



ISSN: 1859-1779

Nghiên cứu Y học

Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh; 28(12):93-98

<https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2025.12.12>



Đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình khuyết hồng mô mềm vùng đầu bằng vạt da cân tại chỗ tại chỗ tại bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Vũ Hữu Thịnh^{1*}, Đường Hùng Mạnh¹, Nguyễn Thái Thuỳ Dương¹, Trương Thị Tú Anh¹,
Nguyễn Thành Phát¹

¹Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Vạt da cân tại chỗ da đầu là một loại vạt da cân tại chỗ bên cạnh thương tổn khuyết da bao gồm lớp da, mô dưới da và cân galea aponeurotica, được nuôi dưỡng bởi hệ thống mạch máu phong phú của da đầu, là lựa chọn tối ưu chỉ định cho tái tạo khuyết hồng mô tại chỗ vùng đầu nhờ đặc tính da dày, giàu mạch máu, tương xứng với mô xung quanh.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình khuyết da đầu bằng vạt da cân tại chỗ tại cơ sở của chúng tôi.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu và một phần tiền cứu mô tả lâm sàng cắt ngang không có nhóm chứng trên 8 bệnh nhân khuyết da đầu lớn được phẫu thuật tạo hình bằng vạt da cân tại chỗ. Các biến số thu thập: tuổi, giới, nguyên nhân khuyết, kích thước, diện tích khuyết, đặc điểm vạt, biến chứng, kết quả che phủ, thẩm mỹ và mọc tóc.

Kết quả: Tuổi trung bình 56,6 (dao động 27–73). Nam 4, nữ 4. Diện tích khuyết trung bình 51,8 cm² (16 – 132,6 cm²). Tỷ lệ sống vạt hoàn toàn đạt 100%. Không ghi nhận nhiễm trùng. Sau ≥ 6 tháng, đa số có kết quả thẩm mỹ và mọc tóc tốt.

Kết luận: Vạt da cân tại chỗ da đầu là phương pháp an toàn, hiệu quả, cho kết quả che phủ và thẩm mỹ tốt trong điều trị khuyết da đầu lớn.

Từ khóa: vạt da cân tại chỗ da đầu; khuyết da đầu; tạo hình da đầu

Abstract

OUTCOMES OF LOCAL FASCIOCUTANEOUS FLAP RECONSTRUCTION FOR SCALP SOFT-TISSUE DEFECTS AT THE UNIVERSITY MEDICAL CENTER HO CHI MINH CITY

Vu Huu Thinh, Duong Hung Manh, Nguyen Thai Thuy Duong, Truong Thi Tu Anh,
Nguyen Thanh Phat

Ngày nhận bài: 12-10-2025 / Ngày chấp nhận đăng bài: 26-11-2025 / Ngày đăng bài: 01-12-2025

*Tác giả liên hệ: Vũ Hữu Thịnh. Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam. E-mail: Thinh.vh@umc.edu.vn

© 2025 Bản quyền thuộc về Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh.

Background: Large scalp defects following tumor resection, trauma, or neurosurgical procedures remain a significant reconstructive challenge. The scalp fasciocutaneous flap offers an optimal solution because of the thickness, robust vascularity, and the ability to preserve hair-bearing tissue.

Objectives: To describe the surgical outcomes of scalp defect reconstruction using local fasciocutaneous flaps at our institution.

Methods: We conducted a case series of 8 patients with large scalp defects who underwent reconstruction with local fasciocutaneous flaps. Clinical characteristics included age, sex, etiology of the defect, size and area of the defect, flap design, postoperative complications, flap survival, cosmetic results, and hair regrowth.

Results: The mean age of patients was 56.6 years (range 27–73), with an equal distribution of 4 males and 4 females. The average defect size was 51.8 cm² (range 16–132.6 cm²). All flaps survived completely, with no cases of infection. At ≥ 6 months follow-up, most patients achieved satisfactory cosmetic outcomes with restoration of hair growth.

Conclusions: Local fasciocutaneous flaps are a safe and reliable option for the reconstruction of large scalp defects, providing durable coverage with favorable cosmetic and functional results.

Keywords: scalp fasciocutaneous flap; scalp defect; scalp reconstruction

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vạt da cân tại chỗ (fasciocutaneous flap) là một vạt tại chỗ gồm lớp da, mô dưới da và lớp cân galea aponeurotica được nuôi dưỡng bởi hệ thống mạch máu phong phú của da đầu. Vạt được xoay, đẩy hoặc chuyển tại chỗ để che phủ khuyết hổng mô mềm liền kề.

