

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG: PHẪU THUẬT XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG NÂNG MŨI BẰNG TIÊM SILICONE LỎNG

Nguyễn Anh Tuấn^{1}, Nguyễn Đức Vượng², Mai Thị Trâm Anh²*

Tóm tắt

Silicone lỏng hiện không còn được sử dụng trong nâng mũi cũng như các vị trí khác trên cơ thể do tỷ lệ biến chứng cao. Các trường hợp bệnh nhân (BN) có biến chứng sau tiêm silicone lỏng cần được phẫu thuật chỉnh sửa. Báo cáo ca lâm sàng này được thực hiện trên BN nữ, 57 tuổi, có sống mũi ngắn và có biến chứng sau nâng mũi bằng tiêm silicone lỏng vào sống mũi. BN được phẫu thuật cắt bỏ mô ngấm silicone lỏng, sau đó tạo hình sống mũi và đầu mũi bằng sụn sườn tự thân phối hợp với mỡ tự thân. Sau phẫu thuật 24 tháng, tháp mũi cân đối, sống mũi được kéo dài, sống mũi và đầu mũi được nâng cao, BN hài lòng với kết quả này. Do đó, đối với các trường hợp sống mũi ngắn và có biến chứng sau tiêm silicone lỏng để nâng mũi, phẫu thuật chỉnh sửa dùng sụn sườn tự thân và mỡ tự thân để tái tạo cấu trúc mũi là giải pháp phù hợp, giúp khôi phục hình dạng mũi và đạt được kết quả thẩm mỹ mong muốn. Sụn sườn đóng vai trò tái lập khung đỡ vững chắc, trong khi mỡ tự thân giúp bù đắp thể tích thiếu hụt và nuôi dưỡng da.

Từ khóa: Biến chứng nâng mũi; Tiêm silicone lỏng; Sụn sườn tự thân; Mỡ tự thân.

A CLINICAL CASE REPORT: SURGICAL MANAGEMENT OF COMPLICATIONS FROM LIQUID SILICONE INJECTION RHINOPLASTY

Abstract

Liquid silicone is no longer used for nasal augmentation or in other areas of the body due to its high complication rate. Patients who develop complications following liquid silicone injection require surgical revision. This clinical case report

¹Bệnh viện Tai Mũi Họng Thành phố Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

*Tác giả liên hệ: Nguyễn Anh Tuấn (drtuan07@gmail.com)

Ngày nhận bài: 25/8/2025

Ngày được chấp nhận đăng: 27/01/2026

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v51i3.1680>

was conducted on a 57-year-old female patient presenting with a short nasal dorsum and complications after dorsal nasal augmentation with liquid silicone injection. The patient underwent surgical excision of silicone-infiltrated tissue, followed by nasal dorsum and tip reconstruction using autologous costal cartilage combined with autologous fat. At 24 months postoperatively, the nasal pyramid was well balanced, the dorsum was lengthened, and both the dorsum and tip were elevated. The patient was satisfied with the outcome. Therefore, in cases of short nasal dorsum with complications secondary to liquid silicone injection for nasal augmentation, revision surgery using autologous costal cartilage and autologous fat is an appropriate approach to restore nasal structure and achieve the desired aesthetic result. Costal cartilage serves to reestablish a stable supporting framework, while autologous fat is used to restore volume deficits and enhance skin nourishment.

Keywords: Rhinoplasty complications; Liquid silicone injection; Autologous costal cartilage; Autologous fat.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Nâng mũi có thể được thực hiện bằng phương pháp phẫu thuật hoặc không phẫu thuật. Trong phẫu thuật nâng mũi, bác sĩ sử dụng các vật liệu tự thân (sụn tai, sụn vách ngăn, sụn sườn...) và/hoặc vật liệu nhân tạo (silicone, ePTFE...) để tạo hình cấu trúc và nâng cao sống mũi theo mong muốn. Ngược lại, nâng mũi không phẫu thuật sử dụng các chất liệu nhân tạo (chất làm đầy, chỉ sinh học...) hoặc tự thân (mỡ tự thân...) nhằm cải thiện hình dáng sống mũi mà không cần can thiệp phẫu thuật. Dữ liệu thực tế về các thủ thuật thẩm mỹ không phẫu thuật tại Hoa Kỳ cho thấy xu hướng này đang phát triển mạnh mẽ, số lượng can thiệp đã tăng khoảng 228% từ năm 2000 - 2018. Ngược lại, số ca phẫu thuật nâng

mũi đã giảm khoảng 45% trong cùng khoảng thời gian [1].

