Type II	49	144	10.37	2.94	
	Type III+IV	9	69	23.7	7.67	
Mức độ biệt hóa	Tuyến biệt hóa vừa, cao	26	38	4.45	1.46	p<0,05
	Tuyến biệt hóa kém	26	118	15.26	4.54	
UTBM	Tế bào nhẵn	17	87	18.23	5.12	p<0,05
Mức độ xâm lấn	T1	16	24	5.90	1.5	
	T2	9	16	6.37	1.78	
	T3	23	97	12.78	4.22	
	T4	21	106	15.84	5.05	

Nhận xét: Tồn thương đại thể type III+IV (theo Bornmann) tỷ lệ di căn hạch cao nhất 23.7%. UTBM tế bào nhẵn tỷ lệ di căn hạch cao nhất 18.23 %. Khối u T4 tỷ lệ di căn hạch cao nhất 15.84%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình là 63.29 ± 10.8 tuổi (31-83 tuổi), trong đó độ tuổi trên 60 chiếm đa số với 68.1%, tỷ lệ nam/ nữ: 2.14/1. Kết quả này tương đồng

với các nghiên cứu khác như: nghiên cứu của Park (2018) trên 109 BN cắt dạ dày nội soi do ung thư cho thấy độ tuổi trung bình của UTDD là 61.5 ± 11.0 , tỷ lệ nam/nữ: 1.8/1. Nghiên cứu Ramos (2016) cũng cho thấy tuổi trung bình của UTDD là 63,9 tuổi (20-94 tuổi) và hay gặp ở nam giới hơn.^{4,5} Bệnh nhân đến viện với triệu chứng hay gặp nhất là đau bụng thượng vị với 81.2%. Kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu năm 2019 của Emam khi cho thấy BN chủ yếu đến viện vì triệu chứng nôn và gầy sút cân chiếm 45%, triệu chứng ăn khó tiêu và đau bụng chỉ chiếm 25%.⁶ Chỉ số BMI trung bình là 21.17 ± 2.74 kg/m². Vị trí khối u hay gặp nhất là vùng hang môn vị với 78.3%, kích thước u trung bình là 3.01 ± 2.11 cm. Kết quả mô bệnh học chủ yếu là ung thư biểu mô tuyến 75.4%.

4.2. Đặc điểm di căn hạch. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 46/69 trường hợp có di căn hạch trên kết quả giải phẫu bệnh chiếm 66.67%. Số hạch nạo vét được trung bình trên mỗi bệnh nhân là 30.23 ± 12.59 (6-82 hạch) trong đó hạch chặng 1 là 16.04 ± 9.42 (1-52 hạch), hạch chặng 2 là 14.19 ± 8.65 (1-49 hạch). Số hạch di căn trung bình trên mỗi bệnh nhân là 3.52 ± 4.73 (0-20) trong đó hạch chặng 1 là 2.45 ± 3.66 (0-14 hạch), hạch chặng 2 là 1.07 ± 1.84 (0-8 hạch). Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Park và cộng sự (2018) khi cho thấy số lượng hạch nạo vét được trung bình là 34.9 ± 14.1 trên 71 người bệnh mổ mở và 28.5 hạch trên 109 người bệnh mổ nội soi.⁵ Các nghiên cứu khác của Zhao Y (2015) trên 321 người bệnh cho thấy số hạch trung bình vét được là 33.2 hạch, nghiên cứu Fabio Cianchi và cộng sự (2016) là 30.5 ± 2.0 hạch.^{7,8}

Về mối liên quan giữa di căn hạch và tuổi, các bệnh nhân có độ tuổi dưới 60 có tỷ lệ di căn hạch cũng như số hạch di căn trung bình cao hơn với nhóm tuổi trên 60, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Kết quả này có tương tự với nghiên cứu Xudong Zhao(2017) phân tích dựa trên 23 nghiên cứu, có sự khác biệt so với nghiên cứu của Jinfeng Wang (2021) trên 611 bệnh nhân khi tác giả cho thấy không có sự khác biệt giữa các nhóm tuổi và tỷ lệ di căn hạch.^{9,10} Điều này đặt ra giả thuyết là phải chăng độ tuổi càng trẻ thì mức độ ác tính của ung thư dạ dày càng cao. Qua nghiên cứu chúng tôi thấy tỷ lệ di căn hạch và số lượng hạch di căn trung bình không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 giới, trong đó nam giới 11.45%, nữ giới là 12.21% với $p > 0.05$. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Jinfeng Wang (2021) trên 611 bệnh nhân, nghiên cứu của