Vạt da cân tại chỗ tại chỗ có những ưu điểm như an toàn, dễ thực hiện, máu nuôi phong phú, tương hợp mô cao, thời gian phẫu thuật ngắn, tỷ lệ vạt sống cao. Tuy nhiên cũng có các nhược điểm như giới hạn kích thước che phủ, nguy cơ hoại tử đầu xa vạt, cần ghép da bổ sung nếu kích thước lớn. Vì vậy, vạt da cân tại chỗ thường được chỉ định trong các trường hợp khuyết da đầu kích thước vừa hoặc lớn ăn sâu đến cân galea hoặc xương sọ nhưng còn bảo tồn được nền nuôi mạch tại chỗ do cắt bỏ u (ung thư biểu mô tế bào đáy, tế bào gai...) hoặc do chấn thương, tai nạn, phẫu thuật thần kinh, phẫu thuật ung thư.

Chống chỉ định: mạch máu nuôi vùng da kế cận bị tổn thương nặng (xạ trị, sẹo xơ, nhiễm trùng lan tỏa), bệnh lý toàn thân nặng cản trở lành vết thương: tiểu đường mất kiểm soát, suy dinh dưỡng, bệnh mạch máu ngoại biên, tổn thương quá rộng vượt khả năng che phủ bằng vạt da cân tại chỗ.

Tại Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu hệ thống về kết quả điều trị khuyết da đầu bằng vạt da cân tại chỗ tại chỗ, trong khi phương pháp này có thể thay thế ghép da hoặc vạt tự do ở nhiều trường hợp. Tỷ lệ khuyết da đầu ngày càng gặp nhiều do gia

tăng phẫu thuật thần kinh, ung thư da và chấn thương. Vì vậy cần đánh giá hiệu quả, biến chứng, tính thẩm mỹ của kỹ thuật này để chuẩn hóa chỉ định và quy trình tại các bệnh viện da liễu, tạo hình. Đóng góp vào hướng dẫn điều trị chuẩn hóa cho tái tạo da đầu, đặc biệt trong bối cảnh nguồn lực giới hạn tại Việt Nam.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân (BN) có khuyết hổng mô mềm vùng da đầu được phẫu thuật tạo hình bằng vạt da cân tại chỗ tại chỗ tại khoa Tạo hình Thẩm mỹ, bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh (TP.HCM), trong giai đoạn từ tháng 01/2013 đến tháng 10/2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn

Bệnh nhân có khuyết hổng mô mềm vùng da đầu do u, chấn thương, hoặc sau phẫu thuật thần kinh.

Được điều trị bằng phẫu thuật tạo hình vạt da cân tại chỗ tại chỗ (vạt xoay, vạt đẩy, hoặc vạt xoay–đẩy).

Hồ sơ bệnh án hoặc quá trình theo dõi đầy đủ dữ liệu lâm sàng, hình ảnh, và tái khám ≥ 3 tháng.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân mất dấu theo dõi hoặc thiếu dữ liệu về kết quả sau mổ.

Bệnh nhân có tổn thương phổi hợp nặng hoặc đã tái tạo bằng vật tự do, ghép da đơn thuần, hoặc giãn da.

Trường hợp có nhiễm trùng lan tỏa hoặc nền xạ trị nặng làm mất khả năng nuôi dưỡng vật da cân tại chỗ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu và một phần tiến cứu mô tả lâm sàng cắt ngang không có nhóm chứng.

2.2.2. Cỡ mẫu

Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, bao gồm toàn bộ người bệnh thỏa tiêu chuẩn chọn vào và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu.

Tổng cỡ mẫu thu được là $n = 8$.

2.2.3. Phương pháp nghiên cứu

Tất cả các trường hợp được ghi nhận qua hồ sơ bệnh án (nhóm hồi cứu) hoặc theo dõi trong thời gian nghiên cứu (nhóm tiến cứu).

Giai đoạn hồi cứu: từ tháng 01/2013 đến tháng 12/2023, thu thập dữ liệu từ hồ sơ lưu trữ của bệnh viện.

Giai đoạn tiến cứu: từ tháng 01/2024 đến tháng 10/2025, theo dõi trực tiếp bệnh nhân mới được phẫu thuật).

2.2.4. Biến số nghiên cứu

Liên quan đến chỉ định và kỹ thuật: vị trí khuyết, kích thước tổn thương, độ sâu tổn thương, loại vật, khả năng di chuyển và che phủ vật.

