

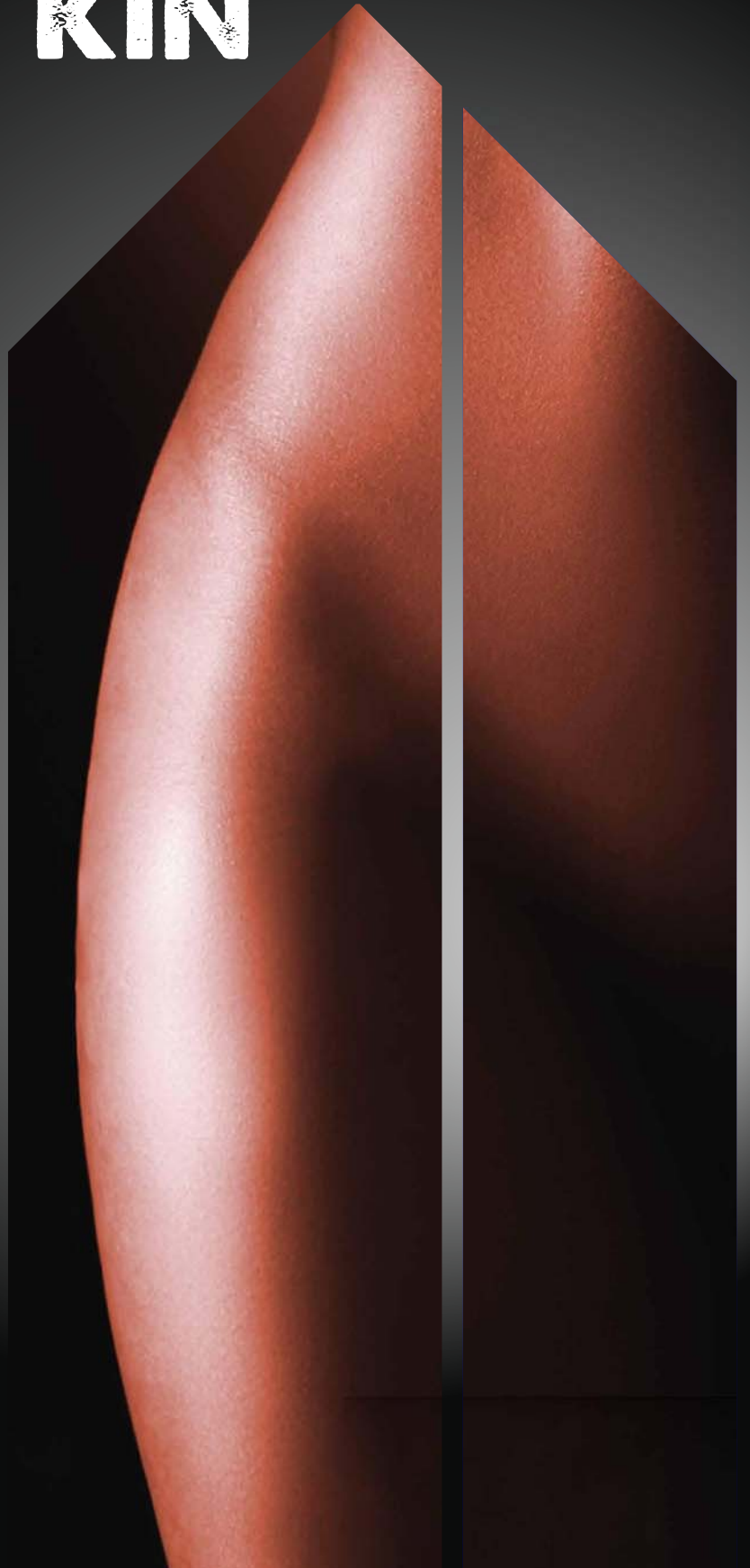
PHẪU THUẬT THẨM MỸ

# VÙNG KÍN

Chỉ định,  
Kỹ thuật thực hiện  
và  
Áp dụng lâm sàng

*Christine Hamori  
Paul Banwell  
Red Alinsod*

[e-bacsy.com](http://e-bacsy.com)



— Phẫu thuật thẩm mỹ vùng Kín

# Phẫu thuật Thẩm mỹ vùng kín

*Chỉ định, Kỹ thuật thực hiện và Áp dụng lâm sàng*

*Edited by*

**Christine A. Hamori, MD, FACS**

Board-Certified Plastic Surgeon  
Founder and Director, Cosmetic Surgery and Skin Spa  
Boston, Massachusetts

**Paul E. Banwell, BSc(Hons), MB BS,  
FRCS(Eng), FRCS(Plast)**

Consultant Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgeon  
The Banwell Clinic  
The McIndoe Centre  
East Grinstead, West Sussex, United Kingdom

**Red Alinsod, MD, FACOG, FACS**

Director, South Coast Urogynecology and  
Alinsod Institute for Aesthetic Vulvovaginal Surgery  
Laguna Beach, California

*With Illustrations by*

Brenda L. Bunch, MAMS  
Amanda Yarberry Behr, MA, CMI  
Craig Durant, Dragonfly Media  
Andrea Hines

Cuốn sách: “ **Phẫu thuật thẩm mỹ Vùng kín** ” được chuyển ngữ từ sách tiếng Anh sang tiếng Việt từ cuốn “**Female Cosmetic Genital Surgery**” của nhóm tác giả “ **Christine Hamori , Paul Banwell , Red Alinsod** ” .

Với mục tiêu giới thiệu những cuốn sách thẩm mỹ nổi tiếng trên thế giới, vừa đảm bảo nội hàm kiến thức chuyên môn cao vừa có giá trị áp dụng trên lâm sàng, chúng tôi đã nỗ lực hết mình trong quá trình tìm kiếm, lựa chọn đầu sách, đồng thời chuyển ngữ bám sát nội dung sách gốc với cách diễn đạt dễ hiểu nhất. Tuy vậy cũng không tránh khỏi sai sót trong quá trình biên soạn. Rất mong nhận được ý kiến đóng góp từ độc giả và quý đồng nghiệp để nhóm tiếp tục hoàn thiện hơn trong những lần sau và trong những tác phẩm sắp tới.

Mọi ý kiến đóng góp xin gửi vào địa chỉ mail: [ducta.bic@gmail.com](mailto:ducta.bic@gmail.com)

Fanpage: <https://www.facebook.com/yhocvn2>

Website : [E-bacsy.com](http://E-bacsy.com) / [Yhoc.pro](http://Yhoc.pro)

Chân thành cảm ơn sự ủng hộ của quý độc giả !

