

# Đánh giá kết quả sử dụng các vạt da trán có cuống mạch nuôi trong điều trị tổn khuyết phần mềm mũi

## Evaluation of results of using forehead skin flaps with vascular pedicle in the treatment of nasal soft tissue defect

Ngô Thế Mạnh\*, Vũ Ngọc Lâm\*\*,  
Lê Đức Tuấn\*, Lê Thị Thu Hải\*\*

\*Bệnh viện Quân y 103,  
\*\*Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

### Tóm tắt

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả sử dụng các vạt da trán có cuống mạch nuôi trong điều trị tổn khuyết phần mềm mũi. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiến cứu 48 bệnh nhân có tổn thương khuyết mũi do các nguyên nhân khác nhau được phẫu thuật tạo hình sử dụng vạt trán có cuống tại Bệnh viện Quân y 103 và Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ năm 2014 - 2020. **Kết quả:** Vị trí tổn thương hay gặp nhất là cánh mũi chiếm tỷ lệ 38,8% và ít gặp nhất là trụ mũi 13,4%. Khuyết da - tổ chức dưới da chiếm tỷ lệ 4,5%, khuyết toàn bộ các lớp của mũi chiếm tỷ lệ 52,3%. Hầu hết bệnh nhân có kích thước tổn thương lớn  $\geq 2\text{cm}^2$  chiếm tỷ lệ 81,2%. Vạt da sống hoàn toàn gặp ở 89,6%, mức độ che phủ đủ theo đơn vị chiếm tỷ lệ 64,6%. Vết mổ liền kỳ đầu ở 85,4%. Tỷ lệ bệnh nhân không gặp biến chứng chiếm 83,3%. Biến dạng thứ phát ảnh hưởng nặng nề đến chức năng chỉ chiếm tỷ lệ 6,3%. Sau khi cắt chỉ, đa số bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có kết quả tốt, chiếm tỷ lệ 66,7%, kết quả khá chiếm 22,9%, mức độ kém chiếm 6,3%. **Kết luận:** Vạt da trán có cuống là chất liệu tạo hình khuyết phần mềm mũi thích hợp, hiệu quả cao.

**Từ khóa:** Khuyết hồng mũi, vạt da vùng trán.

### Summary

**Objective:** To estimate the results of using forehead skin flaps with vascular pedicle for treatment of the nasal soft tissue defect. **Subject and method:** Retrospective and prospective studies on 48 patients suffered from nasal soft-tissue defects due to different causes who underwent plastic surgery using forehead skin flap at 103 Military Hospital and at 108 Military Central Hospital from 2014 to 2020. **Result:** The most frequent injured location was the ala of nose, accounting for 38.8% and the least common was the columella that found in 13.4% of patients. Cutaneous and subcutaneous defects accounted for 4.5% of all encounters; through and through defects were accounted for 52.3% of enrollment. 89.6% of patients suffered with large trauma area ( $\geq 2\text{cm}^2$ ). Post-surgery, the rate of completely survived skin flaps was 89.6%, adequate coverage in units accounted for 64.6%. The rate of wound healing without further surgery was 85.4% and 83.3% of patient recover without any complication. Secondary deformities that heavily affect function accounted for 6.3%. And after the suture removal, most of patients in the study group had good results, accounting for 66.7%; fair results accounted for 22.9%, and at poor level accounted for 6.3%. **Conclusion:** Forehead skin flap with vascular pedicle is a suitable and highly effective material for nasal defect.

**Keywords:** Nasal defect, forehead skin flap.

Ngày nhận bài: 22/11/2021, ngày chấp nhận đăng: 27/12/2021

Người phản hồi: Ngô Thế Mạnh, Email: ntmanhdoctor@gmail.com - Bệnh viện Quân y 103

## 1. Đặt vấn đề

Mũi nằm ở tầng giữa mặt đóng vai trò quan trọng cả về chức năng cũng như thẩm mỹ [1]. Tổn khuyết phần mềm mũi thường gặp do nhiều nguyên nhân như: Tai nạn giao thông, tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt, sau phẫu thuật cắt bỏ khối u lành tính (u huyết quản, dị dạng mạch máu, u sắc tố...), u ác tính (ung thư tế bào đáy, ung thư tế bào gai, ung thư hắc tố...), di chứng xạ trị hoặc do bẩm sinh.

