

vào khoa Điều trị tích cực nội đều có hội chứng viêm long đường hô hấp trên (99,2%), các triệu chứng nôn và tiêu chảy lần lượt là 78% và 61,4%, các triệu chứng khác cũng gặp nhưng với tỷ lệ ít hơn bao gồm viêm kết mạc (29,1%), ban da (21,3%)<sup>6</sup>. Nghiên cứu của Yan Hong cũng ghi nhận kết quả tương tự với sốt (100%), thở nhanh (100%), ho (100%), trong đó có 5,2% bệnh nhân suy hô hấp. Các triệu chứng ngoài phổi như triệu chứng tiêu hóa quan sát thấy ở 46,82% bệnh nhân, bao gồm 15,6% bệnh nhân có đại tiện phân lỏng<sup>7</sup>. Về đặc điểm sốt, hầu hết bệnh nhân sốt cao trên 39 độ, và sốt trung bình khoảng  $9,4 \pm 5,5$  ngày. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Mai Thùy cũng ghi nhận bệnh nhân chủ yếu sốt cao trên 39 độ (56,7%), và sốt dài trên 7 ngày (60%), thời gian sốt trung bình khoảng  $8,3 \pm 4,4$  ngày trong đó bệnh nhân sốt dài nhất là 21 ngày<sup>6</sup>. Về đặc điểm suy hô hấp của đối tượng nghiên cứu, thời gian bệnh kể từ khi bệnh nhân biểu hiện triệu chứng lâm sàng đến khi có suy hô hấp là khoảng  $6,19 \pm 3,9$  ngày. 100% bệnh nhân có biểu hiện suy hô hấp và tổn thương phổi, trong đó 123 bệnh nhân viêm phổi nặng cần thở oxy (69,1%), 55 trường hợp viêm phổi rất nặng (30,9%) gồm 8 bệnh nhân cần hỗ trợ thở máy mũi (chiếm 4,5%) và 47 bệnh nhân cần hỗ trợ thông khí xâm nhập (26,4%). Thời gian thở oxy trung bình của nhóm chỉ thở oxy là  $5,9 \pm 3,5$  ngày, thời gian thở máy trung bình của nhóm thở máy xâm nhập là  $8,7 \pm 5,1$  ngày. Trong 178 bệnh nhân nghiên cứu, 49 bệnh nhân (27,5%) xuất hiện biến chứng trong quá trình điều trị, bao gồm: hội chứng suy hô hấp cấp tính (ARDS), suy đa tạng, tổn thương gan, co giật do sốt lần lượt là 7,3%, 6,17%, 10,7%, 1,1%, đặc biệt ghi nhận 3 trường hợp có biến chứng viêm não với xét nghiệm PCR Adenovirus dương tính trong dịch não tủy chiếm 1,7%, trong đó có 2 trẻ xuất hiện triệu chứng co giật và 1 trẻ lâm sàng có triệu chứng li bì. Biến chứng xa như PIBO quan sát thấy ở 16 trường hợp chiếm 9%. Cùng nghiên cứu về nhóm bệnh nhân viêm phổi nặng, nguy kịch nhiễm Adenovirus, tỷ lệ biến chứng trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Mai Thùy mô tả gồm sốc nhiễm trùng 52,2%, suy đa tạng (78,9%) và không ghi nhận trường hợp nào có biến chứng viêm não-màng não<sup>6</sup>.

So sánh các xét nghiệm cận lâm sàng của 2 nhóm bệnh nhân nặng và nguy kịch chúng tôi thấy rằng: nhóm bệnh nhân nguy kịch có số lượng các tế bào máu như bạch cầu, bạch cầu đa nhân trung tính, bạch cầu lympho, huyết sắc tố, tiểu cầu đều thấp hơn so với nhóm bệnh nhân nặng ( $p < 0,05$ ). Bên cạnh đó, các chỉ số viêm như CRP, LDH ở nhóm bệnh nhân nguy kịch cao hơn nhóm bệnh nhân nặng ( $p < 0,05$ ),