# Mục Lục

## Phần 1

### DẪN NHẬP

1

- *chương 1* Giải phẫu và phân loại vùng kín ở nữ:  
Cơ sở cho chỉ định phẫu thuật.....3
- *chương 2* Những vấn đề tâm lý và xã hội liên quan tới  
phẫu thuật thẩm mỹ vùng kín ..... 22
- *chương 3* Sự đồng thuận và tính pháp lý trong việc  
thực hiện phẫu thuật thẩm mỹ vùng kín..... 28

## Phần 2

# KỸ THUẬT THỰC HIỆN

35

- *chương 4* Giảm môi âm hộ: Kỹ thuật Wedge ..... 37
- *chương 5* Giảm môi âm hộ: Kỹ thuật tạo hình bờ tự do ..... 55
- *chương 6* Giảm môi âm hộ: Tạo hình môi lớn ..... 68
- *chương 7* Kỹ thuật tạo hình mũ âm vật ..... 80
- *chương 8* Kỹ thuật ghép mỡ làm đầy môi lớn ..... 103
- *chương 9* Kỹ thuật tiêm filler làm đầy môi lớn ..... 112
- *chương 10* Biến chứng phẫu thuật thẩm mỹ vùng kín ..... 129
- *chương 11* Tạo hình tầng sinh môn và tạo hình âm đạo ..... 147
- *chương 12* Tạo hình màng trinh ..... 165
- *chương 13* Thủ thuật bổ sung ..... 185

## Phần 3

# THỦ THUẬT NÂNG CAO

197

- *chương 14* Hướng phát triển và những tiến bộ trong tương lai ..... 199
- *chương 15* Kỹ thuật O-Shot ..... 212
- *chương 16* RF qua da có kiểm soát nhiệt trong trẻ hóa âm đạo ..... 220
- *chương 17* Fractional Laser Erbium trong trẻ hóa âm đạo ..... 227

## ▶ *Danh Mục Video*

- 4-1 Minh họa quá trình tạo hình môi âm hộ  
*Christine A. Hamori*
- 4-2 Tạo hình môi âm hộ : Đánh dấu vùng phẫu thuật  
*Christine A. Hamori*
- 4-3 Tạo hình môi bé bằng kỹ thuật wedge mở rộng  
*Christine A. Hamori*
- 4-4 Kỹ thuật wedge : Lựa chọn khâu đóng phía trước  
*Christine A. Hamori*
- 5-1 Tạo hình môi âm hộ kiểu Barbie  
*Red Alinsod*
- 6-1 Tạo hình môi lớn bằng loại bỏ miếng đệm mỡ  
*Red Alinsod*
- 9-1 Làm đầy với filler  
*Nicolas Berreni*
- 11-1 Tạo hình tầng sinh môn  
*Marco A. Pelosi III, Marco A. Pelosi II*
- 11-2 Kết hợp tạo hình môi âm hộ và âm đạo  
*Red Alinsod*
- 12-1 Tạo hình màng trinh  
*Otto J. Placik*
- 13-1 Điện di qua da  
*Red Alinsod*
- 16-1 ThermiVa  
*Red Alinsod*

— Phẫu thuật thẩm mỹ vùng Kín



Phần



# Dẫn Nhập



# **Giải phẫu và phân loại vùng kín ở nữ: Cơ sở cho chỉ định phẫu thuật**

Paul E. Banwell



## Những điểm chính

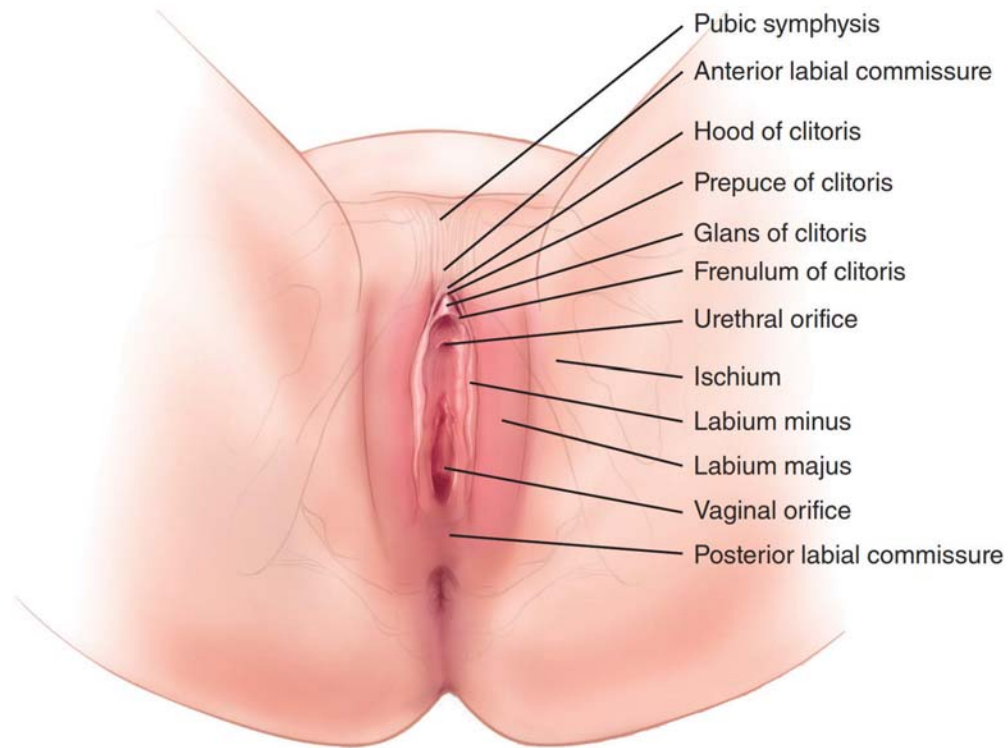
- Năm được giải phẫu cơ quan sinh dục nữ là yếu tố then chốt để có thể lập kế hoạch và thực hiện các phẫu thuật thẩm mỹ ở vùng này.
- Nên thăm khám theo hệ thống từ vùng gò mu, môi lớn, âm vật, cho tới môi nhỏ (phức hợp âm hộ).
- Phức hợp âm hộ tồn tại rất nhiều biến thể giải phẫu lâm sàng.
- Các tác giả Hodgkinson và Hait đã đưa ra tiêu chuẩn về môi nhỏ 'lý tưởng'.
- Song song với tính thẩm mỹ và hài hòa trên khuôn mặt, chúng ta cũng nên bắt đầu quan tâm tới tính cân đối và thẩm mỹ của vùng kín nữ.
- Những khám phá mới về giải phẫu mạch máu ở khu vực này cho chúng ta cơ sở để lựa chọn kỹ thuật sao cho phù hợp.
- Phân loại của Motakef giúp phân nhóm đối tượng dựa trên vị trí tương quan giữa môi bé và môi lớn.
- Phân loại Banwell mô tả các biến thể về hình dạng và giải phẫu đại thể của môi âm hộ, điều chưa từng xuất hiện trong các hệ thống phân loại khác.
- Phức hợp mũ âm vật – môi bé có rất nhiều biến thể giải phẫu lâm sàng và đây là một trong những thử thách không hề nhỏ cho những nhà phẫu thuật.
- Thu thập thông tin đầy đủ về hình dạng và kích thước của môi âm hộ và phức hợp môi âm hộ - mũ âm vật (theo phân loại Motakef và Banwell) là điều quan trọng trước khi tiến hành lập kế hoạch cho phẫu thuật.

Ngày nay, phẫu thuật vùng kín ở nữ ngày một phổ biến do những lợi ích to lớn mà chúng mang lại cho cuộc sống của họ, thì việc liên tục cập nhật kiến thức và trau dồi kỹ năng của các nhà phẫu thuật chúng ta dường như là điều quan trọng bậc nhất. Và với những thay đổi to lớn trong ngành công nghiệp sắc đẹp, chúng ta đã dần chiếm được lòng tin cũng như sự hài lòng từ khách hàng. Với tỷ lệ biến chứng tối thiểu, tính an toàn cao và đặc biệt là xóa đi rào cản tâm lý của người phụ nữ, số lượng người đăng ký thực hiện các thủ thuật này ngày một tăng. Tuy nhiên, cho đến nay, kiến thức về chuyên ngành này còn hạn chế, bao gồm cả các hệ thống phân loại và biến thể giải phẫu, thăm khám hệ thống và đánh giá trước/sau phẫu thuật, cũng như công tác lập kế hoạch phẫu thuật và kết quả điều trị.