Có nhiều phương pháp tạo hình khuyết phần mềm mũi như: Khâu đóng trực tiếp, liền thương định hướng, ghép da, ghép phức hợp sụn vành tai, sử dụng các vật tại chỗ, sử dụng các vật lân cận, sử dụng các vật lân cận kết hợp với vật giãn tổ chức và sử dụng các vật từ xa [2]. Tuy nhiên, vật trán với lợi thế vật tại chỗ có diện tích khá rộng, tổ chức màu sắc da giống với da mũi, thuận lợi cho việc chuyển vật. Nên sử dụng vật da vùng trán là một phương pháp được nhiều phẫu thuật viên lựa chọn trong tạo hình tổn khuyết phần mềm mũi. Chúng tôi xin báo cáo kết quả bước đầu ứng dụng vật tổ chức này tại Bệnh viện Quân y 103 và Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

## 2. Đối tượng và phương pháp

### 2.1. Đối tượng

Các bệnh nhân có tổn thương khuyết mũi do các nguyên nhân khác nhau được phẫu thuật tạo hình tại Bệnh viện Quân y 103 và Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ năm 2014 - 2020, chia làm 2 nhóm hồi cứu và tiến cứu:

Nhóm hồi cứu: 9 bệnh nhân có đầy đủ bệnh án lưu trữ.

Nhóm tiến cứu: 39 bệnh nhân có tổn thương khuyết mũi được phẫu thuật tạo hình và đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2.2. Phương pháp

Hồi cứu: Thu thập số liệu hồ sơ bệnh án.

Tiến cứu: Can thiệp lâm sàng không đối chứng.

### 2.3. Quy trình nghiên cứu

Hồi cứu: Các bệnh nhân có đầy đủ bệnh án lưu trữ trong đó thông tin thu thập được theo mẫu nghiên cứu.

Tiến cứu:

Chỉ định: Các bệnh nhân có tổn khuyết phần mềm mũi.

Chống chỉ định:

Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Bệnh nhân có các bệnh lý mạn tính không đủ điều kiện phẫu thuật.

Chuẩn bị: Đánh giá tổn thương về kích thước, đơn vị tổn khuyết.

Quy trình phẫu thuật:

*Chuẩn bị nơi nhận:* Cắt bỏ tổn thương: Tùy mỗi loại tổn thương mà có các phương pháp xử lý khác nhau. Sau khi cắt bỏ tổn thương làm sạch, cầm máu kỹ, đánh mức độ tổn khuyết (kích thước, độ sâu) chuẩn bị tổn khuyết theo tiểu đơn vị thẩm mỹ của mũi.

*Chuẩn bị vật da trán:*

Vật da trán cuống giữa (động mạch trên ròn rọc, trên ổ mắt):

Siêu âm Doppler tìm cuống mạch nuôi dưỡng vật gồm bó mạch trên ổ mắt hoặc bó mạch trên ròn rọc.

Thiết kế vật: Lấy cuống vật theo trục mạch trên ròn rọc hoặc trên ổ mắt một bên. Vật da có thể lấy theo trục thẳng hoặc hơi nghiêng để đảm bảo độ dài của cuống vật.

Bóc vật: Có 2 cách sử dụng vật trán:

Vật trán dạng kính điển: Vật được bóc kèm theo cân Galia và cơ trán để bảo tồn mạch nuôi của vật, khi tới trên khuyết trên ròn rọc 2cm chúng tôi bóc vật tới màng xương để bảo vệ bó mạch thần kinh trên ổ mắt và trên ròn rọc. Cuống vật thường rộng khoảng 1cm.

Vật trán dạng đảo: Cuống vật là tổ chức dưới da, rạch da xung quanh đảo da đã thiết kế, bóc tách tạo đường hầm dưới da từ vị trí đảo da đến tổn khuyết, chú ý bóc tách rộng rãi. Đưa đảo da qua đường hầm đến vị trí tổn khuyết.

Vật da trán cuống bên (động mạch thái dương nông):

Dùng siêu âm Doppler xác định đường đi của động mạch thái dương nông, xác định vị trí phân

chia của nhánh trán và nhánh đỉnh, nhánh trán từ vị trí trước gờ luân, cuống vạt rộng ít nhất 2cm.

