

Kết quả điều trị khuyết hồng phần mềm vùng 1/3 dưới cẳng chân, cổ chân và vùng củ gót bằng da cân hiển ngoài cuống ngoại vi tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Outcomes of soft tissue defect reconstruction in the distal one-third of the leg, ankle, and heel using the reverse sural artery flap at 108 Military Central Hospital

Nguyễn Việt Nam và Ngô Thái Hưng

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm tổn thương và đánh giá kết quả điều trị khuyết hồng phần mềm vùng 1/3 dưới cẳng chân, cổ chân và vùng củ gót bằng vạt da cân hiển ngoài cuống ngoại vi. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu trên 38 bệnh nhân trong khoảng thời gian từ tháng 1 năm 2011 đến tháng 07 năm 2023. **Kết quả:** 38 bệnh nhân tuổi từ 13 - 83 tuổi độ tuổi trung bình là $56,32 \pm 18,28$, với 26/38 bệnh nhân > 60 tuổi (54,84%). Nam giới 33/38 (86,8%), nữ giới 5/38 (13,2%). Nguyên nhân tổn thương do tai nạn giao thông 15/38 bệnh nhân (39,47%). Vị trí tổn thương ở củ gót 23/38 bệnh nhân (60,52%), 24/38 bệnh nhân (63,15%) có tổn thương phối hợp, trong đó nhiều nhất là tổn thương lộ gân 11/24 (45,8%). Kết quả gần 35/38 vạt đạt kết quả tốt (92,1%), 3/38 vạt đạt kết quả vừa (7,9%), không có vạt nào cho kết quả xấu. Kết quả xa khám lại cho 30/38 bệnh nhân: Tình trạng vạt, nơi cho vạt và sẹo mổ không bị viêm rò hay loét ở 30/30 trường hợp (100%). Không có trường hợp nào có di chứng sau cắt hiển ngoài tất cả các bệnh nhân đều có sự phục hồi cảm giác tại vạt và tại vùng thần kinh hiển ngoài chi phối (100%). **Kết luận:** Vạt da cân hiển ngoài cuống ngoại vi là một phương pháp tốt trong điều trị khuyết hồng phần mềm vùng 1/3 dưới cẳng chân, cổ chân và vùng củ gót do có tỷ lệ thành công cao và ít biến chứng.

Từ khóa: Vạt da cân hiển ngoài cuống ngoại vi, vạt hiển.

Summary

Objective: To describe the characteristics of these injuries and evaluate the outcomes of reconstruction of soft tissue defects in the distal one-third of the leg, ankle, and heel using the reverse sural artery flap. **Subject and method:** A prospective study was conducted on 38 patients treated between January 2011 and July 2013. Patient ages ranged from 18 to 82 years (mean: 50.3 years). Among them, 26 patients (68.4%) were over 60 years old. The cohort consisted of 30 males (78.9%) and 8 females (21.1%). The main causes of injury were traffic accidents (15 cases, 39.5%), occupational trauma (9 cases, 23.7%), postoperative complications (6 cases, 15.8%), and other causes (8 cases, 21.0%). Associated injuries were present in 17 patients (44.8%). **Result:** Of the 38 cases, 35 flaps (92.1%) survived completely, 3 flaps (7.9%) developed partial necrosis but were salvaged after secondary intervention. No cases of total flap necrosis occurred. Follow-up of 30 patients revealed satisfactory flap coverage, stable wound healing,

Ngày nhận bài: 22/9/2025, ngày chấp nhận đăng: 2/10/2025

* Người liên hệ: ngohung108@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

and aesthetically acceptable scars without major contracture or ulcer recurrence. Functional outcomes were good, with preservation of mobility and weight-bearing capacity. No patients developed donor-site complications, and complete flap survival was achieved in all cases. *Conclusion:* The reverse sural artery flap is a reliable and effective reconstructive option for soft tissue defects of the distal one-third of the leg, ankle, and heel, providing a high success rate and low complication rate.

