

KẾT QUẢ NHÂN TRẮC HỌC SAU PHẪU THUẬT NAM TÍNH HÓA KHUÔN NGỰC Ở BỆNH NHÂN CHUYỂN GIỚI NAM: ĐÁNH GIÁ DỰA TRÊN TIÊU CHUẨN NAM GIỚI SINH HỌC

Nguyễn Minh Nghĩa^{1,2,✉}, Phạm Thị Việt Dung^{1,3,4}, Trần Thiết Sơn^{1,4}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Hoàn Kiếm

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

⁴Bệnh viện Bạch Mai

Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá sự thay đổi các chỉ số nhân trắc ngực sau phẫu thuật nam tính hóa và so sánh với tiêu chuẩn nam giới sinh học ở người chuyển giới nam Việt Nam. Thiết kế thuần tập hồi cứu được tiến hành tại hai bệnh viện từ năm 2022 đến 2025 trên 32 bệnh nhân chuyển giới nam được phẫu thuật cắt tuyến vú và tạo hình quầng núm vú, so sánh với nhóm chứng gồm 152 nam giới sinh học. Kết quả cho thấy sau phẫu thuật, khoảng cách liên núm vú, khoảng cách hõm ức-núm vú và đường kính quầng vú đều giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$), giúp hình thái ngực tiệm cận đặc điểm nam giới sinh học. Tuy nhiên, nhóm chuyển giới sau mổ vẫn có tỷ lệ khoảng cách liên núm vú/chiều rộng ngực nhỏ hơn và kích thước núm vú lớn hơn so với nhóm chứng ($p < 0,05$). Phẫu thuật tạo hình ngực nam tính giúp cải thiện đáng kể đặc điểm nhân trắc, song cần tối ưu hóa kỹ thuật nhằm đạt tính thẩm mỹ và hài hòa cao hơn với tiêu chuẩn nam giới Việt Nam.

Từ khóa: Phẫu thuật khẳng định giới, chuyển giới nam, tạo hình ngực nam tính, nhân trắc học, Việt Nam.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật khẳng định giới đóng vai trò quan trọng trong quá trình chuyển đổi của người chuyển giới, ảnh hưởng đáng kể đến sức khỏe tâm lý và khả năng hòa nhập xã hội.^{1,2} Trong số các thủ thuật này, phẫu thuật nam tính hóa ngực (bao gồm cắt tuyến vú kết hợp ghép núm vú tự do hoặc chuyển vật phức hợp quầng núm vú có cuống) là can thiệp thường được người chuyển giới nam (female-to-male, FTM) lựa chọn nhằm tạo hình ngực phẳng, phù hợp với hình thái nam giới.^{3,4}

Mục tiêu thẩm mỹ của phẫu thuật nam tính hóa ngực là tạo được hình dạng ngực phẳng,

sắc nét, với vị trí và kích thước phức hợp quầng - núm vú (NAC) tương đồng với nam giới sinh học.⁵ Hiện nay, việc xác định vị trí NAC, lượng mô cần cắt bỏ và lựa chọn kỹ thuật phẫu thuật vẫn chủ yếu dựa vào kinh nghiệm cá nhân của phẫu thuật viên. Việc phụ thuộc nhiều vào đánh giá chủ quan có thể dẫn đến sự khác biệt đáng kể giữa các phẫu thuật viên và khó chuẩn hóa kết quả; do đó, các chỉ số nhân trắc học của nam giới sinh học ngày càng được xem như công cụ then chốt giúp lập kế hoạch phẫu thuật một cách định lượng và khách quan, cung cấp cơ sở rõ ràng để định vị NAC, ước lượng phạm vi cắt bỏ mô và dự đoán kết quả thẩm mỹ.^{6,7}

Nhiều nghiên cứu đã khảo sát đặc điểm nhân trắc học của ngực nam, từ đó xây dựng các giá trị tham chiếu cho những thông số như khoảng cách liên núm vú (IND), độ nhô

Tác giả liên hệ: Nguyễn Minh Nghĩa

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: nguyennghiaminh08@gmail.com

Ngày nhận: 06/11/2025

Ngày được chấp nhận: 11/12/2025

núm vú, đường kính quầng vú và mối tương quan giữa NAC với các mốc giải phẫu khác.⁸⁻¹⁰ Những dữ liệu này không chỉ giúp phẫu thuật viên tái tạo hình thái nam tính tự nhiên mà còn góp phần giảm tính chủ quan, tăng tính nhất quán và nâng cao độ chính xác trong lập kế hoạch phẫu thuật.