Thiết kế vạt phù hợp với kích thước của tổn thương cuống vạt phải dài hơn, điểm xoay xa nhất của cuống tới vị trí xa nhất của tổn khuyết, cuống vạt thường ở vị trí trên gờ luân 2cm.

Bóc vạt theo hình vẽ thiết kế vạt và cuống vạt, bóc dưới cân galia đến sát gốc của cuống vạt bóc sâu hơn đảm bảo nuôi dưỡng của vạt, trường hợp muốn kéo dài cuống vạt cần phải thắt nhánh đỉnh của động mạch thái dương.

#### *Chuyển vạt che phủ tổn khuyết*

Chăm sóc sau phẫu thuật và kiểm tra kết quả phẫu thuật lúc bệnh nhân cắt chỉ ra viện.

#### **2.4. Đánh giá kết quả**

Dựa trên thang điểm SCAR [3] Ahmed Ali (2021) để đánh giá tình trạng sẹo và vạt, chúng tôi xây dựng bảng tính điểm đánh giá tình trạng vạt dựa trên các tiêu chí:

##### *Mức độ sống của vạt*

Vạt sống hoàn toàn: 3 điểm.

Hoại tử dưới 1/3 vạt: 2 điểm.

Hoại tử 1/3 đến 2/3 vạt: 1 điểm.

Hoại tử trên 2/3 vạt: 0 điểm.

##### *Mức độ che phủ của vạt*

Che phủ đủ và tạo hình được các tiểu đơn vị: 3 điểm:

Che phủ đủ nhưng không theo tiểu đơn vị: 2 điểm.

Che phủ thiếu gây biến dạng hình thể mũi: 1 điểm.

Không che phủ được phải dùng giải pháp khác: 0 điểm.

##### *Biến chứng*

Không biến chứng: 3 điểm.

Biến chứng xử trí kịp thời không ảnh hưởng kết quả điều trị: 2 điểm.

Biến chứng ảnh hưởng đến thẩm mỹ: 1 điểm.

Biến chứng ảnh hưởng cả chức năng và thẩm mỹ: 0 điểm.

##### *Liên vết mổ*

Liên kỳ đầu: 3 điểm.

Liên chậm không ảnh hưởng đến kết quả: 2 điểm.

Liên chậm ảnh hưởng đến thẩm mỹ: 1 điểm.

Không liền, phải dùng giải pháp khác: 0 điểm.

##### *Biến dạng mũi*

Không gây biến dạng thứ phát cơ quan lân cận: 3 điểm.

Có biến dạng thứ phát nhưng bệnh nhân chấp nhận được: 2 điểm.

Có biến dạng ảnh hưởng đến chức năng tạm thời: 1 điểm.

Có biến dạng thứ phát ảnh hưởng nặng nề chức năng: 0 điểm.

#### **Đánh giá kết quả gần:**

Tốt	13 - 15
Khá	10 - 12
Trung bình	7 - 9
Kém	0 - 6

#### **2.5. Phân tích và xử lý số liệu**

Số liệu sau khi thu thập sẽ được làm sạch và nhập vào máy tính bằng phần mềm Epidata 3.1. Các phân tích sẽ được thực hiện bằng phần mềm SPSS 20.0.

### **3. Kết quả**

Qua nghiên cứu 48 BN phẫu thuật điều trị khuyết hồng mũi bằng các vạt da vùng trán có cuống mạch nuôi, tuổi trung bình của nhóm NC là  $54,00 \pm 23,7$  (tuổi), tỷ lệ nam/ nữ là 1,18/1.

#### **3.1. Đặc điểm chung nhóm bệnh nhân nghiên cứu**

##### *Theo chiều dày tổn thương*

**Bảng 1. Phân loại theo chiều dày tổn thương (n = 48)**

Chiều dày tổn thương	n	Tỷ lệ %
Khuyết da và tổ chức dưới da	3	6,3
Khuyết tổ chức cơ, sụn	20	41,7
Khuyết toàn bộ các lớp	25	52,1

<b>Tổng</b>	<b>48</b>	<b>100</b>
-------------	-----------	------------

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu, hầu hết các BN đều có tổn thương khuyết tổ chức cơ sụn, chỉ có 3/48 BN có khuyết da- tổ chức dưới da, chiếm tỷ lệ 6,3%. Nhóm BN có tổn thương khuyết toàn bộ các lớp chiếm tỷ lệ lớn nhất, với 25/48 BN, chiếm tỷ lệ 52,1%.