Espejo Romero H (2005) trên 340 bệnh nhân, có sự khác biệt với nghiên cứu của Xudong Zhao (2017) khi tác giả này cho rằng giới tính nữ có sự liên quan đáng kể tới tỷ lệ di căn hạch.⁹⁻¹¹

Về mối liên quan giữa di căn hạch và đặc điểm của khối u cho thấy, các khối u ở 1/3 dưới có tỷ lệ di căn hạch (11.73%) và số hạch di căn trung bình (3.78 hạch) cao hơn so với khối u ở 1/3 giữa, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, với $p > 0.05$. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu của Jinfeng Wang (2021), có sự khác biệt so với nghiên cứu của Xudong Zhao(2017) khi tác giả này cho thấy vị trí khối u (trừ 1/3 giữa) có liên quan đáng kể tới tỷ lệ di căn hạch.^{9,10} Ngoài ra, qua phân tích số liệu, chúng tôi nhận thấy các khối u có kích thước trung bình > 5 cm có tỷ lệ di căn hạch (15.61%) và số hạch di căn trung bình (4.31) cao hơn so với các khối u khác, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Kích thước khối u càng tăng, thì tỷ lệ di căn hạch và số hạch di căn trung bình càng tăng. Kết quả này tương tự nghiên cứu của các tác giả Jinfeng Wang (2021), nghiên cứu của Xudong Zhao(2017), nghiên cứu của Espejo Romero H (2005).⁹⁻¹⁰

Về mối liên quan giữa di căn hạch và kết quả giải phẫu bệnh của khối u cho thấy, các khối u type III, IV (theo phân loại của Borrmann) có tỷ lệ di căn hạch (23.7%) và số hạch di căn trung bình (7.67 hạch) cao hơn hẳn so với các hình thái khác, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Ngoài ra, các khối u có mức độ biệt hóa cao + vừa, có tỷ lệ di căn hạch (4.45%) và số hạch di căn trung bình (1.46 hạch) thấp hơn so với khối u có mức độ biệt hóa kém (15.26% - 4.54 hạch), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.01$. UTBM tế bào nhân có tỷ lệ di căn hạch cao nhất (18.23%) và số hạch di căn trung bình cao nhất (5.12 hạch). Như vậy, mức độ biệt hóa càng thấp thì tỷ lệ di căn hạch và số hạch di căn trung bình càng cao. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu của các tác giả Jinfeng Wang (2021), Xudong Zhao (2017) và nghiên cứu của Espejo Romero H (2005). Đặc biệt, qua phân tích số liệu, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ di căn hạch và số hạch di căn trung bình tỷ lệ thuận với mức độ xâm lấn của khối u trên giải phẫu bệnh. Thật vậy, khối u T4 có tỷ lệ di căn hạch (15.84%) và số hạch di căn trung bình (5.05) cao nhất, tiếp đến là khối u T3, T2 và thấp nhất là khối u T1, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.01$. Điều này có thể lý giải, vì khối u càng xâm lấn thì giai đoạn khối u thường ở giai đoạn muộn hơn, số lượng hạch di căn cũng sẽ nhiều hơn. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu của các tác giả

Jinfeng Wang (2021), Xudong Zhao (2017) và nghiên cứu của Espejo Romero H (2005).⁹⁻¹⁰

V. KẾT LUẬN

Độ tuổi (trên, dưới 60), kích thước khối u, mức độ xâm lấn, tổn thương đại thể, mức độ biệt hóa là các yếu tố nguy cơ độc lập tới di căn hạch trong UDDD. Các yếu tố khác như giới tính, vị trí khối u không có mối liên quan có ý nghĩa tới di căn hạch trong UTDD

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209-249. doi:10.3322/caac.21660
2. **Japanese Gastric Cancer Association. Japanese Gastric Cancer Treatment Guidelines 2021 (6th edition).** *Gastric Cancer Off J Int Gastric Cancer Assoc Jpn Gastric Cancer Assoc.* 2023;26(1):1-25. doi:10.1007/s10120-022-01331-8
3. **Deng JY, Liang H.** Clinical significance of lymph node metastasis in gastric cancer. *World J Gastroenterol WJG.* 2014;20(14):3967-3975. doi:10.3748/wjg.v20.i14.3967
4. **Ramos MFKP, Pereira MA, Dias AR, Ribeiro Jr U, Zilberstein B, Nahas SC.** Laparoscopic gastrectomy for early and advanced gastric cancer in a western center: a propensity score-matched analysis. *Updat Surg.* 2021;73(5):1867-