Silicone lỏng là chất làm đầy có tính ổn định lâu dài, tuy nhiên, hiện nay không còn được sử dụng trong nâng mũi cũng như các vị trí khác của cơ thể do tỷ lệ biến chứng cao [2]. Một số biến chứng có thể kể đến do sử dụng chất làm đầy là silicone có thể bao gồm nhiễm trùng, viêm cấp tính, viêm mạn tính, hình thành khối u nhỏ (lumps), thay đổi sắc tố da và hoại tử mô do phản ứng miễn dịch tấn công chất làm đầy. Sự lan rộng của các biến chứng này đến các vùng lân cận cho thấy silicone sau khi tiêm có thể di chuyển khỏi vị trí ban đầu đến các cơ quan khác trong cơ thể, gây ra cả biến chứng tại chỗ và toàn thân. Nâng mũi không phẫu thuật bằng tiêm silicone

lỏng, khi gặp các biến chứng trên, sau khi ổn định, tình trạng viêm cấp tính và loại bỏ mô bệnh lý, cần phải phẫu thuật để tái tạo lại một chiếc mũi mới cho BN. Báo cáo này được tiến hành nhằm: *Mô tả các đặc điểm lâm sàng về chẩn đoán và xử trí 1 trường hợp BN có biến chứng sau nâng mũi bằng tiêm silicone lỏng vào sống mũi.*

GIỚI THIỆU CA LÂM SÀNG

BN nữ, 57 tuổi, nhập viện vì biến dạng vùng mũi sau tiêm silicone lỏng nâng mũi cách đây 39 năm (*Hình 1*). 10 năm gần đây, BN thấy sống mũi cứng, thỉnh thoảng đau nhẹ và có màu xanh tím. Khám lâm sàng ghi nhận tháp mũi biến dạng hình chữ C ngược, mất cân đối. Da vùng sống mũi xuất hiện tình trạng giãn mao mạch đổi màu xanh tím do hiệu ứng

Tyndall, gợi ý tình trạng silicone nằm nông sát bề mặt da hoặc đã thâm nhiễm vào da. Sờ nắn thấy mật độ mô cứng chắc, giảm độ đàn hồi tự nhiên do xơ hóa lan tỏa và thâm nhiễm vào các tổ chức mô mềm xung quanh. Xuất hiện khối u silicone từ vùng gốc mũi đến 2/3 trên sống mũi lan ra xung quanh, lên 1 phần trán và 2 bên sống mũi, kích thước u khoảng 2,5 x 3,5cm. Khi sờ nắn ghi nhận khối u có mật độ chắc, bờ khối u giới hạn không rõ ràng do tình trạng thâm nhiễm lan tỏa vào mô mềm xung quanh. Khối u lan đến màng xương trán - mũi, kém di động. Như vậy, BN này có biến chứng mức độ 2 theo phân loại của tác giả Lê Hành và CS [3]. BN có sống mũi ngắn, đo góc mũi môi = 120°.

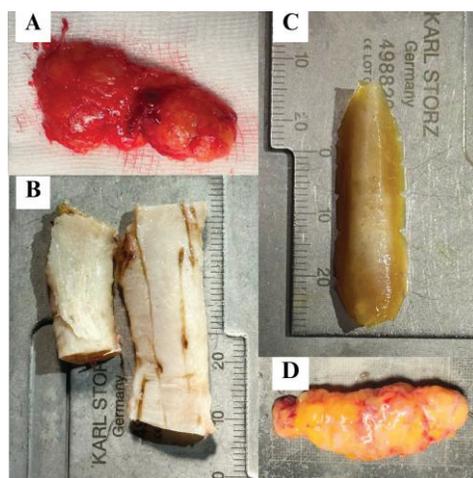


Hình 1. Vùng mũi trước mổ.

Tháp mũi biến dạng hình chữ C ngược, mất cân đối rõ (A); đầu mũi thấp (B); u silicone tại gốc mũi, lan lên trán và 2 bên sống mũi (C); sống mũi thấp và ngắn (D).

