

cùng với chế độ ăn hợp lý cho người bệnh đái tháo đường, phụ nữ mang thai có đường huyết cao, những người có nguy cơ đái tháo đường hoặc có nhu cầu kiểm soát glucose máu.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tổng cục Tiêu chuẩn Đo lường chất lượng thẩm định (2013).** Thực phẩm- xác định chỉ số Glycaemic (GI) và khuyến nghị cách phân loại thực phẩm TCVN10036:2013 (ISO26642:2010).
2. **Van Amelsvoort, J.M. và J.A. Weststrate (1992).** Amylose-amylopectin ratio in a meal affects postprandial variables in male volunteers. *Am J Clin Nutr*, 55 (3), 712-718.
3. **Gunnerud, U., J.J. Holst và cộng sự (2012).** The glycaemic, insulinemic and plasma amino acid responses to equi-carbohydrate milk meals, a pilot-study of bovine and human milk. *Nutr J*, 11, 83.
4. **Wolever, T.M., D.J. Jenkins và cộng sự (1992).** Beneficial effect of low-glycemic index diet in overweight NIDDM subjects. *Diabetes Care*, 15 (4), 562-564.
5. **Brand-Miller, J. và K. Foster-Powell (2006).** *The New Glucose Revolution: The Authoritative Guide to the Glycemic Index - the Dietary Solution for Lifelong Health*, Hachette Books,
6. **Margerison Zilko, C.E., D. Rehkopf và cộng sự (2010).** Association of maternal gestational weight gain with short- and long-term maternal and child health outcomes. *Am J Obstet Gynecol*, 202 (6), 574 e571-578.
7. **Moses, R.G., M. Barker và cộng sự (2009).** Can a low-glycemic index diet reduce the need for insulin in gestational diabetes mellitus? A randomized trial. *Diabetes Care*, 32 (6), 996-1000.
8. **Filardi, T., F. Panimolle và cộng sự (2019).** Gestational Diabetes Mellitus: The Impact of Carbohydrate Quality in Diet. *Nutrients*, 11 (7), 1549.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ CHỨNG VÚ TO ĐÀN ÔNG

Phạm Thị Việt Dung<sup>1,2</sup>, Lê Kim Nhã<sup>2</sup>, Tạ Thị Hồng Thúy<sup>1,2</sup>, Vũ Hồng Chiến<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Bài báo nhằm đánh giá kết quả điều trị chứng vú to đàn ông bằng phẫu thuật lấy bỏ tuyến vú qua đường rạch da quanh quầng vú. **Phương pháp:** Nghiên cứu được thực hiện trên 31 bệnh nhân tại bệnh viện đa khoa Xanh Pôn và bệnh viện Bạch Mai từ năm 2010 đến năm 2022. Trong đó có 26/31 bệnh nhân sử dụng đường rạch da nửa dưới quầng vú (kỹ thuật Webster) và 5/31 bệnh nhân sử dụng đường rạch da nửa trên quầng vú. **Kết quả:** Thời gian theo dõi từ 6 tháng đến 8 năm. Sau mổ, 100% quầng núm vú (QNV) có sức sống tốt và cảm giác hồi phục sau 6 tháng, 93,55% bệnh nhân hài lòng về khuôn ngực, 87,09% sẹo mổ đẹp, 90,32% bệnh nhân thỏa mãn với kết quả điều trị. **Kết luận:** Với những bệnh nhân vú to đàn ông độ I đến IIB, lấy bỏ tuyến vú qua đường rạch da quầng vú cho kết quả sau mổ tốt.

**Từ khóa:** vú to đàn ông, phân loại, phẫu thuật cắt bỏ tuyến vú

#### SUMMARY

##### EVALUATION THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF GYNECOMASTIA

**Objective:** The article aims to assess the results of treatment of gynecomastia by using periareolar skin incisions. **Methods:** Our study was performed on 31 patients was diagnosed with gynecomastia at Saint Paul hospital and Bach Mai hospital in the period of

time between 2010 and 2022. 26/31 patients were used skin incision in lower haft of areola (Webster's technique) and 5/31 were used skin incision in upper haft of areola. **Results:** The postoperative follow-up time was from 6 month to 8 years. 100% nipple-areolar complex had good vitality and sensation, 93,55% patients were satisfied with breast shape, 87,09% pleasant scars, 90,32% patients were very satisfied with the result of treatment. **Conclusion:** Periareola incision was the good choice for surgical treatment of patients who diagnosed with grade I to IIB gynecomastia.

