

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

measurements through standardized photos of nasal base angles at Institute 69—The Guard Command of the Ho Chi Minh Museum using the software Image Proplus 5.0. **Results:** The study surveyed 150 Vietnamese adults, with 62.7% female, ages 18 - 65. The angle between the two nostril axes was 76.50 ± 13.50 ; The left nasal base angle was 51.40 ± 7.40 , and the right nasal base angle was 52.00 ± 6.90 . According to Farkas L.G, we have accounted for the majority (66%) of type III nasal base angle classification in both sexes, with no cases of types I, VI, and VII recorded. There are statistically significant differences in nasal base dimensions between men and women, with males larger than females. The tip of the nose width was 60% of the soft tissue nose width and up to 80% of the anatomical nose width. The ratio of nasal columella height to nasal tip height is 0.4, and nasal protrusion to soft tissue nasal width is 46.4. **Conclusion:** The Vietnamese nasal base is characterized by low, wide, bulging nostrils, short pillars, and thick tips. Therefore, when performing nasal cosmetic surgery, surgeons should coordinate the correction of the tip and the base of the nose to achieve the best results. **Keywords:** Nasal base, nasal anthropometry, rhinoplasty surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mũi ngoài là một trong những cơ quan được phẫu thuật nhiều trong chuyên ngành thẩm mỹ, đặc biệt tại các nước châu Á do nhu cầu thẩm mỹ mũi khá cao. Cấu trúc mũi người Châu Á đặc trưng thường có đỉnh mũi to và sống mũi thấp và phẫu thuật tạo hình mũi không chỉ đơn thuần là đặt sống nâng cao mũi, mà còn thu nhỏ đỉnh mũi, thu gọn cánh mũi, chỉnh hình xương mũi. Ngoài ra, đặc điểm nhân trắc mũi thay đổi theo chủng tộc, khác biệt khá rõ giữa người da trắng và người da màu Châu Á. Do đó để đạt được sự cân bằng và hài hòa giữa mũi sau phẫu thuật với khuôn mặt vốn có của bệnh nhân là điều khá khó khăn với các nhà phẫu thuật thẩm mỹ.

Nền mũi là cấu trúc thường ít được quan tâm nhất của mũi nhưng lại là bộ phận cung cấp những thông tin quan trọng liên quan đến hình chiếu của mũi, kích thước lỗ mũi và tính thẩm mỹ tổng thể của mũi. Các bác sĩ phẫu thuật thường cho rằng đây là cấu trúc phụ trợ chứ không phải là một phần không thể thiếu trong phẫu thuật nâng mũi, và chính điều này có thể dẫn đến kết quả không tốt, thậm chí có thể tạo ra các biến dạng không thể khắc phục.

Theo Farkas L.G ghi nhận từng chủng tộc khác nhau sẽ có những kiểu nền mũi đặc trưng khác nhau. Trong đó tỉ lệ các kiểu nền lỗ mũi trên người Châu Á như sau: loại I ($70 - 90^\circ$) chiếm 0%, loại II ($55 - 69^\circ$) chiếm 18,9%, loại III ($40 - 54^\circ$) chiếm 52,8%, loại IV (0°) chiếm 5,7%, loại V ($25 - 39^\circ$) chiếm 18,9%, loại VI ($10 - 24^\circ$) chiếm 3,8%, và loại VII ($-50 - 20^\circ$) chiếm

0%.¹ Tại Việt Nam, trong những năm gần đây đã có nhiều công trình nghiên cứu về các chỉ số nhân trắc vùng mũi, chủ yếu tập trung vào tháp mũi nhưng chưa có nhiều nghiên cứu về nền mũi, hoặc có đề cập đến nền mũi nhưng chỉ là một trong các chỉ số tương quan đến cấu trúc tháp mũi như trong nghiên cứu của tác giả Đinh Sỹ Mạnh.² Chính vì vậy, chúng tôi quyết định thực hiện nghiên cứu với mục tiêu là mô tả các đặc điểm của cấu trúc nền mũi ở người Việt trưởng thành.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn vào: là người Việt, tuổi từ 18 trở lên, còn nguyên vẹn vùng tháp mũi, chưa có can thiệp phẫu thuật trên mũi, không mắc các dị tật bẩm sinh, chấn thương, phẫu thuật thẩm mỹ, u bướu hay bất thường về giải phẫu vùng mặt.