1877. doi:10.1007/s13304-021-01097-1
5. **Park JH, Jeong SH, Lee YJ, et al.** Comparison of long-term oncologic outcomes of laparoscopic gastrectomy and open gastrectomy for advanced gastric cancer: A retrospective cohort study. *Korean J Clin Oncol.* 2018;14:21-29. doi:10.14216/kjco.18004
6. **Emam HMK, Moussa EMM, Abouelmaged M, Ibrahim MRI.** Role of Multidetector CT in Staging of Gastric Carcinoma. *J Cancer Ther.* 2019;10(07):565-579. doi:10.4236/jct.2019.107046
7. **Cianchi F, Indennitate G, Trallori G, et al.** Robotic vs laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymphadenectomy for gastric cancer: a retrospective comparative mono-institutional study. *BMC Surg.* 2016;16(1):65. doi:10.1186/s12893-016-0180-z
8. **Zhao LY, Zhang WH, Chen XZ, et al.** Prognostic Significance of Tumor Size in 2405 Patients With Gastric Cancer: A Retrospective Cohort Study. *Medicine (Baltimore).* 2015;94(50):e2288. doi:10.1097/MD.0000000000002288
9. **Zhao X, Cai A, Xi H, et al.** Predictive Factors for Lymph Node Metastasis in Undifferentiated Early Gastric Cancer: a Systematic Review and Meta-analysis. *J Gastrointest Surg Off J Soc Surg Aliment Tract.* 2017;21(4):700-711. doi:10.1007/s11605-017-3364-7
10. **Wang J, Wang L, Li S, et al.** Risk Factors of Lymph Node Metastasis and Its Prognostic Significance in Early Gastric Cancer: A Multicenter Study. *Front Oncol.* 2021;11:649035. doi:10.3389/fonc.2021.649035

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM CỦA CẤU TRÚC NỀN MŨI Ở NGƯỜI VIỆT TRƯỞNG THÀNH, ỨNG DỤNG TRONG PHẪU THUẬT TẠO HÌNH, THẨM MỸ

Nguyễn Thanh Vân¹, Lê Gia Vinh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả các đặc điểm của cấu trúc nền mũi ở người Việt trưởng thành. **Phương pháp:** Nghiên cứu thực hiện đo trực tiếp các kích thước nền mũi trên người Việt trưởng thành tại bệnh viện Thanh Vân và đo gián tiếp qua ảnh chụp chuẩn hóa các góc của nền mũi tại Viện 69 – Bộ Tư lệnh Lãng bằng phần mềm Image Proplus 5.0. **Kết quả:** Nghiên cứu khảo sát được 150 người Việt trưởng thành với 62,7% là nữ, độ tuổi dao động từ 18 – 65 tuổi. Góc giữa 2 trục lỗ mũi là $76,5^{\circ} \pm 13,5^{\circ}$; góc nền mũi trái là $51,4^{\circ} \pm 7,4^{\circ}$ và góc nền mũi phải là $52,0^{\circ} \pm 6,9^{\circ}$. Phân loại góc nền mũi loại III theo Farkas L.G chiếm đa số (66%) ở cả 2 giới, không ghi nhận trường hợp nào loại I, VI và

VII. Các kích thước nền mũi khác nhau ở cả 2 giới, trong đó nam lớn hơn nữ. Chiều ngang đỉnh mũi bằng 60% chiều rộng mũi mô mềm và lên đến 80% chiều rộng mũi giải phẫu. Tỷ số chiều cao cột trụ mũi so với chiều cao đỉnh mũi là 0,4 và độ nhô mũi so với chiều rộng mũi mô mềm là 46,4. **Kết luận:** Nền mũi người Việt có đặc trưng là thấp, bề ngang, cánh mũi phẳng, cột trụ ngắn và đỉnh mũi dày to. Do đó khi thực hiện phẫu thuật thẩm mỹ mũi, các bác sĩ phẫu thuật nên phối hợp chỉnh hình đỉnh mũi và nền mũi để đạt được kết quả tốt nhất. **Từ khóa:** Nền mũi, nhân trắc mũi, phẫu thuật tạo hình mũi

SUMMARY

STUDY ON CHARACTERISTICS OF NASAL BASE STRUCTURE IN VIETNAMESE ADULTS, APPLICATION INTO PLASTIC AND COSMETIC SURGERY

Objective: Describe the characteristics of the nasal base structure in Vietnamese adults. **Methods:** The research conducted direct measurements of nasal base dimensions on Vietnamese adults at Thanh Van Hospital and indirect

¹Trường Đại học Y Dược Trà Vinh

²Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Vân

Email: tsbsthanhvan@tvu.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 7.8.2024

Ngày duyệt bài: 27.8.2024