**Keywords:** gynecomastia, classification, mastectomy.

#### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chứng vú to đàn ông (gynecomastia) là bệnh lý tăng sinh lành tính mô tuyến vú ở nam giới, xuất hiện một hoặc cả hai bên.[1] Tình trạng này có thể hoặc không kèm theo phì đại mô mỡ, phân biệt với chứng giả vú to đàn ông (pseudogynecomastia) chỉ có phì đại mô mỡ đơn thuần.[2] Cơ chế gây tăng kích thước tuyến vú do mất cân bằng trong mức độ hoạt động của hormone estrogen và testosterone. Chứng vú to đàn ông là bệnh lý rất phổ biến, thường gặp ở ba nhóm tuổi: sơ sinh, dậy thì, người già. Tình trạng này tuy không nguy hiểm tới tính mạng song ảnh hưởng lớn tới tâm lý, gây mặc cảm tự ti cho bệnh nhân nên cần sớm được điều trị.[1]-[4] Phẫu thuật điều trị vú to đàn ông rất phổ biến ở nam giới với mục tiêu nhằm loại bỏ mô tuyến vú, tổ chức mỡ thừa, tái tạo lại hình thể khuôn ngực nam giới. Việc cắt bỏ tuyến vú có thể thực hiện bằng nhiều kỹ thuật qua đường

<sup>1</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Kim Nhã

Email: nhalekim@gmail.com

Ngày nhận bài: 1.6.2022

Ngày phản biên khoa học: 25.7.2022

Ngày duyệt bài: 2.8.2022

quầng vú, đường chân ngực, hay nội soi đường nách. Trong đó kĩ thuật của Webster được coi là kinh điển với đường rạch hình bán nguyệt ở nửa dưới quầng vú để lấy bỏ mô tuyến vú. Ở Việt Nam, cho đến nay chúng tôi chưa thấy nghiên cứu nào đánh giá về kĩ thuật này. Vì vậy, bài báo này nhằm mục đích đánh giá kết quả phẫu thuật vú đàn ông qua đường quầng vú.

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

**2.1 Đối tượng nghiên cứu:** 31 bệnh nhân được chẩn đoán vú to đàn ông, gồm 14 bệnh nhân độ I (45,16%), 11 bệnh nhân IIA (35,48%), 5 bệnh nhân độ IIB (16,13%), 1 bệnh nhân độ III (3,23%). Độ tuổi từ 21 đến 41 (trung bình 27,57±2,44), được điều trị phẫu thuật tại khoa Phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ BV Saint Paul, BV Bạch Mai từ năm 2010 đến năm

2022. Thời gian theo dõi từ 6 tháng đến 8 năm.

**2.2 Phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả loạt ca bệnh.

a) Đánh giá đặc điểm lâm sàng: Ghi lại các đặc điểm: tuổi, tiền sử bệnh lí hoặc sử dụng thuốc có liên quan, chiều cao, cân nặng, chỉ số khối cơ thể (BMI), phân độ vú to theo Simon (bảng 1, hình 1) và phân vùng vú to theo Caridi (hình 2)

**Bảng 1. Phân độ vú to theo Simon.[5]**

Độ I	Tăng thể tích tuyến vú mức độ nhẹ, không thừa da
Độ IIA	Tăng thể tích tuyến vú mức độ trung bình, không thừa da
Độ IIB	Tăng thể tích tuyến vú mức độ trung bình, thừa da ít
Độ III	Tăng thể tích tuyến vú mức độ nhiều, thừa da nhiều