*Theo vị trí tổn thương*

**Bảng 2. Vị trí tổn thương (n = 48)**

Vị trí	Số TH (n)	Tỷ lệ %
Đầu mũi	16	23,9
Cánh mũi	26	38,8
Sống mũi	16	23,9
Trụ mũi	9	13,4
<b>Tổng</b>	<b>67</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Có 67 đơn vị tổn thương trên 48 bệnh nhân, vị trí tổn thương hay gặp nhất là cánh mũi, với 26/67 BN chiếm tỷ lệ 38,8%. Vị trí ít gặp nhất là trụ mũi, với 9/48 BN chiếm tỷ lệ 13,4%.

**Kích thước tổn thương**

**Bảng 3. Phân loại theo kích thước tổn thương (n = 48)**

Kích thước tổn thương	n	Tỷ lệ %
Dưới 2cm <sup>2</sup>	9	18,8
2 - 4cm <sup>2</sup>	19	39,6
≥ 4cm <sup>2</sup>	20	41,6
<b>Tổng</b>	<b>48</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Trong nhóm NC, BN có kích thước tổn thương < 2cm<sup>2</sup>, với 9/48 BN chiếm tỷ lệ 18,8%, tổn thương ≥ 4cm<sup>2</sup> chiếm tỷ lệ cao nhất 20/48 bệnh nhân.

**3.2. Kết quả phẫu thuật**

**Bảng 4. Kết quả (n = 48)**

Kết quả		n	Tỷ lệ %
Mức độ sống của vạt	Vạt sống hoàn toàn	43	89,6
	Hoại tử dưới 1/3 vạt	2	4,2
	Hoại tử 1/3 đến 2/3 vạt	0	0
	Hoại tử trên 2/3 vạt	3	6,3
Mức độ che phủ của vạt	Che phủ đủ và theo đơn vị	31	64,6
	Che phủ đủ nhưng không theo tiểu đơn vị	14	29,2
	Che phủ thiếu gây biến dạng hình thể mũi	0	0
	Không che phủ được phải dùng giải pháp khác	3	6,3
Biến chứng	Không biến chứng	40	83,3
	Biến chứng nhưng xử trí kịp thời không ảnh hưởng đến kết quả điều trị	4	6,3
	Biến chứng ảnh hưởng đến thẩm mỹ	5	10,4
	Biến chứng ảnh hưởng đến cả chức năng và thẩm mỹ	0	0
Liên vết mổ	Liên kỳ đầu	41	85,4
	Liên chậm không ảnh hưởng đến kết quả	2	4,2
	Liên chậm ảnh hưởng đến thẩm mỹ	2	4,2
	Không liền, phải dùng giải pháp khác	3	6,3
Biến dạng thứ phát	Không gây biến dạng thứ phát	24	50,0
	Có biến dạng thứ phát nhưng bệnh nhân chấp nhận được	12	25,0

Có biến dạng thứ phát ảnh hưởng đến chức năng tạm thời	9	18,8
Có biến dạng thứ phát ảnh hưởng nặng nề đến chức năng	3	6,3

*Nhận xét:* Vạt da sống hoàn toàn gặp ở 89,6%, mức độ che phủ đủ và theo đơn vị chiếm tỷ lệ 64,6%. BN không biến chứng gặp với tỷ lệ 83,3%. Vết mổ liền kỳ đầu ở 85,4%. 50% bệnh nhân không gặp biến dạng sau phẫu thuật.

**Bảng 5. Đánh giá kết quả chung (n = 48)**

Kết quả	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Tốt	32	66,7
Khá	11	22,9
Trung bình	2	4,2
Kém	3	6,3
<b>Tổng</b>	<b>48</b>	<b>100</b>

*Nhận xét:* Đa số BN trong nhóm NC có kết quả tốt, chiếm tỷ lệ 66,7%, khá chiếm 22,9%. Tỷ lệ BN có kết quả ở mức độ trung bình chiếm 4,2% và kém chiếm 6,3%.