Mặc dù nhu cầu phẫu thuật nam tính hóa ngực đang tăng lên tại Việt Nam, dữ liệu trong nước về kết quả nhân trắc học sau phẫu thuật vẫn còn hạn chế, đặc biệt là so sánh trực tiếp với tiêu chuẩn nhân trắc của nam giới sinh học người Việt. Việc đánh giá mức độ đạt được các tiêu chuẩn này sau phẫu thuật có ý nghĩa quan trọng trong tối ưu hóa kỹ thuật, điều chỉnh mục tiêu thẩm mỹ và cung cấp thông tin dựa trên bằng chứng cho phẫu thuật viên cũng như bệnh nhân.^{11,12}

Nghiên cứu này được thực hiện với hai mục tiêu chính: (i) đánh giá sự thay đổi các chỉ số nhân trắc ngực trước và sau phẫu thuật nam tính hóa ngực ở người chuyển giới nam Việt Nam; và (ii) so sánh các chỉ số nhân trắc sau phẫu thuật với dữ liệu tham chiếu của nam giới sinh học người Việt. Việc tiếp cận theo hai mục tiêu này cho phép đánh giá đồng thời hiệu quả của phẫu thuật và mức độ tiệm cận với chuẩn nhân trắc học nam giới, từ đó cung cấp bằng chứng khách quan phục vụ hoàn thiện kỹ thuật và cải thiện kết quả thẩm mỹ trong thực hành lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Nhóm phẫu thuật (người chuyển giới nam)

Bao gồm những người chuyển giới nam (được xác định giới tính nữ khi sinh nhưng tự nhận dạng giới tính nam) đã trải qua phẫu thuật nam tính hóa ngực lần đầu, cụ thể là phẫu thuật cắt tuyến vú kết hợp ghép núm vú tự do hoặc chuyển vật phức hợp quầng núm vú có cuống.

Các phẫu thuật được thực hiện từ tháng 1/2022 đến tháng 5/2025.

Dữ liệu đối chứng của nhóm nam giới sinh học (n = 152) được thu thập trực tiếp bởi nhóm nghiên cứu theo cùng quy trình đo nhân trắc và được xây dựng thành bộ giá trị tham chiếu dùng cho so sánh trong nghiên cứu này.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Từ 18 tuổi trở lên.

- Có hồ sơ bệnh án đầy đủ bao gồm: triệu chứng lâm sàng trước mổ, kết quả xét nghiệm, kết quả mô bệnh học (nếu có), biên bản phẫu thuật mô tả kỹ thuật, số đo nhân trắc ngực trước mổ.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu bằng văn bản.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Phẫu thuật tại cơ sở khác ngoài hai bệnh viện nghiên cứu.

- Hồ sơ không đầy đủ.

- Từ chối tham gia hoặc không hợp tác theo dõi sau mổ.

- Có bệnh lý toàn thân nặng ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật.

- Không thể tái khám theo lịch hẹn.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu và địa điểm

Đây là nghiên cứu thuần tập hồi cứu được thực hiện tại Khoa Phẫu thuật Tạo hình, Bệnh viện Bạch Mai và Khoa Phẫu thuật Tạo hình, Bệnh viện Đa khoa Hoà Nhài, Hà Nội, Việt Nam.

Thu thập dữ liệu

Dữ liệu được thu thập hồi cứu từ hồ sơ bệnh án, bao gồm:

- ***Nhân khẩu học:*** Tuổi khi phẫu thuật.

- ***Tiền sử:*** Sử dụng hormone trước mổ (có/không).

- ***Đánh giá trước mổ:***

+ Phân loại phát triển ngực theo Tanner.