Tiêu chuẩn loại ra: người đã chích các chất làm đầy vào vùng mũi, bị rối loạn chuyển hóa mỡ hoặc hội chứng Cushing.

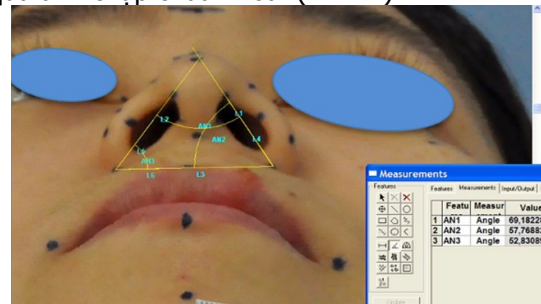
Thời gian nghiên cứu: từ tháng 12/2014 – tháng 11/2015.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hàng loạt ca.

- **Cỡ mẫu và chọn mẫu:** Nghiên cứu sử dụng kỹ thuật chọn mẫu thuận tiện những bệnh nhân tại bệnh viện Thanh Vân vào thời điểm nghiên cứu theo tiêu chuẩn chọn mẫu. Thực tế nghiên cứu đã thực hiện khảo sát được 150 người.

2.3. Biến số nghiên cứu

- **Các góc nền mũi:** Gồm góc giữa 2 trục lỗ mũi (kí hiệu AN1), góc nền mũi trái (kí hiệu AN2), góc nền mũi phải (AN3), được đo gián tiếp qua ảnh chụp chuẩn hóa. (Hình 1)

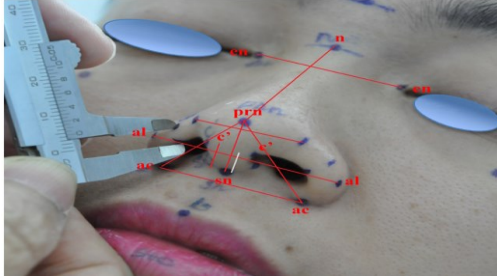


Hình 1. Các góc nền mũi

- **Phân loại góc nền mũi:** Phân loại các góc nền mũi phải và trái đã đo được theo phân loại của Farkas L.G gồm 7 loại: loại I ($70 - 90^\circ$), loại II ($55 - 69^\circ$), loại III ($40 - 54^\circ$), loại IV (0°), loại V ($25 - 39^\circ$), loại VI ($10 - 24^\circ$) và loại VII ($-50 - 20^\circ$).

- **Các kích thước nền mũi:** Được đo trực tiếp trên đối tượng nghiên cứu; gồm Độ nhô

đỉnh mũi (sn-prn); Chiều dài cánh mũi phải/trái (ac-prn); Chiều dày cánh mũi phải/trái (al'-al'); Chiều rộng cột trụ mũi dưới (sn'-sn'); Chiều rộng cột trụ mũi trên (c'-c'); Chiều cao cột trụ mũi (sn-c') và Chiều ngang đỉnh mũi. (Hình 2)



Hình 2. Các kích thước nền mũi

2.4. Phương pháp và quy trình thu thập số liệu. Nghiên cứu sử dụng phương pháp 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.

- **Bước 1:** Mời đối tượng tham gia nghiên cứu, nếu đồng ý thì kí xác nhận vào bảng đồng thuận tham gia nghiên cứu.

- **Bước 2:** Thu thập các thông tin cá nhân.

- **Bước 3:** Đánh dấu các mốc nhân trắc. Các điểm mốc nhân trắc được đánh dấu trên khuôn mặt bằng viết lông kim màu xanh (không bị phai màu), gồm 22 điểm, ký hiệu bằng chữ Latin thường theo qui ước của Farkas L.G.

- **Bước 4:** Đo đạc trực tiếp trên đối tượng bằng thước kẹp, và bộ thước nhân trắc.

- **Bước 5:** Chụp ảnh chuẩn hóa. Tất cả đối tượng nghiên cứu được chụp ảnh theo nguyên tắc chuẩn hóa của Claman và cộng sự. Máy ảnh Nikon D90 đặt xa đối tượng 1,5m; tiêu cự 55-70mm để đảm bảo tỉ lệ 1:1. Ống kính Nikon AF-S Micro Nikkor 60mm 1:2,8G ED. Ảnh chụp được lưu vào máy tính dạng JPEG, mỗi người một thư mục riêng. Ảnh được chụp trên phông nền xanh dương, dưới ánh sáng đèn chiếu, khẩu độ và tốc

độ phù hợp với ánh sáng tại chỗ.