Liên quan đến kết quả điều trị: tỷ lệ sống vật, biến chứng (hoại tử, nhiễm trùng, phải mổ lại), mức độ che phủ hoàn toàn, kết quả thẩm mỹ và mọc tóc sau 3–6 tháng.

Liên quan tới đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới, tình trạng nội/ ngoại khoa kèm theo.

2.2.5. Xử lý và phân tích dữ liệu

Số liệu được nhập bằng phần mềm Excel, xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20 (Statistical Package for the Social Sciences). Do cỡ mẫu nhỏ nên chúng tôi dùng phép

kiểm Wilcoxon Signed-Rank test khi so sánh trung bình, phép kiểm Mann–Whitney U test khi so sánh trung bình 2 nhóm, phép kiểm Fisher’s Exact test để kiểm định tỷ lệ.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu ghi nhận có 8 trường hợp (50 % là nam giới), độ tuổi từ 27 tới 73 (trung bình 56,6 tuổi).

Trong nhóm 8 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, không có trường hợp nào hút thuốc lá. Sáu bệnh nhân (75%) đã từng phẫu thuật vùng da đầu, cho thấy đây là yếu tố nổi bật trong nhóm nghiên cứu. Không ghi nhận trường hợp nào từng phẫu thuật dẫn lưu dịch não tủy. Một bệnh nhân (12,5%) có tiền sử rò dịch não tủy. Đái tháo đường được ghi nhận ở 4 bệnh nhân (50%), đây là bệnh lý toàn thân đáng chú ý nhất. Các yếu tố ít gặp hơn gồm bệnh da liễu vùng đầu và tiền sử hoá xạ trị vùng đầu (12,5%) (Bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

	Có n (%)	Không n (%)	Không rõ n (%)
Hút thuốc lá	0 (0%)	6 (75%)	2 (25%)
Dùng Corticoid	1 (12,5%)	3 (37,5%)	4 (50%)
Đã phẫu thuật vùng da đầu trước đó	6 (75%)	0 (0%)	2 (25%)
Phẫu thuật dẫn lưu dịch não tủy	0 (0%)	6 (75%)	2 (25%)
Rò dịch não tủy	1 (12,5%)	6 (75%)	1 (12,5%)
Đái tháo đường	4 (50%)	1 (12,5%)	3 (37,5%)
Bệnh da liễu vùng đầu	1 (12,5%)	7 (87,5%)	0 (0%)
Hoá xạ trị vùng đầu	1 (12,5%)	7 (87,5%)	0 (0%)

*Không rõ: hồ sơ bệnh án không ghi nhận

3.2. Đặc điểm sang thương và vật da cân tại chỗ

Kích thước sang thương càng lớn, kích thước vật càng lớn ($p = 0,004$, Pearson $r = 0,878$). Diện tích vật trung bình = 187,5 % diện tích sang thương (Wilcoxon Signed-Rank test, $p = 0,016$). Số liệu đáng tin cậy, có thể kết luận ban đầu diện tích vật phụ thuộc diện tích sang thương. Công thức hồi quy

tính diện tích vật sẽ cần mẫu có số lượng lớn hơn. Vị trí sang thương ở trán, đỉnh và đỉnh- trán cần sử dụng > 1 vật để che phủ vết thương (Bảng 2, 3).

Bảng 2. Đặc điểm sang thương

	Tỷ lệ
Vị trí sang thương	Trán
	Đỉnh
	Chằm
	Thái dương
	Đỉnh – Trán
Độ sâu tổn thương	Da
	Cân
	Xương
	Màng cứng

Số ca bệnh hạn chế và bị lệch bởi một số ca ngoại lệ nên sự

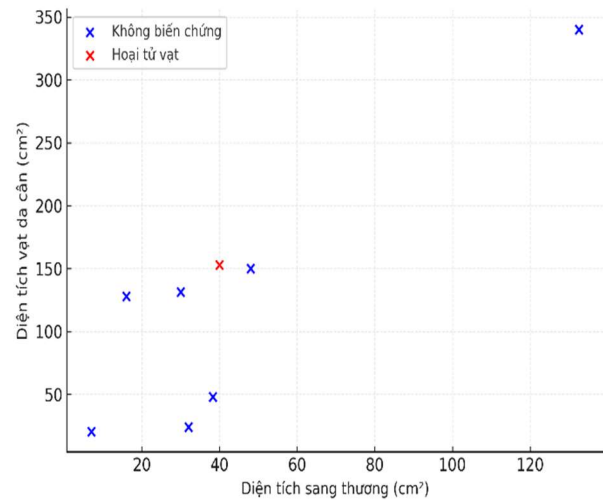
Bảng 3. Kích thước sang thương và kích thước vật