BN được phẫu thuật cắt bỏ mô ngấm silicone và tái tạo một thì sử dụng sụn sườn tự thân kết hợp mỡ tự thân. Phẫu thuật cắt bỏ mô ngấm silicone lỏng ở sống mũi, gốc trán - mũi và 2 bên cạnh mũi để loại bỏ phần lớn silicone lỏng, ngăn biến dạng mũi tiến triển trong tương lai. Quan sát đại thể trong phẫu thuật cho thấy khối mô viêm có mật độ cứng chắc, màu vàng đục, thâm nhiễm lan tỏa, phù hợp với tính chất điển hình của u hạt silicone (Hình 2A). Phẫu thuật lấy sụn sườn được thực hiện qua đường rạch da dài 4cm nằm dọc trên xương sườn số 7 bên phải, trong đường thẳng qua núm vú. Qua bóc tách các lớp cơ, tới sụn sườn số 7, lấy 1 đoạn sụn sườn số 7, kèm màng sụn, kích thước khoảng 1 x 2 x 6cm (chiều dài

khoảng 6cm). Sau đó, sụn được điều khắc thành hai phần: Đoạn dài dùng để độn nâng cao sống mũi và đoạn ngắn dùng làm mảnh ghép để kéo dài đầu mũi theo kỹ thuật mảnh ghép kéo dài vách ngăn (septal extension graft) và mảnh ghép nẹp đuôi vách ngăn (batten graft) (Hình 2B, C). Chúng tôi không tạo thêm đường mỡ mới để lấy mỡ. Một lượng mô mỡ dưới da vừa đủ, được thu hoạch trực tiếp qua mép của đường mổ lấy sụn sườn ở vùng ngực (Hình 2D). Sau đó, mảnh ghép mỡ này được cắt lọc và cấy ghép vào các vùng khuyết hổng mô mềm quanh sống mũi và vùng quanh gốc mũi nơi mô bị khuyết hổng sau khi cắt bỏ mô ngấm silicone lỏng, giúp lấp đầy và tạo sự trơn láng cho bề mặt da sau phẫu thuật.

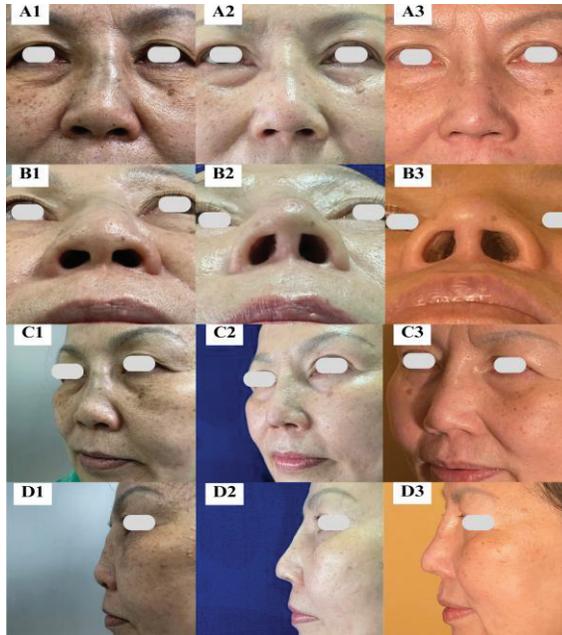


Hình 2. Ảnh trong mổ.

- (A) Mô ngấm silicone được lấy ra; (B) Sụn sườn tự thân được sử dụng để tái tạo lại cấu trúc mũi và độn sống mũi; (C) Tạo hình sụn sườn độn sống mũi; (D) Mỡ tự thân được thu hoạch.

Sau phẫu thuật, BN được theo dõi và điều trị nội trú tích cực trong 5 ngày để kiểm soát nguy cơ nhiễm trùng và các phản ứng viêm. BN được xuất viện vào ngày thứ 6. Phác đồ điều trị bao gồm: Amoxicillin/Clavulanic acid (Augmentin) 1g, tiêm tĩnh mạch 2 lần/ngày để dự phòng nhiễm khuẩn Gram dương thường gặp tại vùng mặt. Corticosteroid (Methylprednisolone) tiêm tĩnh mạch 3 ngày đầu, sau chuyển uống và giảm liều dần, nhằm hạn chế phù nề quá mức chèn ép vạt da mỏng và giảm phản ứng viêm mô. Tranexamic acid tiêm tĩnh mạch 3 ngày đầu, sau chuyển uống để giảm nguy cơ tụ máu khoang mỡ. Phối hợp thuốc giảm đau Paracetamol + Codein (vết thương sau lấy sụn sườn rất đau nên chỉ

định dùng giảm đau trung ương). Vết mổ và khoang mũi được vệ sinh, thay băng hằng ngày bằng dung dịch sát khuẩn, không đặt dẫn lưu. Nẹp định hình mũi ngoài được giữ trong 10 ngày để ổn định cấu trúc sụn ghép. Sau mổ, BN quay về nước (Hoa Kỳ). Tại thời điểm 24 tháng và 30 tháng sau phẫu thuật, qua đánh giá hình ảnh BN cung cấp cho thấy sống mũi được kéo dài, sống mũi và đầu mũi được nâng cao, tháp mũi hài hòa và cân đối. Không còn u cục tại vùng gốc mũi (Hình 3). BN hài lòng với kết quả thẩm mỹ và sự cải thiện về chất lượng cuộc sống, không còn các triệu chứng khó chịu như đau nhức hay lo lắng về khối u biến dạng như trước mổ.