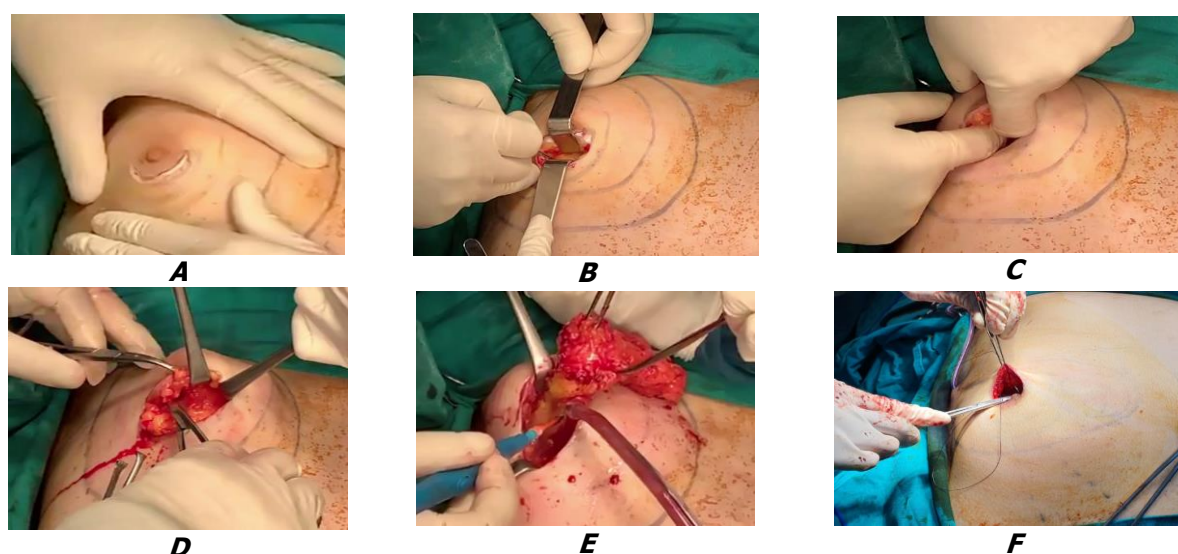
**Hình 1. Phân độ vú to đàn ông theo Simon: A. Kiểu Việt S, 27 tuổi, độ I; B. Nguyễn Hải Đ, 30 tuổi, độ IIA; C. Nguyễn Bá V, 21 tuổi, độ IIB; D. Nguyễn Lê Phương T, 23 tuổi, độ III**



**Hình 2. Phân vùng vú to theo Caridi.[6]: (0) Dưới QNV; (1) Trước cơ ngực lớn; (2) Dưới hố nách; (3) Bờ trên ngoài cơ ngực lớn; (4) Dưới nếp vú**

b) Quy trình phẫu thuật: Dưới gây mê nội khí quản, bệnh nhân nằm ngửa dang 2 tay. Gây tê tại chỗ bằng dung dịch adrenalin 1/200.000 có hoặc không pha thêm lidocain 1%. Rạch da đường viền quầng vú, ở nửa dưới hoặc nửa trên. Đường rạch da nửa dưới quầng vú sử dụng cho những bệnh nhân vú to độ I, IIA hoặc thậm chí độ IIB, thừa da mức độ ít hoặc trung bình, tính chun giãn da tốt, QNV không hoặc sa trễ ít, đường rạch này có thể mở rộng ra 2 bên để tăng độ rộng của phẫu trường (kĩ thuật Webster). Đường rạch nửa trên quầng vú sử dụng cho bệnh nhân vú to độ IIB, III thừa da nhiều, tính chun giãn da kém, QNV sa trễ nhiều, đường rạch này có thể kèm theo cắt bớt một phần da thừa

hình bán nguyệt phía trên. Xẻ đôi tuyến vú theo đường ngang, đến trên lớp cơ ngực lớn. Bóc tách mặt phẳng ranh giới lỏng lẻo giữa tuyến vú và cơ ngực lớn bằng ngón tay hoặc kéo. Bóc tách 2 phần tuyến vú khỏi da, phần mô ngay dưới núm vú được giữ lại với bề dày 1-1,5cm để tránh lõm núm vú và tăng sức sống QNV. Mô tuyến và mô mỡ thừa của 2 phần tuyến vú lần lượt được cắt bỏ. Cầm máu kĩ và đặt dẫn lưu khoang. Khâu đóng vết mổ lớp giải phẫu: núm vú được khâu dính vào nền phía dưới để tránh khoang chết, cố định vị trí núm vú. Một số trường hợp cắt da thừa, kĩ thuật khâu thu được sử dụng để giảm chênh lệch giữa 2 mép vết mổ.