các chỉ số viêm PCT, ferritin ở nhóm nguy kịch cũng quan sát thấy cao hơn nhóm nặng tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Theo tác giả Lê Thị Hồng Hanh và cộng sự, mức LDH  $> 430$  UI/l (độ nhạy 85%, độ đặc hiệu 87,6%), và ferritin  $> 307$  mg/l (độ nhạy: 70,7%, độ đặc hiệu 84,6%) có ý nghĩa tiên lượng mức độ nặng bệnh nhân viêm phổi nhiễm adenovirus<sup>8</sup>. Nhóm bệnh nhân nguy kịch cũng ghi nhận có sự tăng men gan AST cao hơn ở nhóm nặng ( $p < 0,05$ ) và giảm protein, albumin hơn so với nhóm nặng ( $p < 0,05$ ). Về mặt rối loạn đông máu, bệnh nhân nhóm nguy kịch có thời gian APTT kéo dài và fibrinogen thấp hơn so với nhóm nặng ( $p < 0,05$ ). Sự khác biệt về mặt xét nghiệm giữa 2 nhóm bệnh nhân này có thể dễ dàng lý giải bởi nhóm bệnh nhân nguy kịch đều là những bệnh nhân có tổn thương phổi rất nặng cần hỗ trợ thông khí nhân tạo và xuất hiện các biến chứng như suy đa tạng, ARDS, có tổn thương gan, tổn thương thần kinh trung ương.

Về đặc điểm Xquang của đối tượng nghiên cứu, đa số bệnh nhân có tổn thương phổi thâm nhiễm từng đám tập trung (51,68%), ứ khí (29,2%), các tổn thương khác bao gồm tổn thương phổi kẽ (12%), đông đặc một thùy phổi (7,9%), đông đặc từ 2 thùy trở lên (17,4%), tổn thương mờ lan tỏa cả 2 phổi (16,3%), tràn dịch màng phổi một trong những đặc điểm từng được ghi nhận có giá trị tiên lượng nặng ở bệnh nhân nhiễm Adenovirus chiếm 6,17%, và ghi nhận 1 trường hợp tràn khí màng phổi. So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Thị Mai Thùy cũng có sự tương đồng với hình ảnh xquang mờ lan tỏa 2 phổi chiếm 46,7%, thâm nhiễm từng đám tập trung chiếm 42,2%<sup>6</sup>.

## V. KẾT LUẬN

Viêm phổi do Adenovirus ở trẻ tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2022 có tính mùa rõ, chủ yếu gặp ở trẻ 12 tháng đến dưới 5 tuổi và có gánh nặng suy hô hấp cao, tổn thương phổi nặng, có biến chứng. Nhóm nguy kịch liên quan các bất thường xét nghiệm gồm giảm dòng tế bào máu, tăng CRP/LDH/AST, giảm protein/albumin và rối loạn đông máu.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO (AMA)

1. **Bộ Y tế.** Quyết định 3451/QĐ-BYT năm 2022: Phòng và kiểm soát lây nhiễm bệnh do vi rút Adeno ở trẻ em.
2. **Cherry JD.** Feigin and Cherry's Textbook of Pediatric Infectious Diseases (Sixth Edition). W.B. Saunders; 2009:1949-1972.
3. **Lynch JP, Fishbein M, Echavarría M.** Adenovirus. Semin Respir Crit Care Med. 2011;32(4):494-511.

4. **Phùng Thị Bích Thủy.** Xác định tỷ lệ nhiễm Adenovirus bằng kỹ thuật realtime PCR và một số đặc điểm dịch tễ ở trẻ em điều trị tại bệnh viện nhi Trung ương. Tạp chí nghiên cứu y học. 2018;115(6).
5. **Calvo C, García-García ML, Sanchez-Dehesa R, et al.** Eight Year Prospective Study of Adenoviruses Infections in Hospitalized Children. Comparison with Other Respiratory Viruses. PLoS One. 2015;10(7):e0132162.
6. **Nguyễn Thị Mai Thùy, Tạ Anh Tuấn.** Đặc điểm dịch tễ lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến viêm phổi nặng nhiễm Adenovirus tại Khoa Điều trị tích cực, Bệnh viện Nhi Trung ương. Luận văn thạc sĩ y học. Đại học Y Hà Nội 2021.
7. **Hong Y, Wang Q, Song Y, Liu G, Shen J.** Factors Associated with Severe Adenovirus Pneumonia in Children: A Retrospective Study from Guangzhou, China (2017–2019). Med Sci Monit Int Med J Exp Clin Res. 2023.
8. **Lê Thị Hồng Hạnh, Nguyễn Thị Thu Nga, cộng sự.** Đặc điểm lâm sàng và yếu tố tiên lượng nặng viêm phổi nhiễm adenovirus ở trẻ em tại trung tâm hô hấp, bệnh viện nhi trung ương. Tạp chí Nhi khoa 2023, 16, 3, tr 8-13