Hình 3. Ảnh so sánh kết quả trước mổ, sau mổ 24 tháng và sau mổ 30 tháng. Tháp mũi hài hòa và cân đối (A1-A2-A3). Đầu mũi được nâng cao (B1-B2-B3). Vùng gốc mũi không còn u cục (C1-C2-C3). Sống mũi được nâng cao và kéo dài (D1-D2-D3).

BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, chẩn đoán biến chứng nâng mũi do tiêm silicone lỏng ở BN được thiết lập dựa trên các yếu tố lâm sàng, bệnh sử, đặc điểm dịch tể học và hình ảnh đại thể trong phẫu thuật. Khi hỏi bệnh, BN cho biết đã được tiêm chất làm đầy cách đây 39 năm (khoảng năm 1986). Tại thời điểm này, silicone lỏng là vật liệu tiêm nâng mũi phổ biến nhất tại Việt Nam theo ghi nhận của tác giả Lê Hành và CS [3]. Ngoài ra, quan sát đại thể trong phẫu thuật cho thấy khối mô viêm có mật độ cứng chắc, màu vàng đục, thâm nhiễm lan tỏa, phù hợp với tính chất điển hình của u hạt silicone. Nghiên cứu cho thấy việc thiếu kết quả mô bệnh học là một hạn chế và khuyến nghị các báo cáo sau này cần bổ sung xét nghiệm vi thể để chẩn đoán xác định.

BN có tình trạng phản ứng viêm và u silicone tại vùng mũi và lan ra mô xung quanh mũi. Tình trạng viêm có thể dẫn đến bệnh lý mạn tính cho đến khi silicone được lấy ra khỏi cơ thể. Việc loại bỏ silicone (đã ngấm vào mô mềm) khỏi vùng mũi và mô xung quanh là cần thiết [4]. Tuy nhiên, chúng tôi chỉ thực hiện cắt bỏ bảo tồn vì silicone lỏng đã thâm nhiễm lan tỏa vào mô dưới da, cơ và màng sụn. Việc cố gắng nạo vét triệt để, đặc biệt là lớp mô sát bề mặt da, tiềm ẩn

nguy cơ cao gây hoại tử da do tổn thương mạng lưới mạch máu nuôi dưỡng vốn đã mỏng manh. BN cần được tư vấn kỹ lưỡng trước phẫu thuật để hiểu và chấp nhận hạn chế này. Mục tiêu chính của phẫu thuật là loại bỏ phần lớn u hạt silicone để giải quyết chèn ép và phản ứng viêm, thay vì cố gắng loại bỏ 100% mô nhiễm silicone về mặt vi thể.

Sau khi thực hiện cắt bỏ bảo tồn mô ngấm silicone, chúng tôi quyết định sử dụng sụn sườn phối hợp với mỡ tự thân để tái tạo lại mũi vì những lý do sau:

Thứ nhất, BN có sống mũi ngắn, để đạt được mục tiêu kéo dài đầu mũi, cần phải sử dụng sụn sườn. Sụn vách ngăn và sụn tai thì dễ dàng lấy, tuy nhiên, trong các trường hợp chỉnh sửa mũi ngắn hoặc số lượng sụn không đủ hoặc thiếu độ cứng cần thiết để kéo dài đầu mũi, khả năng sử dụng bị hạn chế. Ngược lại, sụn sườn cung cấp nguồn sụn đủ cho việc tạo mảnh ghép khi cần hỗ trợ cấu trúc và nâng cao sống mũi [5, 6].