Keywords: Reverse sural artery flap, soft tissue defect, lower limb reconstruction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khuyết hổng phần mềm vùng 1/3 dưới cẳng chân, cổ chân và vùng củ gót là tổn thương thường gặp, do nhiều nguyên nhân như: Tai nạn giao thông, tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt, sau cắt bỏ khối u phần mềm, sẹo xấu, loét mạn tính... Do đặc điểm vùng 1/3 dưới cẳng chân, cổ chân và vùng củ gót chủ yếu là da, gân và xương nên các khuyết hổng thường có tổn thương lộ gân, xương kèm theo. Điều này làm cho việc điều trị các khuyết hổng phần mềm tại vùng này gặp nhiều khó khăn hơn. Masquelet AC (1992) đã sử dụng vật da cân hiển ngoài được cấp máu bởi động mạch tùy hành thần kinh hiển ngoài cho kết quả khả quan trong điều trị các khuyết hổng phần mềm ở vùng 1/3 dưới cẳng chân, cổ chân và củ gót. Tại Việt Nam vật da cân hiển ngoài cuống ngoài vi đã được ứng dụng khá rộng rãi ở các cơ sở điều trị trên cả nước, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 đã sử dụng thường quy trong điều trị tổn khuyết phần mềm vùng 1/3 dưới cẳng chân, cổ chân và vùng củ gót. Bài báo này nhằm đánh giá kết quả điều trị của phẫu thuật này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Gồm 38 bệnh nhân khuyết hổng phần mềm vùng 1/3 dưới cẳng chân, cổ chân và vùng củ gót được che phủ bằng vật da cân hiển ngoài cuống ngoài vi tại Khoa Chấn thương chi trên và vi phẫu thuật, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tiêu chuẩn lựa chọn: BN có KHPM vùng 1/3 D cẳng chân, cổ chân và vùng củ gót do các nguyên nhân chấn thương, loét mạn tính... được che phủ khuyết hổng bằng vật da cân hiển ngoài cuống ngoài vi. Có hồ sơ bệnh án phù hợp với các biến số, chỉ số nghiên cứu theo bệnh án mẫu.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN có KHPM vùng 1/3 D cẳng chân, cổ chân và vùng củ gót được kèm theo khuyết xương, mất đoạn xương, bệnh lý ác tính...

Thời gian và địa điểm nghiên cứu. Từ tháng 1/2011 đến tháng 7/2023 tại Khoa Chấn thương chi trên và vi phẫu thuật, Bệnh viện Quân đội Trung ương 108.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả lâm sàng, theo dõi dọc, không nhóm chứng.

Phương pháp thu thập số liệu hồi cứu và tiến cứu.

Nhóm tiến cứu: Thăm khám lâm sàng, kiểm tra các xét nghiệm trong giới hạn phẫu thuật. Đánh giá tổn thương: Vị trí, kích thước khuyết hổng phần mềm. Dựa vào tổn thương thực tế tiến hành đo đạc vẽ và thiết kế vật sao cho phù hợp với khả năng cấp máu của vật. Chụp ảnh và ghi lại thông tin.

Nhóm hồi cứu: Thu thập số liệu của bệnh nhân tại phòng lưu trữ hồ sơ bệnh án Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ 01/2011 đến 07/2023. Tra cứu trên hồ sơ bệnh án, phim chụp X-quang, ảnh chụp... để xác định nguyên nhân, vị trí, đặc điểm TT, các TT kết hợp, tình trạng nhiễm khuẩn tại vùng khuyết hổng, thời gian từ khi bị thương tới khi được phẫu thuật, cách xử trí trước đó, chẩn đoán trước mổ, quy trình phẫu thuật, diễn biến lâm sàng sau phẫu thuật, các bước điều trị tiếp theo...

Đánh giá kết quả sau phẫu thuật: Đánh giá kết quả lâm sàng theo bệnh án mẫu, bao gồm: Kiểm tra, chụp ảnh, đánh giá tình trạng tại vật, tình trạng nơi cho vật, kết quả xa theo tiêu chuẩn của Oberlin C, đánh giá về thẩm mỹ và chức năng của chi thể, đánh giá di chứng sau cắt TK hiển ngoài và sự phục hồi cảm giác tại vật, sự phục hồi cảm giác vùng TK hiển ngoài chi phối.

Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được xử lý theo thuật toán thống kê y học trên máy tính bằng phần mềm SPSS 21.0.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được chấp thuận bởi hội đồng thông qua đề cương của Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Toàn bộ thông tin của người bệnh đều được bảo mật.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm tổn thương khuyết hồng vùng 1/3 dưới cẳng chân, cổ chân và vùng củ gót

Độ tuổi trung bình là $56,32 \pm 18,28$, với 26/38 bệnh nhân > 60 tuổi (54,84%). Nam giới 33/38 (86,8%), nữ giới 5/38 (13,2%).

Nguyên nhân tổn thương chủ yếu do tai nạn giao thông 15/38 bệnh nhân (39,47%), tiếp đến là loét mạn tính 13/31 BN chiếm 34,21%. TNLD có 10/38 BN chiếm 26,32%. Không có BN nào do TNSH.

Vị trí tổn thương hay gặp ở củ gót 23/38 bệnh nhân (60,52%), vùng cổ chân 3/38 bệnh nhân (7,89%), vùng 1/3 D cẳng chân 12/38 bệnh nhân (31,59%).

Đánh giá kết quả gần:

Kết quả	Đánh giá	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tốt	Vật sống hoàn toàn, liền kỳ đầu, không viêm rò.	35	92,1
Vừa	Vật thiếu dưỡng, xuất hiện phỏng nước trên bề mặt hoặc hoại tử mép vật, có hoặc không phải ghép da bổ sung.	3	7,9
Xấu	Vật bị hoại tử trên 1/3 diện tích hoặc hoại tử toàn bộ, phải cắt bỏ và thay thế bằng phương pháp điều trị khác.	0	0

Đánh giá kết quả gần trên 38 BN chúng tôi thấy 35/38 vật đạt kết quả tốt (92,1%), 3/38 vật đạt kết quả vừa (7,9%): 02 trường hợp đều có xuất hiện phỏng nước nhỏ chăm sóc thay bằng phỏng nước tự liền, 01 trường hợp hoại tử mép vật xử trí cắt lọc khâu da thì 2. Không có vật nào cho kết quả xấu.



Hình 1. Hình ảnh tổn thương, quá trình mổ và kiểm tra sau mổ của BN

Thương tổn phối hợp có thể là TT lộ gân, lộ xương hoặc kèm theo TT cả lộ gân và lộ xương, 14/38 bệnh nhân có KHPM đơn thuần (36,85%); 24/38 bệnh nhân (63,15%) có tổn thương phối hợp, trong đó nhiều nhất là tổn thương lộ gân 11/24 (45,8%).

KT của vật được sử dụng phụ thuộc KT của TT sau khi đã được xử trí cắt lọc tổ chức hoại tử. Trong 38 BN nghiên cứu, chiều dài trung bình của vật là 6,8cm, nhỏ nhất là 4cm, lớn nhất là 15cm. Chiều rộng trung bình của vật là 4,9cm, nhỏ nhất là 3cm và lớn nhất là 10cm. Diện tích trung bình vật là $36,1\text{cm}^2$, nhỏ nhất là 12cm^2 và lớn nhất là 150cm^2 .

3.2. Đánh giá kết quả điều trị

Kết quả nghiên cứu trên 38 bệnh nhân, kết quả xa đánh giá tái khám sau ít nhất 3 tháng.

Chúng tôi đánh giá kết quả điều trị theo tiêu chuẩn của Oberlin C⁴.

Bảng 1. Tình trạng nơi cho vật (n = 38)

XT nơi cho vật Đặc điểm	Khâu trực tiếp	Ghép da mỏng	Ghép da Wolf-Krause	Tổng số
Liên kỳ đầu	18	15	5	38
Làm liên kỳ 2	0	0	0	0
Tổng số	18	15	5	38

- Đánh giá kết quả xa (Sau mổ trên 3 tháng):

Kết quả	Đánh giá
Tốt	Vật mềm mại, di động tốt, không trượt loét, không thâm đen, tổn thương không bị viêm rò.
Vừa	Tổn thương bị viêm rò kéo dài, nhưng chỉ cần nạo rò, thay băng, không phải tạo hình bổ sung.
Xấu	Vật bị xơ cứng, thâm đen, trượt loét, hoại tử dần. Tổn thương bị viêm rò kéo dài, phải tạo hình bổ sung.