Do đó, sự hiểu biết sâu sắc về giải phẫu hiện tại và kiến thức về các biến thể giải phẫu của cơ quan sinh dục nữ có thể giúp bác sĩ phẫu thuật tối ưu hóa cách tiếp cận cũng như chăm sóc bệnh nhân.

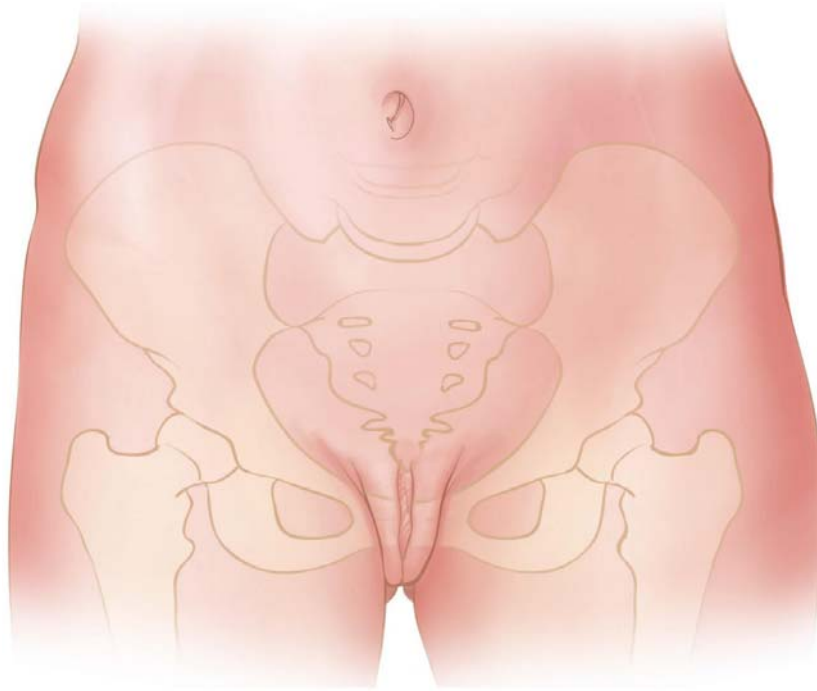
## Giải phẫu ứng dụng

Giải phẫu đầy đủ cơ quan sinh dục ngoài (CQSDN) của nữ được mô tả ở hình dưới (Hình. 1-1). Cụ thể, CQSDN bao gồm gò mu ở phía trên, tiếp đó là âm vật với mũ âm vật trùm bên trên, cuối cùng là môi lớn và môi nhỏ. Các cấu trúc này kết hợp lại tạo thành phức hợp âm hộ. Tuy nhiên, phần lớn các biến thể giải phẫu vẫn chưa được công nhận hoặc mô tả trước đây; do đó, năm được sự tổ chức trong các biến thể này có thể giúp Bs lập kế hoạch chi tiết và chu đáo hơn, cải thiện sự hài lòng của bệnh nhân sau phẫu thuật.



*Hình. 1-1 Giải phẫu đại thể cơ bản của CQSDN.*

- Pubic symphysis: Khớp mu
- Anterior labial commissure: Mép môi trên (trước)
- Hood of clitoris: Mũ âm vật
- Prepuce of clitoris: Bao âm vật
- Glans of clitoris: Quy đầu âm vật
- Frenulum of clitoris: Hãm âm vật
- Urethral orifice: Lỗ niệu đạo
- Ischium: (Xương) ngồi
- Labium minus: Môi bé
- Labium majus: Môi lớn
- Vaginal orifice: Lỗ âm đạo
- Posterior labila commissure: Mép môi dưới (sau)



Hình. 1-2 Tương quan giữa xương/khớp mu và CQSDN của nữ.

## Gò mu

Gò mu là tổ chức mỡ, trên là da, hình tam giác nằm trước xương mu (Hình. 1-2). Mô mỡ này có thể phát triển trong thời kỳ dậy thì hoặc khi tăng cân, nhưng nó cũng ‘giảm’ đi khi giảm cân (lượng lớn) và sau thời kỳ mãn kinh. Về mặt giải phẫu, gò mu được bao phủ bởi lông mu, lượng lông này cũng giảm dần theo tuổi, đặc biệt sau thời kỳ tiền mãn kinh. Độ ‘nhô’ của gò mu thay đổi tùy theo lượng mỡ dưới da và góc tạo bởi hai bên xương mu; và nếu không hài hòa với khu vực xung quanh, chúng ta có thể phẫu thuật để điều chỉnh lại độ ‘nhô’ này tùy theo căn nguyên của nó.

## Môi lớn

Môi lớn (môi ngoài) là hai nếp gấp trên da kéo dài ra sau từ gò mu về phía vùng đáy chậu (Hình. 1-3). Mặt ngoài (bên) được che phủ bởi lông mu còn mặt trong thì không.

Dưới da môi lớn chủ yếu là tổ chức xơ-mỡ, nhưng lượng mô này có thể từ “đầy đặn” hoặc “căng đầy” đến “lỏng lẻo” và “thùng thình” – đúng như cách mà họ mô tả vùng kín khi khai thác bệnh sử (Hình 1-4). Bản chất của hiện tượng này là do nếp da ‘phát triển’ dài ra theo thời gian và kéo theo đó là sự lỏng lẻo tổ chức dưới da.

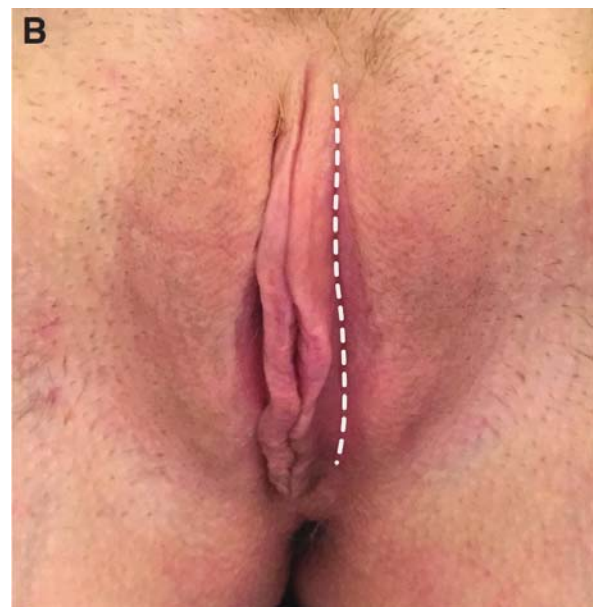
Cấu trúc nằm cạnh môi lớn và gần đường giữa hơn đó là mũ âm vật, âm vật và môi bé. Môi bé được ngăn cách với môi lớn bởi một rãnh sâu; rãnh này chính là vùng phân định giữa khu vực da được che phủ và không phủ bởi lông mu (Hình. 1-5). Đôi khi, vì một lý do nào đó rãnh này dầy lên hoặc tổ chức dưới da lỏng lẻo dần ra, dẫn đến sự liên tục giữa môi lớn và môi bé. Trong những trường hợp như vậy, nếu bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật giảm môi lớn, thì sẹo sau phẫu thuật rất dễ bị lộ hoặc phì đại. Điều này nên được thảo luận với bệnh nhân trước khi phẫu thuật.