**Hình 3.** Quy trình cắt bỏ tuyến vú nam giới: **A.** Rạch da; **B.** Xẻ đôi tuyến vú; **C.** Bóc tuyến vú khỏi cơ ngực lớn; **D.** Bóc tuyến vú khỏi da; **E.** Cắt bỏ tuyến vú ; **F.** Đóng vết mổ

c) Đánh giá kết quả phẫu thuật: Chúng tôi đánh giá thời gian phẫu thuật, sức sống QNV, cảm giác QNV, các biến chứng sớm liên quan đến tụ máu, chảy máu cho đến khi bệnh nhân ra viện. Kết quả xa về hình dáng khuôn ngực, vị trí phức hợp QNV, sự hồi phục cảm giác QNV, sẹo mổ và mức độ tự tin của bệnh nhân sau phẫu thuật trên 6 tháng, dựa trên thang điểm 5 (1 điểm = rất không hài lòng, 2 điểm = không hài lòng, 3 điểm = phân vân, 4 điểm = hài lòng, 5 điểm = rất hài lòng).

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1 Đặc điểm lâm sàng:** Về chỉ số khối cơ thể, có 23/31 bệnh nhân thuộc nhóm thừa cân, chỉ có 8 bệnh nhân có BMI trong giới hạn bình thường (bảng 2). Hầu hết bệnh nhân không phát hiện tiền sử gia đình, bệnh lý hay thuốc liên quan. Chỉ có 1/31 (3,23%) bệnh nhân có triệu chứng của suy tinh hoàn kèm theo.

Bình thường	BMI < 25.0	8	25,81%
Thừa cân	BMI ≥ 25.0	23	74,19%

Đặc điểm vú to: Về phân vùng vú to theo Caridi, chủ yếu nằm ở vùng 1 (48,39%), vùng 1 và 2 (29,03%), số ít còn lại là vùng 0 (16,13%), vùng 1 và 3 (6,45%). Không có bệnh nhân nào thấy vú to ở vùng 4.

**3.2 Đặc điểm phẫu thuật:** Toàn bộ bệnh nhân được lựa chọn phương pháp rạch da cắt bỏ tuyến vú, với 26/31(83,39%) bệnh nhân được sử dụng đường rạch nửa dưới quầng vú (kỹ thuật Webster) và 5/31(16,61%) bệnh nhân với đường rạch nửa trên quầng vú kết hợp thu gọn da thừa,

những bệnh nhân này có vú to mức độ IIB hoặc III kèm theo da thừa nhiều. Không có trường hợp nào cần phối hợp hút mỡ. Thời gian phẫu thuật trung bình là 92,74 phút.

**3.3 Kết quả phẫu thuật:** Toàn bộ bệnh nhân sau mổ QNV có sức sống tốt, không trường hợp nào xuất hiện hoại tử QNV. Biến chứng chảy máu gặp ở duy nhất 1 bệnh nhân với khối máu tụ bên vú (T) xuất hiện trong 24 giờ đầu sau mổ. Trường hợp này được chúng tôi hút bỏ phần máu tụ, kết hợp băng ép. Có 3 trường hợp chậm liền vết mổ do thiếu dưỡng mép vết mổ nhẹ, chăm sóc tại chỗ đều ổn định sau 1 tháng. Không có trường hợp nào nhiễm trùng vết mổ hay hoại tử QNV. Cảm giác QNV giảm ở 6/31 trường hợp (19,35%), qua theo dõi thấy tất cả đều phục hồi cảm giác hoàn toàn sau 6 tháng.

Kết quả theo dõi xa sau mổ trên 6 tháng: Có 28/31 bệnh nhân (90,32%) rất thỏa mãn với kết quả phẫu thuật tương ứng với điểm 4-5. Có 87,09% bệnh nhân hài lòng với sẹo mổ, với đường sẹo phẳng, nằm trùng với đường viền quầng vú, điểm trung bình là 4,42/5.