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN NÂNG SỐNG MŨI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG NĂM 2025

Nguyễn Hồng Nhung\*, Cao Ngọc Duy\*\*, Chu Minh Quang\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm hình thái và các thông số nhân trắc mũi ở bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật nâng mũi tại bệnh viện Đức Giang. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên các bệnh nhân có nhu cầu và được chỉ định phẫu thuật nâng mũi trong thời gian từ tháng 3/2025 đến tháng 9/2025 tại bệnh viện Đức Giang. Các đặc điểm hình thái mũi và các thông số nhân trắc được thu thập và phân tích, bao gồm các chỉ số về hình thái mũi trên các mặt phẳng giải phẫu và các góc, khoảng cách đặc trưng. **Kết quả:** Bệnh nhân có chỉ định nâng mũi có sự đa dạng về hình thái mũi và các thông số nhân trắc. Các chỉ số nhân trắc mũi trước phẫu thuật cho thấy sự khác biệt rõ rệt giữa các nhóm hình thái, phản ánh đặc điểm giải phẫu mũi người Việt trường thành. **Kết luận:** Việc mô tả đặc điểm hình thái và các thông số nhân trắc mũi ở bệnh nhân có chỉ định nâng mũi cung cấp cơ sở khoa học quan trọng cho đánh giá trước phẫu thuật, góp phần định hướng kế hoạch điều trị và lựa chọn kỹ thuật tạo hình phù hợp. **Từ khóa:** hình thái mũi, nhân trắc mũi, phẫu thuật nâng mũi, thẩm mỹ mũi

### ABSTRACT

#### CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS UNDERGOING RHINOPLASTY AT DUC GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2025

**Objective:** To describe nasal morphology and anthropometric parameters in patients indicated for rhinoplasty. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on patients

with indications for rhinoplasty at Duc Giang hospital from March to September 2025. Nasal morphological characteristics and anthropometric parameters were collected and analyzed, including nasal indices measured on standard anatomical planes as well as characteristic angles and distances. **Results:** Patients indicated for rhinoplasty exhibited diverse nasal morphologies and anthropometric characteristics. Preoperative nasal anthropometric parameters showed clear variations among different nasal morphology groups, reflecting the anatomical features of the adult Vietnamese nose. **Conclusion:** Describing nasal morphology and anthropometric parameters in patients indicated for rhinoplasty provides an important scientific basis for preoperative assessment, contributing to surgical planning and appropriate selection of rhinoplasty techniques. **Keywords:** nasal morphology; nasal anthropometry; rhinoplasty; nasal aesthetic.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mũi là đơn vị thẩm mỹ quan trọng của khuôn mặt, đồng thời giữ vai trò thiết yếu trong chức năng hô hấp. Trong phẫu thuật tạo hình mũi, việc đánh giá chính xác đặc điểm hình thái và các thông số nhân trắc mũi trước phẫu thuật có ý nghĩa quan trọng trong lập kế hoạch điều trị và lựa chọn kỹ thuật can thiệp phù hợp. Đặc điểm hình thái mũi có sự khác biệt giữa các chủng tộc và quần thể. Mũi người Việt Nam thường có sống mũi thấp, đầu mũi tròn, cánh mũi bè, với các chỉ số nhân trắc khác biệt so với mũi người châu Âu. Do đó, việc áp dụng các tiêu chuẩn thẩm mỹ và nhân trắc không phù hợp có thể ảnh hưởng đến đánh giá trước phẫu thuật và kết quả tạo hình.