STT	Kích thước sang thương (chiều rộng × chiều dài) (cm)	Diện tích sang thương (cm ²)	Kích thước vật da cân tại chỗ (cm)	Diện tích vật da cân tại chỗ (cm ²)
1	2,0 × 3,5	7,0	(Vật 1) 5,0 × 3,0 (Vật 2) 2,0 × 2,5	20,5
2	5,0 × 6,0	30,0	(Vật 1) 6,5 × 7,0 (Vật 2) 8,0 × 10,0	131,5
3	4,0 × 8,0	32,0	3,0 × 8,0	24,0
4	5,0 × 8,0	40,0	9,0 × 17,0	153,0
5	4,5 × 8,5	38,3	8,0 × 6,0	48,0
6	6,0 × 8,0	48,0	10,0 × 15,0	150,0
7	2,0 × 8,0	16,0	16,0 × 8,0	128,0
8	13,0 × 10,5	132,6	(Vật 1) 20,0 × 15,0 (Vật 2) 8,0 × 5,0	340,0

Bảng 4. Tính chất vật da

	Biến số	n	Tỷ lệ (%)
Vật đơn thuần		4	50
Vật + ghép da		4	50
	Đẩy	2	25
Kiểu vật	Xoay đẩy 1 bên (C-Y)	3	37,5
	Xoay đẩy 2 bên)	3	37,5
Độ che phủ vật	Hoàn toàn	7	87,5
	Không hoàn toàn	1	12,5
Hoại tử đầu xa vật sau 2 tuần		1	12,5
Phẫu thuật lại		2	25
Tình trạng vật tốt sau 3 tháng		8	100

thay đổi kích thước trung bình trước và sau cắt lọc cần phải dựa vào các nghiên cứu tiếp theo (Hình 1).



Hình 1. Diện tích sang thương và diện tích vật da cân tại chỗ tương ứng

Trong nghiên cứu của nhóm chúng tôi tỷ lệ sử dụng vật đơn thuần và vật kết hợp ghép da là ngang nhau (50%), trong đó các kiểu vật được phân bố tương đối đồng đều gồm vật đẩy (25%), xoay đẩy một bên kiểu C-Y (37,5%) và xoay đẩy hai bên (37,5%). Kết quả cho thấy đa số các trường hợp đạt được che phủ hoàn toàn (87,5%), chỉ có một trường hợp che phủ chưa hoàn toàn (12,5%). Biến chứng sớm ghi nhận 1 ca hoại tử đầu xa vật (12,5%) và 2 ca phải phẫu thuật lại (25%), tuy nhiên tất cả các vật đều ổn định và được đánh giá tốt sau 3 tháng theo dõi (Bảng 4).

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy vật da cân tại chỗ da đầu là phương pháp hiệu quả, tương đồng với các nghiên cứu trước đó trong và ngoài nước.

Trong 8 trường hợp nghiên cứu, chỉ ghi nhận 01 ca hoại tử đầu xa vật (12,5%), xảy ra ở bệnh nhân nữ có tổn thương vùng đỉnh – trán với diện tích sang thương 16 cm², được che phủ bằng vật da cân tại chỗ kích thước 16 × 8 cm. Bệnh nhân có tiền căn phẫu thuật vùng đầu nhiều lần (3 lần) và đã từng xạ trị vùng đầu trước đó, là những yếu tố làm giảm tưới máu mô và ảnh hưởng đến khả năng lành vật. Đây là yếu tố nguy cơ điển hình, phù hợp với nhận định của Costa DJ (2016) rằng tiền sử xạ trị, mô sẹo cũ có thể làm tăng nguy cơ thiếu máu đầu xa [3]. Ngoài ra, vùng đỉnh – trán có hệ thống mạch nổi hạn chế hơn so với vùng thái dương và chẩm, góp phần giải thích biến chứng này. Không có trường hợp nào hoại tử toàn phần hay nhiễm trùng, cho thấy nguồn nuôi của vật da cân tại chỗ nhìn chung vẫn ổn định, đặc biệt khi chỉ định đúng và kỹ thuật bóc tách được thực hiện bảo tồn mạch xuyên tối đa.