Tình trạng vật: Tại thời điểm kiểm tra thấy tất cả các vật đều liên sẹo tốt, không có trường hợp nào bị viêm rò tái phát, các trường hợp có gãy xương thì đều đã liền xương và tháo phương tiện kết xương.

Đánh giá sự phục hồi cảm giác.

Sự phục hồi cảm giác được chúng tôi tiến hành khám BN và đánh giá theo tiêu chuẩn đánh giá của Hiệp hội Nghiên cứu y khoa Hoa Kỳ.

Không có trường hợp nào có u TK, hay có loét tại vùng cảm giác do TK hiển ngoài chi phối.

Bảng 2. Sự phục hồi cảm giác vùng thần kinh hiển ngoài chi phối (n = 30)

Thời gian Đánh giá	<1 năm	1-3 năm	>3 năm	Tổng số
S 0				
S 0+	3			3
S 1				
S 2		3		3
S 2+				
S 3		3		3
S 3+			5	5
S 4			16	16
Tổng số	3	6	21	30

Không có BN nào bị mất cảm giác hoàn toàn vùng TK hiển ngoài chi phối (Bờ ngoài bàn chân).

BN phục hồi cảm giác tốt nhất: Phục hồi cảm giác hoàn toàn (S4). Gặp ở BN tái khám sau 10-11 năm.

BN phục hồi cảm giác kém nhất: Phục hồi cảm giác đau (S1). Gặp ở BN tái khám sau 05 tháng.

Thẩm mỹ và chức năng của cẳng chân, cổ chân: không có bệnh nhân nào thay đổi hình dạng bắp chân hay hạn chế vận động cẳng chân, khớp cổ chân.

IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình là $56,32 \pm 18,28$, với 26/38 bệnh nhân > 60 tuổi (54,84%). Nam giới 33/38

(86,8%), nữ giới 5/38 (13,2%). Theo chúng tôi kết quả này là hợp lý bởi vì: Ở nam giới, do phải đi lại và làm việc nhiều hơn, công việc và cường độ nặng hơn nữ giới nên nguy cơ xảy ra tai nạn là cao hơn. Nguyên nhân tổn thương chủ yếu do tai nạn giao thông 15/38 bệnh nhân (39,47%), tiếp đến là loét mạn tính 13/31 BN chiếm 34,21%. TNLD có 10/38 BN chiếm 26,32%. Không có BN nào do TNSH. Một số tác giả khác cũng nhận thấy nguyên nhân gây khuyết hồng hay gặp là do TNGT. Cụ thể: Nguyễn Thành Hải: Nguyên nhân được ghi nhận nhiều nhất là do TNGT 26/38 trường hợp chiếm 68,4% . Nghiên cứu của Phạm Ngọc Thắng trên 61 BN cũng cho thấy tỷ lệ bị TT là do TNGT chiếm 75,4%, trong đó có 26 BN tai nạn do đưa gót chân vào bánh xe máy, xe đạp khi ngồi sau xe.

Vị trí tổn thương hay gặp ở củ gót 23/38 bệnh nhân (60,52%), vùng cổ chân 3/38 bệnh nhân (7,89%), vùng 1/3 D cẳng chân 12/38 bệnh nhân (31,59%). Vạt sử dụng có chiều dài trung bình $6,8 \pm 2,4$ cm (nhỏ nhất là 4cm, lớn nhất là 15cm), chiều rộng trung bình $4,9 \pm 1,3$ cm (nhỏ nhất là 3cm, lớn nhất là 10 cm). Diện tích trung bình vạt sử dụng $36,1 \pm 25,2$ cm² (nhỏ nhất là 12cm², lớn nhất là 150cm²). So sánh với các tác giả khác: Masqulet A. C. (1992) thông báo trường sử dụng vạt đầu tiên có KT 3x5 cm. Mai Trọng Tường (2002) có báo cáo sử dụng 210 vạt. KT vạt lớn nhất mà tác giả sử dụng là 10x20cm.