Trong bối cảnh nhu cầu nâng mũi ngày càng gia tăng, các nghiên cứu mô tả có hệ thống về đặc điểm hình thái và các thông số nhân trắc mũi ở nhóm bệnh nhân có chỉ định nâng mũi tại

\*Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

\*\*Bệnh viện Đức Giang

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Nhung

Email: dr.rosy245@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.1.2026

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2026

Ngày duyệt bài: 19.3.2026

Việt Nam vẫn còn hạn chế. Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả đặc điểm hình thái và các thông số nhân trắc mũi ở bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật nâng mũi được thu nhận trong giai đoạn từ tháng 3/2025 đến tháng 9/2025, nhằm cung cấp cơ sở khoa học cho đánh giá trước phẫu thuật và định hướng trong thực hành tạo hình mũi.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**1. Đối tượng nghiên cứu**

Đối tượng nghiên cứu bao gồm các bệnh nhân có nhu cầu và được chỉ định phẫu thuật nâng mũi trong thời gian từ tháng 3/2025 đến tháng 9/2025.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, có nhu cầu tạo hình nâng mũi.
- Bệnh nhân có mũi hếch, mũi ngắn hoặc có nhu cầu cải thiện hình thái đầu mũi, cánh mũi.
- Bệnh nhân có mỏng da đầu mũi hoặc biến dạng chóp mũi, trụ mũi.
- Bệnh nhân không có dị tật bẩm sinh hoặc chấn thương gây biến dạng mũi – mặt.
- Bệnh nhân đã từng nâng mũi bằng chất liệu silicone nhưng chưa có biến chứng thủng, có nhu cầu chỉnh sửa lại.

**Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Bệnh nhân khuyết da toàn bộ mũi, không có cơ sở đánh giá hình thái mũi trước phẫu thuật.
- Bệnh nhân đang có tình trạng thủng da, trời mảnh ghép mũi hoặc có dấu hiệu nhiễm trùng, viêm tấy vùng mũi.
- Bệnh nhân có chống chỉ định phẫu thuật theo tiêu chuẩn ngoại khoa chung.
- Bệnh nhân không đồng ý hoặc rút khỏi nghiên cứu trong quá trình theo dõi.

**2. Phương pháp nghiên cứu**

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

**Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:**

Chọn mẫu thuận tiện, bao gồm toàn bộ bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật nâng mũi đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu.

**Nội dung và phương pháp thu thập số liệu:**

Các đặc điểm hình thái và thông số nhân trắc mũi của đối tượng nghiên cứu được thu thập trước phẫu thuật. Chúng tôi lựa chọn 7 thông số nhân trắc đặc trưng cho mũi người Việt trưởng thành để đánh giá, bao gồm: chiều dài mũi từ gốc đến chóp (NTP), chiều dài mũi từ gốc đến trụ (NSN), chiều ngang cánh mũi (AL-AL), chiều ngang nền mũi (AC-AC), chiều cao chóp mũi (SN-TP), góc mũi trán (NFA) và góc mũi môi

(NLA). Hình thái mũi được phân loại dựa trên ảnh chụp tiêu chuẩn ở góc nhìn nghiêng 90 độ và các chỉ số nhân trắc, bao gồm các dạng mũi thẳng, lõm, gồ theo độ nhô của sống mũi; mũi hếch, trung gian, khoằm theo góc mũi môi; và mũi hẹp, rộng, rất rộng theo chỉ số mũi.

**Xử lý và phân tích số liệu:**

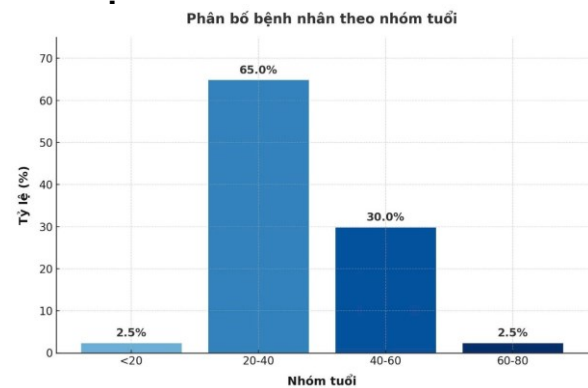
Số liệu được thu thập, mã hóa và xử lý bằng các phương pháp thống kê mô tả, trình bày dưới dạng bảng và biểu đồ phù hợp.