## 4. Bàn luận

### 4.1. Đặc điểm chung

#### *Vị trí tổn thương và độ sâu tổn thương*

Có 67 đơn vị tổn thương trên 48 bệnh nhân, vị trí tổn thương hay gặp nhất là cánh mũi, với 26/67 đơn vị chiếm tỷ lệ 38,8%. Vị trí ít gặp nhất là trụ mũi, với 9/67 TH chiếm tỷ lệ 13,4%.

Trong nghiên cứu, chỉ có 3/67 TH có khuyết da và tổ chức dưới da, chiếm tỷ lệ 4,5%. Nhóm BN có tổn thương khuyết toàn bộ các lớp chiếm tỷ lệ lớn nhất, với 34/67 TH, chiếm tỷ lệ 52,3%. Bhatt (2006) tại Ấn Độ nghiên cứu tái cấu trúc khuyết phần mềm đầu mũi và cánh mũi của 44 trường hợp, khuyết toàn bộ các lớp tổ chức chiếm 45,45% [4]. Đặc biệt chúng tôi không gặp bất kỳ trường hợp nào chỉ có tổn thương đơn thuần của niêm mạc mũi, không có trường hợp nào tổn thương tiên phát xuất phát từ niêm mạc mà tất cả các trường hợp tổn thương niêm mạc đều do khối u phát triển lan rộng và phá huỷ từ da vào niêm mạc.

#### *Kích thước tổn thương*

Trong nhóm nghiên cứu, hầu hết BN có kích thước tổn thương lớn  $\geq 2\text{cm}^2$ , với 39/48 BN chiếm tỷ lệ 81,2%. Kết quả này cao hơn kết quả nghiên cứu của Bùi Văn Cường (2015), tỷ lệ kích thước tổn thương trên  $2\text{cm}^2$  chiếm 65,06% [5]. Điều này giải thích do nguyên nhân chủ yếu gây tổn khuyết mũi trong nghiên cứu của chúng tôi là sau phẫu thuật u ác tính.

### 4.2. Kết quả phẫu thuật

Đa số BN trong nhóm nghiên cứu có kết quả tốt, chiếm tỷ lệ 66,7%, khá chiếm 22,9%. Tỷ lệ BN có kết quả ở mức độ trung bình chiếm 4,2% và kém chiếm 6,3%. Theo Bùi Văn Cường (2015), tỷ lệ BN có kết quả tốt là 95,18%, tương đương với kết quả tốt và khá của chúng tôi do tác giả này phân làm 3 mức độ kết quả gần tốt, khá và kém [5]. Mức độ sống của vạt trong nghiên cứu của chúng tôi là 89,6%. Theo Phạm Thị Việt Dung (2017), 12/13 vạt sống hoàn toàn chiếm tỷ lệ 92,3%. Kết quả này tương đương với kết quả nghiên cứu của chúng tôi [6]. Theo Bùi Văn Cường (2015), tỷ lệ này là 96,39% [5]. Có 3/48 BN bị hoại tử toàn bộ vạt. Chúng tôi đã phân tích kỹ những trường hợp thất bại để rút kinh nghiệm:

Một bệnh nhân sử dụng vạt đảo tạo hình tổn khuyết cánh mũi (BN Nguyễn Thị H. 1988, tổn khuyết cánh mũi bên P) sử dụng vạt da trán dạng đảo. Sau mổ 24 giờ vạt có hiện tượng thiếu dưỡng, ứ tĩnh mạch. Vì vậy, chúng tôi cũng đưa ra khuyến cáo đối với vạt đảo nên bóc tách đường hầm thật rộng rãi tránh chèn ép cuống vạt và nên chỉ định cho các trường hợp tổn khuyết phần trên mũi.