4.1. So sánh với nghiên cứu trong nước

Kết quả này tương đồng với báo cáo của Nguyễn Hoàng Đăng (2022) [2], nghiên cứu trên 15 bệnh nhân khuyết da đầu sau cắt bỏ ung thư biểu mô tế bào đáy, trong đó 100% vật sống hoàn toàn, không ghi nhận nhiễm trùng, và có 9/13 trường hợp mọc tóc tốt. Điều này củng cố thêm nhận định rằng vật da cân tại chỗ có độ tin cậy cao trong phục hồi khuyết da đầu, kể cả trong bối cảnh ung thư.

4.2. So sánh với nghiên cứu quốc tế

Khi so sánh với loạt ca của Costa DJ (2016) với 22 bệnh nhân khuyết da đầu phức tạp, vật xoay da đầu cho tỷ lệ sống vật cao, nhưng 3 trường hợp (14%) có hoại tử đầu xa, đặc biệt ở bệnh nhân đã xạ trị trước đó. Tuy nhiên, 95% bệnh nhân vẫn hài lòng về thẩm mỹ [3]. So với kết quả của chúng tôi (1/8 trường hợp hoại tử đầu xa, 12,5%), tỷ lệ biến chứng tương tự, cho thấy tính khả thi của kỹ thuật vật da cân tại chỗ trong điều kiện khác nhau.

So sánh với loạt ca 64 bệnh nhân trong 15 năm của Newman MI [1], tỷ lệ bệnh nhân có phẫu thuật da đầu trước đó tương đương (65,2%) nhưng tái phẫu thuật thấp hơn rõ

rệt (6,8%), ngược lại hút thuốc lá (15,9%), sử dụng corticoid (22,4%) và xạ trị trước mổ (43,8%) lại chiếm tỷ lệ cao hơn.

Số liệu của chúng tôi và tác giả Newman MI đều ghi nhận vị trí thường gặp nhất là vùng trán và vùng đỉnh, tuy nhiên nhóm của chúng tôi có nhiều tổn thương ăn sâu đến xương (50%) và màng cứng (25%). Diện tích sang thương trong nghiên cứu của chúng tôi dao động từ 7–132,6 cm², nhỏ hơn nhiều so với trung bình 104,8 cm² (0–540 cm²) của tác giả Newman MI.

Trong nghiên cứu của Newman MI 39,7% ca sử dụng tại chỗ, 38,4% dùng vật tự do, 17,8% ghép da và biến chứng chung lên tới 26% bao gồm cả mất vật hoàn toàn và tử vong sau mổ, có thể thấy với tổn khuyết diện tích nhỏ hơn, chủ yếu áp dụng vật da cân tại chỗ ± ghép da, đã đạt hiệu quả che phủ cao và tỷ lệ thành công dài hạn tốt hơn.

Brawley C & Sidle D (2022) cũng nhấn mạnh rằng vật da cân tại chỗ [4], đặc biệt là các vật xoay/đẩy, là lựa chọn hàng đầu khi có thể, nhờ ưu thế đồng chất về màu sắc, độ dày và có tóc, trong khi các kỹ thuật khác như ghép da hoặc vật tự do thường gặp hạn chế về thẩm mỹ và nguy cơ biến chứng cao hơn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với quan điểm này, khi 50% bệnh nhân được sử dụng vật kết hợp ghép da nhưng vẫn đảm bảo mọc tóc và tính thẩm mỹ về lâu dài.

Một phân tích so sánh của Mueller CK (2012) cho thấy vật da cân tại chỗ hiệu quả hơn ghép da hoặc vật vi phẫu trong điều trị khuyết da đầu liên quan da – galea – màng xương [5], với tỷ lệ cần mổ lại thấp hơn đáng kể. Điều này cũng được phản ánh trong nghiên cứu của chúng tôi, khi phần lớn trường hợp được che phủ hoàn toàn và tỷ lệ tái phẫu thuật thấp.

Điểm mạnh và hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi có ưu điểm là tất cả các trường hợp đều được theo dõi ít nhất 6 tháng và đánh giá kết quả cả về chức năng che phủ lẫn yếu tố thẩm mỹ – mọc tóc. Tuy nhiên, cỡ mẫu còn nhỏ (8 bệnh nhân), khiến chưa đủ dữ liệu để xây dựng công thức hồi quy chính xác dự báo kích thước vật dựa trên diện tích sang thương. Các nghiên cứu quy mô lớn hơn, như của Newman MI (2004) với 64 bệnh nhân trong 15 năm, đã chỉ ra tỷ lệ biến chứng cao hơn (26%, bao gồm cả mất vật hoàn toàn và tử vong sau mổ). Sự khác biệt này có thể đến từ quy mô nghiên cứu, loại tổn thương và phương pháp phẫu thuật đa dạng hơn trong loạt ca quốc tế.

