

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH TỊT CỬA MŨI SAU BẨM SINH Ở TRẺ EM

Nguyễn Thị Diệu Yến¹, Phí Thị Quỳnh Anh², Phạm Tuấn Cảnh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh của bệnh lý tịt cửa mũi sau bẩm sinh ở trẻ em giai đoạn 2018 đến 2024 tại Bệnh viện Nhi Trung ương. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu quan sát mô tả chùm ca bệnh trên 20 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật tịt cửa mũi sau bẩm sinh trong thời gian từ 1/1/2018-1/8/2024 tại Bệnh viện Nhi Trung ương. **Kết quả:** tỉ lệ nam : nữ là 1: 1,5; tỉ lệ sinh đủ tháng là 85%; Nội soi TMH : tỉ lệ tịt cửa mũi sau 2 bên : 1 bên là 1,5: 1; tịt bên phải : bên trái là 37,5%: 62,5%. Hình ảnh CLVT: tịt cửa mũi sau thể hỗn hợp màng và xương 80%, tịt màng là 15%, tịt xương là 5%. Triệu chứng cơ năng chủ yếu hay gặp nhất là ngạt mũi thường xuyên (90%). Tịt cửa mũi sau 2 bên hay gặp nhất là ngạt mũi thường xuyên (91,7%) và bú ngắt quãng (91,7%), tịt cửa mũi sau 1 bên thường gặp nhất là ngạt mũi thường xuyên (87,5%). Bệnh nhân mắc dị tật đi kèm chiếm 60% trong đó dị tật tim chiếm 30%. **Kết luận:** tỉ lệ mắc tịt cửa mũi sau bẩm sinh ở nữ nhiều hơn nam; tịt cửa mũi sau 2 bên nhiều hơn tịt 1 bên, tịt bên trái nhiều hơn bên phải; thể tịt hỗn hợp màng- xương chiếm đa số. Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là ngạt mũi thường xuyên. Triệu chứng thực thể hay gặp là nhỏ xanh methylen và đặt sonde không qua cửa mũi sau, thử gương thanh quản trước cửa mũi không thấy hơi thở. Đa số bệnh nhân có dị tật khác kèm theo và hay gặp nhất là dị tật tim.

Từ khóa: Choanal Atresia

SUMMARY

RESEARCH ON CLINICAL CHARACTERISTICS AND IMAGING DIAGNOSIS OF CONGENITAL NASAL OBSTRUCTION IN CHILDREN

Objective: To describe the clinical characteristics and imaging diagnosis of congenital choanal atresia in children from 2018 to 2024 at the Vietnam National Children's Hospital. **Research Method:** A descriptive observational study of a case series involving 20 patients diagnosed and surgically treated for congenital choanal atresia between January 1, 2018, and August 1, 2024, at the Vietnam National Children's Hospital. **Results:** The male to female ratio was 1:1.5; the rate of full-term births was 85%. Endoscopic examination showed a bilateral atresia to unilateral atresia ratio of 1.5:1; right-sided atresia to

left-sided atresia was 37.5%:62.5%. CT imaging revealed mixed membrane and bone atresia in 80%, membrane atresia in 15%, and bone atresia in 5%. The most common functional symptom was frequent nasal obstruction (90%). Bilateral choanal atresia was most commonly associated with frequent nasal obstruction (91.7%) and intermittent feeding (91.7%), while unilateral choanal atresia was most commonly associated with frequent nasal obstruction (87.5%). Patients with associated congenital anomalies accounted for 60%, with cardiac anomalies comprising 30%. **Conclusion:** The incidence in females is higher than in males; bilateral choanal atresia is more common than unilateral, with left-sided atresia more prevalent than right-sided; mixed membrane-bone atresia is the most common type. The most frequently encountered functional symptom is frequent nasal obstruction. The most common physical signs are methylene blue staining and the inability to pass a catheter through the choana, with no mist observed during laryngoscope examination at the choana. The majority of patients have associated anomalies, with cardiac defects being the most common.