Để đo được các góc nền mũi thì đối tượng nghiên cứu cần được chụp ảnh ở tư thế ngửa sau tối đa. Đối tượng ngồi nhìn thẳng ra trước rồi ngửa đầu ra sau tối đa cho đến khi chóp mũi nằm ở vị trí giữa 2 đầu lông mày và 2 lỗ mũi trước thấy toàn vẹn. Thước được đặt ngay trên và cùng bình diện với nền mũi.

- **Bước 6:** Gửi ảnh chụp chuẩn hóa đến Viện 69 – Bộ Tư lệnh Lãng để thực hiện đo gián tiếp các góc nền mũi bằng phần mềm Image Proplus 5.0.

2.5. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được nhập bằng phần mềm Microsoft Excel và phân tích bằng phần mềm SPSS 19.

Các kích thước nền mũi và góc nền mũi được trình bày bằng trung bình và độ lệch chuẩn. Biến phân loại góc nền mũi được trình bày bằng tần số và tỉ lệ %.

Sử dụng T-test hoặc Mann-Whitney để xác định sự khác biệt về các kích thước nền mũi, các góc nền mũi và các tỉ lệ liên quan đến nền mũi giữa nam và nữ. Khác biệt có ý nghĩa khi $p < 0,05$.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành với sự đồng ý của các đối tượng tham gia, việc tham gia nghiên cứu đều dựa trên cơ sở tự nguyện. Các đối tượng tham gia nghiên cứu được giải thích rõ về: mục tiêu nghiên cứu, việc sử dụng kết quả nghiên cứu và mọi thông tin cá nhân chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu, đảm bảo hoàn toàn được giữ bí mật.

Nghiên cứu đã được chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Học viện Quân y.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu. Nghiên cứu khảo sát được 150 người Việt trưởng thành gồm 94 nữ (62,7%), 56 nam (37,3%) và độ tuổi trung bình của mẫu là 33,6 tuổi \pm 13,4 (dao động từ 18 đến 65 tuổi).

3.2. Các góc nền mũi

Bảng 1. Các góc nền mũi theo giới (n = 150)

Các góc nền mũi	Cả 2 giới	Nam (n = 56)	Nữ (n = 94)	Giá trị p**
	TB \pm ĐLC	TB \pm ĐLC	TB \pm ĐLC	
Góc giữa 2 trục lỗ mũi (AN1)	76,5 ⁰ \pm 13,5 ⁰	76,5 ⁰ \pm 13,5 ⁰	82,0 ⁰ \pm 12,4 ⁰	0,013
Góc nền mũi trái (AN2)	51,4 ⁰ \pm 7,4 ⁰	51,4 ⁰ \pm 7,4 ⁰	48,7 ⁰ \pm 6,6 ⁰	0,019
Góc nền mũi phải (AN3)	52,0 ⁰ \pm 6,9 ⁰	52,0 ⁰ \pm 6,9 ⁰	49,3 ⁰ \pm 6,7 ⁰	0,021

(**): Kiểm định Mann-Whitney

Các góc nền mũi đều có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở cả 2 giới với $p < 0,05$.

Bảng 2. Phân loại góc nền mũi theo giới (n = 150)

Phân loại góc nền mũi	Nam (n = 56)		Nữ (n = 94)		Cả 2 giới	
	Phải	Trái	Phải	Trái	Phải	Trái
loại I (70-90 ⁰)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

loại II (55-69 ^o)	33,9	35,7	23,4	21,3	27,3	26,7
loại III (40-54 ^o)	58,9	57,1	70,2	71,3	66,0	66,0
loại IV (0 ^o)	0	0	0	0	6,7	0
loại V (25-39 ^o)	7,2	7,2	6,4	7,4	0	7,3
loại VI (10-24 ^o)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
loại VII (-50-20 ^o)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tổng	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Phân loại góc nền mũi loại III chiếm đa số (66%) ở cả 2 giới, trong đó loại III ở nữ nhiều hơn nam, kể đến là loại II và loại V. Nghiên cứu không ghi nhận trường hợp nào loại I, VI và VII.