### IV. BÀN LUẬN

Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều nằm độ tuổi 20-40, là độ tuổi va chạm xã hội nhiều khiến bệnh nhân tự ti khi thấy vú to. Người bệnh đến viện thăm khám khi tuyến vú đã xơ hóa, không còn đáp ứng với điều trị nội khoa.[3], [7] Hầu hết các trường hợp (30/31) không tìm thấy tiền sử gia đình, bệnh lý hay sử dụng thuốc liên quan đến khởi phát bệnh, một nghiên cứu tại Mỹ cũng cho kết quả tỉ lệ vô căn lên đến 82%.[2]

Tuy nhiên chúng tôi quan sát thấy có mối liên quan giữa tình trạng thừa cân với vú to, khi có đến 23/31 (74,19%) bệnh nhân có BMI > 25kg/m<sup>2</sup>, tương tự nghiên cứu khác trên nhóm bệnh nhân ở Mỹ.[3] Ladizinski kết luận tỷ lệ mắc chứng vú to tăng lên 80% ở đàn ông có BMI > 25kg/m<sup>2</sup>, tác giả đưa ra giả thuyết mô mỡ làm tăng lượng aromatase – một enzyme chuyển hóa androgen thành estrogen, gây nên sự mất cân bằng trong mức độ hoạt động của hormone sinh dục ở người nam giới, dẫn đến tăng sinh mô tuyến vú.[4]

Trong nghiên cứu này, toàn bộ 31 trường hợp đều có vú to 2 bên, tỉ lệ này cao hơn nhiều với các nghiên cứu khác trên thế giới.[2], [3], [7] Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu có vú to độ I đến IIA theo phân độ Simon (80,65%), có 5 bệnh nhân vú to độ IIB và chỉ có một trường hợp vú to độ III. Vú to phân bố chủ yếu tập trung ở vùng 1 (83,87%) và có thể phối hợp thêm vùng 2 hoặc 3, một số vú to chỉ ở vùng 0 (16,13%), và không thấy trường hợp nào vú to ở vùng 4. So với nghiên cứu Caridi tiến hành trên 635 bệnh nhân, sự phân bố ưu thế ở vùng 1 là tương đồng, tuy nhiên tỉ lệ vú to vùng 0 của chúng tôi cao hơn và ngược lại vùng 4 lại thấp hơn. Có thể do cỡ mẫu chênh lệch nhiều nên có sự khác biệt này. Chúng tôi cùng chung quan điểm với tác giả, vùng 0,1 chủ yếu là mô tuyến vú tăng sinh, phù hợp với phẫu thuật cắt bỏ tuyến vú, trong khi đó vùng 2,3,4 chủ yếu là mô mỡ, lựa chọn cắt bỏ mô mỡ kèm theo hoặc hút mỡ giúp làm phẳng vùng ngực tương ứng. Việc đánh giá phân vùng vú to hỗ trợ phẫu thuật viên trong việc lựa chọn phương án phẫu thuật, xác định đúng bản tâm của người bệnh cũng như đưa ra kì vọng sau phẫu thuật phù hợp.[6]

Đối với bệnh nhân vú to vô căn, kéo dài trên 2 năm, phẫu thuật là phương pháp điều trị chính, việc lựa chọn đường rạch da là một yếu tố quan trọng sao cho vừa lấy bỏ được tổ chức tuyến, xơ, mỡ đem lại hình dáng cân đối của 2 vú mà vẫn đảm bảo sẹo mờ thẩm mỹ.[3] Nhiều kỹ thuật đã được nghiên cứu, áp dụng như kỹ thuật Webster, kỹ thuật Davidson, kỹ thuật Pittaguy và có thể phối hợp với hút mỡ.[2] Trong trường hợp vú có thể tích lớn và mức độ thừa da nhiều, có thể kết hợp nhiều kỹ thuật hoặc lựa chọn đường rạch da đưa sẹo về nếp lằn vú, sẹo dọc, sẹo chữ J hay sẹo chữ T ngược. Chúng tôi sử dụng đường rạch da ở đường viền quầng vú cho toàn bộ 31 bệnh nhân, trong đó chủ yếu áp dụng kỹ thuật Webster với đường rạch phía dưới quầng vú cho