Keywords: Choanal Atresia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tịt cửa mũi sau bẩm sinh là tình trạng không có sự thông thương giữa cửa mũi sau với vòm mũi họng do cửa mũi sau bị bít bởi màng, sụn hoặc xương. Đây là một rối loạn do sự đóng kín của cửa mũi sau trong quá trình phát triển của bào thai. Tịt cửa mũi sau xuất hiện với tỉ lệ thấp, ít gặp trên lâm sàng nhưng có thể gây nên tình trạng cấp cứu ở trẻ sơ sinh. Chẩn đoán tịt cửa mũi sau bẩm sinh ở trẻ em chủ yếu dựa vào các triệu chứng lâm sàng kết hợp với hình ảnh CLVT và nội soi. Trên thế giới đã có nhiều tài liệu mô tả về dị tật này về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, tiêu chuẩn chẩn đoán và phương pháp điều trị. Ở Việt Nam có ít nghiên cứu về bệnh lý này nên các bác sĩ vẫn còn khá lúng túng trong việc tiếp cận chẩn đoán để có thể xử trí kịp thời cũng như có phương pháp can thiệp phù hợp và hiệu quả. Xuất phát từ tình hình thực tiễn, chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh của tịt cửa mũi sau bẩm sinh ở trẻ em.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu bao gồm bệnh nhân lứa tuổi dưới 15 tuổi, đủ tiêu chuẩn được khám và điều trị phẫu thuật từ tháng 1/2018 đến tháng 8/2024 tại Bệnh viện Nhi Trung ương

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Diệu Yến

Email: dieuyen.hvqy@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.01.2025

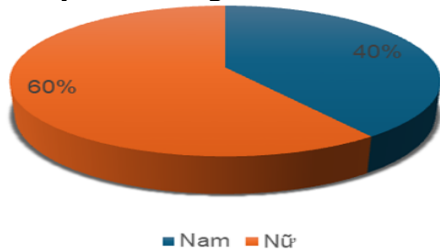
Ngày duyệt bài: 14.2.2025

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả quan sát chùm ca bệnh
- Cỡ mẫu 20 bệnh nhân: 15 bệnh nhân hồi cứu và 5 bệnh nhân tiền cứu
- Chỉ số nghiên cứu:
 - + Giới
 - + Tiền sử sản khoa
 - + Triệu chứng cơ năng
 - + Triệu chứng thực thể
 - + Vị trí tịt trên nội soi
 - + Tính chất tịt trên CLVT
 - + Dị tật bẩm sinh kèm theo
- Phương pháp thu thập số liệu: Hồ sơ bệnh án, khai thác thông tin từ bệnh nhân, khám lâm sàng, nội soi TMH, phim chụp CLVT.
- **Phương pháp xử lý số liệu:**
 - + Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.
 - + Các số liệu sau khi xử lý sẽ được trình bày dưới dạng bảng, biểu bằng Excel 2016.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm về giới



Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh theo giới

Nhận xét: Tỉ lệ nam/ nữ là 1: 1,5.

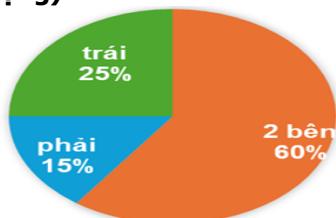
3.2. Tiền sử sản khoa

Bảng 3.1. Phân bố bệnh theo tiền sử sản khoa

Tiền sử sản khoa	n	Tỉ lệ (%)
Đủ tháng (≥ 38 tuần)	17	85
Thiếu tháng (< 38 tuần)	3	15
N	20	100

Nhận xét: Tỉ lệ bệnh nhân sinh đủ tháng chiếm đa số với 85%

3.3. Vị trí tịt (dựa vào kết quả nội soi tai mũi họng)

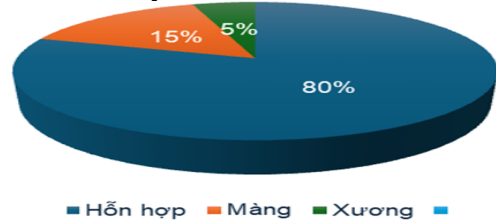


Biểu đồ 3.2. Phân bố bệnh theo vị trí tịt

Nhận xét: Tỉ lệ tịt 2 bên: 1 bên là 1,5: 1; tỉ

lệ bệnh nhân mắc tịt cửa mũi sau bên phải: bên trái là 37,5%: 62,5%

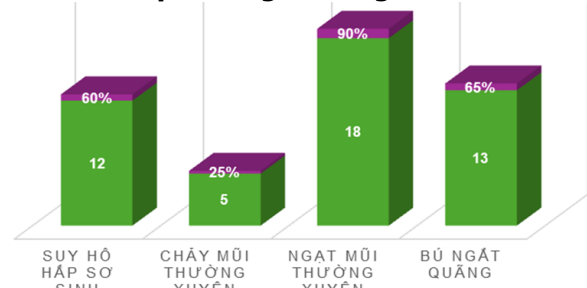
3.4. Tính chất tịt (dựa vào kết quả chẩn đoán hình ảnh)