Hình. 1-3 Môi lớn ở người trẻ.



Hình. 1-4 Hình ảnh môi lớn 'trống', hoặc được bệnh nhân mô tả là 'rộng thùng thình'. Thực chất là do tồn tại vùng da thừa ở cả môi lớn và môi bé, làm môi bé lộ ra ngoài chiếm mất khoảng không môi lớn (trống/rỗng). Bệnh nhân này nên thực hiện phẫu thuật giảm môi lớn và chỉnh sửa môi bé.

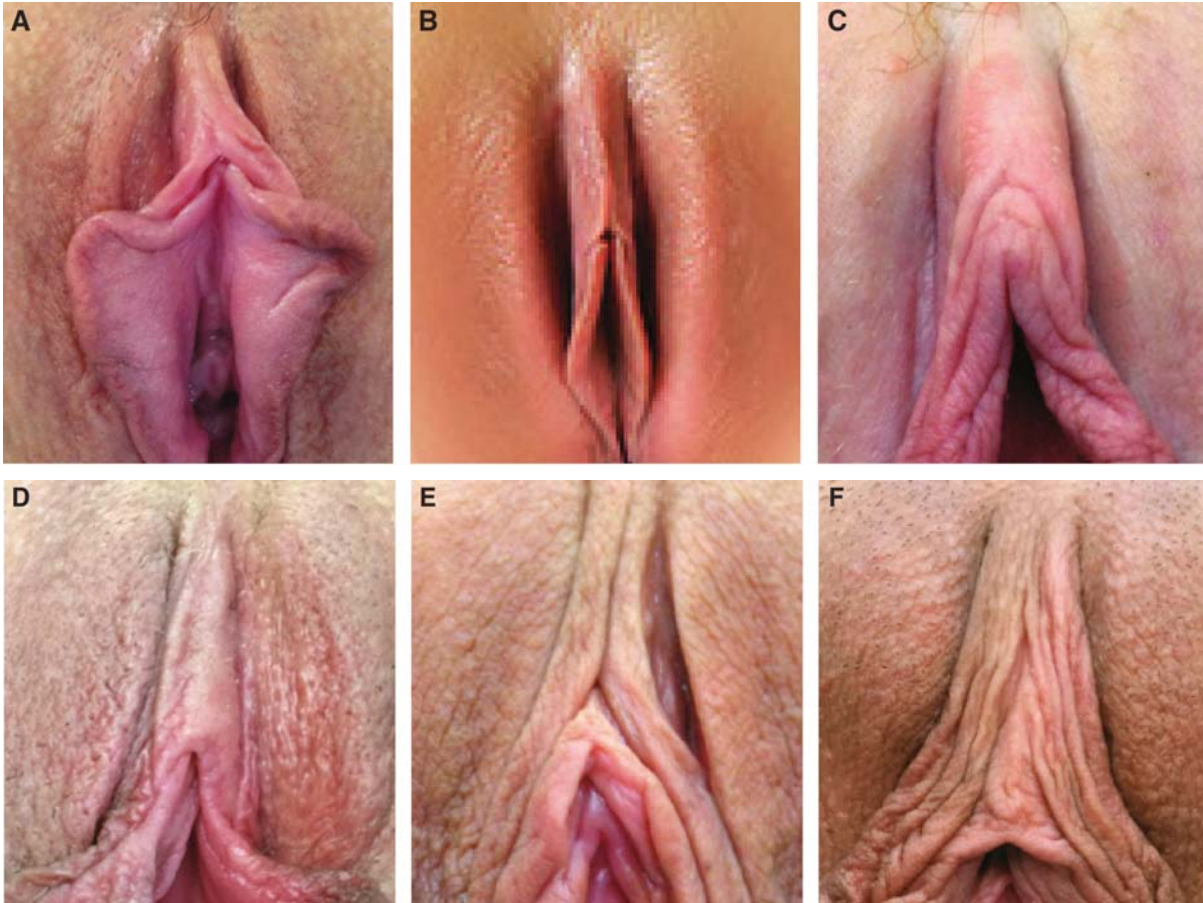


Hình. 1-5 A, Bệnh nhân này được chỉ định phẫu thuật giảm môi lớn và chỉnh hình môi bé. Phần da môi âm hộ tăng sắc tố như này không phải là hiếm. B, Ranh giới phần da được che phủ và không được che phủ bởi lông mu (rãnh giữa môi lớn và bé). Đây cũng là ranh giới cần xác định trước khi thực hiện giảm môi lớn (xem thêm ở chương 6).

## Âm vật

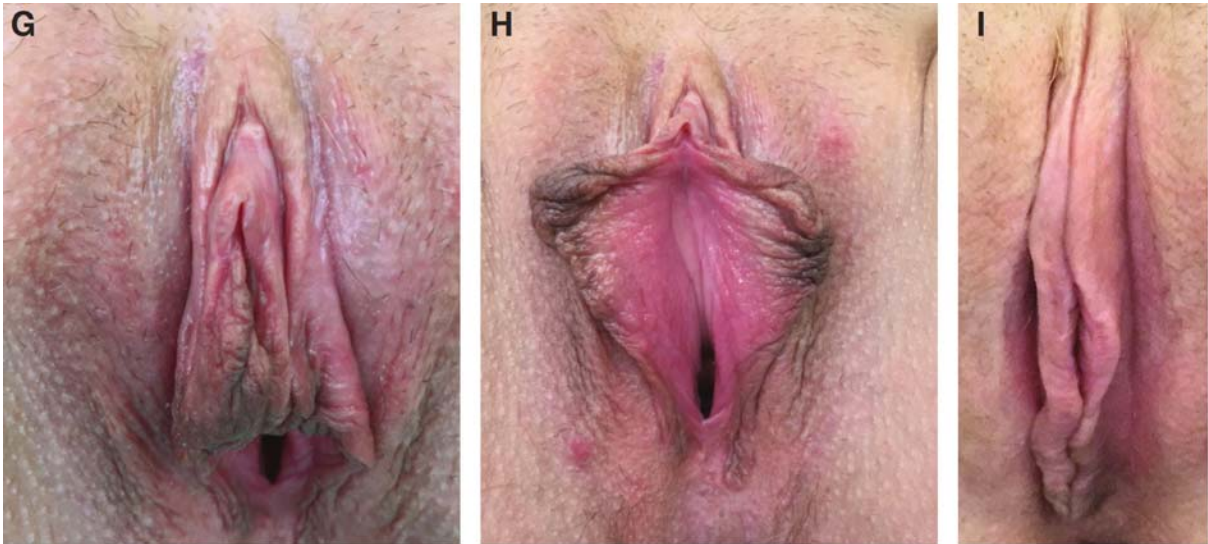
Âm vật (thân âm vật) nằm ngay phía dưới mũ âm vật (quy đầu) chạy xuống dưới chuyển thành hai dải đối xứng nhau, tiếp nối với vòm âm đạo gọi là hãm âm vật (Hình. 1-6). Theo y văn, hãm âm vật thường gắn với mặt ngoài của một phần ba trên của môi bé (Hình. 1-6, A), nhưng vẫn tồn tại rất nhiều biến thể giải phẫu khác, mà không

nhất thiết là bất thường bệnh lý. Bản thân âm vật cũng có kích thước rất đa dạng, nhưng thường thì âm vật lớn sẽ đi cùng với một mũ âm vật lớn tương đương. Một nếp gấp thứ hai của da có thể xuất hiện ở hai bên mũ âm vật, tiếp nối với môi âm bé (Hình. 1-6, G và H) hoặc lớn hẳn và trông như một phần của môi bé (Hình 1-6, I). Cuối cùng, đỉnh của hãm âm vật sẽ tiếp nối với phần đầu của lỗ niệu đạo.