Nghiên cứu sử dụng hình ảnh lâm sàng và đánh giá bởi các

bác sĩ điều trị tuy việc đánh giá được thực hiện theo cùng tiêu chí giúp đảm bảo tính nhất quán nội bộ nhưng thiếu hội đồng đánh giá độc lập và công cụ chuẩn hóa VAS (Visual Analog Scale) hoặc POSAS (Patient and Observer Scar Assessment Scale) để tăng tính khách quan. Hạn chế này sẽ được bổ sung ở các nghiên cứu tiếp theo.

5. KẾT LUẬN

Vạt da cân tại chỗ da đầu là phương pháp an toàn, hiệu quả trong tạo hình khuyết da đầu lớn, đem lại tỷ lệ sống vạt cao, kết quả thẩm mỹ và chức năng tốt. Ở những trường hợp chọn lọc với tổn thương diện tích vừa và nhỏ, kỹ thuật vạt da cân tại chỗ vẫn là giải pháp khả thi, mang lại kết quả bền vững, nên được xem xét trước khi sử dụng đến các kỹ thuật phức tạp như vạt tự do.

Nguồn tài trợ

Nghiên cứu không nhận tài trợ.

Xung đột lợi ích

Không có xung đột lợi ích tiềm ẩn nào liên quan đến bài viết này được báo cáo.

ORCID

Vũ Hữu Thịnh

<https://orcid.org/0009-0003-2609-0884>

Nguyễn Thành Phát

<https://orcid.org/0009-0002-9233-6056>

Đường Hùng Mạnh

<https://orcid.org/0009-0001-2038-7463>

Nguyễn Thái Thuỳ Dương

<https://orcid.org/0009-0009-4205-0480>

Trương Thị Tú Anh

<https://orcid.org/0000-0001-6336-5013>

Đóng góp của các tác giả

Ý tưởng nghiên cứu: Vũ Hữu Thịnh

Đề cương và phương pháp nghiên cứu: Nguyễn Thành Phát

Thu thập dữ liệu: Đường Hùng Mạnh, Nguyễn Thái Thuỳ Dương, Trương Thị Tú Anh

Giám sát nghiên cứu: Vũ Hữu Thịnh

Nhập dữ liệu: Nguyễn Thành Phát

Quản lý dữ liệu: Nguyễn Thành Phát

Phân tích dữ liệu: Nguyễn Thành Phát

Viết bản thảo đầu tiên: Vũ Hữu Thịnh, Nguyễn Thành Phát, Đường Hùng Mạnh, Nguyễn Thái Thuỳ Dương, Trương Thị Tú Anh

Cung cấp dữ liệu và thông tin nghiên cứu

Tác giả liên hệ sẽ cung cấp dữ liệu nếu có yêu cầu từ Ban biên tập.

Chấp thuận của Hội đồng Đạo đức

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, số 36/GCN-HĐ ngày 08/03/2024.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Newman MI, Hanasono MM, Disa JJ, Cordeiro PG, Mehrara BJ. Scalp reconstruction: a 15-year experience. *Ann Plast Surg.* 2004;52(5):501-6.
2. Đăng NH, Chiến DM, Dung PTV. 7. Đánh giá kết quả sử dụng Vạt da cân tại chỗ tạo hình khuyết da đầu sau cắt bỏ ung thư da tế bào đáy. *Tạp chí Nghiên cứu Y học.* 2023;160(12V2):55-62.
3. Costa DJ, Walen S, Varvares M, Walker R. Scalp Rotation Flap for Reconstruction of Complex Soft Tissue Defects. *J Neurol Surg B Skull Base.* 2016;77(1):32-7.
4. Brawley C, Sidle D. Scalp reconstructive flaps. *Plastic and Aesthetic Research.* 2022;doi: 10.20517/2347-9264.2021.107.
5. Mueller CK, Bader RD, Ewald C, Kalff R, Schultze-Mosgau S. Scalp defect repair: a comparative analysis of different surgical techniques. *Ann Plast Surg.* 2012;68(6):594-8.