3.3. Các kích thước nền mũi

Bảng 3. Các kích thước nền mũi theo giới (n = 150)

Các kích thước nền mũi	Nam (n = 56)	Nữ (n = 94)	Cả 2 giới	Giá trị p
Độ nhô đỉnh mũi	17,8 ± 3,3	16,4 ± 3,8	16,9 ± 3,7	0,023**
Chiều dài cánh mũi phải	26,3 ± 3,9	24,1 ± 2,2	25,0 ± 3,1	<0,001**
Chiều dài cánh mũi trái	26,4 ± 3,6	24,2 ± 1,9	25,0 ± 2,8	<0,001**
Chiều dày cánh mũi phải	5,3 ± 0,8	4,8 ± 0,8	4,9 ± 0,8	<0,001*
Chiều dày cánh mũi trái	5,3 ± 0,7	4,8 ± 0,8	5,0 ± 0,8	<0,001*
Chiều rộng cột trụ mũi dưới	6,1 ± 1,0	5,5 ± 1,0	5,7 ± 1,0	0,001**
Chiều rộng cột trụ mũi trên	11,1 ± 1,8	9,9 ± 1,5	10,3 ± 1,7	<0,001**
Chiều cao cột trụ mũi	7,3 ± 1,3	6,6 ± 1,2	6,8 ± 1,3	0,001**
Chiều ngang đỉnh mũi	23,1 ± 2,3	20,9 ± 2,0	21,7 ± 2,4	<0,001**

(*): Kiểm định T-test, (**): Kiểm định Mann-Whitney

Các kích thước nền mũi khác nhau ở cả 2 giới với p < 0,05, trong đó nam lớn hơn nữ.

Bảng 4. Các tỉ lệ liên quan đến nền mũi theo giới (n = 150)

Các tỉ lệ liên quan nền mũi	Nam (n=56)	Nữ (n=94)	Cả 2 giới	Giá trị p
Tỉ số chiều ngang đỉnh mũi với chiều rộng mũi mô mềm (al-al)	0,6 ± 0,1	0,6 ± 0,1	0,6 ± 0,1	0,181*
Tỉ số chiều ngang đỉnh mũi với chiều rộng mũi giải phẫu (ac-ac)	0,8 ± 0,1	0,8 ± 0,1	0,8 ± 0,1	-
Tỉ số chiều cao cột trụ mũi với chiều cao đỉnh mũi (sn-prn)	0,4 ± 0,1	0,4 ± 0,1	0,4 ± 0,1	-
Chỉ số chiều dài cánh với chiều cao mũi phải (ac-prn×100/n-sn)	51,9 ± 8,1	51,5 ± 4,7	51,6 ± 6,2	0,659**
Chỉ số chiều dài cánh với chiều cao mũi trái (ac-prn×100/n-sn)	52,2 ± 7,6	51,7 ± 4,7	51,9 ± 5,9	0,621**
Chỉ số chiều rộng mũi mô mềm với chiều dài cánh phải (ac-prn ×100/al-al): cánh mũi dài hay ngắn	59,0 ± 5,3	67,3 ± 5,6	63,9 ± 8,6	0,284**
Chỉ số chiều rộng mũi mô mềm với chiều dài cánh trái (ac-prn ×100/al-al): cánh mũi dài hay ngắn	64,1 ± 11,2	67,6 ± 6,0	66,2 ± 17,8	0,402**
Chỉ số độ nhô mũi với chiều rộng mũi mô mềm (sn-prn×100/al-al): đỉnh mũi nhô nhiều hay ít	46,6 ± 8,8	46,3 ± 11,4	46,4 ± 10,5	0,881**
Chỉ số chiều rộng cột trụ mũi với chiều rộng mũi mô mềm (sn'-sn'×100/al-al)	15,9 ± 2,3	15,5 ± 2,8	15,7 ± 2,6	0,373**

(*): Kiểm định T-test, (**): Kiểm định Mann-Whitney

Chiều ngang đỉnh mũi bằng 60% chiều rộng mũi mô mềm và lên đến 80% chiều rộng mũi giải phẫu. Tỉ 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.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Các góc nền mũi. Theo tác giả Farkas L.G ghi nhận từng chủng tộc khác nhau sẽ có những kiểu nền mũi đặc trưng khác nhau, dựa theo hướng của trục lớn của lỗ mũi ngoài so với

mặt phẳng ngang. Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào loại I, VI và VII của Farkas, tỉ lệ về các loại nền mũi của chúng tôi chiếm ưu thế nhất là loại III, kể đến loại II đều phù hợp với tỉ lệ của tác giả Farkas. Như vậy đây là nét đặc trưng về chủng tộc người Việt.