Biểu đồ 3.3. Phân bố bệnh theo tính chất tịt

Nhận xét: Tỉ lệ tịt cửa mũi sau thể hỗn hợp màng và xương chiếm cao nhất 80%, thể tịt màng chiếm 15%, thể tịt xương thấp nhất chiếm 5%

3.5. Triệu chứng cơ năng



Biểu đồ 3.4. Phân bố theo triệu chứng cơ năng

Nhận xét: Triệu chứng cơ năng chủ yếu gặp ở các bệnh nhân tịt cửa mũi sau bẩm sinh là ngạt mũi thường xuyên (90%), ít gặp nhất là chảy mũi thường xuyên (25%).

3.6. Triệu chứng thực thể

Bảng 3.2. Phân bố triệu chứng thực thể (N=20)

Triệu chứng thực thể	n	Tỉ lệ (%)
Đặt sonde không qua cửa mũi sau	18	90
Nhỏ xanh methylen không qua cửa mũi sau	18	90
Thử gương thanh quản không thấy hơi mờ ở cửa mũi trước	16	80
Thử bông gòn cửa mũi trước không thấy chuyển động	17	85
Cửa mũi sau bịt kín qua hình ảnh nội soi TMH	20	100

Nhận xét: Triệu chứng cửa mũi sau bịt kín qua hình ảnh nội soi TMH chiếm tỉ lệ cao nhất (100%) triệu chứng thử gương thanh quản trước cửa mũi không thấy hơi mờ chiếm tỉ lệ thấp nhất (80%)

3.7. Dị tật bẩm sinh đi kèm

Bảng 3.3. Phân bố dị tật bẩm sinh (N=20)

	n	Tỉ lệ (%)
Không có dị tật khác kèm theo	8	40

Có dị tật khác kèm theo	Dị tật tim	6	30
	Không phải dị tật tim	6	30

Nhận xét: Số bệnh nhân mắc dị tật đi kèm chiếm 60% số bệnh nhân trong nghiên cứu, dị tật tim chiếm 30% tổng số bệnh nhân và chiếm 50% trong số các bệnh nhân có dị tật bẩm sinh khác đi kèm

3.8. Môi liên quan giữa vị trí tật cửa mũi và triệu chứng cơ năng

Bảng 3.4. Môi liên quan giữa vị trí tật cửa mũi và triệu chứng cơ năng (N=20)

Triệu chứng Vị trí	Suy h h sơ sinh		Ngạt mũi thường xuyên		Chảy mũi thường xuyên		Bú ngắt quãng	
	Có	Không	Có	Không	Có	Không	Có	Không
2 bên	10	2	11	1	1	11	11	1
1 bên	2	6	7	1	4	4	2	6
Tổng	12	8	18	2	5	15	13	7
p	0,018		0,629		0,004		0,005	

Nhận xét: - Tật cửa mũi sau 2 bên, hay gặp nhất là ngạt mũi thường xuyên (91,7%) và bú ngắt quãng (91,7%)

- Tật cửa mũi sau 1 bên xuất hiện nhiều nhất là ngạt mũi thường xuyên (87,5%)

- Có mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa vị trí tật cửa mũi sau triệu chứng suy hô hấp sơ sinh, chảy mũi thường xuyên và bú ngắt quãng (p < 0,05).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm về giới. Tỷ lệ giới tính ghi nhận được là 1:1,5, tương tự như một số nghiên cứu khác như Heejin Kim (2011)¹ là 1:1,5, Arthur S. Hengerer (2007) là 1:1,25². Chúng tôi nhận thấy tình trạng tật cửa mũi sau bẩm sinh có xu hướng xảy ra nhiều hơn ở nữ so với nam.