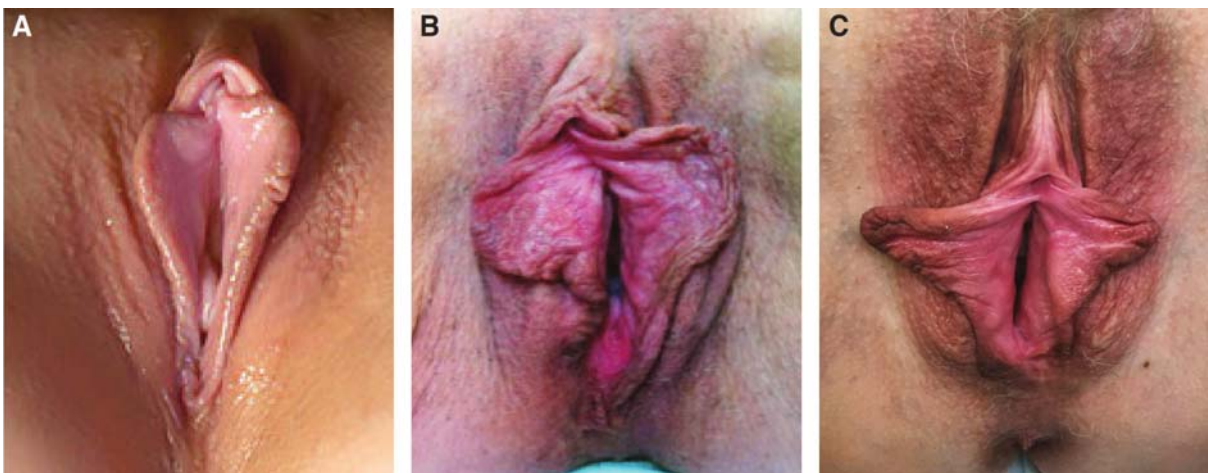


*Hình. 1-6 A, Giải phẫu bình thường của CQSDN (tiêu chuẩn). Có thể thấy mũ âm vật tiếp nối với 1/3 trên của môi nhỏ. Tuy nhiên các biến thể giải phẫu tại vị trí này có liên quan mật thiết tới kết quả lâm sàng, do đó cần được đánh giá thật kỹ trước khi lựa chọn loại phẫu thuật. B, Mũ âm vật nhỏ, liên tục với môi bé âm hộ. C, mũ âm hộ lớn. D, mũ âm hộ nhỏ. Hãm âm vật liên tiếp với môi bé. Tuy nhiên phía ên phải có một nếp gấp nhỏ. E, Hai bên mũ âm vật có nếp gấp kép. Và F, Hai bên mũ âm vật với nhiều nếp gấp.*





*Hình. 1-6, (tiếp) G và H, Nếp gấp (hãm) của âm vật tiếp nối với mặt ngoài môi bé. I, Nếp gấp dày lên và tiếp nối với môi bé. Mũ âm vật và âm vật nằm phía bên trong nếp gấp này.*

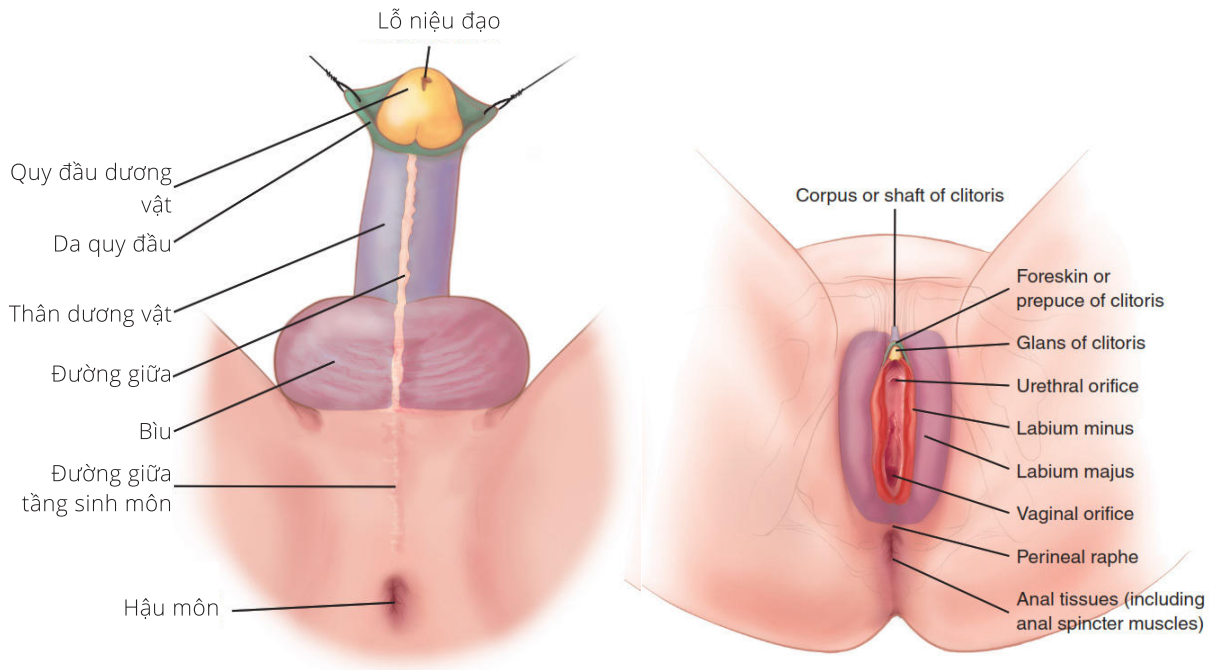


*Hình. 1-7 A, Môi bé bình thường. B, môi bé 'lỏng lẻo' và lộ hẳn ra ngoài môi lớn. C, Hai bên môi bé không cân đối. Bờ ngoài môi bé 'lỏng lẻo' và tăng sắc tố.*

## Môi bé

Môi bé tiếp tục ở phía sau vùng âm vật, di dọc xuống dưới, về phía đáy chậu. Hai bên môi bé kết hợp với nhau để tạo thành một phần của mép môi sau hoặc vẫn tách biệt và tiếp nối vào đáy chậu (Hình 1-7). Môi bé có nhiều biến thể giải phẫu trên

lâm sàng; và thường hai bên môi bé không hoàn toàn cân đối với nhau. Hơn nữa, chất lượng da có thể khác nhau. Một số bệnh nhân có môi bé đầy đặn và căng mịn (xem Hình. 1-7, A), nhưng thường bệnh nhân tới phòng khám khi môi bé đã trong tình trạng rất lỏng lẻo và 'nhăn nheo' (Hình. 1-7, B). Cùng với đó là hiện tượng tăng sắc tố, cũng khá phổ biến.