Kết quả gần: Đánh giá kết quả gần trên 38 BN chúng tôi thấy 35/38 vạt đạt kết quả tốt (92,1%), 3/38 vạt đạt kết quả vừa (7,9%). Không có vạt nào cho kết quả xấu. So sánh với kết quả nghiên cứu của một số tác giả khác: Yilmaz M. (1998) và cộng sự sử dụng 17 vạt, thấy kết quả tốt là 15/17, chiếm 88,2%. Có 2 vạt bị hoại tử mép vạt, chiếm 11,8%, không có vạt nào cho kết quả xấu. Đồng Quang Duyên và cộng sự (2010) sử dụng 15 vạt, kỹ thuật bóc vạt như mô tả của Masqulet A. C. Kết quả: 13/15 vạt tốt, chiếm 86,7%. 2 vạt bị hoại tử mép vạt do tụ máu dưới vạt . Như vậy, kết quả điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của các tác giả khác. Những chênh lệch về tỷ lệ phần trăm kết quả điều trị giữa các nghiên cứu là không lớn. Các nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ thành công khi sử dụng vạt da-cân hiển ngoài cuống ngoại vi là

khá cao, có nghiên cứu chỉ gặp kết quả tốt và vừa, không có kết quả xấu. Đặc biệt nghiên cứu của chúng tôi có cỡ mẫu đáng kể số liệu theo dõi xa thời gian dài do đó chứng minh được tính ổn định của vạt da cân hiển ngoài chứng minh được giá trị thực tiễn của vạt.

Kết quả xa: Tại thời điểm kiểm tra thấy tất cả các vạt đều liền sẹo tốt, không có trường hợp nào bị viêm rò tái phát, các trường hợp có gãy xương thì đều đã liền xương và tháo phương tiện kết xương. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu của Vũ Mạnh Cường (2009). Trong 33 vạt được đánh giá kết quả xa, có 31/33 vạt tốt, chiếm 93,9%. 2/33 vạt cho kết quả vừa, chiếm 6,1%. Không có vạt kết quả xấu.

Đánh giá kết quả về di chứng sau cắt TK hiển ngoài: Trong 30 BN được kiểm tra, không ghi nhận thấy trường nào có u TK ở nơi cho vạt, cũng không có trường hợp nào bị loét ở bờ ngoài bàn chân vùng cảm giác do TK hiển ngoài chi phối. Kết quả này khác với nghiên cứu của Nguyễn Thành Hải. Trong 34 vạt được thiết kế có lấy TK hiển ngoài theo vạt, tác giả kiểm tra thấy cũng không có trường hợp nào bị loét vùng cảm giác do TK hiển ngoài chi phối, nhưng có 1 trường hợp có u TK ở nơi cho vạt, chiếm 2,9%.

Đánh giá về sự phục hồi cảm giác tại vạt: Trên 30 BN được kiểm tra: Không có vạt nào hoàn toàn không có cảm giác. BN phục hồi cảm giác tốt nhất là phục hồi cảm giác hoàn toàn được tái khám sau phẫu thuật 10-11 năm. Phạm Ngọc Thắng nhận xét: Cảm giác đau, nóng, lạnh và cảm giác sờ mó được phục hồi sau mổ 4-12 tháng

Đánh giá về sự phục hồi cảm giác vùng TK hiển ngoài chi phối: Kiểm tra trên 30 BN: Không có BN nào bị mất cảm giác hoàn toàn vùng TK hiển ngoài chi phối (Bờ ngoài bàn chân), cảm giác sẽ được phục hồi dần theo thời gian. BN phục hồi cảm giác tốt nhất là phục hồi cảm giác hoàn toàn được tái khám sau phẫu thuật 10-11 năm. Theo một số tác giả khi sử dụng vạt da-cân hiển ngoài cuống ngoại vi có tách TK ra khỏi vạt thì BN không bị mất cảm giác vùng bờ ngoài bàn chân. Tuy nhiên, kỹ thuật bóc vạt khó khăn hơn (nhất là khi TK hiển ngoài đi trên cân), thời gian cuộc mổ cũng lâu hơn