- + Các chỉ số nhân trắc ngực.
- *Thông tin phẫu thuật*:
- + Kỹ thuật tạo hình phức hợp quần vú.
- + Khối lượng mô tuyến vú cắt bỏ (gram).
- Kết quả sau mổ:
- + Chỉ số nhân trắc.
- + Biến chứng sớm (màu sắc NAC, thiếu máu, hoại tử, nhiễm trùng).
- + Tình trạng liền vết thương.
- + Thay đổi cảm giác (theo thang MRC 1983).
- + Thời gian tái khám trung bình của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu là 1 - 3 tháng và trên 3 tháng.

Phương pháp đo nhân trắc

Tất cả các phép đo được thực hiện bằng thước chia độ milimet bởi nhân viên được đào tạo. Các chỉ số đo gồm:

- Khoảng cách liên núm vú (IND): đo từ trung tâm núm vú bên phải đến trung tâm núm vú bên trái.
- Vòng ngực: đo đường vòng ngang qua mức ngang núm vú, bệnh nhân ở tư thế đứng

thẳng, thở ra nhẹ.

- Khoảng cách từ hõm ức đến núm vú (SN-N): đo từ điểm lõm sâu nhất của hõm ức đến trung tâm núm vú.

- Khoảng cách từ nếp dưới vú đến núm vú (IMF-N): đo từ điểm thấp nhất của nếp dưới vú đến trung tâm núm vú.

- Đường kính quần vú: đo đường kính ngang lớn nhất của quần vú.

- Độ nhô núm vú: đo từ đỉnh núm vú đến mặt phẳng da xung quanh, theo phương vuông góc.

- Đường kính núm vú: đo đường kính ngang lớn nhất của núm vú.

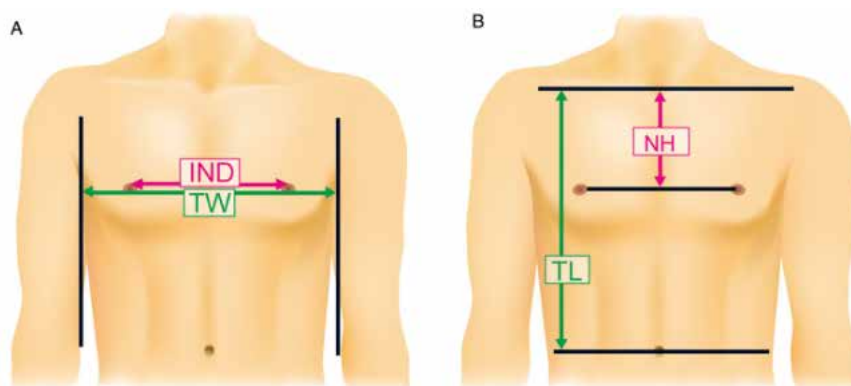
- Chiều rộng ngực (nách đến nách, TW): đo từ điểm giữa hố nách phải đến điểm giữa hố nách trái.

- Chiều cao ngực (hõm ức đến rốn, TL): đo từ hõm ức đến rốn theo đường dọc giữa.

Bệnh nhân được đo ở tư thế đứng thẳng, lưng áp tường, hai tay buông xuôi, đo ở thì thở ra. Các mốc đo chính và cách đặt thước được minh họa trong Hình 2.A và Hình 2.B.



Hình 1. Các chỉ số cần đo trên ngực nam, bao gồm khoảng cách liên núm vú (IND), khoảng cách từ hõm ức đến núm vú (SN-N) và các trục tham chiếu chính



Hình 2. Minh họa tỉ lệ giữa khoảng cách liên núm vú với chiều ngang lồng ngực (IND/TW) và tỉ lệ độ cao núm vú với chiều dọc lồng ngực (NH/TL)

Đánh giá cảm giác NAC được thực hiện bằng thang MRC (1983), ghi nhận mức độ phục hồi cảm giác từ S0 đến S4.