**Hình. 1-8** Môi lớn cũng tương tự như bìu. Hai bên môi nhỏ hợp lại với nhau để hình thành BPSDN của nam (đường giữa tầng sinh môn). Các ống Wolffian phát triển ở giới nam và ống dẫn Mullerian phát triển ở giới nữ. Sự khác biệt phát triển ở tuổi thai khoảng 9 tuần. Ở nữ, nếp niệu dục hình thành tương ứng với vị trí BPSD nữ. Nếp này phát triển về phía mu hình thành hai lồi môi-bìu ở hai bên, sau này hoàn thiện được gọi là môi lớn. Ngược lại, môi nhỏ phát sinh do sự phát triển tiếp tục của nếp niệu dục nhưng ở phía dưới lồi môi-bìu; phần còn lại của nếp niệu dục hợp lại với nhau thành củ sinh dục (sau này tạo thành âm vật). Phần quy đầu trưởng thành sẽ trở thành quy đầu âm vật. Ở nam giới, phần chậu của ổ nhớp phát triển khá sớm. Lồi môi-bìu hai bên phát triển ra xung quanh và giữa phần chậu và hậu môn để hình thành vùng bìu ở nam. Khi tinh hoàn bắt đầu di chuyển từ ổ bụng xuống bìu, vùng bìu này được phát triển thành túi bìu. Dương vật được phát triển từ củ sinh dục. Giống như ở nữ, màng niệu sinh dục dần thoái triển thành một kênh ở mặt dưới của củ sinh dục; kênh này mở rộng về phía trước để hình thành vành quy đầu. (chú thích xem hình 1.1)

## Phôi thai học

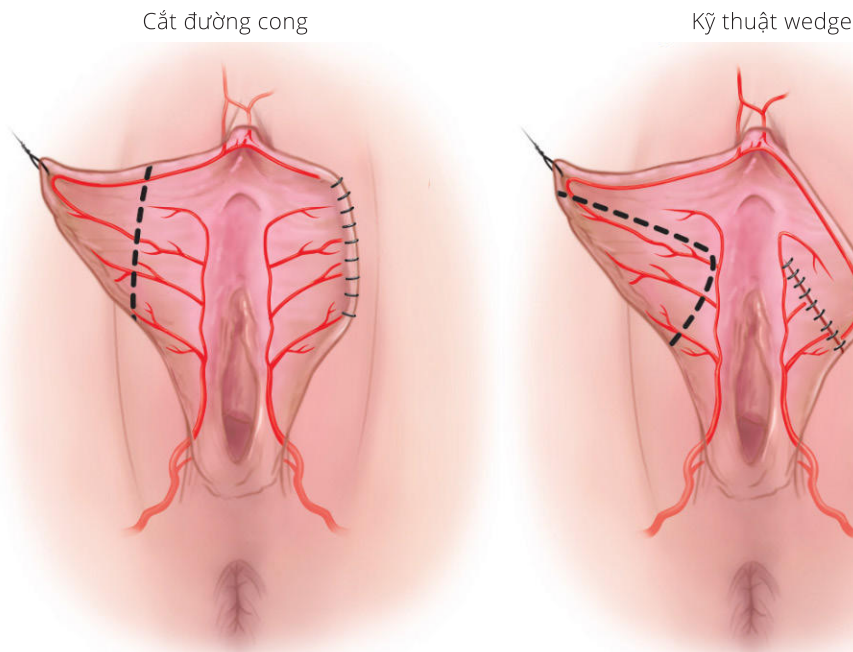
Về mặt phôi thai, môi lớn có nguồn gốc từ sự phình ra của lồi môi – bìu mà ở thai nhi nam, sẽ phát triển thành bìu (Hình 1-8). Ngược lại, môi nhỏ phát triển từ các nếp sinh dục, nếp này ở nam sẽ phát triển thành đường giữa dương vật.

## Động mạch cấp máu

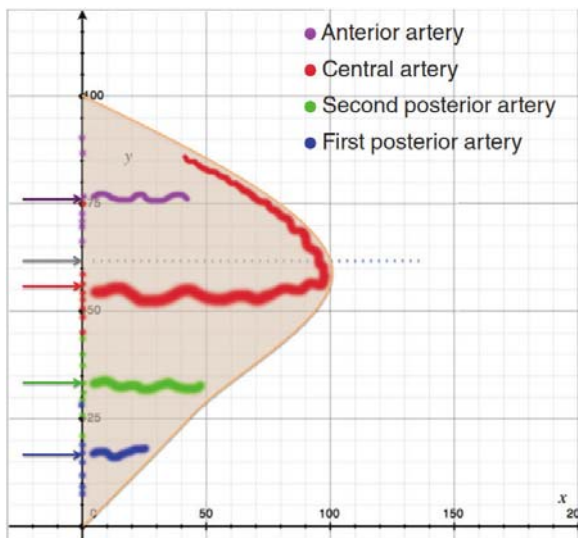
Nguồn cung cấp máu cho môi lớn và môi nhỏ bao gồm động mạch môi sau và động mạch đáy chậu, cả hai đều là nhánh của động mạch thẹn trong. Tương tự, động mạch thẹn trong, đi sâu tới đáy chậu, cũng tạo ra động mạch mu âm vật.

Tuy nhiên, Georgiou và cộng sự đã cung cấp thêm cái nhìn chi tiết về giải phẫu mạch máu của môi nhỏ dựa trên nghiên cứu phân bố mạch máu tử thi gần đây của họ. Từ đó, họ cũng đưa ra những quan điểm mới về kỹ thuật giảm môi bé âm hộ: Họ cho rằng biến chứng chính của những phẫu thuật này là do tình trạng tách vết mổ, và thường là do đường rạch thiếu cấp máu, đặc biệt là trong kỹ thuật tạo vạt (Hình. 1-9). Trong nghiên cứu, họ đã xác định được cấp máu cho môi âm hộ gồm một động mạch trung

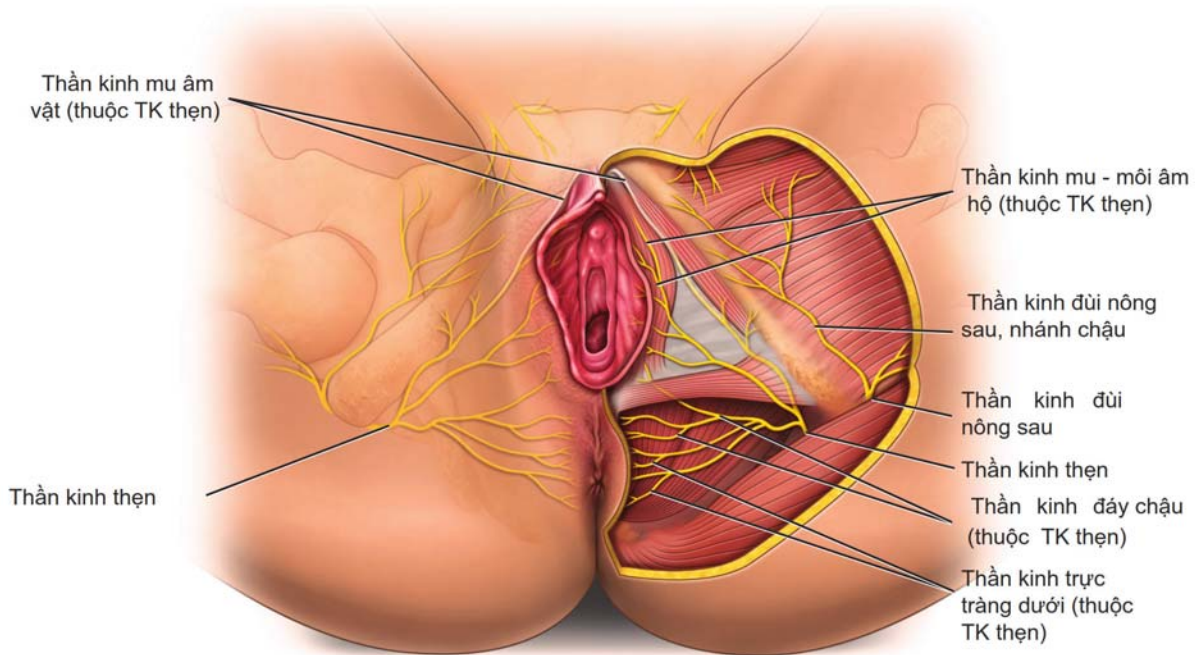
tâm (động mạch C), hai động mạch sau (P1 và P2), và một động mạch nhỏ phía trước (A) (Hình 1-10). Họ xác nhận có mối liên hệ giữa hệ thống phía trước của động mạch thẹn ngoài và hệ thống phía sau của động mạch thẹn trong. Họ kết luận rằng điều này có thể giúp các bác sĩ phẫu thuật định hướng đường rạch trong kỹ thuật wedge (nêm). Nghiên cứu của họ cũng chỉ ra rằng kỹ thuật cắt dọc theo đường cong giải phẫu của môi bé là an toàn nhất, bảo đảm cấp máu tốt nhất cho phần môi còn lại.