**Đạo đức nghiên cứu:**

Nghiên cứu được thực hiện trên cơ sở tự nguyện của bệnh nhân, các thông tin cá nhân được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

**III. KẾT QUẢ:**

**1. Đặc điểm về tuổi**



**Biểu đồ 1 : Phân bố theo nhóm tuổi**

**Nhận xét:** tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 35± 9,5. Bệnh nhân có nhu cầu chủ yếu từ khoảng 20-40 tuổi với tỷ lệ 65% trên tổng số bệnh nhân. Tuổi nhỏ nhất trong nghiên cứu là 19, tuổi lớn nhất là 68.

**2. Tiền sử phẫu thuật**

**Bảng 1. Tiền sử phẫu thuật**

| Tiền sử                         | Kết quả   |             |
|---------------------------------|-----------|-------------|
|                                 | Số lượng  | Tỷ lệ (%)   |
| Phẫu thuật mũi lần đầu          | 43        | 71,4%       |
| Đã phẫu thuật mũi bằng silicone | 15        | 25,9%       |
| <b>Tổng</b>                     | <b>58</b> | <b>100%</b> |

**Nhận xét:** Trong nhóm đối tượng nghiên cứu có khoảng 25,9 % bệnh nhân đã từng phẫu thuật mũi bằng silicone tại có bệnh viện thẩm mỹ, spa tại cơ sở khác.

**3. Các thông số nhân trắc mũi trước phẫu thuật**

**Bảng 2. Các chỉ số đo của mũi**

| Các dạng mũi                    | Giá trị trung bình |
|---------------------------------|--------------------|
| Chiều dài mũi NTP (mm)          | 45.2 ± 3.5         |
| Chiều dài mũi NSN (mm)          | 43.5 ± 3.2         |
| Chiều ngang cánh mũi AL-AL (mm) | 37.8 ± 4.1         |
| Chiều ngang nền mũi AC-AC (mm)  | 36.5 ± 3.9         |
| Chiều cao chóp mũi SN-TP (mm)   | 14.5 ± 2.8         |
| Góc mũi trán NFA (độ)           | 138.5 ± 5.6        |
| Góc mũi môi NLA (độ)            | 98.2 ± 6.0         |

**Nhận xét:** Kết quả 7 thông số nhân trắc mũi có đối tượng nghiên cứu trước phẫu thuật như sau: NTP = 45.2 ± 3.5mm, NSN = 43.5 ± 3.2mm, AL-AL = 37.8 ± 4.1mm, AC-AC = 36.5 ± 3.9mm, SN-TP = 14.5 ± 2.8mm, NFA = 138.5 ± 5.6 độ, NLA = 98.2 ± 6.0 độ.

**Bảng 3. Các dạng mũi theo góc nhìn nghiêng 90 độ trước phẫu thuật**

| Các dạng mũi theo góc nhìn nghiêng | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|------------------------------------|----------|-----------|
| Thẳng                              | 31       | 53,45     |
| Lõm                                | 14       | 24,14     |
| Gồ                                 | 13       | 22,41     |
| Tổng                               | 58       | 100       |

**Nhận xét:** Tỷ lệ mũi thẳng là 53,45%, mũi lõm là 24,14% và mũi gồ là 22,41%. Cụ thể, mũi được xác định là lõm khi đường sống mũi lõm xuống dưới đường nối N-TP tại điểm tiếp giáp giữa xương và sụn. Ngược lại, mũi gồ được ghi nhận khi đường sống mũi lồi lên trên đường nối này.