Phân tích dữ liệu

Dữ liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm Stata 13.1. Các biến định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị nhỏ nhất và lớn nhất; các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. Kiểm định t-test bất cặp được sử dụng để so sánh giá trị trước và sau phẫu thuật, trong khi t-test độc lập được áp dụng để so sánh giữa nhóm chuyển giới sau mổ và nhóm nam sinh học. Phân phối chuẩn của dữ liệu được đánh giá bằng kiểm định Shapiro-Wilk; trong trường hợp không đạt giả định phân phối chuẩn, các kiểm định phi tham số Wilcoxon và Mann-Whitney được sử dụng thay thế. Mức ý nghĩa thống kê được xác định tại ngưỡng $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được chấp thuận của Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học, Trường

Đại học Y Hà Nội (số: 1069/GCN-HMUIRB). Toàn bộ người tham gia nghiên cứu đều được cung cấp đầy đủ thông tin về mục tiêu, quy trình và quyền lợi tham gia, đồng thời ký đồng ý tham gia nghiên cứu bằng văn bản trước khi tiến hành phẫu thuật và thu thập dữ liệu. Thông tin cá nhân của người bệnh được bảo mật tuyệt đối, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học và không tiết lộ danh tính dưới bất kỳ hình thức nào.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

Nhóm nghiên cứu có tuổi trung bình là 26,5 (dao động 17 - 34 tuổi), chiều cao trung bình 160,8cm, cân nặng 58,6kg, chỉ số BMI 22,6 kg/m². Về tiền sử sử dụng hormone, 71,9% không sử dụng trước mổ, trong khi 28,1% có dùng. Phân loại ngực trước mổ cho thấy tỷ lệ cao nhất thuộc nhóm D (40,6%), tiếp theo là nhóm B (28,1%), nhóm A (21,9%) và nhóm C chiếm tỷ lệ thấp nhất (9,4%) (Bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học và tiền phẫu của nhóm người chuyển giới nam thực hiện phẫu thuật nam tính hóa ngực (n = 32)

Đặc điểm	TB (ĐLC)/ BN (%)
Tuổi (năm)	26,87 (4,42)
Chiều cao (cm)	160,8 (5,5)
Cân nặng (kg)	58,4 (9,6)
BMI (kg/m ²)	22,6 (3,5)
Sử dụng hormone	
Không	23 (71,88)
Có	9 (28,12)
Phân loại ngực trước phẫu thuật	
Loại A	7 (21,9%)
Loại B	9 (28,1%)
Loại C	3 (9,4%)
Loại D	13 (40,6%)

TB: trung bình; ĐLC: độ lệch chuẩn

2. Kỹ thuật phẫu thuật

Trong nghiên cứu này, chúng tôi áp dụng 3 kỹ thuật chính xử lý phức hợp quầng núm vú: Kỹ thuật ghép núm vú tự do (Free nipple graft) được thực hiện trên 6 bệnh nhân (18,8%) với thể tích mô cắt bỏ trung bình 336,5 g (bên phải)

và 350,1 g (bên trái). Kỹ thuật vạt có cuống (Pedicled nipple-areola complex) áp dụng cho 10 ca (31,3%). Kỹ thuật đường rạch quanh quầng núm vú (Circumareolar approach) thực hiện trên 16 ca (50%) (Bảng 2).

Bảng 2. Phân bố kỹ thuật cắt phức hợp quầng núm vú được sử dụng trong phẫu thuật nam tính hóa khuôn ngực

Kỹ thuật phẫu thuật	Số BN	Tỷ lệ %
Ghép quầng núm vú	4	12,50
Kỹ thuật vạt quầng núm vú	11	34,38
Cắt nửa quầng	6	18,75
Cắt quanh quầng	11	34,38
Tổng	32	100,0



Hình 3. Hình ảnh trước mổ, trong mổ và sau mổ 2 tuần của bệnh nhân N.T.T.A, được phẫu thuật cắt tuyến vú đường chân ngực với vật mang phức hợp xương - núm vú

3. Thay đổi nhân trắc sau phẫu thuật

Như được trình bày trong Bảng 3, các chỉ số giảm đáng kể sau mổ bao gồm: khoảng cách liên núm vú (giảm trung bình 1,6cm, $p < 0,001$), độ cao núm vú so hố ực (giảm 4,5cm, $p < 0,001$), khoảng cách núm vú - nếp dưới vú (giảm 3,5cm bên phải và 3,6cm bên trái, $p < 0,001$) và đường kính xương vú (giảm 1,4cm

bên phải và 1,4 cm bên trái, $p < 0,001$). Khoảng cách hố ực - núm vú sau mổ là 17,7cm (phải) và 4,1cm (trái). Độ nhô núm vú trung bình sau mổ là 0,8cm (0,4 - 1,6cm), đường kính núm vú 1,2cm (0,8 - 1,5cm), chiều rộng ngực 28,1cm (24 - 33,5cm) và chiều cao ngực 36,1cm (32 - 40cm). Tỷ lệ IND/chiều rộng ngực trung bình là 0,6 (0,5 - 0,8) (Bảng 4).