Hình. 1-9 Sơ đồ cấp máu vùng môi âm hộ trong hai kỹ thuật wedge và tạo hình đường cong



Hình. 1-10 Sơ đồ động mạch cấp máu cho môi âm hộ.



Hình. 1-11 Thần kinh thẹn và thần kinh mu âm vật.

## Chi phối thần kinh

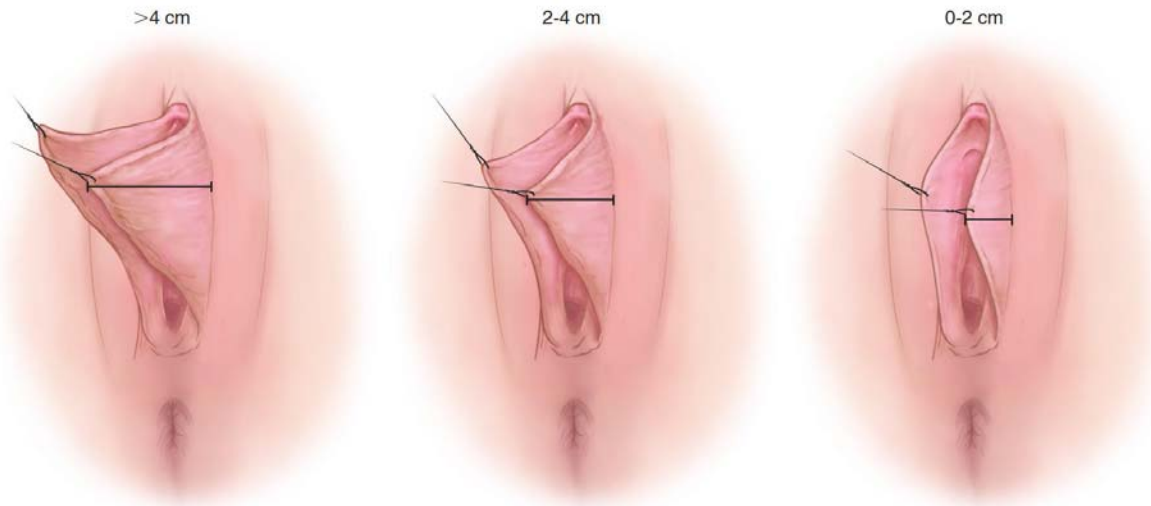
Thần kinh thẹn chi phối toàn bộ BPSDN của nữ (Hình 1-11). TK thẹn sẽ tách thành hai nhánh thần kinh đáy chậu nông và sâu tại vị trí cơ đáy chậu ngang nông. Nhánh nông trở thành dây thần kinh môi âm hộ sau còn nhánh sâu trở thành dây thần kinh mu âm vật.

## Phân loại bộ phận sinh dục ngoài ở nữ giới

Theo Lloyd và cộng sự, kích thước vùng kín của nữ khác biệt đáng kể giữa các quần

thể người. Trong một nghiên cứu cắt ngang, tác giả này đã thu thập nhiều thông số khác nhau, bao gồm chiều dài và chiều rộng, kích thước và màu sắc âm vật, và tình trạng da môi âm hộ. Họ ghi nhận một loạt các giá trị cho mỗi biến số nêu trên và đã đưa ra kết luận rằng không có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê nào giữa các thông số trên với tuổi, lứa tuổi, dân tộc, sử dụng hormone hoặc lịch sử hoạt động tình dục.

Điều này rất quan trọng, vì chúng cho thấy những biến thể giải phẫu cũng rất đa dạng về kích thước. Và mặc dù bệnh nhân tới được chỉ định phẫu thuật, họ cũng nên hiểu rằng CQSDN của họ hoàn toàn bình thường.



**Hình. 1-12** Phân loại Motakef dựa trên tương quan vị trí vùng rìa của môi nhỏ so với môi lớn, được chia thành 3 loại. Loại I (0 đến 2 cm), loại II (2 đến 4 cm) và loại III (trên 4 cm). Tùy thuộc vào mức độ da dư thừa của môi bé mà có phương án điều trị khác nhau. Nếu hai bên không đối xứng, trong phân loại sẽ có thêm chữ "A" và nếu mũ âm vật quá lớn, trong phân loại sẽ được thêm chữ "C".

Một số tác giả đã đề xuất cách phân loại CQSDN dựa trên vị trí môi bé, tuy nhiên giữa các cách phân loại vẫn chưa có sự thống nhất. Motakef và cộng sự gần đây đã thực hiện một nghiên cứu tổng phân hợp từ các nghiên cứu phẫu thuật tạo hình môi âm hộ và cho chúng ta thấy hiện tại vẫn cần có một hệ thống phân loại 'chuẩn' (Hình 1-12). Thông thường, bệnh nhân đến với chúng ta trong tình trạng môi âm hộ 'phì đại' hoặc 'lớn bất thường', nhưng nếu một người tới muốn phẫu thuật thẩm mỹ với một CQSDN hoàn toàn bình thường thì chúng ta sẽ tiếp cận như thế nào? Do đó, việc xây dựng một phân loại 'chuẩn' là tất yếu khách quan.

Một trong những hệ thống phân loại được sử dụng rộng rãi nhất, được mô tả lần đầu tiên bởi Franco vào năm 1993, phân loại 'phì đại' môi thành bốn loại: Loại I, nhỏ hơn 2 cm; Loại II, 2 đến 4 cm; Loại III, 4 đến 6 cm; và Loại IV, trên 6 cm. Các tác giả đã đo khoảng cách (tính bằng cm) từ gốc của môi bé (phần tiếp giáp âm đạo) đến phần rìa môi tương ứng để đưa ra phân loại này. Họ cũng phát hiện ra rằng môi bé khác

n nhau về độ dài, độ dày, độ đối xứng và độ 'nhô' ra ngoài. Trong một nghiên cứu khác, chiều rộng trung bình của môi bé đo được là khoảng 2,5 cm, với dao động từ 0,7 đến 5 cm.