Đối với phẫu thuật cắt cánh mũi việc giảm đường kính lỗ mũi sẽ ảnh hưởng đến hình dạng lỗ mũi sau khi phẫu thuật và xu hướng chuyển về dạng II và I là nhiều nhất vì đó là nét đẹp cân

đôi lỗ mũi hình "hạt chanh" theo chủng tộc người châu Á nhất là khu vực Hàn Quốc, Nhật Bản và Việt Nam nói riêng.

4.2. Các kích thước nền mũi. Chúng tôi so sánh một số kích thước nền mũi với các tác giả qua bảng sau:

Bảng 5. So sánh các kích thước nền mũi với các tác giả

Kích thước	Độ nhô đỉnh mũi	Chiều dài cánh mũi	Chiều dày cánh mũi	Chiều rộng cột trụ mũi
Ngeow W.C [3]	17,8			
Anderson K.J [4]	Nam:24,9 Nữ:23,0			
Duskova M [5]	21,4	T:29,4 P:29,6		
Khandekar B [6]	Nam:20,4 Nữ:16,9			Nam:5,7 Nữ:5,7
Choe K.S [7]	19,6	29,9	4,5	7,3
Farkas L.G [8]	19,3	31,0	5,3	6,6
Lê Việt Vùng [2]	Nam:17,5 Nữ: 16,7			
Nguyễn Thành Nhân [1]	Nam:23,7 Nữ: 20,6			
Chúng tôi 2016	Nam:17,8 Nữ:16,4	Nam:26,3 Nữ:24,1	Nam:5,3 Nữ:4,8	Nam:6,1 Nữ:5,5

Độ nhô đỉnh mũi của chúng tôi có những kích thước bằng với tác giả trong nước, nhưng cũng có những kích thước nhỏ hơn, nhưng với tác giả nước ngoài thì đa số nhỏ hơn chứng tỏ mũi người Việt thấp hơn, chiều dài cánh mũi ngắn hơn các tác giả nước ngoài, sự khác biệt này chủ yếu là do đặc điểm khác biệt về chủng tộc.

Chúng tôi tính tỉ lệ chiều ngang đỉnh mũi với chiều rộng mũi mô mềm (al-al) là 0,6 nhỏ hơn Porter J.P trên người da trắng là 0,75; Trần Tuấn Anh là 0,8, sự khác biệt với tác giả trong nước và ngoài nước có thể là do mẫu nghiên cứu, còn tỉ lệ chiều ngang đỉnh mũi so với chiều rộng mũi giải phẫu của chúng tôi là 80%, lớn hơn Prendergast P.M là 35-45% rất nhiều, điều này chứng tỏ đỉnh mũi người Việt to hơn. Đỉnh mũi to (hay đầu mũi to) là nét đặc trưng đối với chủng tộc người Da vàng và Châu Phi, các yếu tố gây nên đỉnh mũi to gồm: khoảng cách 2 điểm đỉnh, góc phân kỳ điểm đỉnh, mỡ gian vòm, độ dày lớp SMAS mũi, vì thế việc lựa chọn kỹ thuật nào để thu gọn chiều ngang đỉnh mũi gây không ít khó khăn cho phẫu thuật viên bao gồm các kỹ thuật khâu xuyên vòm, gian vòm hợp nhất vòm,

cắt SMAS thu gọn.

Tính tỉ lệ chiều cao đỉnh mũi với chiều cao nền mũi, theo nghiên cứu của chúng tôi là 0,6 hay 3/5 lớn hơn tác giả Prendergast P.M là 1/3 ở người da trắng, Porter J.P là 2:1, Farkas L.G là 58,2%, theo Trần Tuấn Anh là 1/3, điều này cho thấy chiều cao đỉnh mũi trên người Việt chiếm hơn 1/2 độ nhô đỉnh mũi hay nói cách khác đi đỉnh mũi người Việt dày, to và cột trụ mũi ngắn. Chỉ số chiều dài cánh với chiều cao mũi ($ac-prn \times 100 / (n-sn)$) của chúng tôi là 51,6 bên phải và 51,9 trái nhỏ hơn Choe K.S là 58,1 [7] và Farkas L.G. là 61,2 [8] điều này chứng tỏ chiều dài cánh mũi ngắn do độ nhô đỉnh mũi thấp so với chiều cao mũi trên người Việt. Chúng tôi tính chỉ số chiều rộng mũi mô mềm với chiều dài cánh ($al-al \times 100 / ac-prn$) là 63,9 phải và 66,2 bên trái lớn hơn Farkas L.G là 50,3 [8] và Choe K.S là 59 [7] điều này chứng tỏ bề ngang cánh mũi người Việt rộng và phẳng hơn các nước trong khu vực.