Bảng 3. So sánh các chỉ số nhân trắc trước và sau phẫu thuật

Chỉ số nhân trắc (cm)	Trước mổ TB (ĐLC)	Sau mổ TB (ĐLC)	p-value
Khoảng cách hai núm vú	19,8 (1,9)	18,2 (2,3)	$< 0,001$
Chiều cao núm vú so với hố ực	19,85 (4,58)	15,33 (1,36)	$< 0,001$
Núm vú - nếp dưới vú (phải)	7,62 (2,42)	4,13 (0,77)	$< 0,001$
Núm vú - nếp dưới vú (trái)	7,77 (2,35)	4,12 (0,68)	$< 0,001$
Hố ực - núm vú (phải)	Không đo lường	17,74 (1,32)	N/A
Hố ực - núm vú (trái)	Không đo lường	4,12 (0,68)	N/A

Chỉ số nhân trắc (cm)	Trước mổ TB (ĐLC)	Sau mổ TB (ĐLC)	p-value
Đường kính quầng vú (phải)	3,86 (0,90)	2,46 (0,57)	< 0,001
Đường kính quầng vú (trái)	3,85 (0,91)	2,46 (0,57)	< 0,001

TB: trung bình; ĐLC: độ lệch chuẩn

Bảng 4. Đặc điểm núm vú sau phẫu thuật

Đặc điểm	TB (ĐLC)	Khoảng giá trị
Chiều cao núm vú (cm)	0,83 (0,27)	0,4 - 1,6
Đường kính núm vú (cm)	1,19 (0,23)	0,8 - 1,5
Chiều ngang lồng ngực (cm)	28,1 (2,2)	24 - 33,5
Chiều dọc lồng ngực (cm)	36,09 (1,85)	32 - 40
Tỷ lệ IND/Chiều ngang ngực	0,6 (0,1)	0,5 - 0,8

TB: trung bình; ĐLC: độ lệch chuẩn

4. So sánh với nam giới sinh học

Nhóm chuyển giới nam sau mổ có khoảng cách liên núm vú (18,2cm) nhỏ hơn đáng kể so với nam sinh học (19,5cm, $p = 0,002$), độ cao núm vú so hõm ức thấp hơn (15,3cm vs 16,2cm, $p = 0,003$), và tỷ lệ IND/chiều rộng ngực thấp

hơn (0,6 vs 0,7, $p < 0,001$). Ngược lại, độ nhô (0,8cm vs 0,2cm, $p < 0,001$) và đường kính núm vú (1,2cm vs 0,5cm, $p < 0,001$) lớn hơn đáng kể. Không có khác biệt về chiều rộng ngực và đường kính quầng vú giữa hai nhóm.

Bảng 5. So sánh chỉ số nhân trắc sau phẫu thuật giữa người chuyển giới nam và nam giới sinh học

Chỉ số nhân trắc (cm)	Người chuyển giới sau mổ TB (ĐLC) (n = 32)	Nam giới sinh học TB (ĐLC) (n = 152)	p-value
Khoảng cách hai núm vú	18,2 (2,3)	19,54 (1,87)	0,002
Chiều cao núm vú so với hõm ức	15,33 (1,36)	16,22 (1,34)	0,003
Chiều ngang lồng ngực	28,1 (2,2)	29,04 (3,91)	0,078
Tỷ lệ IND/Chiều ngang ngực	0,6 (0,1)	0,68 (0,07)	< 0,001
Núm - nếp dưới vú (TB hai bên)	4,13 (P), 4,12 (T) (ĐLC ~ 0,7)	3,34 (0,80)	< 0,001
Hõm ức - núm vú (TB hai bên)	17,74 (P), 4,12 (T) (ĐCL ~ 1,3)	18,97 (2,24)	< 0,001