**Bảng 4. Các dạng mũi theo góc mũi môi (NLA) trước phẫu thuật**

| Các dạng mũi theo góc mũi môi | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|-------------------------------|----------|-----------|
| Hếch                          | 15       | 25,86     |
| Trung gian                    | 40       | 68,97     |
| Khoằm                         | 3        | 5,17      |
| Tổng                          | 58       | 100       |

**Nhận xét:** Theo góc mũi môi NLA có 3 dạng mũi hếch, dạng trung gian và dạng khoằm với tỷ lệ tương ứng là 25,86%, 68,97%, 5,17%.

**Bảng 5. Các dạng mũi theo chỉ số NI trước phẫu thuật**

| Các dạng mũi theo chỉ số mũi NI | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|---------------------------------|----------|-----------|
| Hẹp                             | 6        | 10,34     |
| Rộng                            | 40       | 68,97     |
| Rất rộng                        | 12       | 20,69     |
| Tổng                            | 58       | 100       |

**Nhận xét:** Theo chỉ số mũi NI (nasal index) có 3 dạng mũi hẹp, mũi rộng và mũi rất rộng với tỷ lệ tương ứng là 10,34%, 68,97%, 20,69%.

#### IV. BÀN LUẬN:

Trong nghiên cứu này, nhóm đối tượng có chỉ định phẫu thuật nâng mũi chủ yếu thuộc nhóm tuổi trưởng thành. Lứa tuổi nghiên cứu trung bình của chúng tôi là 35 ± 9,5 tuổi. Trong đó tuổi nhỏ nhất là 19 tuổi, tuổi lớn nhất là 68 tuổi. Đa số bệnh nhân có nhu cầu nâng mũi thuộc nhóm tuổi từ 20 đến 40 tuổi (65%). Các nghiên cứu trước đây của Park C. H. và Park J. H. cũng ghi nhận lứa tuổi trung bình của đối tượng phẫu thuật tạo hình mũi tương tự, lần lượt là 36 và 30,6 tuổi. Kết quả này phù hợp với thực tế lâm sàng, khi nhu cầu cải thiện thẩm mỹ mũi thường xuất hiện rõ hơn ở lứa tuổi đã ổn định về phát triển hình thái khuôn mặt và có nhận thức rõ ràng về thẩm mỹ cá nhân. Nhóm tuổi này cũng là nhóm có khả năng tiếp cận dịch vụ phẫu thuật thẩm mỹ cao hơn so với các nhóm tuổi khác.

Về tiền sử phẫu thuật, một tỷ lệ nhất định bệnh nhân đã từng được nâng mũi trước đó, chủ yếu bằng chất liệu nhân tạo. Điều này cho thấy nhu cầu chỉnh sửa, cải thiện hình thái mũi sau phẫu thuật ban đầu vẫn còn tồn tại, phản ánh những hạn chế của các kỹ thuật hoặc vật liệu được sử dụng trước đây, cũng như yêu cầu ngày càng cao của bệnh nhân đối với kết quả thẩm mỹ mũi.

Phân tích các thông số nhân trắc mũi trước phẫu thuật cho thấy các chỉ số đo đạc có sự dao động tương đối rộng giữa các bệnh nhân. Trong nghiên cứu này, nhằm xây dựng một cái nhìn toàn diện về đặc điểm hình thái mũi của đối tượng trước can thiệp phẫu thuật và tối ưu hóa ứng dụng lâm sàng, việc phân loại các dạng mũi đã được chúng tôi thực hiện dựa trên ba tiêu chí chính: độ nhô của mũi theo góc nhìn nghiêng 90 độ, góc mũi môi (NLA), và chỉ số mũi (NI). Phân loại theo độ nhô mũi từ góc nhìn nghiêng 90 độ được tiến hành bằng cách so sánh đường sống mũi với một đoạn thẳng nối từ gốc mũi (Nasion - N) đến chóp mũi (Tip Projection - TP). Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mũi thẳng là 53,45%, mũi lõm là 24,14% và mũi gồ là 22,41%. Cụ thể, mũi được xác định là lõm khi đường sống mũi lõm xuống dưới đường nối N-TP tại điểm tiếp giáp giữa xương và sụn. Ngược lại, mũi gồ được ghi nhận khi đường sống mũi lồi lên trên đường nối này. Các trường hợp còn lại, với đường sống mũi thẳng hoặc gần thẳng so với đường nối N-TP, được phân loại là mũi thẳng. Sự phân bố này chỉ ra rằng nhóm bệnh nhân có hình thái mũi ban đầu đa dạng, với một tỷ lệ đáng kể các trường hợp mũi lõm và gồ cần được chỉnh sửa để đạt được dáng mũi thẳng thanh thoát. Nghiên cứu của Trần Thị Anh Tú (2003) trên 400 sinh viên Việt Nam đã ghi nhận tỷ lệ mũi thẳng chiếm 53,5%, mũi lõm