Ngoài ra, chỉ số độ nhô mũi với chiều rộng mũi mô mềm ($sn-prn \times 100 / al-al$) của chúng tôi là 46,4, điều này cho thấy độ nhô đỉnh mũi rất thấp nhỏ hơn 50% chiều rộng mũi mô mềm trên người Việt. Kết quả này nhỏ hơn kết quả Watanabe K ở da trắng là 85 và phương Đông là 56, Choe K.S là 55,7 [7] chứng tỏ đỉnh mũi người Việt thấp và cánh mũi bè rộng hơn các chủng tộc khác. Chỉ số chiều rộng cột trụ mũi với chiều rộng mũi mô mềm ($sn'-sn' \times 100 / al-al$) của chúng tôi là 15,7 nhỏ hơn Farkas L.G là 21,4 [8] và Choe K.S là 20,5 [7]. Chỉ số chiều cao cột trụ mũi với độ nhô mũi ($c'-sn \times 100 / sn-prn$) của chúng tôi là 0,4 hay 2/5 nhỏ hơn Farkas L.G là 58,2 [8] nhưng bằng với Choe K.S là 38,3 [7]. Chứng tỏ cột trụ mũi người Việt ngắn.

V. KẾT LUẬN

Kết quả của nghiên cứu đã cung cấp cái nhìn chung về nền mũi người Việt với đặc trưng là thấp, bề ngang, cánh mũi phẳng, cột trụ ngắn và đỉnh mũi dày to. Do đó hiện nay khi thực hiện phẫu thuật thẩm mỹ mũi, các bác sĩ phẫu thuật nên phối hợp chỉnh hình đỉnh mũi và nền mũi như thu gọn đỉnh mũi, kéo dài cột trụ mũi, thu gọn cánh mũi để đạt được kết quả tốt nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Nguyễn Thành Nhân:** Nghiên cứu tạo hình nâng mũi bằng mô tự thaaphoois hợp với vật liệu nhân tạo. Luận án tiến sĩ y học. Viện Nghiên cứu khoa học Y Dược lâm sàng 108, 2016
- Lê Việt Vùng:** Nghiên cứu đặc điểm hình thái nhân trắc đầu mặt người Việt trưởng thành, ứng dụng trong giám định pháp y. Luận án tiến sĩ y học. Học viện Quân Y, 2005

NGHIÊN CỨU SƠ BỘ BIẾN THỂ SỐ LƯỢNG BẢN SAO DNA TY THỂ Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ VIỆT NAM

Nguyễn Hoàng Tuyết Minh¹, Ngô Quốc Đạt¹, Nguyễn Văn Thắng¹,
Phạm Quốc Thắng¹, Thái Anh Tú², Phạm Minh Tâm²,
Phạm Văn Hùng¹, Đào Thị Minh Nhã¹, Nguyễn Thị Lệ Hương¹