Chỉ số nhân trắc (cm)	Người chuyển giới sau mổ TB (ĐLC) (n = 32)	Nam giới sinh học TB (ĐLC) (n = 152)	p-value
Đường kính quầng vú	2,46 (0,57)	2,63 (1,88)	0,335
Chiều cao núm vú	0,83 (0,27)	0,20 (0,10)	< 0,001
Đường kính núm vú	1,19 (0,23)	0,55 (0,16)	< 0,001

TB: trung bình; ĐLC: độ lệch chuẩn

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này cung cấp những hiểu biết giá trị về các chỉ số nhân trắc học sau phẫu thuật nam tính hóa ngực ở người chuyển giới nam tại Việt Nam, từ đó đóng góp một góc nhìn đặc thù trong bối cảnh văn hóa và có thể cả giải phẫu học riêng biệt. Theo hiểu biết của chúng tôi, đây là một trong những nghiên cứu đầu tiên tiến hành so sánh trực tiếp các số đo nhân trắc sau phẫu thuật ở nhóm đối tượng này với các chỉ số chuẩn của nam giới không chuyển giới người Việt, tương tự hướng tiếp cận của các tác giả trước đó.^{6,8}

Về đặc điểm nhân khẩu học, độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu phù hợp với xu hướng toàn cầu được báo cáo bởi Monstrey và D'Assumpção, khi phần lớn bệnh nhân thực hiện phẫu thuật ở độ tuổi 20 - 30, giai đoạn hoàn thiện chuyển đổi giới.^{3,4} Chỉ số BMI và tỷ lệ sử dụng hormone trước phẫu thuật trong nghiên cứu này cũng tương đồng với các báo cáo gần đây của Agarwal và Berry.^{9,11}

Về mặt kỹ thuật, việc ưu tiên các đường rạch quanh quầng hoặc vạt quầng núm vú cho phép hạn chế sẹo thấy rõ, phù hợp với khuyến cáo của Cregten-Escobar và Satterwhite.^{5,10} Kỹ thuật ghép tự do NAC được chỉ định ở các trường hợp có ngực lớn hoặc da thừa nhiều, tương tự tiêu chuẩn lựa chọn trong nghiên cứu của Wolter.⁷ Các thay đổi đáng kể sau phẫu thuật, như giảm khoảng cách hai núm vú và hạ

thấp vị trí NAC, chứng minh hiệu quả tái tạo hình thể nam tính, phù hợp với kết luận của D'Assumpção và Agarwal.^{4,9} Trong nghiên cứu này, hai kỹ thuật được sử dụng chủ yếu là free nipple graft (FNG) và pedicled NAC, mỗi kỹ thuật có ưu điểm và giới hạn riêng. FNG thường được áp dụng ở các trường hợp tuyến vú lớn hoặc da thừa nhiều, cho phép đặt lại vị trí và thu nhỏ kích thước NAC một cách linh hoạt, tuy nhiên nguy cơ giảm cảm giác và thay đổi sắc tố cao hơn. Ngược lại, kỹ thuật pedicled NAC giúp duy trì tốt hơn nuôi dưỡng và cảm giác của NAC, nhưng biên độ di chuyển bị hạn chế bởi cuống mạch, đặc biệt trong các trường hợp vú lớn hoặc cần thu nhiều da.

Khi so sánh với dữ liệu đối chiếu từ nam giới sinh học, một số khác biệt vẫn tồn tại, đặc biệt về tỷ lệ khoảng cách liên núm vú và kích thước núm vú. Xu hướng này cũng được ghi nhận trong các nghiên cứu trước đó, cho thấy việc đạt được sự tương đồng hoàn toàn về nhân trắc học là khó khăn do sự khác biệt giải phẫu bẩm sinh và yếu tố hormone.^{8,11}