Thứ hai, BN đã có tình trạng phản ứng với silicone, việc sử dụng vật liệu tự thân có thể giúp làm giảm phản ứng viêm tại chỗ. Ngoài ra, khoang tiếp nhận sau khi loại bỏ silicon cũng không rõ ràng, bề mặt nhám nhỏ, xơ hóa và tưới máu kém, lớp da bên trên thường bị mỏng đi đáng

kể. Việc đặt lại vật liệu nhân tạo tiềm ẩn nguy cơ cao về lộ sống mũi và nhiễm trùng [7]. Để xử lý tình huống này, Manafi A và CS hoặc Kim H và CS đã sử dụng mỡ trung bì hoặc thanh silicone bọc trong cân cơ thái dương cho kết quả tương đối tốt [8, 9]. Chúng tôi không dùng mỡ trung bì vì đã có sụn sườn để tạo khung cấu trúc. Chúng tôi dùng mỡ tự thân để lấp đầy các khoảng chết và vùng lõm khuyết hổng còn lại sau khi cắt bỏ mô ngấm silicone, hạn chế tối đa tình trạng co rút, lồi lõm bề mặt da tháp mũi về sau, đảm bảo tính thẩm mỹ.

Sau mổ, BN quay về nước (Hoa Kỳ). Việc tái khám trực tiếp để thực hiện các đo đạc nhân trắc học chi tiết (góc mũi môi, chiều cao sống mũi...) là không khả thi. Đây được xem là một hạn chế của báo cáo. Tuy nhiên, thông qua các hình ảnh BN gửi tại thời điểm 24 tháng và 30 tháng sau phẫu thuật, cho thấy tháp mũi duy trì được hình dáng ổn định, sống mũi thẳng, không có dấu hiệu co rút hay biến dạng tái phát. Quan trọng hơn, BN bày tỏ sự hài lòng cả về kết quả thẩm mỹ lẫn sự cải thiện về chất lượng cuộc sống.

KẾT LUẬN

Tiêm silicone lỏng hiện không được cấp phép sử dụng trong nâng mũi do nguy cơ biến chứng cao. Biến chứng u

hạt silicone lỏng gây thâm nhiễm mô và biến dạng tháp mũi nghiêm trọng. Phương pháp điều trị bao gồm phẫu thuật loại bỏ tác nhân gây bệnh và tái tạo lại hình dáng tháp mũi. Do biến chứng u hạt silicone thường xảy ra muộn, vì vậy không thể chỉ loại bỏ silicone lỏng mà chủ yếu là cắt bỏ mô ngấm silicone lỏng, để lại các khuyết hổng lớn về cấu trúc và mô mềm tháp mũi. Do đó, trong các trường hợp sống mũi ngắn và có biến chứng sau tiêm silicone lỏng để nâng mũi, phẫu thuật chỉnh sửa dùng sụn sườn tự thân và mỡ tự thân để tái tạo cấu trúc mũi là giải pháp phù hợp, giúp khôi phục hình dạng mũi và đạt được kết quả thẩm mỹ mong muốn. Sụn sườn đóng vai trò tái lập khung đỡ vững chắc, còn mỡ tự thân giúp bù đắp thể tích thiếu hụt và nuôi dưỡng da.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu tuân thủ theo quy định trong nghiên cứu khoa học tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Thành phố Hồ Chí Minh. Số liệu nghiên cứu được Bệnh viện Tai Mũi Họng Thành phố Hồ Chí Minh cho phép sử dụng và công bố. Việc lấy số liệu không ảnh hưởng đến quá trình chẩn đoán và điều trị của BN. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 2018 Plastic surgery statistics report. American Society of Plastics Surgeons. March 11, 2019. Accessed August 1, 2025. <https://www.plasticsurgery.org/documents/News/Statistics/2018/plastic-surgery-statistics-report-2018.pdf>.
2. Wang LL, Friedman O. Update on injectables in the nose. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2017; 25(4):307-313.
3. Lê Hành. Điều trị u hạt do chích silicone lỏng dưới da vùng mũi (kinh nghiệm điều trị 1350 trường hợp). *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*. 2011; 15(1):199-207.
4. Ago H. Chapter 1: Management of nasal silicone granuloma. *Cosmetic Surgery*. IntechOpen; 2019:1-18.
5. Jiang A, Chamata ES, Bressler FJ. Revision rhinoplasty: With introduction of a novel preoperative assessment classification system. *Semin Plast Surg*. 2021; 35(2):78-87.
6. Park JH, Jin HR. Use of autologous costal cartilage in Asian rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg*. 2012; 130(6):1338-1348.
7. Manafi A, et al. Evidence-based efficacy of autologous grated cartilage in primary and secondary rhinoplasty. *World J Plast Surg*. 2017; 6(2):137-143.
8. Kim H, et al. Immediate secondary rhinoplasty using a folded dermofat graft for resolving complications related to silicone implants: A case report. *World J Clin Cases*. 2024; 12(14):2426-2430.
9. Lee KC, et al. Foreign body removal and immediate nasal reconstruction with superficial temporal fascia. *Aesthetic Plast Surg*. 2006; 30(3):351-355.