các bệnh nhân phân độ I, IIA và IIB. So với nữ giới, QNV của nam giới thường có xu hướng nằm ở vị trí thấp và ngoài hơn, vì vậy việc lựa chọn đường rạch nửa dưới quầng vú còn giúp phẫu thuật viên có thể dịch chuyển vị trí QNV xuống thấp hơn về vị trí lý tưởng của ngực nam giới. Trong nghiên cứu tại trung tâm phẫu thuật tạo hình- trường đại học Cagliari tại Ý, 50 bệnh nhân có phân độ I, IIA và IIB, kỹ thuật Webster được sử dụng nhiều nhất với 28 bệnh nhân (56%), kỹ thuật Davidson 16 bệnh nhân (32%), kỹ thuật Pittaguy 2 bệnh nhân (4%) và 4 bệnh nhân áp dụng phối hợp với hút mỡ.[2] Trong nghiên cứu của Lemaine V, Cayci C và cộng sự đã đưa ra quan điểm: kỹ thuật Webster thích hợp nhất cho các bệnh nhân nằm trong phân độ I và IIA (thể tích vú nhỏ và không có sự dư thừa da), trong khi đó những bệnh nhân thuộc phân độ IIB (thể tích ngực mức độ vừa, thừa da lượng ít) nên thực hiện kỹ thuật Davidson (rạch theo đường round block quanh quầng vú) mới có thể loại bỏ da được.[8] Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 4 bệnh nhân phân độ IIB, với mức độ sa trễ nhiều, được sử dụng kỹ thuật rạch da nửa trên kèm cắt bỏ 1 phần da hình liềm. Sự lựa chọn này giúp hạn chế để lại sẹo và quan trọng vẫn giải quyết được sự thừa da, đường rạch da tối thiểu còn nhằm mục đích đảm bảo QNV tránh bị hoại tử. Thời gian phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình là 92,74 phút, dài hơn so với 80,72 phút trong nghiên cứu của tác giả Longheu.[2] Chúng tôi thấy rằng, so với kỹ thuật khác, cắt tuyến vú qua đường rạch da quanh quầng vú giúp phẫu thuật viên tiếp cận trực tiếp vào tuyến vú, phẫu trường mở thuận lợi cho việc cầm máu trong mổ, nếu tối ưu hóa các bước trong quy trình, thời gian phẫu thuật có thể thu ngắn hơn nữa.

Kết quả sau mổ 100% QNV có sức sống tốt. Khi thực hiện kỹ thuật chúng tôi luôn đảm bảo độ dày tổ chức dưới QNV khoảng 1,5 cm và lấy bỏ tuyến sao cho tổ chức dưới da không quá mỏng. Điều này nhằm đảm bảo sức sống QNV đồng thời hạn chế sự biến dạng, lõm của QNV. Về cảm giác của phức hợp QNV ngay sau mổ: có 8/62 vú có rối loạn chỉ nhận biết được cảm giác sờ, cảm giác đau không có. Có 4/62 vú mất cảm giác hoàn toàn. Thực tế do quá trình lấy bỏ tuyến vú và mô mỡ đã làm tổn thương tới thần kinh rất nhiều, chủ yếu từ các nhánh thần kinh liên sườn 4,5,6. Tuy nhiên, theo dõi sau 6 tháng 100% QNV cảm giác tốt, điều này cho thấy khả năng phục hồi cảm giác rất cao.



**Hình 4.** Trước, sau mổ cắt tuyến vú qua đường rạch da: **A.** Nguyễn Bá V, 21 tuổi, độ IIB, rạch da nửa dưới quanh vú; **B.** Phạm Minh Đ, 22 tuổi, độ IIB, rạch da nửa trên quanh vú