Trong nghiên cứu của chúng tôi, IND sau phẫu thuật vẫn thấp hơn so với nam giới sinh học. Điều này trước hết xuất phát từ giới hạn giải phẫu bẩm sinh: chiều ngang lồng ngực và độ giãn mô mềm ở người chuyển giới nam nhìn chung thấp hơn nam sinh học, nên ngay cả sau khi cắt tuyến và thu nhỏ da, biên độ mở rộng

vị trí NAC vẫn bị giới hạn. Bên cạnh đó, yếu tố kỹ thuật cũng đóng vai trò nhất định. Việc kéo giãn vị trí NAC để đạt IND lớn hơn có thể làm tăng căng kéo lên vật hoặc vùng ghép, dẫn đến nguy cơ giảm nuôi dưỡng hoặc biến chứng, nên phẫu thuật viên thường phải đặt NAC trong giới hạn an toàn. Các tác giả trước cũng ghi nhận xu hướng tương tự, củng cố nhận định rằng sự khác biệt này chủ yếu liên quan đến nền tảng giải phẫu và khó có thể loại bỏ hoàn toàn chỉ bằng kỹ thuật phẫu thuật.

Các kết quả về kích thước núm vú và quầng vú nhấn mạnh vai trò then chốt của thao tác thu nhỏ NAC trong đạt được tính thẩm mỹ tối ưu, song vẫn cần nghiên cứu thêm để cải tiến kỹ thuật, hướng tới kết quả tự nhiên và phù hợp với chuẩn mực hình thể của nam giới Việt Nam.

Nghiên cứu này cũng tồn tại một số hạn chế. Cỡ mẫu tương đối nhỏ tuy cung cấp thông tin ban đầu có giá trị nhưng cũng làm giảm tính khái quát của kết quả. Ngoài ra, số liệu đối chiếu từ nhóm nam giới không chuyển giới được thu thập tại một thời điểm duy nhất, chưa xét đến các biến số như độ tuổi hay yếu tố hình thể khác trong dân số. Nghiên cứu cũng chưa bao gồm đánh giá từ chính người bệnh về mức độ hài lòng với kết quả thẩm mỹ, vốn là yếu tố quan trọng trong đánh giá toàn diện hiệu quả phẫu thuật; do thiết kế hồi cứu, nghiên cứu không thu thập được dữ liệu về mức độ hài lòng của bệnh nhân, đây là một hạn chế quan trọng cần được thừa nhận. Các nghiên cứu trong tương lai với cỡ mẫu lớn hơn, thiết kế tiền cứu và có bổ sung dữ liệu về trải nghiệm người bệnh là cần thiết để khẳng định các kết quả hiện tại và mở rộng hiểu biết về hiệu quả lâu dài của phẫu thuật nam tính hóa ngực ở nhóm bệnh nhân chuyển giới nam.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này cung cấp dữ liệu nhân trắc học quan trọng về kết quả phẫu thuật nam tính hóa ngực ở người chuyển giới nam tại

Việt Nam, cho thấy sự cải thiện rõ rệt về hình thái ngực nam tính, đặc biệt ở các chỉ số như khoảng cách hai núm vú và chiều cao núm vú so với hõm ức. Tuy nhiên, một số khác biệt so với nam giới sinh học - như tỷ lệ khoảng cách liên núm vú theo chiều ngang ngực và kích thước núm vú - vẫn còn tồn tại do hạn chế giải phẫu và kỹ thuật. Dựa trên các phát hiện này, có thể cân nhắc ưu tiên các kỹ thuật hỗ trợ thu nhỏ quầng - núm vú và định vị lại NAC theo bản đồ nhân trắc để đạt kết quả hài hòa hơn. Các nghiên cứu tiền cứu với cỡ mẫu lớn hơn và theo dõi dài hạn là cần thiết nhằm đánh giá ổn định hình thái, phục hồi cảm giác và mức độ hài lòng của người bệnh sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Murad MH, Elamin MB, Garcia MZ, Mullan RJ, Murad A, Erwin PJ, et al. Hormonal therapy and sex reassignment: a systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes in transgender individuals. *Clinical Endocrinology (Oxford)*. 2010; 72(2): 214-231. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1365-2265.2009.03625.x>.
2. van de Grift TC, Kreukels BPC, Elfering L, Özer M, Bouman MB, Buncamper ME, et al. Body image in transmen: multidimensional measurement and the effects of mastectomy. *The Journal of Sexual Medicine*. 2016; 13(11): 1778-1786. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.09.003>.
3. Monstrey S, Selvaggi G, Ceulemans P, Van Landuyt K, Bowman C, Blondeel P, et al. Chest-wall contouring surgery in female-to-male transsexuals: a new algorithm. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2008; 121(3): 849-859. doi:<https://doi.org/10.1097/01.prs.0000299921.15447.b2>.
4. Donato DP, Walzer NK, Rivera A, Wright L, Agarwal CA. Female-to-male chest reconstruction: a review of technique and outcomes. *Annals of Plastic Surgery*. 2017; 79(3): 259-263. doi:<https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000001099>.