Một trường hợp bệnh nhân tổn khuyết trụ mũi do bệnh lý u hạt ác tính (Lethal midline granuloma), trước mổ có sinh thiết chẩn đoán nghi ngờ ung thư biểu mô, khi phẫu thuật có làm sinh thiết tức thì xác định đã không còn tế bào ác tính trên các mảnh cắt rìa tổn thương đại diện. Sau mổ xét nghiệm giải phẫu bệnh kết hợp hoá mô miễn dịch mới xác chẩn là bệnh lý u hạt ác tính. Sau một thời gian tổn thương tái phát và xâm lấn tổ chức vạt gây hoại tử vạt. Đây là trường hợp thực sự khó về mặt chẩn đoán và tiên lượng, theo y văn thì loại bệnh lý này

hiếm gặp và tỉ lệ tử vong rất cao, bệnh tiến triển nhanh, không kiểm soát được ở những người trẻ.

Trường hợp còn lại sử dụng vạt trán với cuống mạch TDN, sau mổ ứ máu tĩnh mạch gây thiếu dưỡng và hoại tử vạt, chúng tôi phải mổ lại và tạo hình bằng phương pháp khác. Ở bệnh nhân này do không muốn có sẹo trực tiếp tại vùng giữa trán nên chúng tôi thiết kế vạt cuống nuôi nhánh trán động mạch thái dương nông. Tuy nhiên do bệnh nhân trẻ, da vùng trán - thái dương khá căng nên cuống vạt chúng tôi lấy chiều rộng nhỏ hơn 2cm để thuận lợi cho đóng trực tiếp mà ít bị co kéo biến dạng lông mày. Do vậy vạt bị ứ máu tĩnh mạch gây thiếu dưỡng và hoại tử. Biến chứng thường gặp nhất của phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi là ứ máu tĩnh mạch với 8 trường hợp chiếm 16,7% và tụ máu dưới vạt da chiếm 2,1%.

## 5. Kết luận

Qua đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật 48 BN khuyết hồng mũi bằng vạt da vùng trán, chúng tôi nhận thấy:

Vị trí tổn thương hay gặp nhất là cánh mũi chiếm tỷ lệ 38,8% và ít gặp nhất là trụ mũi 13,4%. Chỉ có 3 trường hợp khuyết da đơn thuần chiếm tỷ lệ 4,5%, khuyết toàn bộ các lớp tổ chức chiếm tỷ lệ 52,3%, không có trường hợp nào tổn thương tiên phát từ niêm mạc mũi. Hầu hết BN có kích thước tổn thương lớn  $\geq 2\text{cm}^2$  chiếm tỷ lệ 81,2%.

Vạt da trán là chất liệu thích hợp: Sử dụng vạt tại chỗ, dễ dịch chuyển, độ dày phù hợp với da mũi.

Kết quả chức năng, thẩm mỹ của nơi cho và nhận đều tốt. Vạt có cuống mạch nuôi hàng định.

Vạt da sống hoàn toàn gặp ở 89,6%, mức độ che phủ đủ theo đơn vị chiếm tỷ lệ 64,6%. Vết mổ liền kỳ đầu ở 85,4%. Tỷ lệ BN không gặp biến chứng chiếm 83,3%. Biến dạng thứ phát ảnh hưởng nặng nề đến chức năng chỉ chiếm tỷ lệ 6,3%. Sau khi cắt chỉ, đa số BN trong nhóm NC có kết quả tốt, chiếm tỷ lệ 66,7%, kết quả khá chiếm 22,9%, mức độ kém chiếm 6,3%.

## Tài liệu tham khảo

1. Mang WL (2011) *Manual of aesthetic surgery*. Springer Science & Business Media.
2. Sangavi BA (2012) *Congenital alar defect, reconstruction with auricular composite graft*. Am J Med Sci 5: 205-208.
3. Ahmed Ali (2021) *Aesthetic unit-based reconstruction of facial defects with local flaps after surgical excision of basal cell carcinoma*. The Egyptian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery 45: 121-131.
4. Bhatt Y, Vyas K, Nakade D et al (2006) *Reconstruction of nasal defects our three years experience*. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg 58(1): 51-56.
5. Bùi Văn Cường (2015) *Đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình tổn thương khuyết đầu mũi, cánh mũi*. Đại học Y Hà Nội.
6. Phạm Thị Việt Dung (2017) *Nghiên cứu giải phẫu và ứng dụng hệ mạch thái dương nông trong phẫu thuật tạo hình*. Đại học Y Hà Nội.