Về mức độ hài lòng của người bệnh sau mổ, chúng tôi đánh giá bằng thang điểm 5 (thất vọng, không hài lòng, phân vân, hài lòng, rất hài lòng) dựa trên 4 tiêu chí: hình dáng khuôn ngực, vị trí và hình dạng QNV, sẹo mổ, độ hài lòng chung. Đánh giá sau mổ ít nhất 6 tháng, có 93,55% bệnh nhân hài lòng (4-5 điểm) với khuôn ngực, có 2 trường hợp bệnh nhân vú to độ IIB và III cảm thấy chưa hài lòng với tình trạng da thừa và khuôn ngực sau mổ. Nghiên cứu của Fruhstorfer và cộng sự cũng cho thấy mức độ hài lòng cao đối với nhóm bệnh nhân được phẫu thuật cắt bỏ tuyến vú (92%), trong khi đó nhóm bệnh nhân hút mỡ đơn thuần than phiền không đạt được như kì vọng vì còn sờ hoặc nhìn thấy khối tuyến vú.[1] Điều này cho thấy phẫu thuật không những cắt bỏ mô tuyến vú tăng sinh, mà đồng thời cũng loại bỏ mô mỡ những vùng xung quanh, nhờ vậy đem lại khuôn ngực phẳng hơn. Trong khi đó, nghiên cứu của tác giả Longheu chỉ có 73,5% bệnh nhân hài lòng với kết quả phẫu thuật, phần còn lại chưa hài lòng do sự mất cân đối vú 2 bên và sẹo quá phát.[2] Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả bệnh nhân đều được sử dụng đường rạch da quanh quầng, giúp giấu sẹo vào ranh giới thẩm mỹ, sau mổ chúng tôi cũng sử dụng nhiều biện pháp chăm sóc sẹo như miếng dán hay kem bôi dạng silicon mềm trong thời gian dài hạn chế sẹo lồi, trung bình các bệnh nhân đánh giá mức độ hài lòng 4,42/5 điểm về sẹo mổ. Để hạn chế tình trạng vú không cân đối, các nếp vú không liên tục, chúng tôi thực hiện thêm bước khâu cố định các góc và cố định QNV, đảm bảo cân đối 2 bên. Đặt dẫn lưu kéo dài 48-72h sau mổ nhằm ổn định hình thể, không tạo khoang và liên khoang tốt hơn, kết hợp duy trì mặc áo định hình 4 tuần sau mổ. Như vậy trong nghiên cứu của chúng tôi, bằng cách chọn đường rạch da phù hợp, áp dụng một số kỹ thuật trong mổ và những chăm sóc sau mổ đã đem lại sự hài lòng cao cho bệnh nhân.

## V. KẾT LUẬN

Đường rạch da trong phẫu thuật điều trị bệnh lý vú to đàn ông phụ thuộc vào phân độ vú to: Kỹ thuật Webster với đường rạch nửa dưới quầng vú thích hợp cho phân độ I đến IIA, tính chun giãn da tốt, mức độ sa trễ ít, kỹ thuật rạch nửa trên quầng vú kèm lấy bỏ một phần da hình liềm nên được chỉ định cho phân độ IIB, thừa da nhiều, tính chun giãn da kém, mức độ sa trễ nhiều. Lựa chọn đường rạch chính xác đem lại kết quả phẫu thuật cao và sự hài lòng của bệnh nhân.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- B. H. Fruhstorfer and C. M. Malata**, "A systematic approach to the surgical treatment of gynecomastia," *Br. J. Plast. Surg.*, vol. 56, no. 3, pp. 237–246, Apr. 2003, doi: 10.1016/s0007-1226(03)00111-5.
- A. Longheu et al.**, "Surgical management of gynecomastia: experience of a general surgery center," *Il G. Chir.*, vol. 37, no. 4, pp. 150–154, Aug. 2016, doi: 10.11138/gchir/2016.37.4.150.
- H. Rosen et al.**, "Adolescent gynecomastia: not only an obesity issue," *Ann. Plast. Surg.*, vol. 64, no. 5, pp. 688–690, May 2010, doi: 10.1097/SAP.0b013e3181dba827.
- B. Ladizinski, K. C. Lee, F. N. U. Nutan, H. W. Higgins, and D. G. Federman**, "Gynecomastia: etiologies, clinical presentations, diagnosis, and management," *South. Med. J.*, vol. 107, no. 1, pp. 44–49, Jan. 2014, doi: 10.1097/SMJ.0000000000000033.
- B. E. Simon, S. Hoffman, and S. Kahn**, "Classification and surgical correction of gynecomastia," *Plast. Reconstr. Surg.*, vol. 51, no. 1, pp. 48–52, Jan. 1973, doi: 10.1097/00006534-197301000-00009.
- R. C. Caridi**, "Defining the Aesthetic Units of the Male Chest and How They Relate to Gynecomastia Based on 635 Patients," *Plast. Reconstr. Surg.*, vol. 142, no. 4, pp. 904–907, Oct. 2018, doi: 10.1097/PRS.0000000000004807.
- M. Nydick, J. Bustos, J. H. Dale, and R. W. Rawson**, "Gynecomastia in adolescent boys," *JAMA*, vol. 178, pp. 449–454, Nov. 1961, doi: 10.1001/jama.1961.03040440001001.
- V. Lemaine, C. Cayci, P. S. Simmons, and P. Petty**, "Gynecomastia in adolescent males," *Semin. Plast. Surg.*, vol. 27, no. 1, pp. 56–61, Feb. 2013, doi: 10.1055/s-0033-1347166.