39,25%, mũi gồ 5,25%, và dạng mũi gãy chiếm 2%. Theo Dean M. Torumi và Daniel G. Becker, một chiếc mũi đẹp theo quan điểm thẩm mỹ hiện đại là mũi thẳng. Tuy nhiên, đường viền sống mũi lý tưởng có thể hơi lõm nhẹ tại điểm thấp nhất đường khớp gian sụn mũi (Rhinion) ở nữ giới, trong khi ở nam giới, sống mũi thẳng hoặc hơi gồ nhẹ được xem là lý tưởng. Nabik Faous cũng nhấn mạnh rằng tiên lượng kết quả phẫu thuật cho các loại mũi không hài hòa phụ thuộc nhiều vào hình dạng đường viền sống mũi.

Góc mũi môi (NLA): được xác định bởi góc độ nghiêng giữa môi trên với trụ giữa của mũi, tạo bởi đường tiếp tuyến qua điểm Librale superius (Ls) và Subnasale (Sn) với đường tiếp tuyến qua Sn và điểm nhô nhất trên trụ giữa mũi Columella (Cm). Trong nghiên cứu này, tỷ lệ dự kiến các dạng mũi trước phẫu thuật là mũi hếch chiếm 25,86%, mũi dạng trung gian chiếm 68,97% và mũi khoằm chiếm 5,17%. Mũi được định nghĩa là hếch khi góc NLA lớn hơn 110 độ hoặc khi nhìn thẳng thấy lỗ mũi hở hơn 50%. Ngược lại, mũi khoằm được xác định khi góc NLA nhỏ hơn 80 độ. Các trường hợp còn lại được xếp vào dạng mũi trung gian. Sự xuất hiện của mũi khoằm với tỷ lệ 5,17% cho thấy nhóm đối tượng nghiên cứu có nhu cầu chỉnh sửa phức tạp để đưa góc mũi môi về trạng thái lý tưởng. Trần Thị Anh Tú (2003) đã ghi nhận tỷ lệ mũi hếch là 17% và mũi khoằm là 1,5% trong quần thể sinh viên Việt Nam. Về các tiêu chuẩn thẩm mỹ lý tưởng, Honrado C.P. (2003) đề xuất góc mũi môi thích hợp là 95-100 độ cho nam giới và từ 100-110 độ ở nữ giới. Jang Y.J. (2014) đưa ra giá trị góc mũi môi lý tưởng khoảng  $97,3 \pm 8,6$  độ. Dean M. Torumi và Daniel G. Becker cũng phân tích rằng góc mũi môi ảnh hưởng trực tiếp đến độ hếch của mũi; một góc NLA lớn sẽ làm đầu mũi hếch và chiều dài mũi ngắn hơn, trong khi một góc NLA nhỏ hơn sẽ làm đầu mũi khoằm và chiều dài mũi dài hơn.