4.2. Vị trí tật dựa trên hình ảnh nội soi tai mũi họng. Tỷ lệ mắc tật cửa mũi sau hai bên cao hơn so với một bên (60%: 40%), 12 bệnh nhân tật hai bên, 8 bệnh nhân tật một bên. Ngược lại với nhiều nghiên cứu, như nghiên cứu của Moreddu E (2019)³ với tỷ lệ 32%: 68% và J Robert Newman (2013)⁴ với tỷ lệ 41%: 59%. Mặc dù có một số tác giả như Kinis (2014)⁵ và Rodríguez (2014)⁶ báo cáo tỷ lệ tật hai bên cao hơn lần lượt là 61% và 67%, sự khác nhau này có thể giải thích bởi trẻ mắc tật cửa mũi sau hai bên thường được phát hiện sớm hơn do ngay khi sinh, đã gặp tình trạng suy hô hấp vì không thể thở bằng mũi hoặc miệng, qua đó thúc đẩy việc khám kỹ lưỡng và phát hiện sớm. Ngược lại, trẻ bị tật cửa mũi sau một bên thường phát hiện muộn hơn vì vẫn có khả năng thở bằng bên còn lại.

Tỷ lệ tật bên phải thấp hơn bên trái, cụ thể là 3 bệnh nhân bên phải và 5 bệnh nhân bên trái,

tỷ lệ tật bên phải : bên trái là 38%: 62%. Điều này khác với một số tác giả Van Den Abbeele (2002)⁷ với tỷ lệ 69%: 31% hay Heejin (2011)¹ với tỷ lệ 50%: 50%. Tuy nhiên, một số nghiên cứu khác như tác giả Arthur S. Hengerer (2007)² cho thấy tỷ lệ tương tự là 42%: 58%. Chúng tôi cho rằng sự khác biệt này có thể do hạn chế về cỡ mẫu cũng như không phải tất cả bệnh nhân mắc tật cửa mũi sau một bên đều đồng ý phẫu thuật.

4.3. Tính chất tật dựa trên kết quả chẩn đoán hình ảnh. Tỷ lệ tật cửa mũi sau thể hỗn hợp xương và màng chiếm 80% tổng số bệnh nhân tỷ lệ này tương tự nhiều nghiên cứu khác như của Rodríguez (2014)⁶ (88%), Kinis (2014)⁵ (67%). Có sự khác biệt với kết quả của các tác giả khác như Moreddu E (2019)³ tỷ lệ chỉ 31,8%, hay Richardson (1988)⁸ với 38%.

Tỷ lệ tật cửa mũi sau thể xương chiếm 5%, với một bệnh nhân tật xương hoàn toàn, tương tự một số nghiên cứu khác như Rodríguez (2014)⁶ (12%). Tuy nhiên, tỷ lệ này lại khác biệt với Moreddu E (2019)³ (66,2%) đạt 100% tật xương, trong khi Richardson (1988)⁹ báo cáo tỷ lệ 62%.

Tỷ lệ tật cửa mũi sau thể màng chiếm 15% (3 bệnh nhân), tỷ lệ này tương ứng với Sharma (2006)⁹ (14%). Hầu hết các nghiên cứu khác không ghi nhận trường hợp nào tật màng như nghiên cứu của Heejin (2011)¹, Van Den Abbeele (2002)⁷.

Chúng tôi đánh giá rằng sự khác biệt về tỷ lệ tật thể hỗn hợp màng xương và tỷ lệ tật thể xương đơn thuần giữa các nghiên cứu có thể được giải thích bởi quan điểm phân loại bản chất tật khác nhau. Trước đây, phân loại giải phẫu về tật cửa mũi sau thường chỉ chia ra tật thể màng và thể xương. Đến năm 1996, với sự phát triển của các kỹ thuật chẩn đoán hiện đại, tác giả đã đề xuất một phân loại mới bao gồm tật cửa mũi sau thể xương, tật thể màng và tật thể hỗn hợp xương màng, với tỷ lệ 30% tật thể xương và 70% tật thể hỗn hợp xương màng, không ghi nhận trường hợp nào tật thể màng trong nghiên cứu. Theo phân loại mới của Orval E. Brown (1996)¹⁰ tật xương được định nghĩa là cửa mũi sau bị bít kín bởi phần xương nguyên chất không có màng, trong khi tật màng là cửa mũi sau bị lấp đầy bởi tổ chức mô mềm mà không có cấu trúc xương, và tật hỗn hợp là trường hợp cửa mũi sau bị lấp đầy bởi tổ chức màng kết hợp với sự dày lên của cấu trúc xương như xương lá mía và xương chân bướm khẩu cái.