Ngược lại, Chang và cộng sự đã đề xuất một phân loại đơn giản dựa trên kích thước và vị trí môi bé 'nhô' ra ngoài. Cụ thể, lớp 1 là giải phẫu bình thường; môi lớn và môi bé nằm ngang nhau. Ở lớp 2, môi bé 'nhô' ra ngoài so với môi lớn. Trong lớp 3, mũ âm vật lớn, trùm kín môi âm hộ. Ở lớp 4, môi nhỏ kéo dài đến đáy chậu. Tác giả cũng đề xuất từng cách tiếp cận với mỗi phân loại này.

Gần đây hơn, Motakef và cộng sự đã đưa ra phân loại hình thể ngoài CQSDN dựa trên độ 'nhô' ra ngoài của môi bé so với môi lớn (xem Hình. 1-12).

Nhóm của chúng tôi đồng tình với cách tiếp cận này và đã phát triển thêm những khái niệm mới trong 10 năm qua và hình thành một phân loại dựa trên vị trí của phần 'nhô' ra ngoài nhiều nhất của môi bé. Có lẽ

điều quan trọng nhất, Motakef và cộng sự cũng chỉ ra rằng mỗi nhóm trong phân loại sẽ đều có một mô hình điều trị khác nhau - do đó cần phải xem xét một cách tiếp cận phù hợp để giảm thiểu biến chứng và cải thiện kết quả. Khẳng định này được ủng hộ bởi các nghiên cứu giải phẫu mạch máu được mô tả trước đây.

Chúng tôi cũng nhận thấy rằng việc áp dụng phương pháp tiếp cận khách quan và đo lường (và ghi lại) kích thước các chiều của môi âm hộ sẽ giúp Bs và bệnh nhân thống nhất được mục tiêu điều trị. Thay vì sử dụng những từ ngữ mang tính chất định tính hoặc lo ngại về việc điều trị không đạt được mục tiêu, có thể áp dụng một cách tiếp cận khách quan hơn liên quan đến tỷ lệ phần trăm mô sẽ loại bỏ. Do đó, việc thực hiện giảm môi âm hộ dần trở nên đơn giản vì lượng 'dư thừa' sẽ được quy ra % tổ chức và điều này tạo điều kiện thuận lợi cho Bs và bệnh nhân đều hướng tới kết quả mà cả 2 mong đợi. Vì những thông số này dần trở nên quan trọng hơn bao giờ hết, không chỉ từ góc độ pháp lý mà còn hỗ trợ các chiến lược điều trị, chúng tôi khuyến khích tất cả các bác sĩ phẫu thuật ghi lại hình dáng và kích thước của môi âm hộ. Ví dụ, bác sĩ phẫu thuật tái tạo và phẫu thuật thẩm mỹ luôn chú ý đến các số đo và hình dáng ngực khi lập kế hoạch phẫu thuật ngực thẩm mỹ, thì điều này cũng nên được áp dụng tương tự đối với phẫu thuật vùng kín.

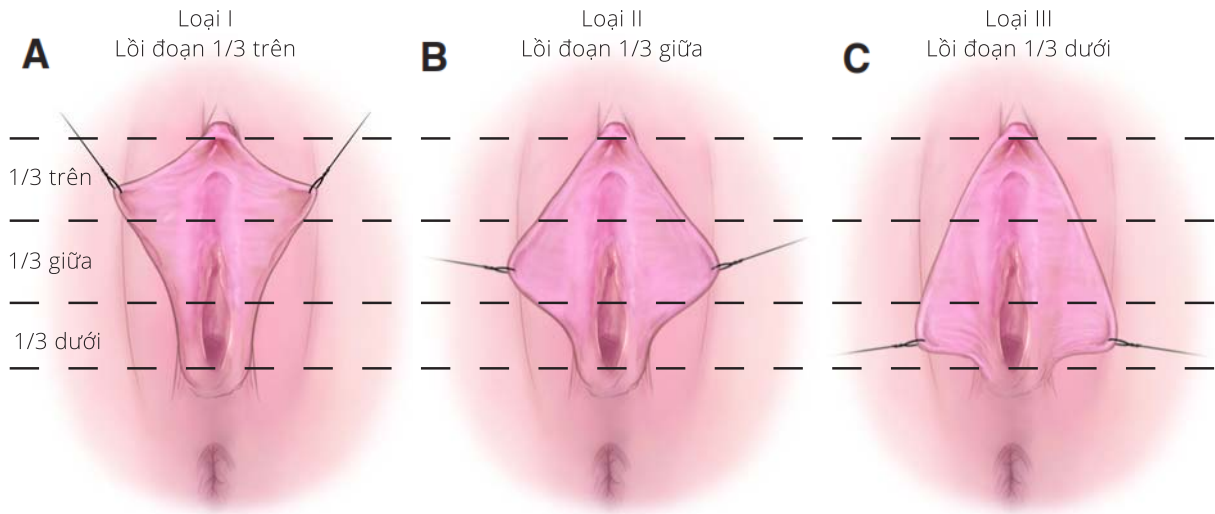
## Phân loại các biến thể giải phẫu trên lâm sàng

Phân loại Banwell đã được phát triển để giúp phân nhóm các biến thể giải phẫu chưa từng được quan sát thấy trước đó, đồng thời đưa ra hướng điều trị phù hợp cho từng phân nhóm. Điều này đã giúp giáo dục bệnh nhân, hỗ trợ lập kế hoạch phẫu thuật và tạo điều kiện cho các Bs tới từ nhiều chuyên ngành khi thảo luận về chiến lược điều trị cụ thể.

Về cơ bản, phân loại này chia CQSDN nữ dựa trên vị trí và tương quan giữa môi bé trong khu vực đáy chậu. Nó cũng tính đến cả tương quan vị trí giữa hãm âm vật, âm vật với môi bé. Chúng tôi nghĩ rằng tất cả các bác sĩ lâm sàng cần phải nắm được các biến thể giải phẫu này và các thông số cơ bản của môi âm hộ để có nhận định khách quan trên lâm sàng.

### Hình thể ngoài của môi bé

Cần lưu ý các biến thể về hình dạng của môi bé (**Hình. 1-13**). Có thể thấy, độ 'nhô' ra nhiều nhất của môi bé có thể nằm ở đoạn 1/3 trên, giữa hoặc dưới. Chúng sẽ được phân loại lần lượt là Loại I, Loại II và Loại III. Cũng nên lưu ý độ 'nhăn nheo' và cân đối hai bên môi bé, trong mối tương quan với sắc tố da để có phương án điều trị thích hợp.



**Hình. 1-13** Phân loại Banwell. A, Loại I: Lòi đoạn 1/3 trên B, Loại II: Lòi đoạn 1/3 giữa. C, Loại III: Lòi đoạn 1/3 dưới. D, Hình thể lâm sàng thường gặp tương ứng đoạn 1/3 trên. E, Loại I: Lòi đoạn 1/3 trên. Phần tăng sắc tố môi bé nên được ghi lại và thông báo cho bệnh nhân, vì nó ảnh hưởng tới kết quả phẫu thuật khi áp dụng kỹ thuật Wedge (xem CHƯƠNG 4: Giảm môi âm hộ: Kỹ thuật Wedge).