TÓM TẮT

Bối cảnh: Những thay đổi về số lượng bản sao DNA ty thể (mtDNA-CN) ở nhiều loại khối u khác nhau có liên quan đến nguy cơ ung thư tăng cao. Tuy nhiên, các nghiên cứu về mối liên hệ của chúng với ung thư vú ở bệnh nhân Việt Nam vẫn chưa được xác định. Trong nghiên cứu sơ bộ này, chúng tôi đã nghiên cứu biến thể mtDNA-CN ở các mô vú lành và ung thư và so sánh sự khác biệt của chúng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 12 mẫu mô lành và mô u liền kề từ cùng một bệnh nhân ung thư vú đã được sử dụng cho nghiên cứu. Tổng số DNA bộ gen đã được phân lập và những thay đổi trong mtDNA-CN đã được đo bằng phương pháp định lượng tương đối sử dụng phương pháp Real-time PCR SYBR Green. **Kết quả:** Hệ số tương quan R² cho mỗi đường cong chuẩn là $\geq 0,98$. 12 bệnh nhân, trung bình 45,83 tuổi ($\pm 9,73$), được xác định là ung thư vú xâm lấn giai đoạn đầu hoặc tiến triển tại chỗ, một số không di căn đến hạch bạch huyết (N0) hay có di căn (N1). Các khối u được phân loại là cấp độ 2 trở lên, với kích thước từ 3 đến 45 mm. Kết quả của chúng tôi cho thấy sự giảm đáng kể mtDNA-CN trong các mô vú ung thư so với các mô vú lành ($p = 0,0226$). **Kết luận:** Nhìn chung, nghiên cứu của chúng tôi báo cáo sự so sánh mtDNA-CN trong các mô vú lành và ung thư, cho thấy rằng hàm lượng mtDNA giảm trong ung thư vú có thể có giá trị chẩn đoán bệnh. **Từ khóa:** mtDNA, số bản sao, ung thư vú, bệnh nhân Việt Nam

SUMMARY

PILOT STUDY ON MITOCHONDRIAL DNA COPY NUMBER VARIATIONS IN VIETNAMESE BREAST CANCER PATIENTS

Background: Changes in mitochondrial DNA copy number (mtDNA-CN) in various tumor types have been linked to an increased risk of cancers. However, studies on their association with breast cancer in Vietnamese patients remain to be determined. In this pilot study, we investigated mtDNA-CN variation in paired normal and cancerous breast tissues and compared their differences. **Methods:** 12 paired tissues from adjacent normal and tumor sites from the same breast cancer patients were utilized for the study. Total genomic DNA was isolated and changes in

mtDNA-CN were measured by relative quantification using the SYBR green based quantitative Real-time PCR method. **Results:** The R² correlation for each standard curve was $\geq 0,98$. The 12 individuals, averaging 45.83 years old (± 9.73), were identified with early-stage invasive or locally advanced breast cancer, some with no lymph node involvement (N0) and others with (N1). Tumors, classified as grade 2 or higher, with sizes ranging from 3 to 45 mm. Our results revealed a significant reduction in mtDNA-CN in cancerous breast tissues compared with the normal ones ($p=0.0226$). **Conclusions:** Overall, our study reports a comparison of mtDNA-CN in paired normal and cancerous breast tissues and suggests that decreased mtDNA content in breast cancer may have diagnostic value for the disease. **Keywords:** mtDNA, copy number, breast cancer, Vietnamese patients

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên toàn cầu, ung thư vú ở phụ nữ là loại ung thư được chẩn đoán thường xuyên nhất và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do ung thư, chiếm gần 12% số ca tử vong trong số tất cả các loại ung thư. Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc ung thư vú ở phụ nữ đã tăng đều đặn trong hai thập kỷ qua, vượt gấp đôi so với loại ung thư phổ biến thứ hai là ung thư đại trực tràng. Phát hiện sớm rất quan trọng trong bối cảnh này, do đó, cần xác định các nguy cơ tiềm ẩn hoặc nguyên nhân gây bệnh để cải thiện chẩn đoán và chiến lược điều trị.[1]

Trong những năm 1920, Otto Warburg là người đầu tiên đưa ra giả thuyết rằng các tế bào khối u, trái ngược với các tế bào bình thường, biểu hiện hoạt động đường phân cao hơn và hô hấp ty thể giảm, ngay cả khi có oxy. Hiện tượng chuyển hóa này được công nhận là "hiệu ứng Warburg". Nhiều cơ chế cơ bản của quá trình điều hòa năng lượng tế bào bị gián đoạn có liên quan đến rối loạn chức năng ty thể. Trong những năm gần đây, ngày càng có nhiều bằng chứng chỉ ra vai trò gây bệnh do rối loạn chức năng ty thể trong nhiều loại ung thư khác nhau. Đặc biệt, các biến thể mtDNA-CN đã được đề xuất là dấu ấn sinh học sớm của khối u.[2]

Ty thể là trung tâm sinh năng lượng và tổng hợp sinh học quan trọng cho các chức năng của tế bào và sức khỏe con người. Bên cạnh nhân, ty thể là bào quan duy nhất có DNA riêng. Bộ gen ty thể của con người bao gồm một phân tử vòng

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Ung Bướu Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Tuyết Minh

Email: nhtminh@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 7.8.2024

Ngày duyệt bài: 27.8.2024