4.4. Triệu chứng cơ năng và môi liên hệ với vị trí tật cửa mũi sau. Triệu chứng ngạt mũi thường xuyên chiếm tỷ lệ cao nhất với 90%

trong đó hai bệnh nhân với hở vòm khẩu cái toàn bộ không có triệu chứng ngạt mũi (10%). Đứng thứ hai là triệu chứng bú ngắt quãng với tỷ lệ 65%, tiếp theo là suy hô hấp sơ sinh 60% và thấp nhất là chảy mũi thường xuyên chỉ có 25% bệnh nhân gặp phải.

Qua phân tích, chúng tôi nhận thấy có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê giữa vị trí tật và ba triệu chứng là suy hô hấp sơ sinh, chảy mũi thường xuyên, và bú ngắt quãng ($p < 0,05$). Ngược lại, triệu chứng ngạt mũi không có sự khác biệt đáng kể giữa các vị trí tật ($p > 0,05$). Điều này cho thấy triệu chứng ngạt mũi xuất hiện phổ biến ở cả hai loại tật cửa mũi 1 bên và 2 bên, ngoại trừ hai bệnh nhân có khe hở vòm khẩu cái, nơi mà luồng khí vẫn lưu thông qua khe hở này, dẫn đến sự không xuất hiện triệu chứng ngạt mũi. Đặc biệt, triệu chứng ngạt mũi thường xuyên là đặc trưng rõ rệt ở các bệnh nhân tật cửa mũi sau, với mức độ xuất hiện cao ở tật cửa mũi 2 bên (91,7%), trong khi tật cửa mũi 1 bên là (87,5%). Triệu chứng chảy mũi chỉ xuất hiện ở 50% bệnh nhân tật cửa mũi 1 bên và cực kỳ hiếm gặp ở nhóm tật cửa mũi 2 bên, với chỉ 8,3% trường hợp. Kết quả này cung cấp thêm kinh nghiệm cho các bác sỹ lâm sàng trong việc chẩn đoán bệnh lý này.

4.5. Dị tật bẩm sinh đi kèm. Trong nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận được 12/20 bệnh nhân có dị tật kèm theo, trong đó có 6 bệnh nhân mắc các dị tật tim mạch. Tất cả 6 bệnh nhân này đều đã được can thiệp phẫu thuật trong vòng 6 tháng sau sinh, với 4/6 bệnh nhân phẫu thuật ngay trong tháng đầu tiên; 5/6 bệnh nhân phải mở khí quản để quản lý đường thở. Ngoài ra, chúng tôi cũng ghi nhận 2 bệnh nhân mắc dị tật hở vòm khẩu cái toàn bộ, những bệnh nhân này đã được tiến hành phẫu thuật đóng vòm đồng thời với phẫu thuật tạo hình cửa mũi sau nội soi, trong độ tuổi từ 6 tháng đến 60 tháng. Nghiên cứu cũng chỉ ra sự xuất hiện của nhiều dị tật khác: 4 bệnh nhân mềm sụn thanh khí quản, 4 bệnh nhân có dị tật mắt, 2 bệnh nhân thiếu sản bộ phận sinh dục, 2 bệnh nhân có dị tật ở tai, 1 bệnh nhân thoát vị màng não tủy, 1 bệnh nhân liệt dây 7 ngoại biên, 3 bệnh nhân chậm phát triển trí tuệ. Mặc dù chưa tìm thấy mối liên hệ có ý nghĩa thống kê, nhưng chúng tôi đã nhận thấy những trẻ gặp phải nhiều dị tật dường như có xu hướng cần các phẫu thuật phức tạp hơn, phải sửa chữa nhiều hơn và quản lý đường thở cũng phức tạp hơn so với nhóm còn lại. Đây chính là một thách thức trong việc điều trị cho trẻ em bị bệnh tật cửa mũi sau bẩm sinh, đòi hỏi các phẫu

thuật viên tai mũi họng cần có cái nhìn đa chuyên khoa và sự phối hợp chặt chẽ với các chuyên khoa khác. Việc phát hiện và giải quyết các bất thường liên quan không chỉ giúp nâng cao hiệu quả điều trị phẫu thuật mà còn góp phần cải thiện chất lượng cuộc sống của những bệnh nhân này.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ mắc ở nữ nhiều hơn nam; tật cửa mũi sau 2 bên nhiều hơn tật 1 bên, tật bên trái nhiều hơn bên phải; thể tật hỗn hợp màng- xương chiếm đa số.

- Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là ngạt mũi thường xuyên.

- Triệu chứng thực thể hay gặp là nhỏ xanh methylen và đặt sonde không qua cửa mũi sau, thử gương thanh quản trước cửa mũi không thấy hơi mờ.

- Đa số bệnh nhân có dị tật khác kèm theo và hay gặp nhất là dị tật tim

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kim H., Park J.H., Chung H. et al.** Clinical features and surgical outcomes of congenital choanal atresia: factors influencing success from 20-year review in an institute. *Am J Otolaryngol.* 2012; 33(3), 308-312
2. **Hengerer A.S., Brickman T.M., Jeyakumar A.** Choanal atresia: embryologic analysis and evolution of treatment, a 30-year experience. *Laryngoscope.* 2008; 118(5), 862-866
3. **Eric Moreddu, Marie-Eva Rossi, Richard Nicollas. et al.** Prognostic Factors and Management of Patients with Choanal Atresia. *The Journal of Pediatrics.* 2019; 204, 234-239.
4. **Newman J.R., Harmon P., Shirley W.P. et al.** Operative management of choanal atresia: a 15-year experience. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2013 ;139(1), 71-75
5. **Kinis V., Ozbay M., Akdag M. et al.** Patients with congenital choanal atresia treated by transnasal endoscopic surgery. *J Craniofac Surg.* 2014; 25(3), 892-897
6. **Rodriguez H., Cuestas G., Passali D.** A 20-year experience in microsurgical treatment of choanal atresia. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2014; 65(2), 85-92.
7. **Van Den Abbeele T., Francois M., Narcy P.** Transnasal endoscopic treatment of choanal atresia without prolonged stenting. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2002; 128(8), 936-940
8. **Richardson M.A., Osguthorpe J.D.** Surgical management of choanal atresia. *Laryngoscope.* 1988; 98(9), 915-918.
9. **Sharma R.K., Lee C.A., Gunasekaran S. et al.** Stenting for bilateral congenital choanal atresia-a new technique. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2021; 70(5), 869-874.
10. **Orval E. Brown, Patrick Pownell, Scott C. Manning.** Choanal Atresia: A New Anatomic Classification and Clinical Management Applications. *Laryngoscope.* 1996; 106(1), 97-101.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐẶT TÚI ĐỘN NGỰC Ở PHỤ NỮ VIỆT NAM

Nguyễn Đình Minh^{1,2}, Trần Thiết Sơn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu sử dụng phương pháp đo các chỉ số nhân trắc lồng ngực nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật nâng ngực bằng túi độn silicon tròn, bề mặt vi nhám ở phụ nữ Việt Nam. **Đối tượng và Phương pháp:** Nghiên cứu lâm sàng mô tả, tiến cứu 61 bệnh nhân nữ được phẫu thuật đặt túi độn ngực. Theo dõi đánh giá sự thay đổi các chỉ số nhân trắc. Đánh giá chất lượng sẹo sau mổ bằng thang điểm POSAS, đánh giá chất lượng cuộc sống bằng thang điểm BREAST-Q. **Kết quả:** Chênh lệch vòng ngực qua núm vú và vòng ngực qua chân vú (Δ CC) lần lượt trước mổ và sau mổ 6 tháng là: $7,36 \pm 2,02$ cm và $13,3 \pm 1,89$ cm. Góc chân vú trước mổ trung bình $123,62$ độ giảm còn $94,47$ độ sau 6 tháng. Điểm POSAS cho sẹo mổ đường quanh quầng vú là $1,53 \pm 0,72$ (1-3) thấp nhất trong 3 đường mổ. Tổng điểm trung bình BREAST-Q sau phẫu thuật là $68,89 \pm 15,75/100$ (39-100). **Kết luận:** Sau phẫu thuật, vú hai bên có xu hướng sa trễ xuống dưới và ra ngoài với tốc độ rất chậm. Hai chỉ số Δ CC, góc chân vú rất có giá trị trong phân loại, đánh giá bộ ngực đẹp. Đường mổ quanh quầng vú là lựa chọn tối ưu nhất cho phụ nữ Việt Nam sau sinh. Phẫu thuật nâng ngực bằng túi độn silicon cải thiện đáng kể sự hài lòng về hình thể, sức khỏe tâm lý của phụ nữ Việt Nam.