5. Wilson SC, Morrison SD, Anzai L, Massie JP, Poudrier G, Motosko CC, Hazen A. Masculinizing top surgery: a systematic review of techniques and outcomes. *Annals of Plastic Surgery*. 2018; 80(6): 679-683. doi:<https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000001354>.

6. Yue D, Cooper LR, Kerstein R, Charman SC, Kang NV. Defining normal parameters for the male nipple-areola complex: a prospective observational study and recommendations for placement on the chest wall. *Aesthetic Surgery Journal*. 2018; 38(7): 742-748. doi:<https://doi.org/10.1093/asj/sjx245>.

7. Bustos VP, Bustos SS, Mascaro A, Del Corral G, Forte AJ, Kim EA, et al. Transgender and gender-nonbinary patient satisfaction after transmasculine chest surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery - Global Open*. 2021; 9(3): e3479. doi:<https://doi.org/10.1097/GOX.00000000000003479>.

8. Arámbula-Sánchez BY, Barlandas-Quintana E, De Luna-Gallardo D, Marquez-Espriella C, Dávila-Díaz R, Herrera-Sánchez AH, et al. Anthropometric reference values for

the male thorax in Mexican adults: implications for chest surgery. *Cureus*. 2025; 17(7): e89137. doi:<https://doi.org/10.7759/cureus.89137>.

9. Berry MG, Curtis R, Davies D. Female-to-male transgender chest reconstruction: a large consecutive, single-surgeon experience. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*. 2012; 65(6): 711-719. doi:<https://doi.org/10.1016/j.bjps.2011.11.053>.

10. Cohen WA, Shah NR, Iwanicki M, Therattil PJ, Keith JD. Female-to-male transgender chest contouring: a systematic review of outcomes and knowledge gaps. *Annals of Plastic Surgery*. 2019; 83(5): 589-593. doi:<https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000001896>.

11. Timmermans FWS. Masculinizing chest surgery: challenges and improvements. 2023.

12. Moorefield AK, Stock A, Rose-Reneau Z, Singh PK, Azari Z, Wright BW, Singhal V. Analysis of nipple-areola complex localization using male cadavers: considerations for gender-affirming surgery. *Aesthetic Surgery Journal Open Forum*. 2021; 3(4): ojab032. doi:<https://doi.org/10.1093/asjof/ojab032>.

Summary

ANTHROPOMETRIC OUTCOMES AFTER MASCULINIZING CHEST SURGERY IN TRANSGENDER MEN: COMPARISON WITH CISGENDER MALE STANDARDS

This study aimed to evaluate changes in chest anthropometric parameters after masculinizing chest surgery and to compare them with the standards of cisgender male individuals in Vietnam. A retrospective cohort study was conducted at two hospitals from 2022 to 2025 on 32 transgender men who underwent mastectomy and nipple-areola reconstruction, compared with a control group of 152 cisgender males. The results showed significant postoperative reductions in inter-nipple distance, sternal notch-nipple distance, and areolar diameter ($p < 0.001$), indicating that the postoperative chest shape closely approached male anthropometric characteristics. However, the postoperative transgender group still had a smaller ratio of inter-nipple distance to chest width and a larger nipple size compared with cisgender males ($p < 0.05$). Masculinizing chest surgery significantly improved chest anthropometry but requires further technical refinement to achieve optimal aesthetic and anatomical harmony with Vietnamese male standards.

Keywords: Transgender men, masculinizing chest surgery, anthropometry, nipple-areola complex, aesthetic outcome.