Khám kiểm tra trên 30 BN thu được kết quả: Thay đổi hình dạng bắp chân: 0/19 trường hợp. Hạn

chế vận động khớp cổ chân: 0/19 trường hợp. Trong các nghiên cứu của các tác giả khác đánh giá kết quả xa về thẩm mỹ và chức năng của cẳng chân, cổ chân, các tác giả đều không ghi nhận thấy trường hợp thay đổi hình dạng bắp chân, cũng không có trường hợp nào bị hạn chế vận động khớp cổ chân

Điều này cho thấy việc sử dụng vật da-cân hiển ngoài cuống ngoại vi là không ảnh hưởng nhiều đến chức năng của cẳng chân và cổ chân, hình dạng bắp chân cũng không bị thay đổi. Vấn đề thẩm mỹ ở đây chỉ là sẹo mổ dài, vùng vật hơi gồ hơn so với xung quanh.

V. KẾT LUẬN

Qua 38 trường hợp sử dụng vật hiển cuống mạch ngoại vi, chúng tôi rút ra một số kết luận sau: vật da cân hiển ngoài là một phương pháp tốt để che phủ khuyết hổng phần mềm vùng 1/3 dưới cẳng chân, cổ chân và vùng củ gót do có tỷ lệ thành công cao và ít biến chứng. Vật nên thiết kế ở vị trí 1/3T và 1/3 G cẳng chân có cuống dài và lấy kèm theo dải da trên cuống với kích thước khoảng 2cm để không bị chèn ép cuống. Vật có ưu điểm: Sức sống tốt, an toàn, đáng tin cậy, kích thước vật đủ lớn, cuống dài, cung xoay rộng, kỹ thuật bóc vật không quá khó, thời gian bóc vật nhanh, không phải hy sinh động mạch chính của chi thể, không làm ảnh hưởng đến chức năng cẳng bàn chân sau khi lấy vật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Masquelet AC, Romana MC, and Wolf G (1992), *Skin island flaps supplied by the vascular axis of the sensitive superficial nerves: Anatomic study and clinical experience in the leg*. Plast. Reconstr. Surg 89(6): 1115-1121, doi: 10.1097/00006534-199206000-00018.
2. Zhang F, Lin S, Song Y and Zheng H (2009) *Distally Based Sural Neuro-Lesser Saphenous Veno-Fasciocutaneous Compound Flap With a Low Rotation Point: Microdissection and Clinical Application*. Ann. Plast. Surg 62(4): 395-404, doi: 10.1097/SAP.0b013e31816dd3a9.
3. Nakajima H, Fujino T, and Adachi S (1986) *A new concept of vascular supply to the skin and classification of skin flaps according to their vascularization*. Ann. Plast. Surg 16(1): 1-19, doi: 10.1097/00000637-198601000-00001.
4. Oberlin C, Bastian D, and Greant P (1994) *Les lambeaux pédiculés de couverture des membres*. Exp Scie Fr, p. XI.
5. Korompilias A et al (2019) *Reverse sural artery flap: a reliable alternative for foot and ankle soft tissue reconstruction*. Eur. J. Orthop. Surg. Traumatol 29(2): 367-372, doi: 10.1007/s00590-018-2330-8.
6. Vũ Nhất Định (2004) *Nghiên cứu giải phẫu và ứng dụng lâm sàng vật da cân hiển ngoài hình đảo cuống ngoại vi điều trị khuyết hổng phần mềm vùng 1/3 dưới cẳng chân, cổ chân, mắt cá chân và củ gót*. Luận án tiến sĩ y học.
7. Vũ Nhất Định, Nguyễn Tiến Bình (2002) *Vật da cân giữa bắp chân hình đảo cuống ngược dòng không bao gồm thần kinh hiển*. Tạp chí Y học thực hành (Bộ Y tế): 64-65, 2002.