Từ khóa: Nhân trắc học, nâng ngực, vú, vú phụ nữ Việt Nam

SUMMARY

RESULT OF BREAST AUGMENTATION WITH IMPLANTS IN VIETNAMESE WOMEN

Aim: This study used the method of breast anthropometric indices to evaluate the result of breast augmentation, using round, micro-textured breast implant in Vietnamese women. **Subjects and Method:** A descriptive, prospective clinical study of 61 female patients who underwent breast augmentation. Follow-up and evaluation of changes in anthropometric indices. Scar assessment using the POSAS scale, quality of life assessment using the BREAST-Q scale. **Result:** The average difference between intermammary chest circumference and inframammary chest circumference (Δ CC): $7,36 \pm 2,02$ cm and $13,3 \pm 1,89$ cm preoperation and 6 months postoperation, respectively. The average preoperative inframammary angle was $123,62$ degrees, which decreased to $94,47$ degrees after 6 months. The average POSAS score of the periareolar line was $1,53 \pm 0,72$ (1-3), the lowest among the 3

incision approaches. The average total BREAST-Q score after surgery was $68,89 \pm 15,75/100$ (39-100). **Conclusion:** Postoperation, the breasts on both sides tend to sag down and out at a very slow. Δ CC and the inframammary angle are very valuable in classifying and evaluating ideal breasts. The incision around areola is the most optimal choice for Vietnamese women after giving birth. Breast augmentation with silicone implants significantly improves the satisfaction with the body shape and mental health of Vietnamese women. **Keywords:** Anthropometry, breast augmentation, breast, Vietnamese breast

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nâng ngực bằng túi độn là phẫu thuật thẩm mỹ phổ biến nhất trên thế giới. Theo số liệu thống kê chính thức của Hiệp hội phẫu thuật thẩm mỹ quốc tế (ISAPS) có tới 1.892.777 ca phẫu thuật nâng ngực bằng túi độn được thực hiện trên thế giới năm 2023¹. Tại các quốc gia châu Á, phẫu thuật nâng ngực có sự gia tăng rất ấn tượng trong những năm gần đây¹. Mặc dù vậy, dữ liệu lâm sàng về kết quả phẫu thuật, theo dõi ảnh hưởng túi độn ngực trên bệnh nhân châu Á còn rất hạn chế, một số ít kết quả đến từ Hàn Quốc, Trung Quốc và Nhật Bản².

Kể từ lần đầu tiên phương pháp đo chỉ số nhân trắc vú được báo cáo bởi Penn (1955)⁴, cho đến nay phương pháp này vẫn còn nguyên giá trị. Phương pháp nhân trắc học cho cái nhìn chính xác, trực quan, khoa học, dễ áp dụng, rẻ tiền⁵. Tuy nhiên, dữ liệu về các nghiên cứu sự thay đổi các chỉ số nhân trắc vú sau phẫu thuật đặt túi độn ngực không có nhiều báo cáo trên thế giới. Tiêu biểu nhất là Luiz Sa (2020)⁶ đánh giá mức độ tương quan giữa độ nhô vú sau phẫu thuật và độ nhô túi ngực sử dụng. Do đó, mục đích của nghiên cứu này nhằm ứng dụng các chỉ số nhân trắc lồng ngực của phụ nữ Việt Nam trong việc theo dõi, đánh giá kết quả phẫu thuật đặt túi độn ngực ở phụ nữ Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các phụ nữ từ 18 đến 55 tuổi được phẫu thuật đặt túi độn ngực tại Bệnh viện E và Bệnh viện Đa khoa Hòa Nhài, Hà Nội trong thời gian: tháng 1/2022 – tháng 10/2024.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Nữ người Việt Nam trưởng thành, có thiếu sản tuyến vú bẩm sinh hoặc sau sinh, có nhu cầu phẫu thuật nâng ngực bằng túi độn.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Có biến dạng lồng

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Minh

Email: dinhminhxp@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.01.2025

Ngày duyệt bài: 13.2.2025