Phân loại theo chỉ số mũi NI (Nasal Index): cung cấp cái nhìn về chiều rộng của mũi, một đặc điểm quan trọng mang tính chủng tộc. Chỉ số NI được tính bằng tỷ lệ chiều ngang cánh mũi (AL-AL) chia cho chiều dài mũi từ gốc đến trụ (NSN), nhân với 100 ( $NI = AL-AL / NSN \times 100$ ). Trong đề tài năm 2025, dự kiến tỷ lệ các dạng mũi trước phẫu thuật là mũi hẹp chiếm 10,34%, mũi rộng chiếm 68,97% và mũi rất rộng chiếm 20,69%. Dựa trên các tiêu chuẩn phân loại đã được chấp thuận, mũi hẹp có chỉ số NI nhỏ hơn 70, mũi rộng nằm trong khoảng từ 70 đến dưới 80, và mũi rất rộng có chỉ số NI từ 80 trở lên. Những số liệu này phản ánh đặc điểm mũi của người Châu Á nói chung. Theo tổng hợp của

Leong S.C. và cộng sự (2009) từ năm 1966 đến 2008, người Đông Nam Á có chỉ số mũi (NI) trung bình từ 86-90, thuộc nhóm có cánh mũi rất rộng. Nghiên cứu của Abdelkader M. và cộng sự (2005) cũng chỉ ra rằng chiều ngang cánh mũi của người Trung Quốc rộng hơn đáng kể so với người Châu Âu và Ấn Độ, một đặc điểm hình thái phổ biến ở người Châu Á. Các nguyên tắc phân loại theo chỉ số NI được các nhà hình thái học trên thế giới sử dụng để phân biệt hình dạng thấp mũi theo chủng tộc, với mũi hẹp là đặc trưng của người da trắng, trong khi mũi rộng và rất rộng phổ biến hơn ở người Châu Á và Châu Phi.

Thông qua việc áp dụng các tiêu chí phân loại này, chúng tôi đã xác định được các dạng mũi cơ bản của đối tượng nghiên cứu, bao gồm các dạng thẳng, lõm, gồ (theo độ nhô); hếch, trung gian, khoằm (theo góc mũi môi); và hẹp, rộng, rất rộng (theo chỉ số mũi NI). Theo y văn, công trình của Trần Thị Anh Tú (2003) đã đề xuất 6 dạng mũi cơ bản bao gồm mũi thẳng, mũi lõm, mũi gãy, mũi gồ, mũi hếch và mũi khoằm. Các phân loại này cung cấp một cơ sở lý luận vững chắc, thiết yếu để đánh giá kết quả sau phẫu thuật tạo hình sống mũi, đảm bảo một cái nhìn toàn diện và sâu sắc nhất về hành trình kiến tạo vẻ đẹp cho từng bệnh nhân. Điều này phản ánh sự đa dạng về hình thái mũi trong nhóm đối tượng nghiên cứu. Các thông số như chiều dài mũi, chiều ngang cánh mũi và góc mũi môi cho thấy đặc điểm mũi thường gặp ở người Việt trưởng thành, với sống mũi thấp, đầu mũi tròn và nền mũi tương đối rộng.

Các thông số nhân trắc mũi được chọn bao gồm: Chiều dài mũi từ gốc đến chóp (NTP), Chiều dài mũi từ gốc đến trụ (NSN), Chiều ngang cánh mũi (AL-AL), Chiều ngang nền mũi (AC-AC), Chiều cao chóp mũi (SN-TP), Góc mũi trán (NFA) và Góc mũi môi (NLA). Dữ liệu dự kiến thu thập từ đối tượng nghiên cứu đã cung cấp các giá trị trung bình cho từng chỉ số này trước phẫu thuật.

Việc lựa chọn các thông số và phương pháp đo lường được xây dựng dựa trên nền tảng các nghiên cứu hình thái đã được công bố rộng rãi. Cụ thể, các điểm mốc đo đạc được xác định theo phương pháp chuẩn của Kyle S.C. (2004). Cách đo chiều rộng các thông số như AL-AL và AC-AC, cùng với chiều dài các thông số NTP và NSN, được tham chiếu từ các công trình của Trần Thị Anh Tú (2003) và Phan Ngọc Toàn. Đối với các góc, NLA và NFA được đo tương tự phương pháp của Choi J.Y. (2014), trong khi chiều cao chóp mũi SN-TP và NFA về bản chất tương đồng với cách tiếp cận của Wang J.H. (2009). Sự kết hợp các phương pháp này đảm bảo tính đầy đủ và phù hợp để bàn luận và đánh giá kết quả sau phẫu thuật.